

VIII Reunión Anual de la Sociedad Médica de Médica Sur. Marzo 18-21, 2000

Cirugía endoscópica endoluminal ¿Nueva frontera en gastroenterología?

Dr. Mucio M, Dr. Alfonso Toriz, Dr. Miguel Ángel Valdovinos, Dr. Juan Bobadilla, Dr. Guillermo Castorena, Dr. Manuel Méndez. Hospital Médica Sur.

Se presentan tres casos que permitirán tener una perspectiva de la cirugía endoscópica endoluminal:

Caso 1

Paciente femenina de 36 años. Operada en 1997 por diagnóstico de reflujo gastroesofágico, efectuándose tratamiento antirreflujo por laparoscopia de tipo Nissen. Un año más tarde, la paciente persiste con disfagia importante y pérdida de peso de 10 kg en promedio. El estudio manométrico demuestra una acalasia clásica (presión de EEI = 48 mmHg). Se presenta el vídeo de la reintervención laparoscópica con asistencia endoscópica, donde se desmantela el Nissen, se hace la cardiomitomía de Heller y la esofagogastropexia posterior.

A 9 meses de seguimiento la paciente se refiere asintomática con los siguientes hallazgos:

Endoscopia y SEG: Evidencia de funduplicatura competente.

Manometría esofágica (EEI): Segmento intraabdominal 3.5 cm, presión basal 12.7 mmHg.

Puntaje de Honson De-Meester: 0.5 (norma < 14.7)

Caso 2

Femenino de 22 años con cuadro clínico clásico de RGE y los siguientes hallazgos:

Endoscopia y SEG: Hernia hiatal presencia esofagitis leve.

Manometría esofágica (EEI): Segmento intraabdominal 1.8 cm, presión basal 8.7 mmHg.

Posterior a la falla de tratamiento médico se incluye a la paciente como candidata para cirugía de demostración de funduplicatura endoscópica en un curso internacional. Se presenta el vídeo de la técnica y dos meses después vuelve a presentar RGE con hallazgos manométricos idénticos a los preoperatorios.

Se analizan los posibles errores y se comenta la reintervención.

Caso 3

Femenino de 64 años, operada por RGE en 1996 con técnica de Nissen laparoscópica. El mismo equipo quirúrgico la reinterviene un año después por persistir con la misma sintomatología. En esta ocasión le practican nuevamente Nissen, sin embargo ya no se intenta la técnica laparoscópica y lo hacen con cirugía tradicional. La paciente mejora inicialmente pero después de seis meses vuelve a presentar regurgitación y pirosis que no le permite dormir o desarrollar actividad física moderada. Es tratada sin éxito con altas dosis de omeprazol (120 mg al día) y de cisapride (60 mg al día). Nuevamente se le propone cirugía por presentar los siguientes hallazgos:

Endoscopia: Hernia hiatal con plastia no funcional.

Manometría esofágica (EEI): Segmento intraabdominal 2 cm, presión basal de 6 mmHg.

Puntaje de Jhonson De-Meester: 234.7 (normal < 14.7).

SEG: Hernia hiatal fija efecto de funduplicación (se encuentra supradiafragmática).

La paciente no acepta nuevamente cirugía y se realiza plastia hiatal con abordaje endoscópico. A 10 meses de evolución la paciente se mantiene asintomática con odinofagia leve ocasional. Sus estudios de control muestran:

Endoscopia y SEG: Plastia endoscópica competente sin evidencia de hernia hiatal.

Manometría esofágica (EEI): Segmento intraabdominal 3.5 cm, presión basal de 14 mmHg

Puntaje de Jhonson De-Meester: 48 (normal < 14.7)

Presentación de un caso de displasia neuronal del colon

J. Ruiz S, R Corona C, A Corral E, Pichardo, Nuñez, Carranza. Hospital Médica Sur.

Objetivo: El interés por presentar esta patología estriba en que, aunque es poco frecuente es una causa de megacolon. En la literatura se encuentran reportados 64

casos, en México no existen publicaciones. Por tal motivo consideramos importante la presentación de este caso.

Presentación: Se trata de paciente femenina de 7 meses, originaria de la ciudad de Veracruz; la cual presenta estreñimiento, distensión abdominal y vómito el cual en un inicio se logra corregir con tratamiento farmacológico y sonda orogástrica, presentando una evolución tórpida, se le practican estudios de imagen (placa simple de abdomen y colon por enema), motivo por el cual se realiza laparotomía de tipo exploradora, con toma de biopsia en colon; encontrando en el transoperatorio gran dilatación de asas de colon el cual se descomprime, dejando colostomía. Obteniéndose reporte de patología de displasia colónica neuronal total.

La displasia colónica es una malformación del plexo mientérico; su patogénesis es desconocida, está caracterizada por cambios estructurales que consisten en hiperplasia del plexo mientérico y un moderado incremento de la acetilcolinesterasa y la formación de ganglios gigantes. Hasta 1983 se habían reportado 61 casos, encontrando dos cursos clínicos. En el año de 1971 el Dr. Meyer Ruge propuso el término de displasia neurona de colon; encontrando el Dr. Fadda que existen dos formas de presentación, el tipo A que está caracterizado por síntomas agudos de constipación crónica, diarrea, enterocolitis ulcerativa y/o evacuaciones sanguinolentas y el tipo B está asociado con megacolon, constipación y desarrollo de fecaloma, combinado con daño en la actividad propulsiva intestinal, sin desarrollo de enterocolitis, este cuadro semeja la enfermedad Hirschprung (agangliosis).

Conclusión: La displasia neuronal colónica se presenta en lactantes con diagnóstico clínico simiar y/o acompañado de agangliosis del colon que por imagen y cuadro de presentación en el tipo B no es posible hacer diagnóstico diferencial de la agangliosis (Hirschprung), siendo el reporte de histopatología el único método de diagnóstico definitivo. La radiología utiliza métodos convencionales como son la placa simple de abdomen y enema baritado para sospechar estas entidades y realizar un tratamiento oportuno.

Esprue celiaco asociado a linfoma, presentación de un caso

Dra. Ivonne K. Becerra, Dr. Carlos Rojas, Dr. Lemus, Dra. Enriqueta Barido. Hospital Médica Sur.

Antecedentes: El esprue celiaco es un síndrome caracterizado por absorción deficiente con intoleran-

cia al gluten, una proteína de alto peso molecular encontrada principalmente en el trigo, cebada y centeno. Este síndrome se acompaña de un importante riesgo de neoplasias gastrointestinales, frecuentemente subestimadas.

Objetivo: Reporte de un caso de esprue celiaco asociado a linfoma intestinal.

Material y métodos: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Resultados: Paciente masculino de 73 años, con antecedentes de laparotomía exploradora hace 50 años de etiología no especificada. *Esprue celiaco* de 20 años de evolución controlado con dieta exenta de gluten. Hernioplastia inguinal hace 20 años y neumonía adquirida en la comunidad hace 10 años. Acude a valoración médica por presentar 2 meses con exacerbación de sintomatología de mal absorción y 24 horas con dolor abdominal cólico, distensión, náuseas, vómito (fecaloide), ausencia de evacuaciones y canalización de gases, además de resistencia muscular, timpanismo, ruidos metálicos y edema de extremidades inferiores, se practicó estudios de laboratorio y gabinete reportando leucocitosis de 12.7 (NS 92%), Y PT 4.9 (alb 1.87, glob 3), telerradiografía de tórax con aire libre subdiafragmático y placas de abdomen con niveles hidroaéreos y distensión de asas de intestino delgado. Se decide realizar laparotomía exploradora, teniendo como hallazgos operatorios yeyuno perforado y sellado y abscesos múltiples, realizando resección intestinal con entero-enteroanastomosis término-terminal, se envía a patología reportando: linfoma de linfocitos T asociado con enteropatía, perforado, peritonitis aguda y ganglios mesentéricos con hiperplasia linforreticular.

Discusión: El linfoma es la neoplasia más comúnmente diagnosticada en pacientes con esprue celiaco, ocupando un 72%; de éstos el linfoma de células T ocupa un 96%, la localización más frecuente es el yeyuno. Las dos presentaciones clínicas más comunes de aparición de neoplasia maligna en pacientes con esprue celiaco son la exacerbación de síntomas secundarios a enfermedad de base o una emergencia quirúrgica. Poco se sabe acerca de la etiología y los mecanismos patológicos, pero podrían estar relacionados al alto recambio de células inflamatorias, a una exposición prolongada a toxinas (gluten), carcinogénesis viral y alteraciones en la vigilancia inmunológica.

Conclusiones: Las neoplasias malignas gastrointestinales, especialmente linfomas de intestino delgado, pueden presentarse en pacientes con esprue celiaco.

co. En pacientes con enfermedad conocida y se presente con síntomas de exacerbación, se debe investigar rápidamente la presencia de una neoplasia maligna gastrointestinal oculta, y valorar la exploración quirúrgica temprana.

Esteatohepatitis no alcohólica: Reporte de un caso y revisión de la literatura

Dra. Ma. Teresa Reyes Álvarez, Dr. Roberto Pichardo Baena, Dr. Luis Pablo Alessio Robles, Dr. Eleazar Trejo García, Dr. Luis Guevara González. Hospital Médica Sur, DF.

Antecedentes: La causa más estudiada de elevación de transaminasas es sin duda alguna la hepatitis viral; sin embargo un gran número de pacientes con serología negativa, pueden tener causas multifactoriales, como la esteatohepatitis no alcohólica (NASH). **Presentación del caso:** Se trata de un paciente masculino de 34 años de edad, soltero, originario de México, DF, que ingresa a hospitalización por cuadro de astenia, adinamia, dolor en hipocondrio derecho (HD) y elevación de transaminasas hepáticas. Tiene como antecedentes padre diabético, alcoholismo a razón de 8 copas al mes, suspendido hace 4 años. Habita en Japón desde hace 2 años, donde lleva una alimentación baja en grasas e irritantes. Refiere ser alérgico a la penicilina y sus derivados, tetraciclinas, diclofenaco, piroxicam y sulfonamidas. Refiere múltiples parejas sexuales, no prácticas homosexuales, ni transfusiones sanguíneas. Ha presentado dos cuadros de hepatitis, a los 15 años de edad y hace año y medio, sin determinación de agente causante, con una biopsia de hígado en el último episodio, realizada en Japón, que reporta transformación grasa de las células hepáticas, con mínimo infiltrado inflamatorio en área portal. Así mismo tiene antecedente de síndrome de Reiter, desde hace 5 años, con remisión de último cuadro hace 2 meses. Su padecimiento actual inicia hace 4 meses con ataque al estado general, astenia, adinamia, dolor en hipocondrio derecho, y presencia de lesiones eritematosas aisladas. Sus únicos estudios de laboratorio tienen resultados positivos para elevación de transaminasas hepáticas (principalmente ALT), virus Epstein Barr positivo y anticuerpos antimúsculo liso positivos (1/80). Recibe diagnóstico de hepatitis autoinmune y se le da tratamiento con factor de transferencia, con lo que aumenta la sintomatología mencionada y se decide su hospitalización.

Resultados: Durante su hospitalización se determina negatividad para HIV y para serología viral de hepatitis, se encuentran pruebas tiroideas en límite bajo normal y triglicéridos altos. Se realiza biopsia hepática, que determina esteatosis hepática no alcohólica (NASH).

Conclusiones: La NASH es una patología atribuible a múltiples factores etiológicos, que provocan esteatosis micro y macrovesicular en zona pericentral hepática e infiltrado leucocitario de los sinusoides, con elevación predominante de ALT sobre AST en paciente asintomático o con dolor en HD. Puede progresar a daño hepático severo, por lo que debe ser considerado a buscar el diagnóstico en pacientes sin otra causa identificable de elevación de transaminasas hepáticas o de lesión hepática. Su diagnóstico es por medio de biopsia hepática y el tratamiento está encaminado a manejar el factor etiológico y evitar la progresión a daño hepático crónico. La presencia de hipotiroidismo, a través de la hipertrigliceridemia, puede ser una causa de NASH.

Adenocarcinoma de glándulas anales

Dr. José M Correa, Dr. Oscar Tellez, Dr. José Achar. Clínica de Colon y Recto. Hospital Médica Sur.

Los tumores malignos del conducto anal son mucho menos frecuentes que los colorrectales. La mayoría de dichos tumores malignos del conducto y del ano son carcinomas epidermoides en sus diversas variedades, que se originan en la llamada zona de transición. Sin embargo, aproximadamente 10% de los tumores malignos de conducto anal son adenocarcinomas, sin evidencia de crecimiento tumoral hacia la luz. Tales tumores, extremadamente raros, surgen muy probablemente de glándulas anales, hecho que ha sido difícil de comprobar debido a la destrucción temprana de la glándula de origen.

Caso clínico: Se trata de un paciente masculino de 19 años de edad sin antecedentes de importancia que inicia 4 meses atrás, con la presencia de tumor perianal izquierdo, doloroso, con aumento global de temperatura, drenado quirúrgicamente, con salida abundante de materia purulenta, dos meses después requirió mismo procedimiento por repetición de la sintomatología, al ser valorado por nuestro servicio, tenía supuración persistente y aumento de volumen de tumor, que se acompañaba de pérdida de peso de 4 kg, dolor trans-

defecario de poca intensidad y hábito intestinal normal. Se encontró un ganglio inguinal izquierdo de 1.5 cm de diámetro no doloroso, duro y móvil. La biometría hemática, tiempos de coagulación y química sanguínea se reportaron como normales. El estudio histopatológico reportó adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Antígeno carcinoembrionario (ACE) normal Rx de tórax y ultrasonografía abdominal normales, ultrasonografía endorrectal demostró integridad de la pared del recto, colonoscopia normal.

El paciente fue sometido a resección local del tumor, que incluyó parte de ambos esfínteres, sin afectar mucosa rectal ni anodermo, se realizó la reconstrucción de ambos esfínteres, y cierre de la herida, así como excisión del ganglio inguinal izquierdo, sin complicaciones. Al mes recibió terapia coadyuvante a base de 45G/25 y quimioterapia con dos ciclos de 5-fluorouracilo más cisplatino. Como secuela quedó urgencia con evacuaciones líquidas e incontinencia para gases.

A 24 meses de seguimiento se encuentra sin evidencia clínica de recidiva tumoral, ACE normal, tomografía axial computada (TAC) abdominopélvica, Rx de tórax y rectosigmoidoscopia normales.

Conclusiones: Hasta la fecha el tratamiento ideal para el adenocarcinoma de glándulas anales es controvertido. Se han utilizado la resección local en casos seleccionados y la resección abdominoperineal para la mayoría de los pacientes, ambos procedimientos con y sin linfadenectomía inguinal. Así también se ha utilizado la radioquimioterapia adyuvante en la mayoría. Aunque en la más numerosa serie, los pacientes tratados con resección local fue menor que los tratados con resección abdominoperineal, los resultados a largo plazo, de tumores en etapas similares, no han demostrado diferencia significativa en la sobrevida. Consideramos que hasta el momento, la resección local se justifica cuando se resecta completamente el tumor y se preserva la continencia. Así mismo, estamos concientes que los pacientes así manejados requerirán vigilancia más estrecha.

Endometriosis inguinal, reporte de un caso

Dra. Ivonne K. Becerra, Dra. Soledad Solís, Dr. Raúl Pichardo, Dr. Carlos Quintos. Hospital Médica Sur.

Antecedentes: La endometriosis es definida como la presencia de estroma y glándulas endometriales

fuera de la cavidad y la musculatura uterina. Su prevalencia se estima hasta en un 10% de las mujeres en edad reproductiva, y su localización más frecuente es en ovario y trompas de Falopio. Otras localizaciones menos frecuentes son el tracto gastrointestinal seguido por el tracto urinario, cavidad torácica, piel y sistema nervioso central. A la fecha, pocos casos de endometriosis inguinal han sido presentados, una presentación muy poca usual de la enfermedad. Desde 1896 a 1996 sólo se han reportado 37 casos en la literatura.

Objetivo: Reporte de un caso de endometriosis inguinal.

Material y método: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Resultados: Se trata de una mujer de 56 años de edad con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo ocasional. Laminectomía lumbar a nivel de L2-L3 a los 48 años de edad. Menarca a los 14 años de edad, ritmo 28-30 x 5, inicio de vida sexual a los 20 años de edad, G II P II. Menopausia a los 53 años y terapia sustitutiva con estrógenos conjugados. Inició su padecimiento el día 18 de mayo de 1999 con un cuadro caracterizado por la presencia de tumoración de aproximadamente 3 cm de diámetro en la región inguinal derecha de consistencia dura, no reducible y discretamente dolorosa, que aumentaba a la deambulación y disminuía en decúbito dorsal. La paciente entra a sala de quirófano con diagnóstico de hernia inguinal derecha, realizándose plastia con colocación de malla de prolene y resección de un segmento de epiplón con un conglomerado ganglionar de 4.5 x 2.1 cm, de superficie lobulada, color amarillo y de aspecto adiposo. El estudio histopatológico reportó la presencia de endometriosis en tejido fibroadiposo de la región inguinal, además de dos ganglios linfáticos con hiperplasia folicular linfoide.

Discusión: El caso reportado es una presentación poco usual de endometriosis, el diagnóstico fue realizado posterior a la exploración quirúrgica de la paciente, lo que ha ocurrido en el 50% de los casos descrito. El diagnóstico presuntivo generalmente es de hernia no encarcelada, linfadenitis o hidrocele del canal inguinal, y la determinación final es usualmente hecha por estudios histopatológicos, ya sea con biopsia por aguja fina o exploración quirúrgica, demostrando histológicamente la presencia de endometriosis. Otros métodos son el ultrasonido, tomografía, resonancia magnética y estudios serológicos. Dada la rareza de esta presentación de endometriosis se requiere de

una alta sospecha clínica en toda mujer en edad reproductiva con masa en región inguinal y en especial si los cambios en consistencia y tamaño son de tipo catamenial.

Carcinomatosis meníngea en Médica Sur

Dra. Mónica Rovira, Dra. Odette Villegas, Dr. Nahúm Méndez, Dr. Juan Montejo, Dr. Eucario León, Dr. Guillermo García Ramos, Dr. Raúl Pichardo.
Hospital Médica Sur.

La diseminación metastásica a leptomeninges, es por lo general una fase terminal en pacientes diagnosticados con cáncer. Su prevalencia se ha incrementado dado que los pacientes con tumores malignos tienen actualmente una sobrevida mayor. La prevalencia de carcinomatosis meníngea en tumores del tracto gastrointestinal y mamario es menor al 5%, con una supervivencia de 3 a 7 meses después del diagnóstico.

Objetivo: Presentar dos casos de carcinomatosis meníngea en Médica Sur sumamente raros que impliquen un reto para el diagnóstico, pues su presentación como manifestación inicial de cualquier cáncer es menor al 1%.

Presentación de casos

Caso 1: hombre de 49 años con tabaquismo positivo (IT: 20). PA: pérdida de 10 kg en los últimos 45 días y disfagia. Quince días previos a su ingreso: dolor en cuello incapacitante y refractario a AINES. EF: facies dolorosa, movimientos en bloque, y rigidez de nuca con dolor a la palpación de músculos cervicales y limitación funcional. Ganglio palpable de 1 cm en cadena cervical anterior izq. adherido a planos profundos. Resto sin alteraciones. Panendoscopia: tumor ulcerado y parcialmente estenosante en tercio medio y distal de esófago y gastritis antral eritematosa. Biopsia: adenocarcinoma poco diferenciado con células en anillo de sello. IRM de cráneo y cuello: normal. LCR: glucosa: 14, proteínas: 37, leucos: 26. Citopatología: células neoplásicas. Se inicia radioterapia evolucionando hacia la mejoría de la cervicalgia, pero fallece 6 semanas después.

Caso 2: mujer de 60 años, con diagnóstico de cáncer de mama canalicular infiltrante estadio IV en diciembre de 1998, manejada con quimioterapia paliativa. Dieciocho meses después acude por cefalea, náusea, vómito, anorexia, somnolencia extrema. EF: somnolienta, con hemiparesia corporal e hiperreflexia bra-

quial der., respuesta plantar extensora izq. inconstante, rigidez de nuca sin otros signos meníngeos. LCR: leucos: 52, glucosa: 1 (glucemia: 106), proteínas: 81. Citopatología: infiltrado por células neoplásicas. IRM: hidrocefalea moderada, edema transependimario y aumento en la captación de gadolinio en meninges. Se inicia RT evolucionando hacia la mejoría de la hemiparesia, sin embargo fallece 8 semanas después.

Conclusiones: Los dos casos muestran en común no haber cursado con el cuadro clásico: afección de pares craneales y signos meníngeos francos por la aracnoiditis. En el primero el dolor fue el debut de la enfermedad metastásica. La ausencia de leptomeningitis por IRM incluyendo con gadolinio que se ha descrito como de gran utilidad diagnóstica. El diagnóstico se hizo con estudio citopatológico. Los dos pacientes fallecieron en forma rápida no obstante la terapéutica.

Encefalitis herpética, ¿Un caso médico-legal?

Dra. Odette Villegas, Dr. Juan Sierra, Dr. Guillermo García Ramos, Dr. Leonardo Mancillas, Dr. Felipe Vega. Hospital Médica Sur.

La encefalitis herpética fulminante puede ser debido a la reactivación del virus latente del herpes simple 1 (HSV 1) craneal después de la exposición a la infección primaria.

Objetivo: Presentar este interesante caso de encefalitis herpética, en el cual se sospechó que el cuadro neurológico que condicionó el fallecimiento del paciente fue debido a la riña con un compañero de trabajo.

Métodos: Presentamos el caso de un joven de 18 años, quien tuvo una riña con compañero de trabajo, recibiendo golpes de puño en la cara, desde entonces cefalea generalizada leve aunque continuó llevando una vida normal. Dos días después: flujo nasal cristalino, que duró dos días. Una semana más tarde aumentó la cefalea y apareció fiebre de 40°C con agitación psicomotriz severa, incoherencias, somnolencia, convulsiones y deterioro progresivo. Cinco días después ingresa al Hospital Médica Sur, donde se detectó fiebre de 40°C, somnolencia-estupor/agitación psicomotriz, rigidez de nuca con signos meníngeos y Babinski izq. La PL: Leu: 600, linfos 100%, Erit: 550, glucosa: 48, glucemia: 118, prot: 115 y se inició manejo con ceftriaxona 2 g/12 horas, ampicilina 2 g/6 horas, medidas antiedema, AINES, nimodipino. Dos días después tuvo Sx uncal derecho y estado convulsivo. Se sospechó de encefalitis herpética y se inició aciclovir. Dos días más tarde, el paciente cae en coma y fallece.

Comentario: La encefalitis herpética puede ser debida a la reactivación del virus latente, las partículas virales del HSV viajan a través de los axones de las neuronas a la parte mesiotemporal del cerebro bilateral u ocasionalmente unilateral, generando las lesiones inflamatorias necróticas severas de la infección de HSV 1 fulminante. En la fase febril aguda hay necrosis del lóbulo temporal y comúnmente epilepsia. En nuestro paciente el cuadro inicial sugería una meningitis bacteriana secundaria a fistula postraumática de LCR, cuya responsabilidad perjudicaba al agresor, la evolución tórpida y sin respuesta a los antimicrobianos hizo sospechar el diagnóstico definitivo de encefalitis por HSV, esto se confirmó con PCR positivo en LCR y fue un atenuante legal. No encontramos descrita esta asociación aunque se han descrito casos esporádicos de esta enfermedad después de cirugía

Meningitis fulminante Reporte de un caso y revisión de la literatura

Dr. Jorge Alfonso Ross T, Dra. Odette Villegas P, Dr. Luis Guevara G, Dr. Felipe Vega Boada, Dr. Guillermo García Ramos. Hospital Médica Sur.

Las infecciones del sistema nervioso central (SNC), representan un problema en el diagnóstico y terapéutica, frecuentemente se presentan como emergencias médicas. Muchas de las infecciones del SNC no se manifiestan por signos clínicos y de laboratorio evidentes. Con el advenimiento de los antibióticos, la meningitis bacteriana puede ser curable, pero se ha demostrado que la morbilidad permanece elevada hasta un 25%. Dentro de los agentes causales más importantes de la meningitis se encuentran el *S. pneumoniae* en un 38%, siendo el agente causal más común adquirido en comunidad, seguido por la *N. meningitidis*.

Reporte del caso: Mujer, 52 años, con antecedente de hepatitis C postransfusión. Inicia su PA con cefalea holocraneana, somnolencia progresiva, sin respuesta verbal y movimientos tónicos en miembros inferiores. En 24 horas evoluciona hacia deterioro grave y rápido de la conciencia llegando a Urgencias de Médica Sur en coma profundo. EF: inconsciente, glasgow: 3, respiración de Biot, pupilas dilatadas con pobre respuesta a la luz, rigidez de nuca, Babinski bilateral y sucedáneos izquierdos, hiporreflexia generalizada. Progresa a bradicardia sinusal requiriendo de apoyo ventilatorio mecánico. Se realiza TAC: hidrocefalea panventricular, PL: líquido cla-

ro, presión: 340 mm/H₂O, leucos: 0, eritros: 0, glucosa: 50, glucemia: 213, proteínas: 138, BH: Hb: 17.2, Hto: 50.1, plaquetas: 53, leucos: 11.3, linfos: 9.0, bandas: 16, segmentados: 69. PFH: BT: 1.9, BD: 0.9, BI: 1.0, ALT: 148, AST: 86, gamma GT: 98, amonio: 74. Un día después la paciente no tiene automatismo respiratorio y presenta daño cerebral irreversible comprobado por TAC: edema cerebral con colapso de ventrículos y borramiento de las cisternas, presenta paro cardiorrespiratorio y fallece.

Conclusiones: En los casos de meningitis fulminante, la muerte se presenta antes de evidenciar datos patológicos significativos en el SNC. La mortalidad del meningococo usualmente está entre 50 y 90%. Se presenta este caso con las siguientes particularidades; 1) Causa muy infrecuente de coma de rápida instalación; 2) Muestra las dificultades en el manejo de la hipertensión endocraneal aguda grave por hidrocefalea secundario a aracnoiditis purulenta.

Enfermedad de Lyme y neuritis óptica

Dra. Odette Villegas, Dra. Ariadna Silva, Dr. Guillermo García Ramos, Dra. Gabriela Dávila, Dr. Felipe Vega. Hospital Médica Sur.

La enfermedad de Lyme, cuyo agente causal es la *B. burgdorferi*, tiene mayor incidencia en el nordeste y el medio oeste de Estados Unidos y en toda Europa, es rara en nuestro país. Las manifestaciones más frecuentes son las alteraciones cutáneas, neurológicas, cardíacas y articulares, las cuales podrían ser fácilmente reconocidas, sin embargo las oculares son menos comunes y por esto quizá la borreliosis ocular no es frecuentemente detectada. Sin embargo, es una causa bien establecida de neuritis óptica.

Objetivo: El objetivo de nuestro trabajo es presentar dos casos con enfermedad de Lyme y neuritis óptica, una asociación poco común especialmente en nuestro país.

Métodos: En el Hospital Médica Sur, hemos detectado dos casos con esta asociación, ambas mujeres jóvenes de 20 y 25 años respectivamente, sin antecedentes de importancia. Tuvieron disminución de la agudeza visual que se instaló en 4 días asociado a ligero dolor y sensación de pesantez ocular. Las dos pacientes reportaron artralgias días antes del cuadro oftalmológico. La EF mostró papila pálida en cada uno de los casos y escotoma de unión. Una de las dos pacientes tuvo títulos de IgM altamente positivos para enfermedad de Lyme, mientras que en el segundo caso

fueron negativos, sin embargo ambas respondieron en forma satisfactoria al tratamiento con ceftriaxona 2 g/30 días y esteroides, hasta la recuperación total.

Comentario: El diagnóstico de neuritis óptica secundaria a neuroborreliosis es difícil, debido a que no todos los pacientes presentan las manifestaciones clásicas de la enfermedad de Lyme, entidad rara en nuestro país. La detección de anticuerpos IgM e IgG para *B. burgdorferi*, mediante ELISA, es de gran ayuda sin embargo, también se han encontrado casos en los cuales los pacientes pueden ser seronegativos. Una vez establecido el diagnóstico de neuroborreliosis, los pacientes por lo general responden muy bien al tratamiento con ceftriaxona 2 g al día durante 30 días asociada a esteroides. En el diagnóstico de neuritis óptica estamos obligados a descartar esta asociación que podría ser más frecuente, sin embargo no es habitualmente buscada.

Ligadura de várices esofágicas sangrantes experiencia en Médica Sur

Moctezuma U, Morán MA, Hernández A.
Hospital Médica Sur.

El sangrado por várices esofágicas es una complicación importante en los pacientes con cirrosis hepática. Diversas estrategias médicas, endoscópicas y quirúrgicas se han diseñado para el manejo. Presentamos nuestra experiencia con ligadura de várices esofágicas hemorrágicas.

Pacientes y métodos: Diez pacientes fueron incluidos en este estudio los cuales fueron atendidos en este hospital, en el periodo comprendido entre octubre de 1997 a diciembre de 1999. Seis hombres y cuatro mujeres en edades entre 31-64 años, los cuales presentaron sangrado por várices esofágicas y que fueron corroboradas endoscópicamente. Se incluyeron sólo pacientes que se trataron en este Hospital. Se excluyeron aquellos que presentaban coma hepático o estado de choque. Todos tenían cirrosis hepática secundaria a alcoholismo o hepatitis C, con función hepática de acuerdo a los criterios de Child, B o C. Después del estudio endoscópico rutinario se practicaron ligaduras siguiendo la técnica de Stiegmann modificada. Posteriormente se hicieron nuevos estudios y nuevas ligaduras cuando fue posible, hasta lograr erradicación. Se consideró como éxito inmediato que no hubiera resangrado en un lapso de 30 días y buenos resultados definitivos 6 meses después del procedimiento.

Resultados: El tamaño de las várices se encontró grado III, en todos los casos, de acuerdo con la clasificación del grupo italiano. Ocho pacientes ya no presentaron sangrado después de la primera sesión de ligaduras. Una paciente continuó sangrando en menor cuantía después de la primera ligadura y falleció en coma hepático. Otra paciente abandonó el tratamiento después de 2 sesiones y sangró masivamente a los 6 meses y falleció, pero no se comprobó la causa del sangrado. En siete casos se completó el programa de erradicación de várices y requirieron 3.5 sesiones por paciente.

Como consecuencia del procedimiento, sólo 2 pacientes tuvieron disfagia mínima, que desapareció espontáneamente en 24 horas. El resto de los pacientes no tuvieron molestias significativas.

Este estudio demuestra que la ligadura de várices esofágicas es efectiva para el tratamiento de la hemorragia, tanto como la escleroterapia, siendo superior por el hecho de que requiere menos sesiones de tratamiento y por lo tanto representa menos costo y también menos molestias para el paciente, aun cuando se requiere ampliar la muestra.

Dilatación neumática inducida (DNI). Tratamiento quirúrgico de acalasia

Dr. Mucio M, Dr. Felipe Presenda, Dra. Ma. Elena López, Dr. José Antonio Palacios, Dr. Miguel Ángel Valdovinos. Gastroenterología. Hospital Médica Sur.

Tradicionalmente el tratamiento quirúrgico de la acalasia es miotomía esofágica a nivel del esfínter esofágico inferior (EEI). En este trabajo se evaluó una alternativa transoperatoria que combina el abordaje laparoscópico y el endoscópico.

Material y métodos: Durante la segunda mitad de 1998 y la primera de 1999 se estudiaron siete pacientes con diagnóstico manométrico de acalasia no seleccionados y consecutivo. Además de la historia clínica se realizó penendoscopia, SEG y valoración nutricional. En todos los casos se realizó dilatación neumática endoscópica, inducida por laparoscopia. El procedimiento se completa con una técnica laparoscópica antirreflujo completa (esófago-gastropexia posterior). En todos los casos se realizaron estudios de control posoperatorio (endoscopia, manometría y pHmetría esofágica). Estos resultados se compararon con controles históricos de cardiomiectomía de Heller laparoscópica (CHL) en 59 casos.

Resultados: Cinco mujeres y dos hombres de 38 años (promedio) fueron incluidos en el estudio. El tiempo de sintomatología preoperatoria fue de 3.4 años (promedio). Tres pacientes habían sido tratados con dos o más dilataciones neumáticas.

Cuadro comparativo.

	DNI (n = 7)	Control histórico (n = 52)
Tiempo quirúrgico (minutos)	42 + 15	78 + 20
* Manometría posoperatoria (mmHg)	13 + 3	12 + 2
* pHmetría posoperatoria (escala de De Meester)	12.8 + 1.5 (normal < 14.7)	18.2 + 3 (normal < 2)

* Control 6 meses posoperatorio

Análisis: No encontramos diferencia en los parámetros comparados entre los dos grupos, excepto que el tiempo quirúrgico fue considerablemente menor.

Clínica del paciente ostomizado Médica Sur

EET. Ayde Flores, Dr. José M Correa, Dr. Oscar Tellez, Dr. José Achar, Dra. Martha H Ramos O.
Hospital Médica Sur.

La realización de una ostomía en alguien que lo requiere significa la única alternativa, y la solución para su problema de salud logrando así, la subsistencia del individuo, pero también significa un cambio drástico en su imagen corporal que afecta los aspectos de su vida cotidiana: físicos, familiares, psicológicos, por tal motivo surge la necesidad de que exista personal capacitado para proporcionar cuidados especiales a estos pacientes dando origen a la terapia enterostomal.

El Hospital Médica Sur atiende a pacientes ostomizados, cada día van más en aumento y tiene el compromiso de brindar una atención de excelencia, para lo cual ha creado una clínica de estomas encaminada a mejorar la atención integral de los pacientes, brindándoles todo el apoyo necesario para mejorar su calidad de vida reintegrándolos a su ambiente laboral y social.

Objetivo: Presentar en resumen la creación y resultados operativos de la primera Clínica de Terapia Enterostomal en un hospital privado.

Material y métodos: Se trata de un trabajo descriptivo que desde su fundación puesta en marcha se han estudiado un número de 106 pacientes, 51 del sexo

femenino y 55 del masculino en el periodo comprendido de enero a diciembre de 1999, 12 con ostomía respiratoria (traqueostomía), 68 con ostomía digestiva (1 esofagostomía, 23 gastrostomía, 6 yeyunostomía, 30 colostomía, 8 ileostomía), urinarias (3 cistostomía, 1 neovejiga), del total de estomas atendidos 31 permanentes y 53 temporales, otros padecimientos manejados en la clínica son 9 úlceras por presión, 4 sonda T, 1 herida infectada, 6 fístulas, 2 quemadura de primero y segundo grado, a estos pacientes se les realizó una encuesta acerca del conocimiento de un estoma, su manejo, sus complicaciones, las implicaciones en su vida cotidiana y los beneficios que habían obtenido si es que los había, teniendo un puntaje total de 10 como máximo y cero como mínimo.

Resultados: De los 106 pacientes atendidos en nuestra Clínica de Terapia Enterostomal (96.2%) tuvieron un resultado de 10 puntos, así mismo los comentarios manifestados explícitamente de la importancia de la Clínica de Terapia Enterostomal de Médica Sur para sus vidas. Cuatro pacientes (3.8%) se negaron a continuar la terapia acudiendo a una sesión única debido a que eran pacientes foráneos por lo que fue imposible la realización de la misma.

Conclusiones: Es evidente la necesidad de la existencia de una Clínica de Terapia Enterostomal y especialistas enterostomales para brindar una atención que junto con un equipo multidisciplinario de excelencia logren la integración del paciente a su núcleo biopsicosocial de la manera más rápida y eficiente, así como mejorar la calidad de vida al máximo posible.

Rectosigmoidectomía perineal

Dr. José M Correa, Dr. Oscar Tellez, Dr. Takeshi Takahashi, Dr. José Achar. Clínica de Colon y Recto. Hospital Médica Sur.

Presentamos la experiencia de nuestro servicio en el tratamiento del prolapso rectal completo en pacientes de alto riesgo quirúrgico, con un procedimiento perineal.

Material y métodos: Se operaron 11 pacientes con prolapso rectal completo e incontinencia fecal. La edad promedio fue de 62 años y el sexo femenino predominó en el 85.7%.

Los factores médicos asociados fueron hipertensión arterial en un 42.6%, cardiopatía isquémica 42.8%, enfermedad pulmonar obstructiva 14.2%, insuficien-

cia cardiaca congestiva 28.4% y cardiopatía reumática 14.2%. A todos los casos se les realizó rectosigmoidectomía perineal con lavatoroplastia.

Resultados: La recidiva del prolapso rectal fue del 0% y el estado de la continencia mejoró: a gases 28.5%, a heces líquidas 85.7%, y a heces sólidas 100%, en un año de seguimiento. No hubo mortalidad y la morbilidad fue del 14.2%.

Conclusión: La rectosigmoidectomía perineal es una operación relativamente segura en pacientes con alto riesgo quirúrgico y prolapso rectal completo, las recidivas no se presentaron y la morbilidad es baja además de que mejora notablemente el estado de continencia.

Hemorroidectomía con engrapadora. Reporte de los primeros 8 casos

Correa RJM, Téllez RO.
Hospital Médica Sur.

La enfermedad hemorroidaria es muy frecuente. Se han propuesto tratamientos alternativos diversos. Sin embargo el estándar de oro continúa siendo el tratamiento quirúrgico; ligadura del vaso arterial nutricio y resección del paquete hemorroidario. Analizamos los resultados con nuestros primeros 8 pacientes tratados mediante técnica quirúrgica nueva: hemorroidectomía con engrapadora.

La técnica se realiza con el paciente en posición proctológica y bajo bloqueo peridural. Se introduce un anoscopio (Pratt) y se colocan 2 suturas en bolsa de tabaco en el origen de los paquetes hemorroidarios internos (aproximadamente a 2 y 4 cm por arriba de la línea dentada). Posteriormente se retira el anoscopio y se introduce el yunque de una engrapadora circular (Ethicon) de 33 mm más allá de las suturas en bolsa de tabaco y se anudan a fin de incorporar la mucosa dentro de la engrapadora. Se cierra y dispara la engrapadora, se introduce nuevamente el anoscopio y se revisa la línea de grapas. Si es necesario se realiza hemostasia con electrocauterio o puntos simples. No se resecta el tejido hemorroidario externo.

En octubre y noviembre de 1999 operamos 8 pacientes (5 mujeres) mediante esta técnica con una edad promedio de 36.8 años (27-50). El diagnóstico preoperatorio fue de enfermedad hemorroidaria: grado II en 4 pacientes (50%), grado III en 3 pacientes y grado IV en 1 paciente. Dos pacientes presentaron además fisura anal y se realizó concomitantemente una esfinterotomía parcial interna

tipo Notaras. El tiempo promedio de cirugía fue de 14.8 ± 4.5 minutos y se utilizaron suturas extras para hemostasia en la mitad de los pacientes. Se presentó una complicación temprana (retención aguda de orina). La mayoría de los pacientes (62.5%) requirió analgésicos únicamente durante los primeros 8 días del posoperatorio. Después de un seguimiento promedio de 45.4 ± 20 días, no hemos observado complicaciones (hemorragia persistente, sepsis anal, estenosis anal, incontinencia) y 4 pacientes que ya han sido evaluados respecto a satisfacción por el procedimiento, lo refieren como excelente.

La hemorroidectomía con engrapadora se basa en la premisa fisiopatológica del desplazamiento de los paquetes hemorroidarios o cojinetes, propuesta por Thompson. Se trata de una técnica relativamente sencilla y rápida, que produce resultados curativos satisfactorios con un posoperatorio menos molesto que técnicas convencionales. Aunque controversial, el costo del instrumento se ve compensado por la reincorporación pronta a las actividades laborales, menor estancia hospitalaria y menor consumo de fármacos analgésicos. La hemorroidectomía con engrapadora ofrece una opción más, en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidaria, sobre todo cuando existe prolapso circunferencial.

Lasertrólis.

Riesgo de una técnica de vanguardia

Dra. Alfonsina Angelica Ávila Romay.
Hospital Médica Sur.

Lasertrólis es el proceso mediante el cual se retira el pelo por medio de láser, el objetivo de esta técnica es lograr selectividad al daño folicular, y no al tejido perifolicular.

En este trabajo se muestran los efectos inmediatos (5 min-24 horas) y mediatos (1 día-2 semanas) posterior a depilación en diferentes áreas (cara, axila, ingle, piernas) utilizando láser de Ruby modo normal.

Se estudiaron 20 pacientes encontrando en todos ellos efectos secundarios inmediatos como: eritema, edema, púrpura y epidermolisis los cuales fueron resueltos, excepto en 2 pacientes que mostraron cambios de pigmentación que se resolvieron hasta los dos meses después del tratamiento.

Concluimos: Que la depilación por láser es una técnica nueva en el proceso de cambio, que existen riesgos que pueden ser controlables, que aún no es posible predecir efectos a largo plazo ni tampoco decir que es

un tratamiento definitivo para el exceso de vello, independientemente de su caída.

Recuperar la palabra.

Apoyo emocional al paciente cardíopata

Psic. Nora Wassner Staszowski
Hospital Médica Sur.

La función del apoyo emocional es posibilitar la elaboración psíquica de la afección cardíaca y coadyuvar a la asunción y a la superación de la crisis.

El objetivo del apoyo emocional es optimizar pautas personales de rehabilitación física, estimular las aptitudes particulares para afrontar los cambios, favorecer la reinserción laboral y restablecer condiciones deseables de calidad de vida.

El impacto emocional no debe soslayarse en ninguna de las manifestaciones de la crisis y es preciso establecerlo y asistirlo antes y después de una cirugía cardiovascular. La depresión no tratada en las crisis cardíacas es responsable de un riesgo de mortalidad, ocho veces mayor que la tratada (Daichman R. 1986). El acto quirúrgico es un acto traumático que nos enfrenta con: miedo a la muerte, sensación de indefensión ante el peligro, temor al dolor físico y angustia que perduran en el periodo de rehabilitación asociado a fantasías de: desajuste del esquema corporal, expectativas ansiosas y muy particulares vivencias subjetivas.

La intervención psicoterapéutica tiende a: contrarrestar factores de riesgo, apoyar al paciente para enfrentar la enfermedad, para cumplir las prescripciones médicas y proyectar la vida del paciente desde sus nuevas circunstancias y como facilitadora de la reinserción en la vida laboral y social. Intentamos darle voz a lo silenciado desde la institución, el grupo o el individuo. Nuestra tarea es lograr una mejor calidad de vida y manejar mejor las emociones. La palabra es la herramienta privilegiada de trabajo. Poner en palabras las fantasías y emociones de una enfermedad que se vivencia como un ataque al cuerpo desde dentro. Relatar la enfermedad y el sufrimiento facilita la propia comprensión. La personalidad coronaria se caracteriza por déficit simbólico, carácter anal y trastornos narcisistas.

Resultados: los pacientes que tendían a aislarse descubren la importancia de comunicar, descubren que delegar facilita la existencia, encuentran diversas formas de resolver problemas, se puede manejar la ira y

la agresión, las indicaciones médicas cobran sentido y se vuelven fáciles de acatar y las limitaciones impuestas por la enfermedad funcionan como generadoras de nuevas y distintas opciones de vida.

Conclusiones:

- La enfermedad coronaria es una respuesta biológica a una situación vital compleja. El infarto asusta y deprime, el que lo sufre se juega la vida.
- Hay que llevar el tratamiento al paciente.
- El apoyo emocional contribuye a facilitar el tratamiento del paciente coronario.

Uso de imágenes computarizadas en ortodoncia y cirugía reconstructiva en el tratamiento de desarmonías craneofaciales

Enrique Grageda Núñez.

Hospital Médica Sur-Universidad del Sur de California.

El desarrollo tecnológico de las últimas décadas ha permitido mejorar significativamente los métodos diagnósticos utilizados en ortodoncia y en cirugía reconstructiva. Hasta hace algunos años el resultado final del tratamiento ortodóntico-quirúrgico de severas desarmonías craneofaciales era difícil de determinar debido a que únicamente se contaba con predicciones manuales poco reales y precisas.

Las imágenes computarizadas han demostrado ser un importante método diagnóstico en la planeación de un caso quirúrgico, ya que éstas permiten realizar rápidamente mediciones exactas de las estructuras óseas y dentales comparando la relación entre los tejidos duros y blandos, además de visualizar predicciones muy semejantes al resultado final de las diversas alternativas de tratamiento.

El uso de las imágenes computarizadas en tratamientos ortodóntico-quirúrgicos también permite entre otras cosas mejorar considerablemente la comunicación con el paciente. Estudios recientes han demostrado que estas ayudan a clarificar las expectativas reales en el resultado final del tratamiento, así como también a determinar la necesidad de someterse al mismo.

Una de las grandes ventajas que ofrece el uso de estas imágenes implica poder compartir múltiples opciones de tratamiento entre el cirujano y el ortodoncista lo cual incrementa la comunicación entre estos ayudando a determinar las limitaciones dentales y quirúrgicas por parte de ambos especialistas



Por otro lado, el almacenamiento de datos en la computadora permite tener acceso a la información de una manera rápida y precisa, permitiendo establecer una buena base de datos para realizar estudios a futuro de las distintas técnicas quirúrgicas.

La tecnología continúa avanzando con un ritmo cada vez más rápido. Esto permitirá mejorar las limitaciones que tienen estas imágenes, desarrollando programas cada día más exactos y con mejores aplicaciones. Actualmente ya se cuentan con los primeros programas tridimensionales los cuales permitirán analizar una gran variedad de factores como cambios en tejidos blandos producidos por procesos tales como el crecimiento y el envejecimiento, a establecer diferencias más exactas en los tejidos blandos como respuesta a distintas técnicas quirúrgicas y a mejorar significativamente el tratamiento de severas asimetrías faciales, síndromes y malformaciones congénitas analizando los tejidos en tres dimensiones.

Tratamiento integral del paciente con labio y paladar hendido

Dra. Rosa Ma. Gutiérrez Canto.
Hospital Médica Sur.

Introducción: Se inicia en el recién nacido con un coordinador que envíe en forma oportuna al niño con cada especialista que necesite valorar y tratar al paciente, los indicados para la coordinación de esta clínica son el Pediatra y el Ortopedista maxilo facial, ya que llevan el control del crecimiento, en todas las etapas del desarrollo hasta la pubertad.

Descripción del tratamiento: Este se inicia al nacimiento por un diagnóstico realizado por el Pediatra, que inicia su control de crecimiento, y lo envía a especialistas para el inicio de su tratamiento.

Ortopedista maxilo facial. Tomará impresión del maxilar para elaborar un aparato miofuncional obturador palatino y estimulador del crecimiento óseo. Le ayudará a la alimentación, y evitará que el tamaño de la fisura palatina se incremente al evitar la introducción de la lengua en ella. Después de la cicatrización de la palatoplastia se iniciará la colocación de aparatos ortopédicos para la estimulación ósea y así dirigir el crecimiento y desarrollo de las arcadas dentarias y de los maxilares dando espacio suficiente para la correcta erupción dentaria, tanto en dentición temporal, mixta o permanente, corrigiendo paso a paso, cada anomalía en este contexto que se presente. El tratamiento ortopédico maxilar se finaliza con el creci-

miento del paciente, sobre todo en los casos de labio y paladar hendido unilateral o bilateral completo, ya que en estos pacientes no tienen potencial de crecimiento maxilar por la fisura ósea palatina que siempre existe, y tienen que ser ayudados con los aparatos ortopédicos para estimular el crecimiento maxilar y demás estructuras de la cara. *Psicología:* Los padres requieren de una orientación psicológica para canalizar la angustia, miedos y culpas que en momento del nacimiento sienten, con el impacto de ver que su hijo nació con LPH; es muy importante que recuperen la tranquilidad, para el mejor manejo de su hijo, ya que deben tener equilibrio emocional para poder llevar a cabo todas las tareas que se les encomienda por parte de todos los especialistas que tratan al niño. Si el paciente es tratado con responsabilidad y serenidad, éste no tendrá secuelas psicológicas, de lo contrario, el pequeño también requerirá un manejo psicológico en el momento adecuado. *Medicina Física y Rehabilitación.* Orientación a los padres en el programa de estimulación temprana. *Genética.* Estudio e investigación de la etiología y porcentaje de herencia del niño, y los padres. *Cirugía.* Éste puede ser realizado por el Cirujano Pediatra, Cirujano Plástico, o por el Cirujano Maxilo Facial, que consiste en realizar a los 3 meses de edad la plastia de labio y el colgajo vomeriano, así como la corrección del ala nasal deprimida. Este procedimiento es muy importante ya que es una cirugía estética que de ser posible debe ser la única en esa región para evitar excesivo manejo de tejidos y cicatriz retráctil y fibrosa, que lesionarán en un futuro la imagen del paciente. La siguiente cirugía es la palatoplastia a los 18 meses de edad, que consiste en realizar el cierre de la fisura palatina por medio de colgajos llevados a la línea media, por lo que mientras la fisura palatina esté cerrada por el uso de los aparatos obturadores palatinos, la cirugía tendrá mejores resultados, ya que el paladar queda largo y con movilidad; el paciente tendrá una mejor expresión de voz. Faringoplastia: en caso de tener un paladar corto y de poca movilidad, sin sellado faríngeo (C: P: C: M:F). Injerto óseo en la fisura a nivel del proceso alveolar y piso nasal, para dar apoyo a la erupción del canino permanente y mejorar el aspecto de la base nasal, será realizada a los 7 años de edad (C: M:F:). Corrección nasal, puede ser por etapas, la primera a los 8 años para corregir el ala nasal y la segunda etapa la de 14 a 16 años para realizar una corrección final. (C: P:) *Terapia de Lenguaje, Ortodoncia y Prótesis.*

Conclusión: Toda esta labor de equipo es en beneficio del paciente y así integrarlo a la sociedad, como un ser humano con actitudes positivas y aceptación a sí mismo y, por lo tanto, exitoso y feliz.

Todo hospital debe de contar con una clínica de labio y paladar hendido integrada.

Prevalencia de pólipos rectosigmoideos en una población mexicana con riesgo promedio para cáncer colo-rectal

RO Téllez, BR Pichardo, LG Rodríguez, GJE Serratos, OME Ramos, RJM Correa

Unidad de Diagnóstico Clínico y Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Médica Sur.

La rectosigmoidoscopia es una prueba invaluable para la detección primaria de cáncer colo-rectal y en países donde se ha aplicado extensamente ha disminuido sustancialmente la muerte por esta enfermedad.

Determinamos mediante un análisis prospectivo la frecuencia y características de pólipos rectosigmoideos, en pacientes con riesgo "promedio" para cáncer colo-rectal que se sometieron por primera vez a un estudio rectosigmoidoscópico rígido en la Unidad de Diagnóstico Clínico del Hospital Médica Sur, durante 2 años.

De octubre de 1997 a septiembre de 1999, se realizaron 2,975 rectosigmoidoscopias rígidas de primera vez. Se excluyeron 37 pacientes y se eliminaron 26 pacientes con pólipos; pero sin diagnóstico anatomopatológico. De 2,912 (803 mujeres), pacientes con edad promedio de 48.6 años (20-94) considerados para el análisis, en 301 (10.3%) se encontraron 369 pólipos. La mayoría de los pólipos encontrados (82.1%) fueron < 5 a mm. De acuerdo al resultado del estudio anatomopatológico los pólipos más frecuentemente encontrados fueron hiperplásicos, en 128 (42.5%) pacientes y adenomatosos, en 94 (31.2%) pacientes. Se encontraron otras lesiones neoplásicas: un adenocarcinoma y 4 carcinoides; 2 de ellos invasores. Los otros pólipos encontrados en orden decreciente fueron: inflamatorios, mucosa normal, linfoides, lipomas, xantomas y tumores estromales benignos. De los pólipos adenomatosos: el 50% fueron adenomas-aserrados, el 41.5% tubulares, el 6.4% tubulo-vellosos y el 2.1% vellosos. La frecuencia de neoplasias por década fue: 16.7% (3/18) para el grupo de 80-89, 6.0% (5/83) para el grupo de 70-79, 4.1% (34/838) para el grupo de 50-59, 4.0% (13/325) para el grupo de 60 a 69, 3.5% (38/1081) para el grupo de 40 a 49, 2.1% (1/31) para el grupo de 20 a 29 y 1.0% (5/517) para el grupo

de 30 a 39 y 0% (0/3) para mayores de 90 años. La frecuencia de neoplasia, adenoma avanzado y neoplasia maligna en la población total estudiada fue de 3.4%, 0.3%, y de 0.1%, respectivamente, y para pacientes de 50 años en adelante, se incrementó a 4.7%, 0.5% y 0.2% respectivamente, tras explorar una distancia promedio de mucosa rectosigmoidea de 21.3 ± 3.1 cm.

La prevalencia de pólipos adenomatosos encontrada en la población estudiada, es mayor de la reportada, incluso en estudios de autopsia donde se revisó todo el colon y recto en México.

Los adenomas-aserrados comprenden una entidad relativamente nueva de pólipos, probablemente subdiagnosticada por endoscopistas y patólogos.

La rectosigmoidoscopia se justifica plenamente, sobre todo en los grupos de edad con mayor riesgo de neoplasia colo-rectal.

Actualización de la terapia de reemplazo hormonal en el climaterio

MG Santibáñez, OE Lara, MA Viesca, MA Santibáñez, ARM Viana. Depto. Ginecología. Hospital Médica Sur.

Antecedentes: El climaterio es un problema de salud pública ya que el 20% de la población mexicana se encuentra entre los 35 y los 65 años de edad, de estos 20 millones de personas, más de la mitad son mujeres. Si a esto agregamos que sólo un pequeño número de mujeres toma estrógenos en este periodo debe ser muy importante considerar posibles terapias alternas para mujeres posmenopáusicas que tienen problemas relacionados con esta etapa. De acuerdo a las encuestas de Gallop 40% de las mujeres americanas creían que el cáncer de mama era la causa más común de muerte. En la actualidad se sabe que 45% mueren de enfermedad cardiovascular y sólo 4% de cáncer de mama.

Objetivo: Hacer una revisión de la literatura actual para describir las enfermedades relacionadas con la menopausia, las razones de la falta de continuación de la terapia de reemplazo hormonal, los beneficios de la terapia de remplazo estrogénica y las alternativas de otros métodos naturales o de nuevos medicamentos no hormonales que tratarían algunas de las enfermedades relacionadas.

Material y métodos: Se realizó una revisión de las revistas relacionadas al tema de 1996 a 1999.

Conclusiones: El estrógeno es la norma a la cual deben compararse todos los otros agentes para uso en mujeres posmenopáusicas. Las posibles alternativas son los fitoestrógenos, los bifosfonatos, moduladores de los receptores selectivos de estrógeno, la tibolona, las estatinas y las dosis bajas de estrógenos. La terapéutica debe ser individualizada de acuerdo a la edad, estado de salud y necesidades de cada mujer.

La radiocirugía

Dr. Jesús Zamora M. Varaona

Servicio de Radioterapia-Centro Oncológico.
Hospital Medica Sur.

La radiocirugía como innovación para el tratamiento de padecimientos cerebrales, no abordables quirúrgicamente, ve la luz en 1951 con los trabajos de Lars Leksell como fruto de la amalgama de la cirugía estereotáxica, y de la radioterapia. Esta técnica de tratamiento, así como la de la radioterapia en condiciones de estereotaxia han tomado un desarrollo importante en los últimos años.

La estereotaxia permite la localización precisa, y la determinación exacta del volumen a irradiar, mientras que la radiofísica contribuye con la dosimetría necesaria para la elección de las dosis a administrar en este volumen.

Diferentes fuentes de irradiación son utilizadas; ya sea Cobalto 60 (Gamma-Knife), o fotones producidos dentro de un acelerador lineal, así mismo partículas pesadas son actualmente utilizadas, en lo general proveniente de un Ciclotrón. Diferentes patologías son actualmente tratadas con estos métodos, principalmente las malformaciones arteriovenosas, y con menos frecuencia, y experiencia; cordomas, meningiomas, glioblastomas, neurinomas, metástasis cerebrales y otras.

La radiocirugía, y la radioterapia en condiciones de estereotaxia representan en la actualidad una alternativa de tratamiento, ya sea de manera exclusiva, o en forma complementaria, un panorama actual de estas técnicas será presentado, así como una comparación entre las mismas.

Cáncer: Métodos de estadificación

Raúl Pichardo Bahena, Enrique Blanco Lemus
Departamento de Patología. Hospital Médica Sur.
México, D.F.

Antecedentes: Los objetivos de la estadificación de las neoplasias malignas están encaminados a brindar indicaciones para planear el tratamiento, evaluar el pronóstico y evaluar los resultados del mismo. Así como para facilitar el intercambio de información entre diversos centros y contribuir a la investigación continua del cáncer en los seres humanos.

Clasificaciones: Los intentos de clasificar la gravedad de una enfermedad se ha realizado desde 1748, cuando Forthergill publicó la clasificación de la difteria. En oncología se debe evaluar el sitio anatómico, la extensión y la conducta biológica del tumor. El desarrollo de un lenguaje internacional para clasificar al cáncer data desde 1905, propuesta por Steintal, para el cáncer de mama. Actualmente el sistema de tumor-ganglios linfáticos-metástasis (TNM) fue desarrollada por Pierre Denoix, en el instituto Gustave Roussy. En 1954 la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC).

El sistema TNM está basado en la extensión anatómica del tumor, expresada como T para el sitio primario. N para infiltración a ganglios linfáticos. M para metástasis. En 1987 el sistema del American Joint Committee on Cancer (AJCC) y el sistema TNM se unificaron. Actualmente el sistema UICC, AJCC, FIGO, Duke's y Jewet-Strong se han convertido en el sistema TNM.

Lo más importante de mencionar del sistema de estadificación TNM es que varía con el tiempo, esto es, se mantiene en un "estado de migración", adecuándose a los alcances de la medicina actual, como son los estudios de imagen, los avances de patología (como la biopsia por aspiración con aguja delgada).

Conclusión: Debido a estos cambios constantes de la oncología es necesario e imprescindible que los médicos que trabajamos en Médica Sur estemos familiarizados con este tipo de reportes, que desde 1999 han estado apareciendo como una forma habitual de reportar las neoplasias malignas en esta institución.

Estimulación ósea en microsomía hemifacial

Dra. Rosa Ma. Gutiérrez Canto.
Hospital Médica Sur.

Introducción: La microsomía hemifacial, síndrome del primer y segundo arco branquial, síndrome de Goldenhar, se caracteriza por alteraciones del crecimiento y desarrollo de estructuras que conforman la cara,

entre los cuales encontramos: anomalías del oído, que pueden ser malformaciones del oído medio, conducto auditivo y microtia, (pabellón auricular pequeño), en ocasiones presentan vestigios auriculares supernumerarios, agenesia del cóndilo, rama mandibular pequeña, macrostomía, atrofia de los músculos faciales y de la masticación de lado afectado, hipoplasia maxilar y laterognasia mandibular, maloclusión dentaria, en algunos casos se observa agenesia de la parótida.

Puede ser heredado como carácter dominante autosómico, sin embargo este síndrome puede presentarse sin ninguna base genética.

La secuela importante en este síndrome, es la falta de crecimiento de la rama de la mandíbula por la ausencia del cóndilo, eso va llevando que el lado sano crezca dentro de los límites "normales" y en el lado afectado el crecimiento sea mínimo, llevando la cara a una asimetría cada vez más severa, con deterioro en la estética, la función, y en la calidad de vida.

Descripción: Veinticuatro pacientes con esta entidad están siendo tratados con aparatos ortopédicos maxilares miofuncionales para la *estimulación ósea*, con el objeto de corregir la asimetría facial causada por la laterognasia mandibular, el mentón desviado al lado de la lesión por la agenesia condilar es llevado a la línea media facial.

El objetivo es conservar el mentón en la línea media facial durante todo el crecimiento y desarrollo de la cara, estimulando el crecimiento óseo del lado afectado y evitar de esa forma que la asimetría facial se incremente y evitar de esta forma la cirugía correctiva que se realiza al final del crecimiento; que consiste en colocar un injerto costochondral, el cual sólo corregirá el tamaño del hueso, pero no restablecerá el volumen de los tejidos blandos. En cambio con la ortopedia se estimula el crecimiento óseo y de los tejidos blandos, quedando secuelas mínimas que en algunas ocasiones el paciente refiere ya no necesitar ni querer le sea realizada ninguna cirugía. *Tratamiento ortopédico maxilar:* Se colocaron aparatos ortopédicos maxilares miofuncionales:

Primero un aparato desprogramador neuromuscular. Objetivo: relajación de los músculos de la masticación.

Segundo, aparato ortopédico con una guía para reposicionar la mandíbula con el mentón en la línea media facial. El objetivo es por medio de la tracción de los tendones y músculos insertados al nivel de la rama mandibular afectada, estimular la formación ósea para el crecimiento de esa área.

Discusión: Se ha observado en los pacientes con éste tipo de síndromes, que la deformidad facial se

incrementa con el crecimiento de la cara, ya que el lado sano crece con un desarrollo "normal" y el lado afectado queda con una disminución del crecimiento de la rama mandibular y de los tejidos blandos en forma considerable, existiendo una compensación y adaptación de todas las estructuras óseas y oclusión dentaria. El tratamiento a estos defectos al término del crecimiento es quirúrgico con las repercusiones que representan desde el nivel médico como riesgos por complicaciones quirúrgicas, en algunas ocasiones los resultados no son en forma estética satisfactorios, porque con el injerto costochondral sólo aumenta de tamaño la estructura ósea quedando una masa muscular poco desarrollada, persistiendo la asimetría por el volumen diferente de los tejidos blandos, las secuelas psicológicas del paciente, y por el lado administrativo el costo generados por día cama hospital y gastos quirúrgicos en general.

Este tratamiento con la aparatología usada en estos pacientes del Hospital de Pediatría C.M.N. Siglo XXI aún no ha sido publicado

Estudio comparativo entre la combinación valerianato de estradiol-acetato de ciproterona y estrógenos conjugados equinos-acetato de medroxiprogesterona como terapia hormonal de reemplazo en mujeres posmenopáusicas

Dr. Sebastián Carranza-Lira, Dr. Juan Carlos Martínez-Chéquer, Dra. Fernanda Río de la Loza C, Dr. Alfonso Murillo-Urbe, Dr. Cuauhtémoc Celis. Servicio de Ginecología Endocrina, Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.

Introducción: Existen distintas combinaciones para terapia hormonal de reemplazo en el climaterio, con distintas características entre ellas.

Objetivo: Determinar la eficacia en el control de la sintomatología climatérica, la tolerabilidad y el patrón de sangrado de la combinación estrógenos conjugados-acetato de medroxiprogesterona (ec-mpa) en comparación con la combinación valerianato de estradiol-acetato de ciproterona (e2v-cpa).

Material y métodos: Se estudiaron 81 pacientes posmenopáusicas entre 40 y 60 años de edad con sintomatología vasomotora. Aleatoriamente se les ad-

ministró: I. EC-MPA: 21 tabletas que contenían 0.625 mg de EC y 10 tabletas con 5 mg de MPA que tomaron junto con las últimas diez tabletas de EC en cada ciclo ($n = 37$). II. E2V-CPA: 11 tabletas que contenían 2 mg de E2V y 10 tabletas que contenían 2 mg de E2V y 1 mg de CPA ($n = 44$). Cada ciclo de tratamiento comprendió 28 días. Los tratamientos se compararon mediante Chi cuadrada y por medio de la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: La presencia de los bochornos fue significativamente mayor en el grupo con EC-MPA ($p < 0.03$). Las palpitaciones severas al final del estudio, tuvieron una tendencia a ser más frecuentes en el grupo con EC-MPA ($p < 0.06$). Al final del estudio hubo mayor frecuencia de tensión mamaria en el grupo con EC-MPA ($P = 0.009$). Hubo un caso de tromboflebitis superficial en el grupo con E2V-CPA. En los demás parámetros analizados no hubo diferencias significativas.

Conclusiones: Ambos tratamientos tienen buena eficacia, tolerabilidad y mismo patrón de sangrado. Sólo la frecuencia de bochornos, la presencia de palpitaciones severas y la tensión mamaria fueron menores en el grupo con E2V-CPA, lo que hace de esta preparación una opción que puede tener mejor aceptación por la paciente.

Validación de un cuestionario de factores de riesgo de osteoporosis

Dr. Sebastián Carranza-Lira, Dr. Alfonso Murillo-Uribe,** Dra. Norma Martínez-Trejo,** Dr. Víctor Takane,** Dr. Javier Santos-González***

*Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F.

**Centro para el estudio del climaterio y osteoporosis (CECLIOS), Hospital de México, México D.F.

Objetivo: Evaluar un cuestionario de factores de riesgo para osteoporosis.

Material y métodos: En 1,088 mujeres posmenopáusicas se analizaron los factores de riesgo para osteoporosis tales como edad, tiempo desde la menopausia, uso previo de terapia hormonal de reemplazo (THR), uso actual de THR, uso previo y actual de THR, fracturas después de los 45 años de edad, peso actual, uso de corticosteroides y presencia de hipertiroidismo, dándoles distinta puntuación. Todos los puntos se sumaron en cada

paciente. En todas ellas se realizó una densitometría de doble emisión de rayos X de la columna lumbar y la cadera (cuello femoral, trocánter y triángulo de Ward). Se calculó la razón de momios, la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN) para cada una de las variables y el valor de T en la densitometría, así como el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: La razón de momios se incrementó conforme aumentó la puntuación. Con cuatro puntos en el cuestionario el VPP fue 41%, el VPN 86%, la sensibilidad 16% y la especificidad 96%. Hubo una correlación significativa negativa entre la edad, tiempo desde la menopausia, THR actual, THR previa y actual y los valores de T en la columna y en la cadera y con la puntuación para todas las regiones; y positiva con el antecedente de fractura con el valor de T en columna y fémur y con el peso actual en todas las regiones.

Conclusiones: Este estudio mostró que el cuestionario puede ser útil para identificar pacientes con alto riesgo de osteoporosis.

Aplicación de un índice útil (IR) en lesiones sólidas de mama. Evaluación con monografía Doppler color

Dr. Enrique Rojas Herrera, Dr. Jaime P. Samaniego Duque, Dr. Carlos E. Rojas Marín, Dra. Laura G. Aguirre Chisco, Dra. Ma. del Carmen García Blanco
Departamento de Ultrasonido, Hospital Médica Sur.

Objetivo: Demostrar la utilidad de un parámetro de aplicación Doppler (IR) en lesiones sólidas de mama y su posible aplicación en la práctica clínica diaria para su diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico.

Introducción: Las ventajas del Doppler color son que permite evaluar el flujo sanguíneo, identificar rápidamente la estructura vascular, cuantificar la velocidad, se observa que la sensibilidad es adecuada en vasos mayores de 1 mm de grosor. Sin embargo, existen algunas limitaciones y es que proporciona menor información de estructuras fuera de la lesión, porque sólo los vasos que se encuentra en el recuadro son coloreados.

El Doppler color proporciona varios tipos de información: Si un vaso es visible, se puede determinar la localización y dirección del flujo y determinar las características del mismo dentro de los vasos sanguíneos.

En las lesiones sólidas de mama se ha mencionado la utilidad del índice de resistencia (IR) para determinar el grado de benignidad y/o malignidad de la patología de mama a estudiar. El índice de resistencia intratumoral inferior a 0.80 fue considerado marcador de benignidad, un índice de resistencia igual o superior a 0.80 fue considerado marcador de malignidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo con Doppler color en 32 pacientes con lesiones sólidas de mama, determinándose el índice de resistencia intratumoral, considerando los valores altos y bajos de los vasos perilesionales.

Resultados: El índice de resistencia fue encontrado menor o igual a 0.80 en 24 pacientes (75%), en 8 pacientes se encontró un índice de resistencia mayor a 0.80 indicativo de malignidad (25%), en 4 de ellos se obtuvo examen histológico que corroboró neoplasia (12.5%), en 2 atipias (6.25%) y 2 fueron fibroadenomas benignos (6.25%).

Discusión: Actualmente se puede realizar US Doppler color a las pacientes que presentan masas sólidas de mama, siendo éste un estudio no 100% confiable, pues el diagnóstico fidedigno se hace con biopsia, sin embargo, es de gran utilidad para determinar el sitio de la lesión y sus características sin someter a las pacientes de primera instancia a procedimiento invasivo. Debe complementarse con otros procedimientos de imagen.

La caracterización en color y Doppler de potencia nos permiten evaluar la arquitectura vascular y los índices de resistencia intratumorales. Con esto la caracterización vascular tumoral es importante en el grado de benignidad o malignidad de las lesiones.

Conclusión: El empleo de la tecnología Doppler ha revolucionado el campo ultrasonográfico, su inocuidad, su relativo costo bajo y su ausencia de radiación ionizante, le confieren gran capacidad diagnóstica, así como sensibilidad en patología de diferentes órganos, el estudio actual de la neovascularización tumoral y los cambios que sufren los vasos peri e intratumorales le confieren al índice de resistencia tumoral un valor diagnóstico conocido.

Estado actual de la sonografía tiroidea y perspectivas futuras

Dr. Carlos E. Rojas Marín, Dr. Jaime Samaniego Duque, Dr. Enrique Rojas Herrera, Dra. Ma. del Carmen García Blanco.

Departamento de Radiología e Imagen.
Hospital Médica Sur.

Objetivo: Demostrar la utilidad del ultrasonido tiroideo con transductores de alta frecuencia (7 Mhz o más), así como las innovaciones tecnológicas de Doppler color, Power, siescape y 3D en patología tiroidea cotidiana que acude a un Servicio de Ultrasonido.

Introducción: En la actualidad la sonografía es una excelente herramienta en la evaluación de la glándula tiroides, y parte integral en el diagnóstico y manejo.

La Enfermedad tiroidea difusa (Graves bocio multinodular, tiroiditis, carcinomas, etc.) se asocia con crecimiento y heterogeneidad acústica.

La adición del color al estudio provee datos como hiperemia y aumento de flujo que representa enfermedad activa. La aplicación de transductores de alta frecuencia identifican nódulos hasta de 1 mm de diámetro que el estudio gammagráfico no detecta. Las técnicas de modo B, Doppler color de flujos altos y bajos, Power Doppler, THI, Eco-realzadores, Siescape, 3D, nos permite obtener datos con relación al comportamiento de la funcionalidad de la glándula. Está demostrada la utilidad de biopsia por aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido (US-FNBA) tanto en nódulos palpables como en nódulos menores de 10 mm para el diagnóstico tanto de lesiones benignas como malignas, con una especificidad del 98.66% y una sensibilidad del 88.3%.

En la actualidad es también adyuvante en procedimientos terapéuticos, con la aplicación percutánea de fármacos guiada por ultrasonido, como la inyección percutánea de etanol en dosis de 1.5 mL por cada 1 mL extraído del nódulo, así como con mercaptoimidazol, en la enfermedad de Graves.

Materiales y métodos: Se realizó investigación bibliográfica minuciosa y validación multicéntrica de artículos de los últimos 5 años a la fecha de patología tiroidea y la aplicación del ultrasonido en la misma, con imágenes obtenidas en esta institución.

Discusión. La literatura actual menciona que la sensibilidad y especificidad del ultrasonido tiroideo como método diagnóstico en la topografía funcional y patología tiroidea; así como en procedimientos intervencionistas para diagnóstico, tratamiento, evaluación pre y posoperatoria, así como en el pronóstico.

- En la enfermedad de Graves, la imagen con Doppler color ha demostrado alta vascularidad en el tejido tiroideo así como aumento en el flujo de la A tiroidea en pacientes con la enfermedad activa.
- En el bocio multinodular, la apariencia sonográfica muestra múltiples nódulos hiperplásicos con

un patrón heterogéneo mayor que en la enfermedad de Graves.

- La tiroiditis de Hashimoto, fonográficamente en tiempo real, se observa un patrón micronodular difuso, y si está en etapa aguda con Doppler color se observa hipervascularidad.
- La tiroiditis infecciosa, con US Doppler color, se observa hipervascularidad difusa, este aumento en la vascularidad puede ser mayor que en la enfermedad de Graves.
- Neoplasia de tiroides, es muy variable, los hallazgos por US; pero es de ayuda fundamental el uso de (US-FNAB) con un alto grado de sensibilidad y especificidad, aun en nódulos pequeños.

Conclusión: El uso de transductores de alta frecuencia, así como los adelantos en el ultrasonido, constituyen un elemento clave para la evaluación de la enfermedad tiroidea, pudiéndose utilizar en la actualidad en la práctica clínica diaria en el diagnóstico y manejo de la patología tiroidea.

Aplicaciones actuales y futuras del USG en el sistema musculoesquelético

Dra. Laura G. Aguirre Chisco, Dra. Ma. del Carmen García Blanco, Dr. Enrique Rojas Herrera
Departamento de Ultrasonido, Hospital Médica Sur.

Objetivo: Demostrar la aplicación del ultrasonido de alta resolución en patología musculoesquelética, en la práctica clínica del Departamento de Imagen del Hospital Médica Sur, con una máquina actual de alta frecuencia.

Introducción: Con el advenimiento de los transductores de alta resolución, el interés por el USG musculoesquelético ha aumentado; con este tipo de estudios se pueden determinar diversas patologías (enfermedades tendinosas, masas o infecciones de tejido blando, presencia de cuerpos extraños y anormalidades articulares) teniendo ventaja sobre RM, teniendo ésta un costo mayor, el estudio es de larga duración y posiblemente se obtengan imágenes degradadas por el metal. Tampoco es invasivo como la artrografía y/o biopsia; es un estudio dinámico que permite distinguir el movimiento de todas las estructuras de interés teniendo un extenso campo visual, y se puede complementar el tiempo real con el modo B estático. Así mismo se pueden lograr imágenes en tercera dimensión

permitiendo una reconstrucción multiplanar, combinándola con Doppler color (Sie-Scape y THI) obteniendo el volumen total de la estructura de interés.

Material y métodos: Se realizaron evaluaciones del ultrasonido musculoesquelético a pacientes que nos refirieron por problemas osteoarticulares y musculares específicos, con transductor de alta frecuencia utilizando Sie-Scape y Doppler color, demostrando el papel importante que tiene este estudio para el diagnóstico y manejo.

Discusión: Con el advenimiento de los equipos de alta frecuencia y resolución, se han podido realizar estudios del aparato musculoesquelético con una gran nitidez mostrando la patología de interés, detectando lesiones mínimas, teniendo un extenso campo visual, con la ayuda de Sie-Scape, Doppler color, THI, tercera dimensión. Gracias a la tecnología, en la actualidad se puede detectar cualquier alteración por pequeña que sea, demostrando su vascularidad, grado de hiperemia, extensión, evolución, sin tener que someter al paciente a estudios de mayor costo o invasivos. Este tipo de estudios, también tiene importancia en la evaluación de alteraciones osteoarticulares, pues demuestra cambios a nivel de la superficie cortical ósea. Es importante tener en cuenta que se puede obtener un buen diagnóstico, evolución de una patología o detección de una lesión, utilizando una máquina de alta frecuencia.

Conclusión: Se demuestra que la aplicación del ultrasonido musculoesquelético es de gran utilidad en el diagnóstico de patologías de dicho organismo, demostrando nítidamente las lesiones existentes, en un tiempo corto, a menor precio y sin necesidad de realizar estudios invasivos.

Acreditación del laboratorio MSB por el Colegio Americano de Patólogos

Dr. Francisco Sánchez Girón.
Laboratorio Clínico Médica Sur.

Introducción: Desde su creación hace 4 años, el Laboratorio MSB de Médica Sur tuvo como una de sus metas fundamentales la mejoría de su operación de laboratorio, por ésta razón decidió buscar la certificación del Colegio Americano de Patólogos (CAP) de Estados Unidos, organización profesional no lucrativa de prestigio internacional, como una manera de alcanzar estándares internacionales para el beneficio de nuestros pacientes, médicos y clientes. El motivo

de este trabajo es presentar el trabajo realizado para lograr la acreditación y el beneficio para el laboratorio y sus usuarios.

Material y método: Para cumplir los estándares realizamos las siguientes actividades: 1. Participación desde 1997 en los programas de control de calidad externo del CAP. 2. Inscripción en el Programa de Acreditación de Laboratorios del CAP en Enero de 1999. 3. Recepción de las listas de inspección que detallan los requisitos que cada sección del laboratorio debe cumplir. 4. Se respondieron las preguntas de preinspección de las diferentes listas de cotejo, las listas contestadas se enviaron a la Oficina de Acreditación del CAP, donde se asignaron los inspectores y la fecha de inspección.

Resultados: Durante 18 meses realizamos múltiples actividades en los siguientes aspectos: 1. *Manuales de procedimientos:* Desarrollamos un total de 242 procedimientos de diferentes tipos, procedimientos estándar de operación, para el uso y mantenimiento de instrumentos; de calidad tanto analítica como de aseguramiento de la calidad; de seguridad incluyendo biológico-infecciosos, riesgos químicos, y desastres; así como procedimientos de tipo administrativo. 2. *Calidad:* De los procedimientos elaborados 24 correspondieron al manual de calidad, en los que se incluyen el control de las fases pre y post analíticas además del tradicional control de calidad analítico. Desde 1997 participamos con éxito en los programas de evaluación externa de la calidad del CAP, en el último año participamos en 16 programas que incluyeron 110 exámenes de todas las secciones del laboratorio y generaron un total 328 resultados reportables. También participamos en dos programas mexicanos y dos programas proporcionados por proveedores para sus instrumentos y reactivos. En 1999 se iniciaron las actividades de garantía de la calidad para prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan otorgar el máximo beneficio posible o que aumenten los riesgos a los pacientes. 3. *Seguridad:* Se estableció un estricto programa para el uso de equipo de protección personal, gabinetes de seguridad, manejo de residuos biológico infecciosos, de sustancias químicas y evaluación de riesgos. 4. *Entrenamiento:* Se realizaron los entrenamientos basados en el procedimiento para todo el personal que los utiliza, todos ellos debidamente documentados.

El día 21 de octubre de 1999 recibimos la visita de dos inspectores del CAP para realizar la visita de inspección con fines de acreditación, quienes de acuerdo al procedimiento establecido revisaron todos los aspectos del funcionamiento del laboratorio, incluyendo

la revisión documental, observación del trabajo en el laboratorio, y preguntas directas al personal. Después evaluar los resultados de la inspección el Programa de Acreditación de Laboratorios extendió el certificado de acreditación para nuestro laboratorio.

Discusión: El objetivo del Programa de Acreditación de Laboratorios del CAP es mejorar la calidad de los servicios de laboratorio clínico, asegurando la exactitud y confiabilidad de los resultados a través de un proceso educacional de revisión por iguales. El programa examina todos los aspectos de aseguramiento de calidad del laboratorio, incluyendo metodología, reactivos, instrumentos y equipo, manejo de muestras, manuales de procedimientos, reportes, participación en los programas de control de calidad externo del CAP, personal, seguridad, y el manejo administrativo general que distingue a un laboratorio de calidad. Aunque no tiene validez oficial en México, el reconocimiento internacional que ésta acreditación tiene en el ámbito de los laboratorios clínicos ha determinado que laboratorios situados en diversas partes del mundo soliciten y obtengan la acreditación del CAP. En México todavía no existe ninguna entidad gubernamental, privada, o profesional que se encargue de acreditar a los laboratorios clínicos como sucede en otros países.

La acreditación del Laboratorio MSB por el Colegio Americano de Patólogos es un logro que nos diferencia cualitativamente del grupo de laboratorios mexicanos, la acreditación no ha sido el fin sino el medio para alcanzar de manera demostrada estándares internacionales para el funcionamiento de los laboratorios clínicos, y cumplir así nuestro compromiso de proporcionar a nuestros pacientes, médicos y clientes servicios de laboratorio de alta calidad.

Calidad de vida en pacientes con epilepsia

Cabañas J, Núñez L, Plascencia N.
Hospital Médica Sur.

La epilepsia tiene serias repercusiones en el aspecto psicosocial que afectan la calidad de vida, a veces más que las crisis mismas. El Servicio de Neurología de nuestro hospital, asesora médicamente a un grupo de autoayuda de pacientes con epilepsia y atiende en consulta externa a pacientes con epilepsia de difícil control, de los cuales no todos acuden a las actividades del grupo de autoayuda. En ambos grupos (total 99 pacientes) se aplicó el cuestionario QOLIE-31 y una encuesta para

determinar el índice de Bronfman en relación a nivel socioeconómico. Se correlacionó la puntuación de calidad de vida con diversos factores: Género, edad, lugar de residencia (D.F. vs provincia), tiempo de evolución de la epilepsia, escolaridad, percepción de salario y asistencia a las actividades del mencionado grupo de autoayuda.

La puntuación global obtenida en el QOLIE-31 fluctuó entre 13.7 y 97 con una media de 61.47; se encontró que no hubo diferencia significativa en la puntuación en relación a género y lugar de residencia, pero la puntuación obtenida en el QOLIE fue menor mientras mayor fue el tiempo de evolución de la epilepsia, la escolaridad y la percepción de salario. Por otro lado, la puntuación obtenida en los pacientes que acuden al grupo de autoayuda fue significativamente mayor ($p = 0.01$) que en los que no acuden.

Conclusiones: La calidad de vida es un concepto muy subjetivo cuya medición aproximada con instrumentos como el QOLIE-31 puede ser útil para comparar con el mismo paciente en diferentes momentos y posiblemente para correlacionar con otros factores. Los resultados obtenidos indican que la asistencia a un grupo de autoayuda contribuye a mejorar la calidad de vida pues la puntuación en el QOLIE-31 fue significativamente mayor en ese grupo. Por otro lado, los pacientes con mayor escolaridad y mayor percepción de salario tienen una apreciación de calidad de vida menor, posiblemente porque su expectativa de la misma es mayor.

Genotipificación del virus C en pacientes con hepatitis crónica de la Ciudad de México

Nahum Méndez-Sánchez, Daniel León, Laura Trejo-Avila, Francisco Sánchez, Raúl Pichardo, Luis Guevara González, Misael Uribe.

Departamentos de Investigación Biomédica y Gastroenterología. Fundación Clínica Médica Sur, México, D.F., y División de Investigación Clínica, Instituto Nacional de Cancerología, México, D.F., Facultad de Ciencias Biológicas, Universidad Autónoma de Nuevo León, N.L.

Antecedentes: La seroprevalencia de anticuerpos contra-HCV (anti-HCV) varía considerablemente en el mundo y nuestro país no es la excepción, ya que se han informado cifras que oscilan desde el 0.5% hasta el 2% respectivamente. En un estudio reciente llevado a cabo en nuestro hospital en donadores del banco de sangre encontramos una cifra (0.43%) muy similar

a la que presentan países desarrollados. Por otro lado, hasta la fecha por lo menos 11 tipos del VHC con sus respectivos subtipos han sido descritos. En términos generales, el tipo 1 es el más frecuente, aunque su distribución es heterogénea en el mundo. La importancia de la genotipificación radica en el conocimiento de la patogenicidad del virus, pronóstico y tratamiento de los pacientes.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo fue investigar los genotipos del VHC más frecuentes.

Métodos: Se estudiaron los sueros de 43 pacientes con edad promedio de 53.3 ± 14.2 años. De ellos 28 fueron del sexo femenino y 15 del masculino. Todos con diagnóstico de hepatitis crónica C. Este último determinado por la positividad del anti-HCV por el método de Elisa. El genotipo del VHC se determinó mediante un método de inmunodiagnóstico de ELISA competitiva basada en péptidos recombinantes, grupos específicos de la región NS4 del virus [Murex HCV SA1-6].

Resultados: El genotipo más frecuente fue el 1 (76.7%), siguiendo en orden de frecuencia el 2 (18.6%). interesantemente, encontramos 3 casos con genotipo 4 y uno con el 6, los cuales no se habían reportado en nuestro país. Dos de los casos con genotipo 4 fueron co-infecciones del genotipo 1.

Genotipos						
	1	2	3	4	5	6
n (%)	33 (76.7)	8 (18.6)	0	3 (7.0)	0	1 (2.3)

Conclusiones: Los resultados del presente trabajo sugieren que el genotipo 1, es el más frecuente en nuestro país (76.7%). El cual, como es bien sabido, es el que tiene menor respuesta al tratamiento médico. Por otro lado, es importante destacar que actualmente nuestra población presenta genotipos del VHC, antes sólo vistos en África y países orientales, lo cual indica de la importante diseminación que ha tenido el VHC en el mundo.

Los niveles de leptina plasmáticos modulan la secreción de colesterol biliar en pacientes obesos en reducción de peso

Nahum Méndez-Sánchez, Verónica González, Hiram Sánchez, Misael Uribe.

Departamentos de Investigación Biomédica y Gastroenterología. Fundación Clínica Médica Sur, México, D.F., Facultad de Medicina, UNAM.

Antecedentes: Se ha sugerido que la obesidad es el factor más importante para el desarrollo de litiasis biliar de colesterol. Asimismo, se ha propuesto que durante la reducción de peso, la formación de cálculos biliares puede ser consecuencia de un incremento en la secreción de colesterol biliar (Ann Intern Med 1996; 124: 532-4). Por otro lado, se sabe que la leptina es un regulador de la ingesta de alimento, gasto energético y adiposidad. Cualquier alteración en la producción de leptina o resistencia a su acción a nivel central, eventualmente resulta en el desarrollo de obesidad (N Engl J Med 1996; 124: 532-4).

Objetivo: Investigar si existe o no asociación entre el índice de masa corporal (IMC), concentraciones de leptina plasmática e índice de saturación de colesterol (ISC) en pacientes obesas en reducción de peso.

Métodos: Diez mujeres obesas con promedio de edad de 37.7 ± 9.1 años fueron estudiadas de acuerdo a los siguientes criterios: IMC > 30 , sin historia de colecistectomía o litiasis vesicular corroborada por ultrasonido (US), sin embarazo, sin tratamiento médico y aceptación por escrito de participación en este estudio. Todas recibieron una dieta regular de 1,200 kcal/d. Se determinaron antes y después del periodo experimental: IMC, composición de la bilis (la cual se obtuvo por estimulación de la vesícula biliar). La concentración de leptina plasmática por RIA. Presencia de cálculos biliares por US, así como determinación de lípidos y lipoproteínas en suero. Los valores son expresados en promedios \pm DE.

Resultados: Se observó una reducción significativa en el IMC 33.6 ± 2.6 a 30.8 ± 3.1 , $p < 0.0002$. No hubo correlación entre IMC, niveles de leptina e ISC en condiciones basales. Posterior a la reducción de peso el IMC correlacionó con los niveles de leptina plasmática $r = 0.76$, $p < 0.009$. Mientras que con el ISC hubo una tendencia a ser, sin ser estadísticamente significativa, $r = 0.58$, $p < 0.07$. El ISC correlacionó con los niveles de en suero de lipoproteínas de baja densidad (LDL) $r = 0.74$, $p < 0.01$. Las LDL también correlacionaron con los niveles de leptina plasmática $r = 0.74$, $p < 0.01$ ninguna paciente desarrolló cálculos biliares.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que los niveles de leptina plasmática modulan la secreción biliar de colesterol a través de modificar los niveles de LDL en pacientes obesas en reducción de peso. Asimismo, sugieren que la deficiencia genética de leptina o la resistencia tisular a su acción parece tener un efecto directo sobre la formación de cálculos biliares de colesterol.

Formas de presentación clínica de la infección crónica por virus C: Análisis de 139 casos en la Ciudad de México

Poo JL, Lizardi J, Morán S, Tellez G, Méndez-Sánchez N, Uribe M. Hospital Médica Sur.

Objetivo: Analizar las características clínicas de una cohorte de 139 pacientes con infección viral C, descripción del grado de afectación hepática y la identificación de los factores que limitan la administración de tratamiento antiviral.

Metodología: Se incluyeron 139 pacientes con infección viral C (AC-VHC y/o RNA VHC positivos), con edad promedio de 53 ± 12 años, 36% hombres y 64% mujeres. Todos los participantes fueron sometidos a historia clínica y evaluación bioquímica serológica, imagenológica y/o histológica. El modo de adquisición de la infección viral C fue esporádica en el 28% y transfusional en el 72%, con un promedio de 21 ± 9 años de evolución pos-transfusión (dispersión de 2-36 años). Se integraron cuatro grupos: Grupo I, asintomáticos con transaminasas normales; grupo II, asintomáticos con transaminasas anormales; grupo III, sintomáticos con transaminasas normales; grupo IV, sintomáticos con transaminasas anormales.

Resultados: Veintidós pacientes (16%) se encontraban asintomáticos y con transaminasas normales (grupo I); 50 pacientes (36%) pertenecían al grupo II; 27 pacientes (19%) al grupo III; 40 pacientes (29%) al grupo IV. Del grupo total, 71/139 pacientes asintomáticos (53%). Los síntomas principales fueron fatiga en 58 pacientes (42%), estigmas de hepatopatía crónica en 21%, edema 18%, ascitis 17%, ictericia 16.3%, hemorragia de tubo digestivo 13%, encefalopatía 7.4% y pérdida ponderal en 8 pacientes (6%). Se observó una gran dispersión en los niveles de hemoglobina que se encontraban entre 8 y 18.4 g/dL (14.1 ± 2.3), leucocitos de 2.1 a 15.4 $\text{mm}^3 \times 10^3$ (5.5 ± 2.1); plaquetas de 32 a 422 $\text{mm}^3 \times 10^3$ (154 ± 85), bilirrubinas de 0.3 a 5.3 mg/dL (1.3 ± 0.8), albúmina de 2.2 a 5.3 g/dL (3.5 ± 0.7), tiempo de protrombina de 9.1 a 24.9 seg (12.7 ± 2.5), TGP de 12 a 307 UI/L (83 ± 56), TGO de 14 a 350 UI/L (91 ± 61), FA de 47 a 655 UI/L (133 ± 90). De acuerdo a la clasificación de Child-Pugh, el puntaje promedio fue de 5.9 ± 1.4 , en Child-Pugh A, 104 pacientes (75%), 31 pacientes (22%) en B, y sólo 4 pacientes (3%) en C. El ultrasonido hepático resultó normal en 62 pacientes (45%). La biopsia hepática sólo se llevó a cabo en 40 pacientes (29%),

de los cuales 2 pacientes (5%) sólo mostraban esteatosis, 8 pacientes (20%) tenían fibrosis como único hallazgo, 14 pacientes (35%) tenían hallazgos de hepatitis crónica activa y 16 pacientes (40%) ya tenían cirrosis hepática en la biopsia. En 75 pacientes, la determinación de la carga viral por RT-PCR mostró valores de 2,000 a 7,000,000 de copias/mL ($730,517 \pm 186,342$); de acuerdo a un análisis integral de datos clínicos, bioquímicos e imagenológicos, 22 pacientes (16%) tenían infección por virus C, pero se encontraban asintomáticos y con transaminasas normales, por lo cual se les podría catalogar como portadores; 47 pacientes (34%) tenían hepatitis crónica; 70 pacientes (50%), se encontraban en fase cirrótica. Las causas de no tratamiento con interferon más ribavirina incluyeron: Cirrosis en 64 pacientes (46%), cirrosis más trombocitopenia 6 pacientes (4%), transaminasas normales en 20 pacientes (14.5%), hipotiroidismo en 3 pacientes (1.8%), no aceptación en 24 pacientes (16%); otras causas incluyeron la limitación económica en 16 pacientes (11.8%) y el ausentismo en 6 pacientes (5%).

Conclusión: La expresión clínica de la infección por virus C es amplia e incluye el estado de portador, la hepatitis crónica y la cirrosis. La mayor parte de los pacientes acuden en etapas ya avanzadas de la enfermedad, lo cual limita las indicaciones y la subsecuente eficacia del tratamiento antiviral. Se requieren estrategias de salud efectivas para favorecer la detección temprana de esta enfermedad.

Efectos hemodinámicos del 5-mononitrato de isosorbide en pacientes cirróticos en profilaxis anti-hemorragia variceal

Poo JL, Rovira M, García-Toca M, Lizardi J, Morán S, Uribe M.

Instituto Nacional de la Nutrición, Salvador Zubirán y Hospital Médica Sur.

En estudios previos nuestro grupo ha demostrado la disminución efectiva del gradiente de presión de venas suprahepáticas (GPSH < 12 mm Hg) en el 66% de los pacientes cirróticos con varices esofágicas que se encuentran recibiendo profilaxis con propranolol y que han logrado una bradicardia terapéutica satisfactoria (55 a 60 lat/min o reducción del 20% de la FC basal). El objetivo del presente trabajo fue evaluar los efectos hemodinámicos de la administración concomitante de 5-mononitrato de isosorbide (5-MNI) en pacientes cirróticos que ya recibían propranolol, que te-

nían bradicardia terapéutica y que su GPSH no mostraba una reducción efectiva (> 12 mm Hg).

Metodología: Se estudiaron 8 pacientes con cirrosis hepática, con varices esofágicas, con edad promedio de 52 ± 14 años, 2 hombres y 6 mujeres. Se excluyeron pacientes con hepatocarcinoma, insuficiencia renal (creatinina > 1.5 mg/dL) e infecciones. Todos los participantes recibieron su dosis matutina de propranolol y fueron sometidos a cateterismo hepático, por abordaje transyugular, bajo monitoreo electrocardiográfico y fluoroscópico continuos. Se obtuvieron presiones arteriales sistólica (PAS), diastólica (PAD), media (PAM), frecuencia cardiaca (FC) así como presiones de suprahepáticas en cuña (PSCH), libre (PLSH), gradiente (GPSH) y presiones de aurícula derecha (PAuD) y vena cava inferior (PVCi). En caso de demostrarse un GPSH > 12 mm Hg, se administraban 20 mg de 5-MNI, por vía oral y se repetían las mediciones hemodinámicas a los 30 y 60 minutos.

Resultados: Ocho pacientes, de un grupo total de 25 cirróticos (32%) en tratamiento con propranolol presentaron un GPSH > 12 mm Hg. Los valores grupales de los 8 pacientes mostraron una reducción significativa del GPSH a los 60 minutos de 20 ± 4 a 8 ± 4 mm Hg ($p < 0.001$). Los hallazgos hemodinámicos se muestran a continuación:

Parámetros	Basal	30 minutos	60 minutos
PAS (mm Hg)	110 + 13	106 + 16	108 + 15
PAD (mm Hg)	66 + 8	68 + 10	67 + 8
PAM (mm Hg)	93 + 10	92 + 11	94 + 9
FC (lat/min)	58 + 5	62 + 6	64 + 5
PSCH (mm Hg)	20 + 4	15 + 5a	8 + 4ab
PLSH (mm Hg)	4 + 2	5 + 3	4 + 2
GPSH (mm Hg)	14 + 3	10 + 4a	8 + 4a
PVCi (mm Hg)	5 + 2	5 + 3	6 + 3
PAuD (mm Hg)	3 + 2	4 + 2	4 + 2

En análisis individual, la administración concomitante de 5-MNI se asoció a reducción significativa del GPSH, a los 60 min, en 6 pacientes; a incremento en un paciente (14 *versus* 16 mm Hg) y a no modificación en un paciente (12 *versus* 12 mm Hg). No se observaron complicaciones agudas. Seis pacientes reciben la asociación propranolol-5-MNI y se encuentran libres de HTD a 1-14 meses de seguimiento; 2 pacientes reciben la asociación propranolol-prazosin.

Conclusión: La adición de 5-MNI en pacientes cirróticos en profilaxis de HTD con propranolol reduce de manera efectiva el GPSH (< 12 mm Hg) disminuyendo así el riesgo de hemorragia variceal.

El virus de la hepatitis C determina una rápida progresión a cirrosis hepática

Irina Van der Graaff, Nahum Méndez-Sánchez, Raúl Pichardo-Bahena, Enrique Blanco-Lemus, Luis Guevara González, Misael Uribe

Departamentos de Investigación Biomédica y Gastroenterología y Patología. Hospital Médica Sur.

Antecedentes: La infección por el virus C de la hepatitis (VHC) en el mundo es muy frecuente, se ha estimado que existen entre 22-90 millones (0.5-2%) de individuos infectados y que en la población general en México el porcentaje de portadores es del 2%. Además, se considera que la infección por virus C es la principal causa de cirrosis hepática y carcinoma. Asimismo, se sabe que el genotipo del HVC es un factor muy importante en la patogenicidad del virus y la respuesta al tratamiento. En un estudio reciente hemos observado que el genotipo más común en nuestra población es el 1b, el cual es el más patógeno.

Objetivo: Investigar la progresión de la hepatopatía en pacientes VHC positivos, medida a través del tiempo de evolución e índice de Knodell.

Métodos: Se estudiaron 20 pacientes con diagnóstico de hepatitis crónica y cirrosis hepática por virus C. Este último determinado por la positividad del anti-HCV por el método de Elisa. La edad promedio de los pacientes fue de 53.1 ± 9.0 años. De ellos 16 fueron del sexo femenino y 4 del masculino. El diagnóstico fue corroborado mediante biopsia hepática y en todos ellos se determinó el índice de Knodell como parámetro para evaluar actividad histológica. Los resultados fueron evaluados mediante la prueba de "t" de Student.

Resultados:

Diagnóstico	n	M/F	Edad	Tiempo evol.	I. Knodell
Hepatitis	15	3/12	51.8 + 7.7 ^a	18.0 + 8.4 ^a	5.6 + 2.2 ^b
Cirrosis	5	1/4	57.8 + 12.3	23.8 + 7.6	8.2 + 4.2

^ap = NS., ^bp < 0.08

Conclusiones: Los resultados del presente trabajo sugieren que el tiempo de evolución de la exposición al factor de riesgo, edad e índice de Knodell no influyen sobre el desarrollo de cirrosis. Sin embargo,

dado que ambos grupos de pacientes presentan la misma edad, es probable que el genotipo del virus, idiosincrasia, consumo de alcohol, tratamiento empleado u otros factores determinen esta progresión rápida.

Perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas en la Unidad de Diagnóstico Clínico de Médica Sur

Rodríguez-Leal G, Ríos E, Ramos M, Espinoza A, Lizardi J, Cerda H, Alvarez M, Valdivia J, Rojas F, Benítez A, Guevara L, Uribe M.

Unidad de Diagnóstico Clínico. Hospital Médica Sur.

Antecedentes: El auge de servicios en medicina preventiva integral ha provocado la necesidad de desarrollar normas mundiales para realizar exámenes médicos periódicos, que permitan la detección de problemas de salud en sujetos asintomáticos. Por lo tanto se requiere conocer las características de grupos específicos de población, a fin de que las medidas preventivas implementadas tengan el máximo beneficio.

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas de los sujetos que acuden a la Unidad de Diagnóstico del Hospital Médica Sur, para una revisión médica periódica.

Material y métodos: Todas las personas respondieron un cuestionario con datos demográficos y se sometieron a exámenes clínicos y de gabinete.

Resultados: Se incluyeron en forma aleatoria 3,272 sujetos (2,420 hombres y 852 mujeres), con edad promedio de 43 ± 11 años que acudieron a un examen de rutina para evaluar su estado de salud.

Las principales características de los pacientes se describen en el siguiente cuadro:

Características	Número 3,272	%	X	Mínimo	Máximo
IMC			25.2	14.7	48.6
< 20	160	4.89			
20.1-25	1,511	46.18			
25.1-29.9	1,310	40.04			
≥ 30	291	8.89			
Triglicéridos > 500 mg/dL	65	2.0	180.8	24.1	1,724
Colesterol > 240 mg/dL	1,014	31.0	215.9	65	500
Glucosa >126 mg/dL	91	2.8	90.8	44	398
Hipertensión arterial	253	7.7			
Colecistectomía previa	131	4.0			
Litiasis vesicular	132	4.0			
Tabaquismo	1,687	51.8			

Conclusión: Las enfermedades metabólicas crónicas (sobrepeso-obesidad e hipercolesterolemia) y el tabaquismo constituyen las características principales en este grupo de pacientes, por lo que se requiere la aplicación de medidas higiénico dietéticas y asesoría más intensa para fomentar un buen estado de salud en sujetos asintomáticos.

El uso de sangre y sus derivados en la terapia intensiva

Escobar A, Castorena AG.

Hospital Médica Sur, México, D.F.

El uso de sangre y sus derivados en los pacientes de la unidad de terapia intensiva (UTI) es muy frecuente, algunos informes lo relacionan directamente con su morbi-mortalidad. La mortalidad se ha reportado entre 15 a 25%.

En los pacientes de terapia intensiva, las transfusiones son un recurso terapéutico, coincidiendo a veces con valores límite como una hemoglobina (Hb) inferior a 10 g/dL o un Hto menor de 30%, o cuando se considera que el aporte de oxígeno (DO_2) es insuficiente, sin considerar las cifras de Hb. Se ha propuesto aumentar el uso de las transfusiones autólogas y de los métodos alternativos a las transfusiones convencionales, por considerarlas más baratas y sobre todo más seguras.

Se realizó la presente revisión para conocer la frecuencia del empleo de productos sanguíneos, sus principales indicaciones y su morbi-mortalidad en la UTI del Hospital Médica Sur, así como para conocer sus costos.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional realizado del 1° de noviembre de 1998 al 30 de noviembre de 1999. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron a la terapia intensiva en este periodo; y se excluyeron los pacientes cuya estancia en la terapia fue inferior a 2 horas. Las variables a estudiar fueron: La cantidad de unidades de sangre o sus derivados en cada paciente, mortalidad, días de estancia y los grupos de diagnósticos en que se dividirá al grupo estudiado.

Resultados: Se revisaron 373 pacientes, de los cuales 160 (42.8%) recibieron algún producto sanguíneo. Dieciséis pacientes (10%) fallecieron. El promedio de edad fue de 58 años (12-96 años), 91 pacientes (56.8%) eran del sexo masculino y femenino 69 pa-

cientes (43.12%). Después de dividirlos en grupos por diagnóstico, el que más se transfundió fue el de hemorragia de tubo digestivo con el 82.1%, seguido por los posquirúrgicos con 63.5%, sépticos 60.7%, traumatizados 57.4%, insuficiencia respiratoria con 35.1%, neurológicos 19.4% y el que menos; los cardiológicos con 11.1%. La mortalidad fue mayor en el grupo de posquirúrgicos con 5 defunciones (31.25%), seguido por hemorragia de tubo digestivo con 3 defunciones (18.75%) e insuficiencia respiratoria, sepsis, los neurológicos y otros con 2 defunciones (12.5%). Los productos sanguíneos que más se transfundieron fueron los concentrados eritrocitarios (CE): 749 unidades en 154 pacientes, plasmas: 366 unidades en 72 pacientes, pull de plaquetas: 196 en 26 pacientes, (plaquetoféresis 163 en 18 pacientes), crioprecipitados: 119 en 10 pacientes y solo un paciente tuvo autotransfusión de sangre predonada. Las indicaciones para transfundir CE fueron: IDO_2 menor de 300, sangrado activo, Hb menor de 10 gr/dL o Hto menor de 30%; para plasmas frescos: Tiempos de coagulación alargados con un INR mayor de 2 o transfusión masiva; para plaquetas: Sangrado activo o niveles séricos menores de 50,000 plaquetas; para crioprecipitados: Fibrinógeno sérico menor de 100 mg.

Conclusiones: El número de pacientes transfundidos fue de 160 (42.8%). La mortalidad en ambos grupos fue similar, 10% en los transfundidos y 8.7% en los no transfundidos. El costo por el uso de sangre o sus derivados en la terapia intensiva representa en promedio el 15% del costo total de su estancia en la terapia, por lo que métodos alternativos deberían ser promovidos, ya que además de reducir costos, son más seguros.

Utilidad de la determinación de ácido láctico en pacientes de terapia intensiva (UTI)

Fco. J Ramírez Rosillo, Guillermo Castorena Arellano, Miguel Remolino S, Guillermo García Ramos, Felipe Vega Boada

Unidad de Terapia Intensiva, Médica Sur.

Introducción: La acidosis láctica en un proceso metabólico en donde hay un aumento en la producción de iones hidrógeno y lactato. Está considerado como la primera causa de acidosis metabólica en el 1% de pacientes hospitalizados que no son interveni-

dos quirúrgicamente. Se define como acidosis láctica cuando el lactato arterial es > 5 mmol/L. En este estudio se utilizó la clasificación de la sobrevida de la enfermedad APACHE II como escala pronóstica comúnmente usada en pacientes de UTI.

Objetivo: Establecer en nuestro medio la correlación entre la concentración de ácido láctico (aL) y APACHE II en pacientes de UTI.

Material y métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y observacional. En un grupo de 11 pacientes con diferentes diagnósticos, teniendo en común estado de choque y acidosis; 4 de ellos fueron mujeres y 7 hombres, con un promedio de edad de (57.3 ± 22.4) años con un rango de edad de (19-86) años. A todos ellos se les determinó a su ingreso (aL) y APACHE II.

Resultados: El (aL) se encontró elevado en 5 de los 11 pacientes (45%); 3 de ellos (27%) con niveles mayores a 5 mmol/L. En los 5 pacientes la clasificación APACHE fue: 20, 23, 15, 30, y 11 puntos respectivamente. Las 2 defunciones correspondían a pacientes con niveles más altos de (aL) y mayor puntuación de APACHE II, 7.3 mmol/L/23 puntos y 12.5 mmol/L/30 puntos respectivamente.

Conclusiones: Los resultados de este trabajo sugieren que la determinación de (aL) y APACHE II son útiles como pronóstico de sobrevida en pacientes de terapia intensiva. Ninguna de las defunciones se relaciona con niveles bajos de (aL).

Biopsia hepática en Médica Sur. Un análisis descriptivo

Raúl Pichardo Bahena, Enrique Blanco Lemus, Nahum Méndez-Sánchez

Departamentos de Patología y Gastroenterología, Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.

Antecedentes: La utilidad de la biopsia hepática radica en que es posible la evaluación de hepatopatías crónicas de origen infeccioso, condiciones asociadas a otras enfermedades y para descartar la presencia de neoplasias primarias, metastásicas o pseudoneoplásicas.

Objetivo: Describir los diagnósticos más frecuentes en biopsias hepáticas en nuestro hospital.

Material y métodos: Se revisó el archivo del Departamento de Anatomía Patológica de Médica Sur en el periodo comprendido del 4 de enero al 31 de diciembre de 1999. Se realizó la búsqueda de diagnóstico con

las palabras: Hígado, hepático, hepatocarcinoma, metástasis.

Resultados: De un total de 5,150 estudios quirúrgicos se identificaron 91 biopsias hepáticas. Se identificaron 9 casos de neoplasias malignas primarias y 13 neoplasias malignas neoplásicas. De ellos 38 casos fueron hepatopatías crónicas, 21 de hepatopatías inespecíficas, 8 hepatitis de etiología infecciosa, un caso de quiste hepático, un caso de complejo de Von Meyenburg. La distribución por género fue la siguiente: Hombres: 59, mujeres 32. El promedio de edad es de 50.3 años ± 14.0 años, con rango de 21 a 81 años respectivamente.

Resultados:

Hepatopatías crónicas	Número de casos	%
Hepatopatías crónicas	35	38.46
Esteatohepatitis	2	2.20
CBP	1	1.10
Colestasis e inflamación crónica	1	1.10
Hepatitis reactiva	4	4.40
Esteatosis	8	8.79
Fibrosis	1	1.10
Colestasis	2	2.20
Esteatosis y colestasis	4	4.40
Obstrucción extrínseca de VB	1	1.10
Hepatitis granulomatosa	4	4.40
Hepatitis granulomatosa y esteatosis	1	1.10
Absceso	1	1.10
Colangitis	2	2.20

Neoplasias y condiciones pseudoneoplásicas	Número de casos	%
Hiperplasia nodular regenerativa	2	2.2
Hepatocarcinoma	5	5.49
Linfoma primario	1	1.10
Carcinoma mixto primario	1	1.10
Carcinomas metastásicos	9	9.89
Infiltración por linfoma	4	4.40
Quiste hepático	1	1.10
Complejo de Von Meyenburg	1	1.10

Conclusiones: Las biopsias hepáticas corresponden al 1.8% de las biopsias analizadas. El diagnóstico más frecuente es de hepatopatías crónicas. Las neoplasias malignas más frecuentes son las metastási-

cas. La neoplasia maligna primaria más frecuente es el hepatocarcinoma.

Estado actual de los exámenes de citología cérvicovaginal en el Hospital Médica Sur

Raúl Pichardo Bahena, Enrique Blanco Lemus
Departamento de Anatomía Patológica.
Hospital Médica Sur.

Antecedentes: El estudio cervicovaginal como prueba de escrutinio ha demostrado ser una herramienta eficaz en el diagnóstico de alteraciones pre-neoplásicas o neoplásicas epiteliales como son las lesiones intraepiteliales así como de carcinoma. También para identificar la presencia de microorganismos o daño citopático viral.

Objetivo: Investigar los diagnósticos más frecuentes en el material de citologías y compararlos con los observados a nivel nacional.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo y comparativo, llevado a cabo en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Médica Sur, en el año de 1999 (1º de enero al 31 de diciembre). Se revisaron 2,089 citologías. Los diagnósticos realizados fueron los siguientes:

Nueve casos como lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG) asociada a infección por virus del papiloma humano, 1 como carcinoma. Setenta y nueve casos con inflamación asociada *Candida sp*, 40 asociadas a *Trichomonas sp*, 6 asociados a *Gardnerella sp*. Estos diagnósticos fueron comparados con aquellos observados a nivel nacional. Para el análisis estadístico se empleó de prueba de Z.

Resultados:

Diagnósticos	No. casos (%)	Media nacional	
		No. casos (%)	Valor de p
LIEBG	9 (0.43)	596 (5.9)	0.0001
LIEAG	0	3.4	
Carcinoma <i>in situ</i>	1 (0.048)	0	
Carcinoma invasor	0	0.7	
Ca adenoescamoso	0	0.001	
<i>Candida sp</i>	79 (3.8%)	0	
<i>Trichomona sp</i>	40 (1.91)	0	
<i>Gardnerella sp</i>	6 (0.29)	0	
Total de casos	2,089	10,098	

Conclusiones: Los resultados obtenidos son diferentes a los de la media nacional, en cuanto a la detec-

ción de lesiones intraepiteliales, carcinoma e infección por virus del papiloma humano.

Las probables causas de estos resultados son que en nuestro hospital se atiende a un sector específico de la población de estratos socioeconómicos medios, medios altos y altos. En los que se espera que el grado de educación sea lo suficientemente alto como para poder evitar el contagio con el virus del papiloma humano y el desarrollo de lesiones intraepiteliales y de carcinoma. Otro dato que apoya esta hipótesis es el bajo número de infecciones por microorganismos que en total corresponde al 6% de todos los casos observados.

La obesidad como factor de riesgo para el desarrollo de lesiones sospechosas de malignidad en mama

Alfonso Vargas Rodríguez, Eleazar Trejo García, Yvonne Aboitiz Slim, J Salvador Velasco Soto.
Hospital Médica Sur.

Actualmente en nuestro país, así como a nivel mundial, tanto la obesidad como el cáncer de mama constituyen dos problemas de salud pública muy importantes. En Estados Unidos una encuesta reciente revela que el 54.9% de su población tiene sobrepeso, siendo más alarmante el hecho de que 22.3% de su población total presenta obesidad. El cáncer de mama ha mantenido en los últimos años una tendencia a la alza en cuanto a su incidencia. En un estudio realizado en Inglaterra y Gales se demuestra que el riesgo de una mujer de presentar cáncer de mama antes de los 35 años de edad es de 1 en 625. A la edad de 50 años el riesgo aumenta a 1 en 56, llegando a un máximo de 1 en 13 a la edad de 75 años. Estudios similares en Estados Unidos revelan que el riesgo de una mujer de presentar cáncer de mama en algún momento de su vida es de 1 en 9. El presente trabajo tiene el objetivo de establecer si en una población abierta en nuestro país, existe relación entre el grado de obesidad con la presencia de lesiones sospechosas de malignidad en mastografía. Se analizarán a todas las mujeres a las que se les haya realizado estudio de mastografía como parte de su chequeo clínico en la Unidad de Diagnóstico Clínico de Médica Sur (UDC) en el periodo comprendido de septiembre de 1998 a octubre de 1999.

El estudio es de tipo retrolectivo, observacional y comparativo. Se incluirá a todas las mujeres a las que se les realizó estudio de mastografía como parte de su chequeo

clínico en la Unidad de Diagnóstico Clínico de Médica Sur de septiembre de 1994 a octubre de 1999. Para términos del presente estudio se define como lesiones sospechosas de malignidad las siguientes: De acuerdo a los patrones de mastografía descritos por Wolfe son sospechosas de malignidad los patrones P2 y DY. El riesgo de desarrollar cáncer de mama con un patrón P2 es de 1.67, mientras que con el patrón DY es de 2.00. Las variables de interés para este estudio son la edad, peso, talla, IMC, antecedente de cáncer de mama en familiar de primer grado, índice tabáquico, consumo de bebidas alcohólicas, edad de presentación de menarca, inicio de vida sexual activa y de menopausia; también se considerarán el número de gestas, los antecedentes personales de mastopatía, uso de anticonceptivos hormonales y el uso de terapia sustitutiva hormonal.

Se excluirá a todas aquellas mujeres en las que no se tenga reporte escrito de la mastografía, así como a todas aquellas en las que su historia clínica esté incompleta y no permita obtener los factores de riesgo antes mencionados.

Todas las variables se analizarán con estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central y dispersión y serán expresadas como promedio + desviación estándar. El análisis estadístico para comparar los grupos se hará con la prueba de *t* de Student para grupos independientes o U-Mann Whitney-Wilcoxon, dependiendo de la distribución de las variables. La serán analizadas con la prueba de χ^2 y con corrección de Yates; análisis de regresión o de varianza.

Prevalencia de hematuria microscópica en la Unidad de Diagnóstico Clínico del Hospital Médica Sur

*Dr. Eduardo Hinojo Rivas, * Dr. Diego Cortina De la Fuente, ** Dr. Luis Guevara Arnal****

* Residente de segundo año. Medicina Interna, Hospital Médica Sur.

** Médico Interno de Pregrado, Médica Sur.

*** Médico Revisor de Sexto piso, Médica Sur.

Antecedentes: Existen autores que consideran que individuos normales pueden excretar algunos leucocitos y eritrocitos. Aún así, la hematuria microscópica (HM) o macroscópica puede ser un signo clínico de una enfermedad urológica subyacente, incluyendo las neoplasias, por lo cual deben ser estudiados. La prevalencia de HM va del 0.19% al 16.1% según la serie

estudiada y de 0 a 2%, pueden tener una enfermedad urológica significativa.

Objetivo: Demostrar la prevalencia de HM por medio del examen general de orina, en pacientes que acuden durante 1999 a la Unidad de Diagnóstico Clínico del Hospital Médica Sur, para un Check-Up.

Material y método: Nosotros realizamos un estudio retrospectivo en 100 pacientes de la Unidad de Diagnóstico Clínico del Hospital Médica Sur, con el fin de encontrar HM por medio del examen general de orina.

Resultados: En este estudio encontramos una edad promedio de 41.96 años, con el 70% de hombres y 30% de mujeres. De estos pacientes, el 6% (6 pacientes) presentaron hematuria microscópica. De estos 6 pacientes, 5 tuvieron como causa probable una infección de vías urinarias diagnosticada al momento del Check-Up, mientras que uno sólo no fue identificado, la causa de la HM.

Discusión: La HM comúnmente es un hallazgo incidental. Aunque individuos normales pueden excretar algunos eritrocitos en la orina, existen casos en los cuales puede documentarse un diagnóstico clínicamente significativo incluyendo las neoplasias, por lo cual todo paciente en quien se documente HM debe ser enviado a una valoración urológica completa.

Conclusión: Con este estudio concluimos que la HM puede ser un signo de alteraciones en vías urinarias, por lo que se sugiere que a todo paciente que curse con HM sin causa que explique la misma, debe ser evaluado de manera completa por especialistas en urología con el fin de descartar alguna patología importante y pueda ser tratada oportunamente.

Estudio doble ciego, aleatorio, controlado con placebo, multicéntrico, para evaluar la eficacia y seguridad del citrato de sildenafil (Viagra) administrado según los requerimientos a pacientes del sexo masculino con disfunción eréctil en América Latina

Mariano Sotomayor, Arturo Mendoza-Valdés, Enrique Leñero, Fernando Ugarte, Jorge Jaspersen, Elías Zonana, Sergio Ureta.

Hospital Médica Sur, Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán", Hospital Ángeles del Pedregal, Hospital General de México, Hospital Español. Diversas Instituciones de Brasil.

Con el objeto de evaluar la seguridad y eficacia del citrato de sildenafil (Viagra) en el tratamiento de la disfunción eréctil, se efectuó un estudio aleatorizado, doblemente a ciegas, controlado con placebo, grupos paralelos, multicéntrico y con aumento flexible de dosis. Dosis inicial de 50 mg, la dosis podía incrementarse a 100 mg o disminuir a 25 mg de acuerdo a la eficacia o seguridad y tolerancia.

Duración: 16 semanas (4 semanas de periodo inicial y 12 semanas doble ciego). Se incluyeron 240 pacientes ambulatorios de más de 18 años de edad, con una relación estable, heterosexual de más de 6 meses, con diagnóstico clínico de disfunción eréctil de más de 6 meses de evolución, en 16 sedes en Brasil y México.

Resultados: Se incluyeron 124 pacientes en el grupo tratado (V) y 121 en el grupo placebo (P). Completaron el estudio 109 y 105 en cada grupo, respectivamente. Edad: V: media 58 (28-85), P: 55.4 (27-84). El porcentaje de respuesta satisfactoria en el grupo V fue de 70% y en el grupo P 30%, la evaluación global fue positiva en el 80% en el grupo V y de 45% en el grupo P. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. El grupo V presentó 77 eventos adversos (EA) y el P, 33. En el grupo V 45 (34.7%) EA y en el P: 25 (19.8%), en el V 1 (5.8%) fue serio y en el P, 3 (2.5%), y severos, 5 (1.0%) en el V y 4 (3.2%) en el P. Los efectos secundarios más frecuentes fueron vasodilatación, cefalea, dispepsia, visión anormal, rash y mareo.

Conclusiones: El sildenafil es eficaz y seguro en el tratamiento de la disfunción eréctil, independientemente de la etiología o severidad de base. Dicho tratamiento resulta en mejoría tanto de la enfermedad en sí misma como en la calidad de vida, es bien tolerado cuando se administra *prn* con 1.7% de abandonos por eventos adversos. La presencia de eventos adversos fue mayor en el grupo de sildenafil, pero la mayoría fueron mínimos o moderados.

Estudio abierto, multicéntrico, para evaluar la eficacia y seguridad de viagra (citrato de sildenafil) en el tratamiento de pacientes del sexo masculino con disfunción eréctil de leve a moderada, con etiología de amplio espectro, en México

Enrique Leñero, Arturo Mendoza Valdés y colaboradores.

Hospital Médica Sur y diversos Hospitales de la República Mexicana.

Con el objeto de evaluar la seguridad y eficacia del citrato de sildenafil (Viagra) para el tratamiento de la disfunción eréctil en México, se llevó a cabo este estudio abierto, multicéntrico. Se incluyeron 448 pacientes ambulatorios del sexo masculino en 40 centros de la República Mexicana, con antecedentes de más de 6 meses de disfunción eréctil, de etiología diversa, excepto en los casos de lesión de médula espinal. El estudio se llevó a cabo a lo largo de 15 semanas: 3 semanas de periodo basal y 12 de tratamiento. La evaluación de la respuesta al tratamiento se efectuó con el cuestionario internacional sobre la función eréctil del paciente (IIFE), preguntas sobre la evaluación global de eficacia y se pidió a los pacientes que llevaran una bitácora de eventos.

Resultados: La respuesta a la pregunta de evaluación global: El tratamiento recibido en las últimas semanas, ¿ha mejorado sus erecciones?, fue positiva en el 93.18% de los pacientes. La calificación promedio basal en cuanto a la capacidad para tener erecciones fue de 2.16 y al finalizar el estudio fue de 4.19, la capacidad basal promedio para mantener una erección fue de 1.61 y al final fue de 4.4. Los eventos adversos más frecuentes fueron cefalea 18.7%, rubefacción 6.3%, dispepsia 2.3%, rinitis 2.3%, visión anormal 2.3%, mareo 2.0%. Menos del 2% de los pacientes abandonaron el tratamiento debido a dichos efectos secundarios.

Conclusiones: El sildenafil oral mostró que es una terapia efectiva y bien tolerada en pacientes con diferentes grados de DE y de diversa etiología en México.

Prostatectomía radical por vía perineal para el tratamiento del cáncer localizado de la próstata. Experiencia Inicial

Dr. Arturo Mendoza Valdés, Dr. Enrique Leñero Llaca, Dr. Aarón Torres García

Hospital Médica Sur, Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", Hospital Ángeles del Pedregal.

La prostatectomía radical perineal (PRP) es una técnica quirúrgica segura y efectiva para el tratamiento del cáncer localizado de la próstata. El objetivo del estudio es presentar nuestra experiencia inicial con la PRP, precisar sus indicaciones, aspectos técnicos del procedimiento y resultados.

Material y métodos: Se seleccionaron a 14 pacientes con diagnóstico de cáncer localizado de próstata

para ser sometidos a PRP, en un periodo comprendido de enero de 1998 a diciembre de 1999 en las instituciones señaladas con los mismos criterios de inclusión.

Resultados: Edad 65 (55-70), APE preoperatorio, 7.2 (2.7-9.8), Gleason preoperatorio < 6, etapa clínica: 8 T1c, 3 T2a, 2 T2c, 1 T3a y un paciente con recurrencia local posterior a radioterapia.

Resultados posoperatorios: Tiempo quirúrgico 2:35 (1:45-4:00). Sangrado transoperatorio 400 mL (100-1100). Transfusiones sólo en 2 casos, un paquete globular c/u. Días hospital 2.1 (1-17).

La PRP es un abordaje seguro y efectivo en el tratamiento del cáncer de próstata que requiere de tratamiento con cirugía radical. Es un técnica que requiere amplio conocimiento de la anatomía perineal y que sus principales ventajas son las mínimas molestias, bajo sangrado, facilidad de la anastomosis uretrovesical, mejor continencia urinaria y estancia hospitalaria corta.

Procedimientos endourológicos en Médica Sur. Experiencia Inicial

Dra. Caridad Sánchez, Dr. Guillermo Fera, Dr. Jorge Sánchez, Dr. Arturo Mendoza Valdés, Dr. Fernando Gabilondo, Dr. Enrique Leñero, Dr. Salvador Aburto, Dr. Mariano Sotomayor, Dr. Juan Stenner, Dr. Sebastián Zepeda

Clínica de litiasis Renal de Médica Sur

El manejo integral de la enfermedad litiásica urinaria en la actualidad comprende la litotricia extracorpórea con ondas de choque (LEOCH), el abordaje percutáneo y el tratamiento endoscópico. La Clínica de Litiasis Renal de Médica Sur, es pionera en lo que a LEOCH se refiere tanto en México como en Latinoamérica. Desde abril de 1999 se cuenta con un ureterorrenoscopia rígido y uno flexible, así como con un litotriptor electrocinético y electrohidráulico que han permitido completar el manejo integral de la litiasis urinaria y efectuar estudios diagnósticos más precisos.

Se presenta la experiencia inicial con el abordaje ureteroendoscópico de abril de 99 a enero del 2000 en la Clínica de Litiasis Renal de Médica Sur. Se han tratado 18 pacientes de 20 a 72 años de edad, 10 hombres, 8 mujeres. Se efectuaron 3 ureterorrinoscopias con el ureterorrinoscopia flexible, 2 de ellas diagnósticas y una terapéutica (extracción de cálculo). Las 15

ureterorrinoscopias restantes fueron con el equipo rígido, efectuándose litotricia electrocinética endoscópica en 10, extracción endoscópica en 4 y en un caso se trató de un procedimiento diagnóstico. No se reportaron complicaciones y en todos los casos de litiasis se resolvió el problema, excepto en una paciente que posteriormente requirió LEOCH ya que el cálculo migró al riñón.

El abordaje endourológico tanto con fines diagnósticos como terapéuticos es una opción segura y eficaz que complementa el manejo integral de los padecimientos ureterorrenales.

Estudio aleatorizado, doble ciego, de grupos paralelos para comparar Casodex tm 150 mg una vez al día con placebo en pacientes con cáncer de próstata no metastásico. Estudio multicéntrico, internacional. Resultados preliminares

Dr. Arturo Mendoza Valdés. Hospital Médica Sur.

Con el objeto de evaluar la utilidad del tratamiento adyuvante con un bloqueador de los receptores androgénicos (bicalutamida) del cáncer de próstata localizado, no metastásico se está llevando a cabo este estudio aleatorizado, doblemente a ciegas, de 2 grupos paralelos, controlado con placebo, multicéntrico, multinacional. De enero de 1995 a junio de 1998 se reclutaron 8,113 pacientes en EUA, Canadá, México (78 pacientes, 9 Médica Sur), Australia, Austria, Bélgica, Rep. Checa, Eire, Francia, Alemania, Holanda, Hungría, Israel, Italia, Polonia, Portugal, S. África, España, Gran Bretaña, Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia. Los parámetros a analizar son el tiempo para progresión, sobrevida, tiempo para falla a tratamiento, tolerabilidad. Grupo A: 4,052 pacientes, edad promedio 66.9 (42-93), 91% caucásicos, 5% negros, 4% otros, peso promedio 80.81 kg, estatura promedio: 172.67 cm. Grupo B: 4,061 pacientes, edad promedio 66.9 (38-93), 91% caucásicos, 5% negros, 4% otros, peso promedio 81.01 kg, estatura promedio 173.16 cm. Ambos grupos son similares en la suma de Gleason, clasificación TNM y tratamientos previos.

En virtud de que se trata de un estudio a largo plazo, no se cuenta con resultados en este momento, y por lo mismo todavía no se sabe cuál de los grupos corresponde al tratamiento y cuál al placebo. El efecto secundario más frecuentemente observado ha sido ginecomastia y mastodinia.

Discitis, diabetes mellitus y *S. aureus* (reporte de caso)

Dra. Gabriela Solís López, Dr. Salvador Velazco Soto, Dr. Quiroz, Dr. Díaz Olivares, Dr. Samuel Ponce de León, Dr. Guillermo García Ramos.
Hospital Médica Sur.

Antecedentes: Existen pocos casos de discitis reportados en la literatura, y la mayoría como consecuencia de un procedimiento invasivo y en segundo lugar posterior a una septicemia; siendo ésta una causa poco común de dolor lumbar, y que se presenta con mayor frecuencia en asiáticos. Este es un reporte de caso de translocación bacteriana de *S. aureus* al disco intervertebral L5-S1 en un paciente mexicano, diabético. Descripción del caso: Se trata de paciente masculino de 41 años con antecedente de diabetes mellitus, diagnosticada hace 8 años, tratada con glibenclamida de 5 mg cada 12 horas. Inició su padecimiento 4 meses antes con disminución de la fuerza de la extremidad superior derecha e imposibilidad para la escritura que se acompaña de cervicalgia, sintomatología que revirtió con AINES y nalbufina. Tres semanas después presenta parestesias, dolor en extremidades inferiores y disminución de la fuerza 4/5 de predominio derecho, disestesias y fiebre de 38°C. En los últimos días dificultad para orinar. **Labs:** hb 11.2 hto 31.7, plaquetas 225, leucocitos 8.4, glucosa 213, ácido úrico 2.06, Ca 7.9, proteínas totales 5.7, albúmina 2.01, bilirrubina total 1.4, bilirrubina directa 0.9, fosfatasa alcalina 238. Orina turbia, cetonas 1+, bilirrubinas 1+, proteínas 2+, nitritos +, leucocitos > de 60, eritrocitos 20-40. **Electromiografía:** Polineuropatía mixta sensitiva y motora con datos de radiculopatía S-1 bilateral de franco predominio derecho. **RMN:** Imagen que refuerza con gadolinio en L5-S1 con protrusión anterior discreta. **Gammagrama óseo:** Hipercaptación de escápulas y pelvis que sugieren proceso inflamatorio a descartar proceso infiltrativo. **Ag PE:** 15.2. **Evolución:** Variable el dolor en pierna derecha, mejor fuerza muscular. **LCR 27 nov:** Xantocrómico, leuc. 915, eritr. 103, gluc. 71, prot. 129, tinta china neg. Bajo tratamiento con cefalotina 1 g cada 8 horas. **LCR 5 dic:** Xantocrómico, leucos. 632, eritr. 36, gluc. 23, prot. 438, BAAR y tinta china negativos. Histopatología sin células malignas. Séptimo día de tratamiento con amikacina 500 mg cada 12 horas, 3er día de ampicilina 1 g cada 6 horas. **LCR**

10 dic: Transparente, leucos. 43, eritroc. 9, neutrof. 1, mononucleares 98%, gluc. 60, prots. 32.8. Al cuarto día de tratamiento con vancomicina y rifampicina. **Cultivo:** Sin crecimiento. **Meds:** Dieta p/diabético, Hartman 1000 p/24., febrax PRN, bi-euglucon c/12, azantac, neurontin c/8, tramadol c/6, dolac PRN, hali-dol, rivotril 3-3-6 gotas, amikin 500 c/12, rocephin 1 g c/12 horas, posipen 1 g c/6 horas. Esquema de insulina. **Urocultivo y hemocultivo:** *Staphylococcus aureus* + oxacilina resistente. **Discusión:** La discitis es una causa poco probable de dolor lumbar bajo, pero el cuadro clínico que le acompañaba (primer cuadro, fiebre, disminución de la fuerza, trastornos de esfínter vesical, inicio rápido, los hallazgos de LCR) sugería un estudio más exhaustivo del paciente para poder hacer un diagnóstico apropiado (la IRM es el procedimiento de elección para diagnósticos diferenciales macroscópicos a nivel medular); ya que se ha demostrado que una terapia específica (solamente se logra con el cultivo directo del disco y/o hemocultivo), para esta patología (en este caso después del aislamiento del *S. aureus*), tiene buenos resultados a las 12 semanas. Habitualmente sin secuelas si se trata oportunamente.

Efecto de 23 meses de tratamiento de reemplazo con GH sobre la densidad mineral ósea en un paciente adulto del sexo masculino

Dr. Juan Díaz Salazar. Hospital Médica Sur.

La osteoporosis en el hombre es una entidad atractiva y no totalmente entendida. Muchos de los casos son aceptados como idiopáticos. Es conocido que la GH tiene una acción en la infancia para el crecimiento longitudinal y después del cierre epifisiario, una de sus funciones es estimular a los osteoblastos para favorecer la osteoformación, además del estímulo sobre la 1 alfa hidroxilasa la que es responsable de la absorción de calcio intestinal, se ha reportado que las personas después de los 35 años de edad presentan una disminución paulatina de la síntesis y secreción de la GH, lo cual favorece la osteoporosis entre otras patologías del adulto.

Se trata de un paciente del sexo masculino de 50 años de edad, corredor de 9 kilómetros al día desde hace 20 años, en julio de 1997 inició con lumbalgia, se realizó una densitometría reportando una osteopenia, además el estudio bioquímico mostró bajo recambio, en base a los siguientes resultados:

Calcio sérico 9.3 mg/dL, FA 79 U/L, calcio en orina de 24 horas, 153 mg/día, e hidroxiprolina 52 mg/día, testosterona total 6.4 ng/mL, testosterona libre 137 pg/mL, dehidroepiandrosterona 145 ng/dL, y GH < 0.5 ng/mL.

Se inició el tratamiento con GH sc a dosis de 0.125 UI/kg/semana, repartido en 7 aplicaciones, además de complejo oseínico mineral de 1 gramo por día, la lumbalgia cedió a los tres meses de tratamiento, y el siguiente cuadro muestra la evolución en base a la densitometría.

Resultados:

Fecha del estudio	Edad	Peso	Talla 174 cm	L1 a L4	BMC gr
			IMC	BMD gr/cm ²	
6 agosto 1997	50.3	74.0	24.5	0.882	55.86
3 sep. 1998	51.4	72.2	23.9	0.932	61.10
26 mayo 1999	52.1	72.6	24.0	0.964	64.25

Conclusiones: El reemplazo con GH exógena mostró en este paciente un incremento de la BMD y del BMC, lo que se traduce en un incremento de la remodelación ósea. Es indudable que se necesita de estudios controlados y con un número de pacientes significativo, para poder realizar conclusiones, el objetivo de este reporte es participar con ustedes de este resultado.

Hipertensión renovascular postraumática. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Jorge Alfonso Ross, Enriqueta Barido, Jorge Sánchez, Ricardo Correa Rotter. Hospital Médica Sur.

Antecedentes: La mayoría de las lesiones renales (80 a 95%) son secundarias a trauma cerrado. La incidencia informada de hipertensión secundaria a lesión renal traumática va del 2 al 6%.

Presentación del caso: Paciente femenino de 16 años, sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento al presentar accidente automovilístico, siendo proyectada fuera del vehículo. Es trasladada a otra institución en la que se refiere consiente y bien orientada, dolor en cuello, tórax y abdomen. A su exploración se refieren datos de abdomen agudo, equimosis periorbitaria izquierda y estado de choque hipovolémico con TA 80/50, FC 98x', FR 26x'. Tres ho-

ras después es trasladada a Médica Sur presentando TA 110/70, FC 110x', palidez de tegumentos, herida en hipocondrio derecho, múltiples lesiones en tejidos blandos con solución de continuidad, dolor a la digitopresión en parrilla costal derecha, persistiendo con datos de abdomen agudo y hematuria macroscópica. Fue sometida a cirugía abdominal y se encontró hematoma retroperitoneal que involucraba la fascia de Gerota del riñón derecho, sin evidencia de sangrado activo, se palpó dicho riñón y no se encontró evidencia de hematoma o lesión renal. Se descartó lesión en vejiga y uréteros y se realizó esplenectomía por laceración del bazo. Se instaló posteriormente sello pleural derecho al detectarse un neumotórax del 25%. En su evolución posquirúrgica se reportó un descenso importante de hemoglobina, palidez de tegumentos, taquicardia de 120-130x', TA80/50. Se le realizó TAC de abdomen y pelvis mostrándose colecciones líquidas perirrenales con compresión sobre la superficies renales, tanto izquierda como derecha y en riñón izquierdo se advierten áreas hipodensas múltiples correspondientes a contusiones o hematomas intrarrenales. En la exploración del riñón izquierdo se observó hematoma subcapsular limitado a la cara anterior con predominio del polo inferior y medio, se ligó sangrado de pequeños vasos arteriales en la fascia de Gerota y no se observó sangrado activo del retroperitoneo ni lesión renal evidente. Riñón derecho sin compromiso aparente. Posterior al segundo acto quirúrgico la paciente presentó hipertensión sostenida con cifras hasta de 180/130, y elevación de creatinina sérica hasta 3.1 mg/dL y BUN 37 mg/dL, con valores de ingreso normales. La gammagrafía renal mostró imágenes compatibles con perfusión y concentración del radiotrazador conservadas, sin datos de obstrucción o de fuga urinaria. En virtud de lo anterior se consideró a la hipertensión arterial así como al deterioro de la función renal como complicación aguda y secundaria al traumatismo renal y/o compresión de la arteria renal (renovascular) y se decidió establecer manejo conservador. Se administró terapia antihipertensiva combinada (tres fármacos), incluyendo inhibidores de enzima convertidora de angiotensina, con lo cual la presión arterial fue controlada y en el transcurso de dos meses los fármacos fueron progresivamente retirados en virtud de disminución de requerimiento de antihipertensivos hasta eliminarlos completamente. Así mismo, se presentó recuperación *ad-integrum* y progresiva de la función renal. Concomitantemente, se practicó

nueva TAC la cual mostró resolución de las lesiones pararenales e intrarenales en forma completa.

Conclusiones: El presente caso presenta una clara correlación entre la evolución clínica y anátomo-morfológica en un caso de hipertensión renovascular post-traumática, el cual fue reversible con manejo conservador. La hipertensión arterial secundaria postrauma renal es infrecuente y el porcentaje de recuperación es variable, sin embargo, su diagnóstico oportuno permite establecer medidas de control óptimas de control antihipertensivo y disminuye el riesgo de pérdida de la función renal.

Bloqueo atrioventricular de tercer grado secundario al uso prolongado de cloroquina. Informe de un caso

Luis Septién S, Ivonne Becerra L, Manuel Martínez-Lavín, Marco A. Peña-Duque, París Troyo.
Hospital Médica Sur.

Antecedentes: La cloroquina es un fármaco cuyo mecanismo de acción aún no es conocido en su totalidad. Su metabolismo es fundamentalmente hepático y aunque se le conoce principalmente como antipalúdico y antiamibiano, se ha utilizado también en el tratamiento de diversas enfermedades reumatológicas, como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso y algunos casos de vasculitis crónica. Su uso crónico puede causar efectos colaterales graves a nivel neurológico, musculoesquelético, endocrinológico, gastrointestinal, dermatológico, retiniano y en el aparato cardiovascular, donde sus manifestaciones de toxicidad son muy variables en tiempo y en gravedad.

Objetivo: Informe de un caso de bloqueo atrioventricular de tercer grado debido al uso crónico de cloroquina.

Material y métodos: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Resultados: Enfermo de 40 años de edad, con diagnóstico de artritis reumatoide juvenil desde los 18 años, tratada con diclofenaco, metotrexate y cloroquina. Comenzó su padecimiento tres meses antes de su ingreso hospitalario con disnea de esfuerzo y mareo sin síncope. Un día antes de su ingreso tuvo hipotensión ortostática, lipotimias en tres ocasiones y disnea de reposo. El electrocardiograma a su ingreso hospitalario demostró un bloqueo atrioventricular de tercer grado. Se le colocó un marcapaso transitorio, con lo que los síntomas presíncopales mejoraron. Un

ecocardiograma realizado el día de su ingreso no demostró alteraciones anatómicas ni la presencia de trombos intracavitarios. La fracción de expulsión ventricular izquierda fue del 65% y no se le encontraron datos compatibles con fisiología restrictiva. Se decidió colocarle un marcapaso definitivo tipo DDD y realizarle una biopsia endomiocárdica, la cual a la microscopia electrónica demostró cuerpos mieloides y curvilíneos, lo que corroboró el diagnóstico. Su evolución clínica fue satisfactoria, motivo por el cual egresó del hospital asintomático.

Conclusiones: Los efectos tóxicos de la cloroquina a nivel cardiovascular son variables tanto en su presentación clínica como en su gravedad, ya que pueden consistir en trastornos ligeros de la repolarización ventricular y taquicardias o bien en el aumento de la duración del complejo QRS, miocardiopatía restrictiva y fibrosis del sistema de conducción. De igual manera, dichos trastornos pueden observarse durante poco tiempo o persistir incluso años después de haber finalizado el tratamiento. En el presente caso, las alteraciones cardíacas secundarias al uso crónico de cloroquina fueron las de un bloqueo atrioventricular completo con manifestaciones clínicas de bajo gasto cardíaco, lo que hace recordar que el tratamiento con fármacos potencialmente cardioprotóxicos debe vigilarse cuidadosamente tanto en su periodo de administración como en su seguimiento a largo plazo.

Arteritis de Takayasu en una mujer de 65 años de edad: Presentación del primer caso informado en el Hospital Médica Sur

Ivonne K, Becerra L, Luis Septién S, Manuel Martínez-Lavín, Magdalena Labradero, Patricio Santillán, Luis Guevara-Arnal, París Troyo.
Hospital Médica Sur.

Antecedentes: La arteritis de Takayasu es una poliarteritis oclusiva de causa desconocida que tiene predilección por afectar las ramas principales del arco aórtico, así como el parénquima de varios órganos, entre los que se encuentran el riñón, la piel, la retina, el corazón y rara vez el pulmón, el tubo digestivo y las articulaciones.

Objetivo: Presentación del primer caso informado en el Hospital Médica Sur de arteritis de Takayasu con manifestaciones clínicas floridas de 35 años de evolución.

Descripción del caso: Mujer de 65 años de edad, cuyo diagnóstico de arteritis de Takayasu se realizó a los 30 años de edad con base en los criterios clínicos y angiográficos de la enfermedad, así como hipertensión arterial sistémica e insuficiencia cardiaca secundaria a su patología de base, con múltiples hospitalizaciones debido a descompensación de ambas. Cuando fue conocida en el Hospital Médica Sur, se le encontró en insuficiencia cardiaca global e insuficiencia renal crónica agudizada. A la exploración física de ingreso se le encontró con presión arterial de 90/60 mm Hg, frecuencia cardiaca de 70/min., regular, frecuencia respiratoria de 36/min., con ictericia, plétora yugular grado IV, disminución generalizada de los movimientos respiratorios, hepatomegalia dolorosa, ascitis, edema facial y de los miembros inferiores. Su electrocardiograma mostró ritmo sinusal, con frecuencia ventricular media de 70/min y datos de dilatación de las cuatro cavidades cardíacas, bloqueo avanzado de la rama derecha del haz de His y sobrecarga mixta de ambos ventrículos. La radiografía de tórax demostró un derrame pleural derecho del 40%, cardiomegalia grado III y signos de hipertensión venocapilar pulmonar. La angioresonancia de aorta ascendente, cayado aórtico y aorta toraco-abdominal, demostró obliteración variable (del 70 al 90% de su luz) de la aorta desde su porción ascendente hasta su bifurcación a nivel de las arterias ilíacas, con obliteración mayor del 95% de ambas arterias renales. Sus exámenes de laboratorio mostraron biometría hemática normal, tiempo de protrombina 13.9" con INR de 1.3, glucosa 130 mg/dL, nitrógeno uréico (NU) 65 mg/dL, creatinina (creat) 1.9 mg/dL, fósforo de 4.7 mg/dL, proteínas totales 8.2 g/dL, albúmina 3.7 g/dL, bilirrubinas totales 4.24 mg/dL, bilirrubina directa 2.0 mg/dL, bilirrubina indirecta 2.24 mg/dL, aspartato-aminotransferasa (TGO) 29 mg/dL, alanino-aminotransferasa (TGP) 15 mg/dL, fosfatasa alcalina 139 mg/dL, gamma-glutamyl transpeptidasa 76 mg/dL y examen general de orina con proteinuria escasa y cilindros hialinos +.

Evolución: Se le realizaron múltiples toracocentesis debido a derrame pleural recidivante derecho y finalmente se le colocó una sonda de pleurostomía, intentando en dos ocasiones pleurodesis química, sin resultados satisfactorios. Tuvo un aumento progresivo de los elementos azoados (NU 77 mg/dL, creat. 2.6 mg/dL), con fracción excretada de sodio de 0.6. Se le realizó un gammagrama renal, el cual demostró alteraciones graves de su perfusión. Se le dio tratamiento con esteroides sin mejoría, por lo que se llevó a hemo-

diálisis y ultrafiltración. Su deterioro general fue rápidamente progresivo, con insuficiencia cardiaca refractaria e hipertensión arterial sistémica sostenida. Su ritmo cardiaco de base cambió al de fibrilación atrial, en algunas ocasiones con respuesta ventricular rápida, con extrasístoles ventriculares polimórficas refractarias al tratamiento antiarrítmico establecido. Hubo deterioro de sus funciones cerebrales superiores (desorientación temporoespacial, somnolencia extrema, ideas suicidas y ansiedad intermitentes). Súbitamente tuvo fibrilación ventricular, sin respuesta a las maniobras de resucitación cardiopulmonar.

Discusión: La arteritis de Takayasu es una entidad clínica poco frecuente en nuestro medio, cuya evolución se caracteriza por deterioro progresivo e invalidez. Su tratamiento es en la mayoría de los casos difíciles y su pronóstico depende de la actividad inflamatoria de la enfermedad y de los territorios vasculares involucrados. El presente caso ilustra su historia natural, cuyas exacerbaciones y remisiones le permitieron 30 años de evolución y un periodo aproximado de 20 años libre de síntomas. Llamó la atención que la manifestación clínica principal después de su largo periodo asintomático hubiese sido la insuficiencia cardiaca, ya que habitualmente los marcadores de su actividad son las alteraciones derivadas de la isquemia a los tejidos u órganos involucrados, complicaciones que finalmente le condicionaron la muerte.

Parotidectomía estética S. Gougerot-Sjögren

Dra. Claudia Gutiérrez Gómez, Dra. Laura Andrade.
Hospital Médica Sur.

Resumen: Desde hace muchos años se describe el S. de Sjögren, también conocido como síndrome seco o complejo seco, caracterizado por la tríada clásica de queratoconjuntivitis seca, xerostomía y artritis. La infección de las glándulas salivales produce síntomas secundarios a la disminución de la secreción de saliva, frecuentemente cursan con hipertrofia de glándulas parótidas secundarias a infiltración linfocitaria y proliferación de células ductales.

Presentamos el caso de una paciente de 49 años de edad, quien cursaba con síndrome seco de 4 años de evolución con la sintomatología clásica de conjuntiva, mucosa oral con parótidas. La paciente estaba dispuesta a sobrellevar la sintomatología de su enfermedad pero de ninguna manera quería seguir pareciendo hámster, por lo que solicitó mejoría estética de la cara.

A la exploración física la paciente presentaba aumento de volumen en regiones parotídea aumentado de consistencia en forma uniforme sin adenomegalias palpables. Se solicitó ultrasonido de glándulas parótidas, la cual reportó alteraciones compatibles con su enfermedad de base.

Se le propuso a la paciente una parotidectomía de lóbulo superficial de ambas glándulas para mejorar su apariencia. Se realizó parotidectomía superficial izquierda en primer tiempo quirúrgico. Habiéndose reportado la presencia de un linfoma tipo Malt. Se realizó tomografía axial por computadora (TAC) de tórax y abdomen, los cuales fueron negativos.

Razón por la cual fue canalizada con la especialista quien inició tratamiento quimioterapia basándose en oncovin y genoxal.

Se presentan resultados a los 6 meses de la cirugía y quimioterapia.

La hipertrofia de glándulas salivales y lagrimales se da en el síndrome de Sjögren constituyendo la enfermedad de Mikulicz.

El síndrome de Mikulicz debe reservarse para aquellos casos en que dicha hipertrofia no es debida al síndrome de Sjögren sino a una infiltración de dichas estructuras en la leucemia linfoma maligno, sarcoidosis y otras enfermedades.

En un 10-20% los linfomas No Hodgkin debuta con manifestaciones extraganglionares, en cuyo caso las molestias dependerán de la región afectada, como en el caso que nos ocupa.

En el caso que presentamos, se estuvo manejando durante 4 años como un síndrome de Sjögren clásico. La intervención del cirujano plástico en este caso dio el diagnóstico definitivo y la pauta para el manejo adecuado de esta paciente. Es un caso poco habitual, que nos invita a considerar la necesidad de biopsia a los pacientes con hipertrofia parotídea secundaria a síndrome de Sjögren y realizar una detección temprana y terapéutica adecuada en los casos requeridos.

Abscesos múltiples en un paciente diabético. Presentación de un caso y revisión de la literatura

J. Salvador Velasco Soto, Alfonso Vargas Rodríguez, Eleazar Trejo García, Eduardo Reyes Rodríguez.
Medicina Interna. Hospital Médica Sur.

Paciente masculino de 61 años de edad, originario de Aguascalientes, Ags., con antecedentes relevantes familiares positivos de diabetes mellitus. Sedentario,

empresario, con un índice tabáquico de 270 cajetillas/año y consumo de 44 g de alcohol a la semana. Antecedentes alérgicos, quirúrgicos, transfusionales y traumáticos negados. Diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2 hace 20 años, controlado con hipoglucemiantes orales, refiriendo un internamiento previo por descontrol glucémico.

-A la exploración física FC 90, FR 22 TA 110/60 temperatura 38.5°C, cabeza y cuello con deshidratación de mucosas. Tórax movimientos de amplexación y amplexión conservados, percusión y transmisión de vibraciones vocales sin alteraciones, sin estertores ni sibilancias. Ruidos cardíacos rítmicos sin agregados. Abdomen globoso por panículo adiposo, blando, depresible, no doloroso, signos de Murphy y Giordano negativos, sin datos de irritación peritoneal, sin organomegalias. Extremidades simétricas sin alteraciones.

Laboratorio y gabinete, hemoglobina 13.4, hematocrito 40.6%, plaquetas 234,000, leucocitos 16,400 segmentados 86%, glucosa 302, BUN 21.6, creatinina 0.9, Na 128, K 4.63, CI 94, albúmina 2.36, globulinas 4.2, bilirrubina total 1.05, bilirrubina directa 0.4, TGO 56, TGP 47, FA 148 y GGT 146. Examen general de orina glucosa +++, hemoglobina ++, proteínas indicios. Tele de tórax con patrón intersticial bibasal y una imagen nodular de 4 cm de diámetro basal periférica izquierda. En la radiografía lateral de tórax se confirma la imagen antes descrita y se observa una segunda imagen nodular con nivel hidroaéreo en región hiliar de pulmón derecho. TAC de tórax se observan tres imágenes nodulares con niveles hidroaéreos, dos localizadas en el pulmón izquierdo y una parahiliar derecha. Como hallazgo se encuentra imagen heterogénea hipodensa en lóbulo derecho hepático sugerente de proceso infeccioso. Hemocultivo y cultivo de expectoración positivos para *Klebsiella pneumoniae*. Se inicia manejo antimicrobiano con doble esquema ceftriaxona 1g IV/12h y clindamicina 600 mg IV/6 horas.

Suicidio como problema de salud pública. Reporte de cuatro casos

Psicoterapeuta Ma. del Carmen Cerda Beltrán
Hospital Médica Sur.

La creciente relevancia como problema de Salud pública de la conducta suicida, hace necesario el estudio de ciertas variables que en algunas poblaciones son consideradas factores de riesgo.

El objetivo de este trabajo es el de señalar algunos de los factores de riesgo, que presentan los pacientes con conducta suicida, con el fin de que el médico no especialista en Salud Mental, pueda sospechar, diagnosticar y prevenir oportunamente el riesgo y la severidad del intento suicida; debido a que el paciente con estos rasgos en ocasiones solicita ayuda profesional.

Se presentan y analizan cuatro casos clínicos de mujeres, de diversas edades, con intento suicida y que fueron referidas para tratamiento psicoterapéutico en Médica Sur.

Después de un año de tratamiento, se ha encontrado que la entidad nosológica predominante ha sido el trastorno límite de la personalidad, presentando en el momento del intento suicida una depresión mayor, se observó también que dos de ellas tuvieron intentos fallidos durante su adolescencia y un patrón repetitivo de conducta autodestructiva. El factor desencadenante en los cuatro casos fueron problemas interpersonales.

El impacto de la somnolencia diurna en la ejecución académica en jóvenes Universitarios

Psic. Alejandra Castaño, Mtra. Rosa Ma. Campos, Psic. Montserrat Reséndiz, Psic. Victoria Santiago, Dr. Harry Baker, Dr. Rogelio Pérez-Padilla R, Dra. Matilde Valencia. Hospital Médica Sur.

La somnolencia es una tendencia normal a caer en sueño, pero bajo ciertas condiciones, puede representar un factor de alto riesgo para la conservación de la vida o para el desempeño académico y profesional. Se sabe que la mayoría de los accidentes automovilísticos ocurren en las horas de mayor propensión a quedarse dormido. En los jóvenes, la somnolencia puede asociarse con trastornos en los ciclos circadianos, privación de sueño, higiene inadecuada de sueño, uso de sustancias de abuso y toxicidad del sistema nervioso.

Objetivo: Determinar el nivel de somnolencia diurna y su relación con la ejecución académica en jóvenes universitarios.

Métodos: Se estudió una muestra de 34 estudiantes de la UNAM con un rango de edad de 18 a 24 años. Los estudiantes fueron seleccionados mediante el inventario de actividad vigilia-sueño (IAS) y la escala de somnolencia de Epworth (ESE). Se clasificaron como alertas a los sujetos que obtuvieron un puntaje de 69 en el IAS y con un puntaje menor de 11 en la ESE y como

somnolientos a los que obtuvieron un puntaje menor de 54 en el IAS y un puntaje mayor de 11 en la ESE. La ejecución conductual se valoró mediante la aplicación de una batería integrada por la prueba verbal auditiva de aprendizaje y memoria de Rey (PVAR), prueba de adición de Wilkinson (PAW), comprensión de lectura (CL) y prueba de habilidades básicas en matemáticas (HBM).

Resultados: Al comparar ambos grupos mediante la prueba de *t*, se determinó que el grupo de estudiantes somnolientos mostraron una disminución en la ejecución conductual en cuanto a las funciones de atención, comprensión, aprendizaje y memoria. En la PVAR el grupo somnoliento aprendió menos palabras en el ensayo 1 que el grupo control ($t = 2.156$, $p < 0.03$). En los ensayos subsecuentes (II-V), tanto el grupo control como el somnoliento siguió una curva normal de aprendizaje. No obstante, el grupo somnoliento se mantuvo por debajo del grupo alerta. Es importante señalar que en el ensayo B que es el ensayo de interferencia se confirmó que el grupo somnoliento recordó un número menor de palabras ($GA = 7.41 + 2.35$ y $GS = 5.59 + 1.46$, $t = 2.72$, $p < 0.01$). En el ensayo 6, que es el ensayo de evocación, no se observaron cambios significativos entre los grupos. Las funciones de atención y concentración se observaron alteradas en el grupo somnoliento. Se mostró una disminución significativa en la cantidad de operaciones resueltas ($GA = 66.00 + 1.12$, $t = 2.28$, $p < 0.02$) y en la precisión con la que se resolvieron ($GA = 55.06 + 19.214$, $GS = 43.76 + 11.23$; $t = 2.09$, $p < 0.04$). La prueba de habilidades matemáticas mostró que el grupo somnoliento tardó mas tiempo en resolver los ejercicios que el grupo alerta ($GA = 3.68 + 1.75$ minutos, $GS = 5.10 + 3.16$ minutos, $t = 2.17$, $p < 0.04$).

Conclusiones: Estos datos ponen de manifiesto la importancia que tiene el nivel de alertamiento en el proceso de aprendizaje. Es evidente que un sujeto con somnolencia excesiva se encuentra en desventaja con respecto a un sujeto alerta frente a la adquisición de información. Debido al impacto de la somnolencia sobre la ejecución conductual de estos estudiantes es necesario determinar la causa de la misma, ya que esta puede ser indicativa de trastornos intrínsecos graves en el dormir.

La timectomía transcervical (TTC) en la miastenia gravis (MG). (Experiencia en Médica Sur-MS)

Dr. Guillermo García Ramos, Dr. Miguel Herrera Hernández, Dra. Margarita Núñez Zavala, Dr. Felipe Vega Boada. Hospital Médica Sur.

Introducción: La timectomía es efectiva en el tratamiento de MG y para muchos es la piedra angular en el manejo de los pacientes con MG generalizada. La timectomía vía transesternal ofrece una remoción virtualmente total del tejido tímico. Sin embargo, su morbilidad, días de estancia y lesión pleural han motivado buscar la vía transcervical. Más del 50% de los pacientes timectomizados (por cualquier vía) muestran mejoría importante y prolongada de la MG.

Objetivo: • Informar sobre resultados iniciales en 9 pacientes de MS con TTC y su relación a variables clínicas y estudios de imagen e histológico. • Comparar resultados con experiencias previas ya reportadas.

Sujetos y métodos: Se incluyeron 9 pacientes (7 mujeres, 2 hombres) de MS, con edad media de 27.1 años que reunieron criterios clínicos de debilidad y fatiga ocularpalpebral, disfagia, disartria, disfonía, debilidad de extremidades, sin otra enfermedad neurológica, tóxica, medicamentosa o sistémica que pudiera explicar dicha debilidad. Se utilizaron 3 pruebas de apoyo: 1) Electrodecremento del estímulo repetitivo supramáximo (prueba de Jolly); 2) Prueba farmacológica (Edrofonio IV); 3) Determinación de anticuerpo antirreceptor de acetilcolina (Ac ACHR) por RIA. Las pruebas de Jolly y Edrofonio fueron positivas en 8 de los pacientes. La imagen torácica fue normal en 7 pacientes, en un paciente se encontró un timoma vs hiperplasia tímica y en otro crecimiento mediastinal. El tiempo promedio entre el inicio de la enfermedad y el diagnóstico fue de 11.9 meses y el del diagnóstico a la timectomía de 26.9 meses. Los Ac ACHR fueron positivos en 77% de los pacientes. Estadío Osserman prequirúrgico: IIA (generalizada leve) en 3 pacientes; IIB (generalizada moderada) en 2; IIA-B en 1; ocular pura en 1 y IV (fulminante aguda) en 1. Osserman posquirúrgico: remisión (0) en 5; IIA en 3 y ocular pura en 1. El resultado histológico demostró en 4 pacientes hiperplasia tímica folicular, timolipoma en 2, cambios involutivos en 1, en otro timoma y uno normal. Sólo un paciente requirió plasmaféresis. El seguimiento fue de 3 a 108 meses con una media de 47 meses.

Conclusión: La edad, género y duración fueron similares a lo publicado. La prevalencia de timoma fue de 30% (habitualmente 10-15%) y los Ac ACHR fueron positivos en un 77% de acuerdo con lo reportado en otras series (80%). Los resultados posttimectomía fueron altamente favorables (remisión en 5 de 9 y mejoría en 3 y 1 igual) siendo estas cifras mayores que otras publicadas. Se logran mejores resultados con: indicación temprana, diagnóstico preciso, etapa clínica adecuada y patología tímica benigna (no timoma).

Triptanos en migraña, experiencia en Médica Sur (primera parte)

Dr. Guillermo García Ramos, Dr. Felipe Vega Boada, Dra. Gabriela Dávila, Dra. Odette Villegas, Psic. Carmen Ortiz. Hospital Médica Sur.

Los agonistas de serotonina (5HT) en especial los subtipos 5HT_{1B/1D} constituyen el tratamiento actual y efectivo en el manejo farmacológico del ataque agudo de migraña con o sin aura en las formas moderada a grave. Los agonistas 5HT_{1B/1D} disminuyen en la migraña, la vasodilatación y la inflamación aséptica neurogénica en los vasos subpiales, y atenúan los síntomas centrales (dolor) y asociados (náusea, vómito, sonofobia, fotofobia y discapacidad funcional). Se disponen además del sumatriptano (ST, primer triptano de uso en humanos), de rizatriptano (RT), eletriptano (ET), zolmitriptano (ZT) y naratriptano (NT).

Objetivo: Comparar en 2 estudios clínicos, multicéntricos, multinacionales, aleatorizados, placebo controlados, doble ciego en uno o dos ataques de migraña, la eficacia y tolerancia.

Métodos: Estudio 1: *Oral Rizatriptan Versus Oral Sumatriptan: A Direct Comparative Study in the Acute Treatment of Migraine*. Headache 1998; 38: 748-755. En 47 centros (2 de ellos en Médica Sur, con 52 pacientes), de 21 países reunieron 1268 casos de ataque agudo de migraña con o sin aura. Se compararon los efectos de RT 10 mg, 5 mg; ST 10 mg y placebo en el tiempo para alcanzar alivio (mejoría) y no dolor a las 2 horas post-ingestión del fármaco de un ataque de migraña moderada (2) a severa (3). Se revisaron la tolerancia y eficacia así como repercusión en laboratorio y ECG.

Estudio 2: *Comparison of Rizatriptan 10 mg vs Naratriptan 2.5 mg in Migraine*. Eur Neurol 1999; 42: 173-179. Se incluyeron 618 pacientes, de 46 centros internacionales (uno de los cuales fue Médica Sur), con criterios para migraña con o sin aura, en un estudio aleatorizado, doble ciego, placebo controlado; para comparar RT 10 mg, NT 2.5 mg y placebo en cuanto a tiempo en mejoría, y no recurrencia del dolor a las 2 horas posteriores a la ingestión del fármaco, y el promedio del efecto del tratamiento a las 24 horas.

Conclusiones: En diversos estudios, el rizatriptano ha mostrado ser mejor en cuanto a tiempo de inicio en mejoría, menor porcentaje de recurrencia del dolor, mejor tolerancia y menores efectos adversos, que el sumatriptano (estudio 1) y el naratriptano (estudio 2).

Triptanos en migraña, experiencia en Médica Sur (segunda parte)

Dr. Guillermo García Ramos, Dr. Felipe Vega Boada, Dra. Gabriela Dávila, Dra. Odette Villegas, Psic. Carmen Ortiz.
Hospital Médica Sur.

Los triptanos, son fármacos específicos y altamente efectivos en el manejo de ataque agudo de migraña moderada y grave, y a diferencia de los ergotamínicos, tienen una exclusiva afinidad por receptores 5HT_{1B-1D}; por lo tanto los efectos colaterales, inducción de cefalea de rebote (dependencia) y migraña recurrente son menos factibles con el uso de triptanos. Su alto costo puede ser un factor limitante.

Hay múltiples estudios comparando eficacia, tolerancia, efectos adversos con los diferentes triptanos así como la preferencia de uso (subcutánea, oral, nasal, rectal).

Objetivo:

Estudio 3: comparar eletriptano 40 mg, naratriptano 2.5 mg y placebo en un estudio multicéntrico, multinacional para incluir 182 pacientes con tratamiento activo y 91 pacientes placebo (centro Médica Sur: 20 pacientes) con criterio de migraña. Se han terminado de evaluar a 18 pacientes y no ha habido efectos adversos ni cambios ECG.

Estudio 4: se incluirán 52 pacientes que nunca hayan usado sumatriptano (ST) ni rizatriptano (RT) en migraña. Se incluirán 2 ataques y se realizará cuestionario donde se trata de probar la preferencia de RT en forma de oblea desleible (rapid disc), sobre el ST. La hipótesis es tratar de ratificar la preferencia anticipada del 60% de RT sobre el 40% de ST, y en forma de hipótesis secundaria: tolerancia y seguridad.

Conclusión: Médica Sur liderea los centros de estudio de triptanos en migraña en latinoamérica. Los estudios actuales contribuirán a conocer el comportamiento terapéutico de los pacientes mexicanos migrañosos en cuanto a fármacos triptanos en relación a: tiempo de alcanzar mejoría, frecuencia de resultados favorables, efectos adversos, persistencia de mejoría y evitar recurrencia. Hasta el momento no hemos observado efectos triptanos (síndrome serotonina) graves. Además, por confirmar, la preferencia de diferentes presentaciones de triptanos a dosis equivalentes.

Experiencia clínica de apoyo a la lactancia en 1999

EPP. Patricia Martínez Castañón, Dr. José A. Hernández Martínez
Área de Neonatología, Hospital Médica Sur.

Introducción: A partir de 1900, se inició la práctica de alimentar con biberón a los recién nacidos; la cual ha desplazado en forma importante a la lactancia materna. En Médica Sur nos interesamos en ofrecer una mejor información de este problema por lo cual se creó la Clínica de Apoyo a la Lactancia Materna en enero de 1999; con el objetivo de enseñar, estimular y promover lactancia materna.

Resultados: En 1999, se atendieron a 978 (100%) madres de las cuales recibieron apoyo 827 (85%).

De las 827 madres, 228 (28%) tenían preparación para la lactancia por el curso de psicoprofilaxis, y 599 (72%) no tenían preparación. Hubo buena disposición a la consulta 781 (94%) y 46 (6%) la recibieron por compromiso. Decidieron dar lactancia exclusiva 744 (90%), combinaron lactancia y fórmula 68 (8%) y sólo 15 (2%) dieron únicamente fórmula.

De las 827 madres, se recibieron 407 (49%) encuestas sobre el apoyo a la lactancia, en todas se expresaron comentarios positivos por este nuevo servicio.

Taquipnea transitoria del recién nacido: Incidencia y factores de riesgo

Dr. David Oldak, Dra. Enedina Villagómez Ortiz, Dr. Alejandro G. González Garay, Dr. José Alberto Hernández Martínez.
Área de Neonatología, Hospital Médica Sur.

Introducción: La morbilidad por problemas respiratorios en recién nacidos constituye una de las principales causas de ingresos a las terapias neonatales. Dentro de este grupo de edad se encuentra la taquipnea transitoria del recién nacido, la incidencia mundial es de 1 a 2 %. Se han observado diversos factores de riesgo: Antecedente de cesárea, asfixia, hijo de madre diabética, falta de trabajo de parto, etc.

Objetivo: 1) Conocer la incidencia de taquipnea transitoria. 2) Conocer el número de recién nacidos que tuvieron antecedente materno de trabajo de parto prenatal.

Criterios de inclusión: Se agruparon en: clínicos, radiológicos y terapéuticos.

Clínicos: Todo paciente con frecuencia respiratoria mayor de 60/min. en las primeras 48 horas de vida extrauterina con signos de dificultad respiratoria caracterizados por aleteo nasal, tiraje intercostal, quejido espiratorio, retracción xifoidea, estadificados con la valoración de Silverman Andersen.

Radiológicos

- Aumento en el número de espacios intercostales (> 9).
- Horizontalización de arcos costales.
- Abatimiento de hemidiafragmas.
- Aumento de trauma vascular perihiliar.
- Fisuras visibles por edema intersticial.

Terapéuticos: Fase 1 de ventilación: casco cefálico con fracción inspirada de oxígeno, hasta de 40%

Fase 2 de ventilación: CPAP nasal, con fracción inspirada de oxígeno, mínima de 40%, y presión de 3 a 6.

Fase 3 de ventilación: asistencia mecánica intermitente con cánula orotraqueal.

Resultados: En el periodo comprendido de enero a diciembre de 1998 se atendieron en el Servicio de Neonatología de Médica Sur un total de pacientes de 1,103, de los cuales a 30 se les diagnosticó taquipnea transitoria: Hubo antecedente materno de trabajo de parto en 15 casos.

La vía de obtención fue cesárea en 28 y 2 por parto. Fueron: 22 niños, y 8 niñas.

De acuerdo a edad gestacional: 16 pretérmino y 14 de término.

El tiempo de remisión del cuadro fue: 12 pacientes mejoraron a las 48 horas, 11 a las 72 horas, 1 a las 90 horas, 7 más de 91 horas.

Las medidas terapéuticas: 25 casos requirieron casco cefálico, 2 casos requirieron CPAP y 3 casos recibieron asistencia mecánica intermitente sin empleo de surfactante.

En 22 casos hubo datos radiológicos compatibles con taquipnea transitoria, en 3 casos los datos fueron

indistinguibles entre taquipnea transitoria y membrana hialina, y en 5 casos no se encontraron alteraciones.

Conclusiones: 1. Los datos son similares a lo reportado en la literatura. 2. Sólo 15 casos tuvieron antecedente de trabajo de parto prenatal.

Perfiloplastia en el adolescente

Dr. Enrique Azuara Pliego.

Hospital Médica Sur.

Se presenta en forma de trabajo libre la técnica personal para la perfiloplastia en el adolescente.

La perfiloplastia es una técnica quirúrgica que corrige las deformidades faciales que pueden apreciarse en el perfil de los pacientes adolescentes.

La mayoría de las alteraciones faciales que afectan el buen desarrollo psicosociofamiliar de los adolescentes son la nariz gibosa, la microgenia y las orejas en pantalla por falta de formación del antihélix. Estas alteraciones se observan mejor en la vista de perfil.

Los pacientes adolescentes que cursan con este tipo de alteraciones faciales sufren una mala adaptación sociofamiliar y demandan del otorrinolaringólogo y del cirujano plástico facial una corrección de las mismas.

La corrección adecuada de estas alteraciones confiere al paciente adolescente una mejor funcionalidad respiratoria nasal y una mejor apariencia facial, con lo cual se mejora su autoestima y su desarrollo psicosociofamiliar.

La perfiloplastia en la mayoría de los casos consiste en la adecuación de la forma de la nariz a través de una rinoplastia funcional y estética y una mentoplastia de aumento. En algunos casos es necesario también la corrección de las orejas en pantalla con lo cual todo el perfil facial mejora en su apariencia.

Se presentan 30 casos de pacientes operados en Médica Sur, con sus perfiles preoperatorios y los resultados obtenidos con la perfiloplastia.