

# Resúmenes de trabajos del 6º Congreso Anual de Médica Sur Sociedad de Médicos, A.C. Huatulco, Oax. Mayo 4-7, 2006

## Ejemplos de variabilidad clínica por infección invasiva por *Streptococcus pneumoniae* en pacientes pediátricos

F Aguilar-Del Real, V De la Fuente-García  
Médica Sur

**Introducción:** A 100 años del primer aislamiento de *Streptococcus pneumoniae*, y un primer protocolo de vacunación iniciado en 1911, todavía no está recomendada en forma rutinaria para la prevención contra neumococo en pediatría, aun entre pacientes económicamente suficientes, y la vacuna disponible 23-Valente, no es adecuada para prevenir la enfermedad en menores de dos años, entre quienes ocurre el 80% de la enfermedad invasiva por neumococo.

**Objetivos:** Reportar tres casos de enfermedad invasiva por neumococo, con diferente presentación clínica.

**Metodología:** Revisión de los expedientes clínicos de estos tres pacientes, seguimiento de los casos en la consulta externa.

**Resultados:** Un paciente masculino de un año y dos meses de edad, acude con clínica de derrame pleural, drenándose abundantemente material purulento, el cual se cultiva, terminando en decorticación por fiebre prolongada. Se cultivó *Streptococcus pneumoniae* no tipificado. Una paciente femenina de un año tres meses de edad, manejada en la consulta externa por un cuadro febril con tos productiva se le tomó radiografía por clínica de condensación, encontrando una neumonía apical derecha, realizándose broncoscopia por sospecha de cuerpo extraño, mejorando con tratamiento ambulatorio en base al antibiograma reportado para el aislamiento de estreptococos 14 F. Un menor de 1 año de edad, ingresa por vómitos, fiebre, rigidez de nuca y sospecha de meningitis, se ingresa a la terapia intensiva intubado por su mal estado general, mejorando con el tratamiento intravenoso, se determinó que el agente causal fue un *Streptococcus pneumoniae* tipo 14.

**Conclusiones:** *Streptococcus pneumoniae*, es una bacteria Gram positiva, tradicionalmente sensible a betalactámicos del tipo penicilinas, se ha convertido en el principal agente causal de neumonías, sepsis, otitis medias y meningitis en pacientes en edad pediátrica, en sustitución de *Haemophilus influenzae* tipo B. Existen vacunas a disposición de los pacientes, para prevenir las complicaciones severas con repercusión en la vida y la función de los pacientes. Su uso no se ha generalizado aún por la reticencia de los familiares a aplicar vacunas fuera del esquema oficial de vacunación, o por el costo que implica. El uso indiscriminado de antibióticos de amplio espectro y esquemas antimicrobianos incompletos contribuyen a la virulencia del estreptococo por la selección de cepas resistentes a penicilina. La efectividad de la vacuna se disminuye mucho con una cobertura mínima del 40 con una sola dosis,

al 89.1% por esquemas de prevención completos aplicados oportunamente en las edades indicadas.

Da beneficios importantes la recomendación de la prevención en base a costo/beneficio, además de las secuelas severas en vida y función por los pacientes afectados por la enfermedad invasiva, y se debe incentivar al médico y a los familiares a completar los esquemas antimicrobianos prescritos.

## Prevalencia de síndrome metabólico y factores dietéticos, antropométricos y sociodemográficos asociados en ancianos mexicanos

I Becerra, E García-Mayo, L Gutiérrez

**Introducción:** El síndrome metabólico (SM) es una asociación de diversas enfermedades que comparten como eje patógeno la obesidad y la resistencia a la insulina. Se considera que un cierto genotipo confiere susceptibilidad a la acción de diversos factores ambientales como ingestión de grasas, alcohol, estrés, tabaquismo, sedentarismo multiparidad y desnutrición uterina, para que se desarrolle resistencia a la insulina e hiperinsulinemia generándose una respuesta inflamatoria endotelial. Actualmente no se conoce la prevalencia del SM en la población geriátrica y debido a que es un importante grupo de factores de riesgo para enfermedad coronaria y está asociado a factores modificables demográficos y del estilo de vida, es importante conocer su extensión y los factores de riesgo que existen para su desarrollo en la población geriátrica.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de SM y examinar su asociación con variables dietéticas, antropométricas y sociodemográficas, además de otros factores de riesgo cardiovascular en ancianos mexicanos.

**Material y métodos:** Se obtuvieron los datos del estudio CRO-NOS (Cross Cultural Research on Nutrition in the Older Adults Study Group) un estudio transversal, que incluye 3 comunidades mexicanas, con un total de 513 participantes. La entrevista personal incluyó información sociodemográfica, historia médica y un recordatorio dietético de 24 h. Se incluyeron medidas antropométricas y de presión arterial. Se obtuvieron mediciones de lípidos, insulina y glucosa. Seleccionamos a las personas de 60 años o más que tuvieran todas las variables necesarias para los criterios de SM (NCEP-ATP III).

**Resultados:** La población estudiada final fueron 245 individuos. La prevalencia de SM en ancianos mexicanos es de 48.5%, es más frecuente en mujeres (50.9% vs 43.6%). Para todos los grupos de edad, el lugar de vivienda (rural vs urbanos) no se asoció con el SM. El SM fue asociado de forma significativa con la ingesta alta

de calorías totales (OR .99 [IC 95% .99-1] p = .046), con la ingesta de alcohol durante los alimentos (OR = .385 [IC 95% 0.15-0.95] p = .040), obesidad grado I (OR = 5.03 [IC 95% 2.02-12.49] p = .000) y grado II (OR = 14.64 [IC 95% 1.45-147.6] p = .023). Las variables que no se asociaron con SM fueron el autorreporte del estado de salud, tabaquismo, ingesta de grasas, proteínas, carbohidratos, grasas poliinsaturadas o monoinsaturadas; todas éstas ajustadas para la edad, educación y estado civil. En el análisis de regresión logística multivariado (stepwise), las variables que se asociaron independientemente con SM fueron edad (70 a 80 años, OR = .034 [IC 95% 0.12-0.95] p = .040), IMC (Obesidad I OR 4.78 [IC 95% 1.85-12.3] p = .001), obesidad II (OR 13.21 [IC 95%, p = 0.34), y estado civil (viudo OR = .487, p = .037; soltero OR .149, p = .024).

**Conclusiones:** El SM es un problema frecuente en la población anciana mexicana, particularmente en mujeres. El SM se asoció con una alta ingesta de calorías, con la ingesta de alcohol durante los alimentos y con la obesidad grado I y II. Y como variables independientes se asoció significativamente con la edad, IMC y estado marital.

**Errores de medicación detectados en un estudio de utilización de antiinflamatorios no esteroides (AINE) y analgésicos en los sectores de hospitalización**

*A Rosete, J Albarrán, A Barrientos, JL Poo  
Centro de Investigación Farmacológica, Fundación Clínica Médica Sur*

**Introducción:** El estudio de los patrones de prescripción ayuda en la evaluación de la calidad de la atención médica. El uso no racional de medicamentos causa riesgos para el paciente, aumenta los costos de la atención médica y del 20-80% de las reacciones adversas por medicamentos se relacionan a errores en prescripción, por lo que decidimos evaluar nuestros estándares de tratamiento en el hospital.

**Objetivos:** Describir los patrones de prescripción de AINE y analgésicos en los sectores de hospitalización y describir los errores de prescripción detectados.

**Metodología:** Realizamos un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, basado en la revisión de expedientes clínicos en el periodo abril-julio de 2004, incluyendo todos los casos de dos sectores de hospitalización, donde se hubieran prescrito AINE y/o analgésicos por al menos 24 horas, excluyendo los casos en donde se hubiera utilizado una sola dosis de medicamentos por razón necesaria. La definición de error de prescripción se basó en los criterios de Strom (2002) y se clasificaron por consenso de 3 revisores no relacionados al grupo clínico, de acuerdo a la causa del error detectado.

**Resultados:** Se analizaron 101 casos, 51% mujeres, edad promedio 47 ± 18 años, 54 casos < 50 años. Estancia 4.7 ± 2.7 días. Servicios tratantes: Ortopedia (34%), cirugía general (27%), urología (8%), gastroenterología (6%), medicina interna y cirugía reconstructiva (5%). Fármacos más utilizados: Ketorolaco (34%), parecoxib (24%), ketoprofén (15%) y diclofenaco (8%). Errores de prescripción detectados: Interacciones entre fármacos: AINE y anticoagulantes e hipoglucemiantes. Contraindicaciones: Alergia a metamizol. Dosis fuera de rango terapéutico principalmente relacionado a ketorolaco y uso simultáneo de 2-4 AINE en el 21% de los casos revisados.

**Conclusiones:** Nuestros patrones de prescripción son susceptibles de mejorarse y es prioritario racionalizar la prescripción de

AINE y analgésicos en nuestro hospital. La Unidad de Farmacovigilancia de Médica Sur integrará los esfuerzos de diversas áreas para apoyar al grupo clínico, con el fin de disminuir y prevenir los errores de prescripción.

**Riesgo cardiovascular y síndrome metabólico en personal de enfermería del Hospital Médica Sur**

*Nahum Méndez-Sánchez, María Antonieta Montaño-Reyes, Karla Sánchez-Lara, Jezer Lezama-Mora, Francisco Vásquez-Fernández, Julio A Pérez-Sosa, Daniel Zamora-Valdés, Norberto C Chávez-Tapia, Misael Uribe  
Departamento de Investigación Biomédica & Unidad de Hígado, Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.*

**Introducción:** La prevalencia de obesidad en México es elevada y esto se acompaña de un incremento en el riesgo de enfermedades que impactan en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. El objetivo del presente estudio la prevalencia de síndrome metabólico, obesidad y enfermedades cardiovasculares en el personal de enfermería del Hospital Médica Sur.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal en donde por medio de historia clínica, antropometría y determinación sanguínea de glucosa, insulina, perfil de lípidos, pruebas de función hepática y proteína C reactiva ultrasensible (PCRu). Resistencia a la insulina. La presencia de síndrome metabólico fue considerada cuando con e ≥ 3 criterios de ATPIII.

**Resultados:** Se incluyeron 370 pacientes, de los cuales 97.8% son mujeres, con una edad promedio de 30.9 años. La prevalencia de síndrome metabólico es de 12.4%, sobrepeso (IMC > 27 m/kg<sup>2</sup>) 34.9% y obesidad (IMC > 30 m/kg<sup>2</sup>) de 20%. En aquellos que presentaron síndrome metabólico se incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares (concentraciones de PCRu > 3 mg/L) es considerablemente mayor.

	General (n = 370)	Sin síndrome metabólico (n = 324)	Síndrome metabólico (n = 46)
Edad			
[media ± DE]	30.91 ± 7.3	30.6 ± 7.2	32.9 ± 7.5*
Mujeres			
[n (%)]	362 (97.8)	317 (97.8)	45 (97.8)
Peso (kg)			
[media ± DE]	62.7 ± 11.3	61.0 ± 10.5	74.7 ± 10.3*
Talla (m)			
[media ± DE]	1.5 ± 0.05	1.5 ± 0.05	1.5 ± 0.05
IMC			
[media ± DE]	26.0 ± 4.4	25.4 ± 4.0	30.8 ± 3.8*
IMC > 27 m/kg <sup>2</sup>			
[n (%)]	129 (34.9)	91 (28.1)	38 (82.6)**
IMC > 30 m/kg <sup>2</sup>			
[n (%)]	75 (20.3)	43 (13.3)	32 (69.6)**
Cintura (cm)			
[media ± DE]	82.5 ± 9.6	80.9 ± 8.9	93.45 ± 7.2*
%Grasa corporal			
[media ± DE]	33.7 ± 6.6	32.9 ± 6.4	40.2 ± 4.5*
TAS (mmHg)			
[media ± DE]	110.4 ± 11.5	109.6 ± 11.2	115.6 ± 12.5*

TAD (mmHg)			
[media ± DE]	74.7 ± 8.7	73.9 ± 8.3	80.0 ± 9.4*
Glucosa (mg/dL)			
[media ± DE]	89.1 ± 14.2	87.8 ± 11.7	97.7 ± 24.0*
Triglicéridos (mg/dL)			
[media ± DE]	126.1 ± 79.6	116.8 ± 63.9	191.5 ± 132.8*
HDL (mg/dL)			
[media ± DE]	45.2 ± 12.1	46.3 ± 12.0	36.6 ± 8.6*
LDL (mg/dL)			
[media ± DE]	111.5 ± 25.6	110.9 ± 25.2	115.5 ± 28.3
HOMA > 2.5			
[n (%)]	64 (17.4)	45 (14)	19 (41)**
PCRu (mg/L)			
[media ± DE]	3.2 ± 4.3	2.9 ± 3.9	5.3 ± 6.2*
PCRu > 3 mg/L			
[n (%)]	116 (31.4)	88 (27)	28 (61)**
LDL/HDL > 3			
[n (%)]	117 (31.6)	77 (23.7)	30 (65.2)**
ALT (U/L)			
[media ± DE]	14.6 ± 7.9	14.2 ± 7.5	17.4 ± 9.7*
AST (U/L)			
[media ± DE]	22.6 ± 7.7	22.2 ± 7.6	24.9 ± 8.1*
Metabolismo basal (Kcal)			
[media ± DE]	1,283 ± 142	1,266 ± 132	1,399 ± 158*
Ingesta calorías			
[media ± DE]	2,089 ± 1,266	2,101 ± 1,293	2,003 ± 1,058
Fibra dietética			
[media ± DE]	23.5 ± 17.0	23.6 ± 17.3	22.94 ± 15.1

IMC: índice de masa corporal. TAS: tensión arterial sistólica. TAD: tensión arterial diastólica. HDL: colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad. LDL: colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad. \* p < 0.05 t de Student. \*\* p < 0.05 U Mann-Whitney

En el análisis multivariado, se observa que la mayor probabilidad de presentar síndrome metabólico se encuentra en aquéllos con aumento en la relación colesterol total/HDL (OR 4.8; IC 95% 2.9-7.9).

**Conclusiones:** La prevalencia de síndrome metabólico es similar a la reportada en la población general. Sin embargo, se asocia a una alta prevalencia de obesidad y riesgo cardiovascular. Este tipo de análisis no se ha reportado previamente en el personal de salud, por lo que instaurar programas de intervención eficientes es de primordial importancia.

### Artrogriposis múltiple congénita: Manejo ortopédico y quirúrgico. Presentación de un caso

*Servando Lozano Reyes, Alejandro Ortiz Basulto*

**Introducción:** La artrogriposis múltiple congénita es un complejo sindrómico caracterizado por contracturas de varias articulaciones de las extremidades, por diversos grados de fibrosis en los músculos, así como engrosamiento y acortamiento de los tejidos capsulares y ligamentos periarticulares. Como resultado de esta patología el paciente presenta una incapacidad para la alimentación y aseo personal de manera autónoma.

**Objetivos:** Demostrar mediante el manejo quirúrgico y ortopédico realizado tempranamente que el paciente pueda obtener su autonomía en cuanto a su alimentación e higiene personal.

**Metodología:** El caso clínico a presentar fue valorado inicialmente y manejado en el Servicio de Ortopedia Médica Sur con registros fotográficos y valoraciones funcionales desde la edad de un año seis meses hasta la edad de siete años.

**Resultados:** Mediante el uso de ortesis así como ejercicios de estiramiento de los tejidos afectados más el manejo quirúrgico mediante capsulotomías y transposiciones tendinosas se logró que la paciente pudiera realizar sus actividades de la vida diaria sin asistencia.

**Conclusiones:** El manejo temprano de esta patología nos da como resultado que el paciente pueda valerse por sí mismo en sus necesidades personales. Y así evitar que se vuelva dependiente de una tercera persona de por vida.

### Sobrevida y desarrollo psicomotor en recién nacidos ≤ a 30 semanas de gestación. Experiencia de 3 años en Médica Sur

*José Alberto Hernández Martínez, Erika Galván Bautista, Tomás Gerardo Ugarte de la Vega, Marco Antonio Balanzario Poblano Servicio de Neonatología del Hospital Médica Sur*

**Introducción:** Los avances en neonatología han permitido mejorar la supervivencia en recién nacidos pretérmino, cada vez de menor edad gestacional. Sin embargo, la morbilidad y las secuelas se presentan en relación inversa con la edad gestacional.

**Objetivo:** Conocer la supervivencia y el desarrollo psicomotor en recién nacidos ≤ 30 semanas de gestación en Médica Sur.

**Material y métodos:** El periodo comprendió de enero - 2002 a diciembre 2004. Estudio retrospectivo. Se revisó el expediente de los menores de 30 semanas de gestación. Las variables estudiadas fueron antecedentes maternos, edad gestacional, evolución intrahospitalaria, tiempo de estancia y estado de la visión, audición y desarrollo psicomotor actual. La edad gestacional se determinó por el Servicio de Gineco-Obstetricia, de acuerdo a fecha de última menstruación (si ésta era confiable) o al primer ultrasonido realizado.

**Resultados:** En los 3 años hubo un total de 4,695 nacimientos, de los cuales 22 (0.5%) fueron recién nacidos con edad gestacional ≤ 30 semanas, fallecieron 5 y sobrevivieron 17. De los sobrevivientes 4 tuvieron problemas en el desarrollo neuromotor: uno leve (28 semanas), uno moderado (29 semanas) y dos severo (26 y 27 semanas), de los cuales uno presenta ceguera unilateral. El resto de los sobrevivientes sin problemas en el desarrollo psicomotor, con un peso medio de 1,070 g (DE 165 g), rango de 700 g a 1,290 g; edad gestacional media 28 semanas (DE 1.05 semanas) rango de 26 a 30 semanas. Las principales causas de morbilidad fueron síndrome de dificultad respiratoria, sepsis y coagulación intravascular diseminada. Los niños que fallecieron 1 fue masculino y 4 femeninos, el peso medio fue de 870 g (DE 238 g), rango de 720 a 1,310 g, la edad gestacional media de 27 semanas de gestación (DE 1.64) rango de 26 semanas a 30 semanas de gestación. La mediana de edad a la defunción fue de 5 días (DE 6.99 días) rango de 1 a 17 días. Las principales causas de muerte fueron: síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular y sepsis. El más pequeño de los niños en seguimiento tiene 1 año 7 meses.

**Conclusión:** a) Supervivencia alta 17 de 22. b) Secuelas en 4 de 17. c) A menor edad gestacional se observó mayor retraso en el desarrollo psicomotor. d) Atención obstétrica y neonatal integrada e intensiva influyó en los resultados de la población.

### Prevalencia de factores de riesgo y seropositividad a marcadores de los virus. Virus de la hepatitis B y C en el personal de enfermería del Hospital Médica Sur

*Nahum Méndez-Sánchez, Martha H Ramos-Urbe, Daniel Zamora-Valdés, María Antonieta Montaña-Reyes, Karla Sánchez-Lara, Jezer Lezama-Mora, Francisco Vásquez-Fernández, Julio A Pérez-Sosa, Misael Uribe*

*Unidad de Hígado, Departamento de Investigación Biomédica & Unidad de Hígado. Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.*

**Antecedentes:** Las hepatopatías representan la segunda causa de muerte en la población económicamente activa de nuestro país. Junto con el alcohol, las infecciones virales crónicas, como la hepatitis B (VHB) y la C (VHC), representan las principales causas. La seroprevalencia de anticuerpos anti-VHC en la población general se ha calculado en 1.6% y hasta 80% de estos individuos presenta una infección crónica generalmente asintomática. Mientras que sólo 0.2% de nuestra población es seropositiva a anticuerpos anti-VHB y sólo el 5% de estos individuos presentan hepatitis crónica. Ambos virus se transmiten por vía parenteral, por lo que el personal de enfermería se encuentra en alto riesgo de adquirir estas infecciones.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de factores de riesgo y seropositividad a anticuerpos anti-hepatotropos en el personal de enfermería del Hospital Médica Sur de la ciudad de México.

**Método:** Realizamos un estudio transversal para el que invitamos a todo el personal de enfermería de nuestra institución a participar respondiendo un cuestionario de factores de riesgo (transfusiones o cirugías antes de 1992, tatuajes, más de 4 parejas sexuales, manicure, pedicure, familiares infectados, procedimientos dentales, perforaciones, acupuntura y uso de drogas IV) y dando una muestra de sangre para análisis en busca de anticuerpos anti-VHB core, HBsAg y anti-VHC. Para identificar los factores de riesgo estadísticamente significativos realizamos un análisis empleando la prueba exacta de Fischer de 2 colas para análisis univariado y la prueba U de Mann-Whitney para el análisis multivariado.

**Resultados:** Estudiamos a un total de 368 enfermeras y 7 enfermeros, con una media de edad de 30.8 años. Encontramos una seroprevalencia de 1.6% para anticuerpos anti-VHB core sin encontrar sujetos portadores del antígeno de superficie del VHB. Solamente 0.8% de esta población resultó portadora de anticuerpos anti-VHC. Los principales factores de riesgo para VHB fueron la presencia de tatuajes ( $p < 0.05$ ) y más de 4 parejas sexuales ( $p < 0.1$ ) y para VHC el antecedente de transfusiones antes de 1992 ( $p < 0.1$ ). Otro factor importante para ser seropositivo a VHB o VHC fue la edad ( $p < 0.05$ ). En el análisis multivariado, controlando por los demás factores de riesgo, el tener tatuajes se asoció con un OR de ser seropositivo a VHB de 10 ( $p < 0.01$ ); más de 4 parejas sexuales OR 5.8 ( $p = 0.06$ ). Mientras que para ser seropositivo para VHC cada año de edad se asoció con un OR de 1.15 ( $p < 0.05$ ) y el antecedente de transfusiones presentó un OR de 29.6 ( $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** La seroprevalencia de HBsAg fue de 0%, de 1.6% para anti-VHB core y 0.8% para VHC. Nuestros resultados demuestran una nula prevalencia de infección activa de VHB. Mientras que la seroprevalencia de VHC fue menor a la reportada en la población general en nuestro país.

### Evento cerebral vascular trombotico-isquémico. Reporte de un caso

*R Olvera Martínez, M Rivera Orna, M Remolina Shilgh, J Ramírez Rosillo, G Castorena Arellano*  
*UCI, Médica Sur, México, D.F.*

**Introducción:** La enfermedad cerebrovascular en niños es una patología poco frecuente, en los niños hay un mayor número de causas de enfermedad cerebrovascular, la incidencia total excede a 6 por 100,000 niños por año.

Puede llevar a la muerte al 10% de los pacientes, recurrir en un 20%, y puede producir déficit neurológico en dos tercios de los sobrevivientes. La enfermedad isquemia corresponde de 25 a 70% de la enfermedad cerebrovascular.

La enfermedad cerebrovascular puede dividirse en dos grandes grupos: oclusiva y hemorrágica. La oclusión es debido a la formación de un trombo o debido a la migración de un émbolo desde el corazón, vasos u otros órganos. La hemorrágica es debida a la ruptura de un vaso sanguíneo. Estos procesos producen disminución del flujo sanguíneo cerebral e isquemia, que pueden progresar hasta el infarto.

Debido a la baja frecuencia de la enfermedad cerebrovascular en niños y al poco conocimiento por parte de los médicos y padres en lo referente a esta enfermedad, generalmente se realizan diagnósticos tardíos y así empeora el pronóstico.

**Objetivo:** Reporte de un caso de EVC de tipo trombotico-isquémico que se presentó en un paciente masculino de 14 años de edad.

**Descripción del caso:** Se trata de paciente masculino sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual que presento; ingresa proveniente del Servicio de Hospitalización Pediátrica donde permaneció un día, refiriendo por la madre iniciar su padecimiento posterior a un juego de fútbol, llegó a su domicilio y al estarse bañando presenta mareo, cefalea intensa y pérdida del estado de alerta, recuperándose del mismo pero permaneciendo somnoliento con Glasgow de 13, por lo que es traído a este hospital para valoración, donde se evidencia somnolencia, pero respondiendo al estímulo verbal y con protección adecuada de la vía aérea se toma TAC y RM de cráneo, las cuales evidenciaban zonas de lesión isquémica en región parietal izquierda, se ingresa a pediatría para manejo y vigilancia, durante su estancia en el Servicio Pediátrico presenta deterioro del estado de alerta, manifestado por estupor, con un Glasgow de 8 por lo que se decide enviar a la UCI, a su llegada se decide intubación orotraqueal, para manejo de protección de vía aérea, se toma nuevo control de TAC encontrándose zona de lesión mayor que abarca prácticamente todo el hemisferio izquierdo, se realiza IC a neurocirugía el cual manifiesta que éste no presenta ningún problema que se resuelva desde el punto de vista quirúrgico. Durante su estancia en la UCI se realizan ventanas farmacológicas sin presencia de ventilación ni respuesta al dolor, así como control de TAC nuevamente, el cual ya evidencia lesión frontal del lado derecho, evolucionando hacia la MC, está corroborada por EEG y potenciales evocados. Se realiza perfil toxicológico el cual resulta negativo, así como se realiza protocolo de estudio para enfermedad procoagulante dando los resultados negativos. Se propone a la familia la donación de órganos aceptando, pasa el paciente a quirófano para procuración de órganos.

**Conclusiones:** La enfermedad vascular cerebral en los pacientes pediátricos presenta aún en nuestros días un reto médico

para ser diagnosticada y establecer el tratamiento de manera temprana; esto sucede aún con menor frecuencia cuando el tipo EVC es trombótica, por lo tanto nos parece un caso interesante para reportar, ya que tenemos que tomar en cuenta esta probabilidad diagnóstica para pacientes pediátricos que inicien con sintomatología neurológica, esto con la finalidad de establecer un diagnóstico y tratamiento temprano para tratar de evitar en lo posible las secuelas severas que puede llegar a dejar esta patología, inclusive la muerte.

### Valoración de la calidad de vida en los pacientes sobrevivientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Fundación Clínica Médica Sur

*Esmirna Vázquez Ramírez, Rosalba Olvera Martínez, Guillermo Castoreña Arellano, Miguel Rivera Orna, Miguel Remolina Shlig, Francisco Ramírez Rosillo*

**Introducción:** La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición dentro del contexto cultural, el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física y el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las creencias personales. El uso de encuestas para realizar estudios que nos ayudan a valorar la calidad de vida en los pacientes sobrevivientes de UCI, se realiza para dar un seguimiento que nos proporciona información y una idea general de la evolución del paciente.

**Objetivos:** Conocer la frecuencia de: La morbi-mortalidad en pacientes que egresan de la UCI, conocer el grado de recuperación de las actividades (Personales, físicas y sociales), determinar si la edad y el género son factores que se asocian a mayor deterioro de la calidad de vida y determinar si la puntuación inicial de APACHE II se asocia a menor supervivencia y menor calidad de vida.

**Diseño del estudio:** Retrospectivo, descriptivo y observacional.

**Universo de estudio:** Todos los pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos de la Fundación Clínica Médica Sur, en un periodo de 8 meses retrospectivos. (del 1º de enero al 30 de julio de 2005).

**Análisis estadístico:** Se utilizó el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows. El análisis de los datos para las variables de interés se realizó con estadística descriptiva, con medidas de tendencia central, dispersión y proporciones. Para conocer la diferencia entre 2 grupos independientes de variables continuas se utilizó la prueba t de Student, para la diferencia entre tres o más grupos se utilizó la prueba de ANOVA.

**Resultados:** 64 pacientes (25%) fueron admitidos, sólo a 41 pacientes se logró contactar vía telefónica. De los 41 pacientes del estudio sólo 34 pacientes (83%) se realizó la encuesta, ya que 7 pacientes murieron posterior a su egreso de la terapia lo que corresponde al (17%) y no pudieron contestar la encuesta. De los 34 pacientes vivos 23 de ellos corresponden al sexo femenino (56%) y los 18 restantes al sexo masculino (44%), con una edad promedio de  $52 \pm 22$  con un rango de 19-94 de años de edad.

Se observó una asociación inversa estadísticamente significativa entre la calificación de APACHE II, y la calificación de la encuesta SF-36 ( $r = -0.44$ ,  $P = 0.004$ ). Se dividió la calificación de APACHE II, en tres grupos y al realizar el análisis estadístico

comparativo entre los tres grupos se observó que los enfermos con calificación de APACHE II entre 15 y 22, presentan una calificación del cuestionario SF-36 menor en relación con los otros dos grupos. Se observó también una asociación inversa estadísticamente significativa entre la edad de los 34 pacientes y la calificación de la encuesta SF-36, ( $r = -0.55$ ,  $p = 0.0001$ ). Se dividió la edad en tres grupos: 19-40, 41-60 y  $> 60$  años sin embargo no se observó diferencia significativa entre los grupos. La estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos fue en promedio de  $6 \pm 7$  días (Rango 1-18 días), comparada con la calificación de calidad de vida sin alcanzar significancia estadística. No hubo asociación significativa entre los días de ventilación mecánica y la calificación del cuestionario SF-36. Los días de uso de la ventilación mecánica en promedio fue de  $12 \pm 3$ , al dividirlo en grupos de ventilación mecánica prolongada y no prolongada tampoco se observó diferencia significativa entre los grupos. El grado de actividad física de los pacientes sobrevivientes se dividió en no limitada 12 pacientes (35%), moderadamente limitada 13 (38%) y completamente limitada 9 (26%). En cuanto a la evolución del dolor, un 38% de los pacientes refirieron dolor con limitación de la actividad física y en un 62% sin dolor y sin afectación de la actividad física.

**Discusión:** Las limitaciones físicas, que interfieren en nuestros pacientes son de hasta un 26.5%, con respecto a estudios previos. Nosotros no encontramos relación entre la edad  $> 65$  años y una mala calidad de vida en pacientes sobrevivientes. El uso de ventilación mecánica prolongada no se asoció con deterioro de la calidad de vida. El dolor crónico que se ve asociado con las limitaciones tanto físicas como para sus actividades diarias. El grado de ansiedad y depresión se presentó en un 11%. El sexo no se ha correlacionado con una mala calidad de vida en los pacientes sobrevivientes.

**Conclusiones:** En nuestro grupo de estudio, los pacientes con calificación de APACHE II entre 15 y 22 a su ingreso a la UCI presentaron una disminución significativa de la calidad de vida en relación con puntajes menores. La edad está asociada de manera inversamente proporcional con la calidad de vida.

### Uso de sevoflurano para sedación en terapia intensiva

*R Olvera Martínez, M Rivera Orna, E Vázquez Ramírez, M Remolina Shilgh, J Ramírez Rosillo, G Castoreña Arellano UCI, Médica Sur, México, D.F.*

**Introducción:** Los pacientes que necesitan cuidados intensivos, con frecuencia requieren de drogas para mantenerlos sedados, esto con el objetivo de reducir la ansiedad y agitación durante la ventilación mecánica. Los agentes sedantes más comúnmente utilizados son las drogas intravenosas como midazolam, fentanilo y propofol. El uso de estas drogas de manera prolongada puede producir en algunos pacientes tolerancia y por tanto, aumentar los requerimientos, así como la necesidad de agregar uno o más de estos fármacos, por tal motivo se ha descrito el uso de halogenados para sedación en terapia intensiva.

**Objetivo:** Reporte de dos casos de pacientes graves con altos requerimientos de varios fármacos, dosis elevadas y alto costo para sedación por lo que se utilizó sevoflurano para reducción de los mismos.

**Descripción de los casos:** Mujer de 35 años que ingresó al hospital con datos de abdomen agudo, se sometió a procedimiento quirúrgico, con evolución tórpida, por lo que ingresa a la UCI por deterioro respiratorio, bacteremia por *pseudomonas* y fiebre. Requiere de apoyo mecánico ventilatorio, desarrolló SIRA, falla renal, compromiso hemodinámico, hematológico y falla hepática. Recibió tratamiento con proteína C activada, inotrópicos, hemodiálisis y tiempo prolongado del apoyo ventilatorio incluyendo dos periodos en posición prona.

Hombre de 21 años que ingreso procedente del quirófano; sufrió accidente automovilístico con politrauma grave; presentó datos de choque hipovolémico moderado que revirtió al tratamiento con reposición hídrica agresiva, fue valorado e intervenido quirúrgicamente para reducción de fractura panfacial y desprendimiento de mandíbula izquierda, fractura de húmero izquierdo, fractura luxación de muñeca izquierda, contusión miocárdica, de tórax y neumotórax derecho, desarrolló SIRA, fistula broncopleural, falla cardíaca, neumonía, compromiso hemodinámico, falla renal y hepática, recibió tratamiento con inotrópicos, antibióticos, así como tiempo prolongado de apoyo ventilatorio y necesidad de pronarlo en dos ocasiones.

Requirieron ambos de manera paulatina el uso de varios fármacos con incremento de la dosis para sedación; propofol, midazolam, fentanilo, dexmedetomidina, con un elevado costo. Se agregó sevoflurano para evaluar su efectividad a través de disminuir el resto de los medicamentos, el costo y mantener el acoplamiento con el ventilador. Se consideraron y se realizaron los cambios necesarios para la administración del halogenado, así como para su evacuación del área. Se evaluaron los cambios hemodinámicos y las diferencias en ventilación y oxigenación con el sistema acoplado.

**Resultados:** Una vez administrado el sevoflurano éste se maneja entre 0.5-2 Vol%, consumiendo en promedio 30 mL/h. Se obtuvo la disminución de dosis de midazolam de 90 mg/h a 0, dexmedetomidina de 120 µg/h hasta 0 y la dosis de fentanilo de 800 µg/h hasta 160 µg/h, en el transcurso de la siguiente hora. Al comparar el costo antes y después del sevoflurano se logró reducir en un 44%. Se mantuvo el Ramsey en 5-6 y BIS entre 35-45. Hubo aumento de la PO<sub>2</sub> acorde al aumento en la FiO<sub>2</sub>, pero con aumento del gradiente A-aO<sub>2</sub>. Hubo incremento en el volumen minuto inducido por el oxígeno usado para introducir el halogenado (1.5 L/mn) con disminución del CO<sub>2</sub>. No hubo cambios hemodinámicos.

**Conclusiones:** Con el uso de sevoflurano se logró reducir las dosis y el total de medicamentos intravenosos, así como el costo. Es de suponer que con un halogenado más económico el impacto en la reducción de costos sea aún mayor.

Los cambios respiratorios se explican directamente con el aumento del volumen minuto y cambios en la fracción de oxígeno. El aumento en el gradiente A-aO<sub>2</sub> se explica por disparidad en la V/Q a expensas de Q. Un mecanismo probable es vasodilatación pulmonar inespecífica con interrupción de la vasoconstricción hipóxica.

**Diagnóstico temprano y seguimiento de aortitis en arteritis de Takayasu mediante resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones. Reporte de un caso y revisión de la literatura**

*P. Mendoza, J. Fernández, E. Alexánderon, A. Meave*

**Introducción:** La arteritis de Takayasu (AT), es una enfermedad crónica, progresiva, afecta principalmente a la aorta y sus

ramas, se desconoce su etiología, tiene distribución mundial, afecta a mujeres jóvenes predominantemente. El diagnóstico es difícil y limitado a los Criterios Clínicos de Colegio Americano de Reumatología, laboratorio e imagen. Se caracteriza por una fase aguda o inflamatoria y una crónica con obstrucción vascular. Actualmente existen estudios diagnósticos no invasivos como resonancia magnética (IRM) y tomografía por emisión de positrones (PET) que podrían permitir la detección de actividad inflamatoria y seguimiento de los pacientes.

**Caso clínico:** Mujer de 27 años de edad sin antecedentes de importancia que inició en el 2002 con disnea, mareo y palpitaciones. Progreso con deterioro de clase funcional e inició con claudicación en extremidades superiores y síncope en 8 ocasiones. Ingresó al Instituto Nacional de Cardiología y detectó valvulopatía aórtica y pulsos carotídeos asimétricos, siendo de menor amplitud el izquierdo. En el precordio ápex hiperdinámico, soplo expulsivo aórtico III/IV irradiado a vasos del cuello y hueco supraesternal, signos periféricos de insuficiencia aórtica, disminución de pulsos del brazo izquierdo con diferencia de la presión arterial mayor a 20 mmHg entre ambos brazos. Laboratorios: anemia microcítica hipocrómica, leucocitos 11,400, plaquetas 617,000, fibrinógeno 8.2 g/L, VSG 40 mm/h, PCR 96 mg/L, FR < 20 UI/mL, VDRL neg, inversión de la relación albúmina/globulina e hipergammaglobulinemia policlonal. Radiografía de tórax con cardiomegalia grado II y ensanchamiento mediastinal. ECG con hipertrofia ventricular y sobrecarga diastólica del VI. Ecocardiograma: Ligera hipertrofia ventricular izquierda, raíz aórtica de 26 mm e insuficiencia aórtica severa. Se realizó angiorresonancia magnética que evidenció aortitis e insuficiencia aórtica moderada. Panaortografía con insuficiencia aórtica grave, discreta dilatación de aorta ascendente con lesión segmentaria larga en ambas carótidas, oclusión de carótida externa izquierda, oclusión de subclavia y vertebral izquierda y el tronco de la coronaria izquierda con lesión aortoostial del 40%. Con esto se confirma el diagnóstico de arteritis de Takayasu. El PET mostró actividad importante en los sitios afectados. Se inició tratamiento inmunosupresor.

**Comentario:** En etapas avanzadas, el diagnóstico se hace por angiografía en la que se observan irregularidades en las paredes de los vasos, estenosis, dilatación postestenótica, transformación aneurismática u oclusión. Sin embargo, los cambios inflamatorios de la pares no se observan con este método. Durante la IRM se puede mostrar inflamación aguda caracterizada por engrosamiento de la pared de la aorta con patrón concéntrico. El PET en vasculitis activa detecta áreas con aumento del metabolismo celular con FDG-18 que caracteriza fácilmente todas las zonas de inflamación de los grandes vasos, por lo que es una herramienta potencial en el diagnóstico de inflamación activa de la aorta, monitoreo y seguimiento con una sensibilidad y especificidad descritas de hasta 92% y 100% respectivamente. La realización seriada de estos estudios es capaz de mostrar el efecto del tratamiento en la enfermedad activa.

**Uso de vasopresina en pacientes con choque cardiogénico: Experiencia de la Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"**

*PM Mendoza Díaz, E. Trejo García, H. González Pacheco, Martínez Sánchez*

**Introducción:** El nuevo paradigma del choque cardiogénico en pacientes con SICA, destaca la intensa inflamación y vasodilatación mediada por mecanismos neurohumorales y no sólo la falla contráctil del miocardio, haciendo que en su evolución clínica se les agregue un comportamiento hemodinámico similar a los pacientes con choque distributivo. Así también, sabemos que en el estado de choque 1,800 pg/mL en la primera etapa y en la segunda las concentraciones son menores a 1 pg/mL. Además los beneficios de la infusión de vasopresina en el estado de choque no distributivo, no sólo se derivan de incremento en la contractilidad de la fibra miocárdica, efecto mediado por receptores V2. Ante lo anterior, investigamos los beneficios de la vasopresina en el choque cardiogénico secundario a SICA como tratamiento adyuvante para esta patología.

**Objetivos:** Analizar y describir los cambios hemodinámicos, el comportamiento del volumen urinario, así como la mortalidad en pacientes con choque cardiogénico por SICA en quienes se emplea vasopresina.

**Material y métodos:** Se revisaron 539 expedientes de pacientes admitidos en la Unidad de Cuidados Coronarios del INC entre octubre de 2001 y diciembre de 2003. Se incluyeron un total de 62 pacientes con choque cardiogénico secundario a SICA, con monitoreo invasivo a través de catéter flotación y en quienes se utilizó vasopresina. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 11 (significancia estadística valor de  $p < 0.05$ ). Las variables numéricas continuas se expresaron en medias  $\pm$  desviación estándar; las variables nominales categóricas en porcentaje. Se compararán las medias con t de Student y las proporciones con método de gamma al cuadrado.

**Resultados:** De los 62 pacientes que se incluyeron al trabajo, 11 fueron mujeres (17.7%) y 51 hombres (82.3%), edad promedio de  $61.8 \pm 16.2$  años. La dosis de vasopresina utilizada durante las primeras 24 horas fue de 2.5 a 5.2 UI/h. Durante la infusión de vasopresina se apreció un claro incremento de la presión arterial sistólica (basal  $89.56 \pm 11.39$  mmHg y a las 24 h de  $100.40 \pm 20.89$  mmHg,  $p < 0.0001$ ), gasto cardíaco (basal  $4.8 \pm 1.6$  L y a las 24 h  $5.5 \pm 1.5$  L,  $p < 0.007$ ), índice cardíaco (basal  $1.86 \pm 0.19$  L/m<sup>2</sup> SC y a las 24 h  $3.02 \pm 0.57$  L/m<sup>2</sup> SC,  $p < 0.0001$ ). Se logró la reducción gradual de algunos inotrópicos y vasopresores. La urosepsis mejoró significativamente a las 24 y 48 h (basal  $87.25 \pm 69.8$  mL/h y a las 48 h  $114.75 \pm 48.8$  mL/h,  $p < 0.005$ ). Fallecieron 43 de los 62 pacientes lo que representa una mortalidad del 69.4%.

**Conclusiones:** El uso de vasopresina en infusión en pacientes con choque cardiogénico secundario a SICA a dosis de 2.5 a 5.2 UI/h es seguro y útil, incrementa significativamente la presión arterial sistólica, diastólica, media y resistencias vasculares sistémicas. Permite reducir significativamente la dosis de norepinefrina y con ello evitar la nefrotoxicidad de este fármaco. Se observa claramente un incremento significativo en la uresis durante las siguientes 48 h de iniciada la infusión. Existe mejoría significativa del índice cardíaco. La mortalidad del choque cardiogénico por SICA sigue siendo alta independientemente del tratamiento farmacológico.

#### Urgencias en cirugía plástica y reconstructiva Hospital Médica Sur casuística 2002-2005

Laura Andrade, C Moreno A, C Montoya, J Athié, A Vallarta, C Gutiérrez, V Acosta N

El Servicio de Urgencias Adultos es un órgano de choque en todos los hospitales, es quien da el manejo inicial y coordina el manejo multidisciplinario. El motivo de consulta de urgencias en Cirugía Plástica y Reconstructiva (CPR) implica una gama de patologías diversas, por lo que se decidió hacer un estudio descriptivo, abierto, retrospectivo, transversal, para determinar cuáles son las patologías más frecuentes, los rangos de edades, sexo, regiones anatómicas, diagnósticos y manejos quirúrgicos empleados. Universo de estudio del 1 de enero del 2002 al 31 de diciembre de 2005. Hospital Médica Sur. Se revisó la terminología basada en clasificaciones de la OMS, de aseguradoras y bibliografía.

**Resultados:** En el Servicio de Urgencias se valora un promedio de 17,400 consultas anuales en general 1,300 paciente anuales son vistos por cirugía plástica con promedio de 214.5 mensuales, pacientes con lesiones de cara, mano y policontundidos son atendidos por cirugía plástica 66 pacientes mensuales en promedio, de los cuales 47.5 pacientes ingresan con diagnóstico de policontundidos. Se localizó el 73% de los expedientes y se analizaron los datos obteniendo 44% de pacientes femeninos y 55% masculinos, la mayor frecuencia de edad de 31 a 50 años 29%, de 11-20 años 23%, y 21-30 años 21%, por el lugar del accidente 44% en su domicilio, 19% en la calle y 13% gimnasio. Cincuenta y cuatro por ciento con menos de una hora de evolución, 82% de las lesiones fueron únicas área afectada cara 40% miembro superior 55% y 5% resto del cuerpo. Los diagnósticos policontundidos 27.9%, heridas en cara 22%, fracturas de cara en su mayoría nasales 9.28%, quemaduras 10%. De las quemaduras el 27% son en miembro superior y 38% reportan el %SCTQ, heridas por arma de fuego 1.5%. Esguinces 6.8%, luxaciones 5.25%, infección mano 1.5%, mordedura 3.15%, cuerpo extraño 6%, escalpes 1.92%. Tratamiento 57.35% sutura de herida 14.7% reducción de fractura nasal, 8.82% tenorrafias, 2.94% reconstrucción lecho ungueal 3% reducción de fractura de cara, neurorrafia, injerto, colocación de piel cultivada 1.47% c/u.

**Conclusiones:** Las urgencias atendidas por CPR, cara ocupa un 40%, mano un 55% y quemados en 9%, un 82% de las lesiones son únicas, pero existe un 27% de pacientes que tienen policontusión. Conocer estadísticamente el campo en el cual se está trabajando nos da la pauta para manejo del Servicio de Urgencias e interacciones con otras especialidades, así como los campos en los que el cirujano plástico y reconstructivo deberá estar entrenado y actualizado.

#### Fractura bronquial secundaria a traumatismo torácico grave

L. Septián, E Paredes, A Corona, F Navarro, A Pérez, L Green, S Cicero

**Introducción:** La ruptura traumática del bronquio es rara pero potencialmente mortal en traumatismo de tórax cerrado. La mayoría de los pacientes fallecen rápidamente. La presentación clínica es poco específica, neumotórax, hemotórax, contusión pulmonar, atelectasia y fracturas costales son complicaciones graves 45% de las lesiones traqueobronquiales son diagnosticadas en forma oportuna. La TC helicoidal señala el sitio exacto de la lesión pero en ocasiones sólo demuestra el pulmón colapsado. La broncoscopia es el estándar de oro y debe realizarse en quirófano para realizar la reparación bronquial inmediata.

**Caso clínico:** Mujer de 23 años, en septiembre 2004 posterior a atropellamiento por vehículo automotor y sufrió traumatismo

directo cerrado en cara anterior de tórax, luxación de clavícula izquierda y fractura de codo izquierdo. La Rx con imagen sugerente de hemotórax izquierdo, se colocó sonda pleural sin reexpansión pulmonar. Se le practicó fibrobroncoscopia en la que se observó estenosis por fractura del bronquio principal izquierdo a 1.5 cm de la carina con atelectasia del pulmón izquierdo. La TC helicoidal en 3D con broncoscopia virtual confirmó la estenosis. Se realizó nueva toracotomía se hizo anastomosis término-terminal del bronquio principal, logrando reexpandir el pulmón en un 90% se pleurizó la anastomosis y, se colocaron sondas pleurales. La evolución fue favorable, la broncoscopia permeabilidad completa del árbol bronquial izquierdo.

**Comentario:** Las lesiones traqueobronquiales ocurren por compresión torácica provocando tracción de la carina, por aumento de presión intrabronquial con la glotis cerrada y por trauma de pared anterior con daño directo en la carina. Estas lesiones se presentan en accidente de automóvil donde se genera energía suficiente. El retardo en el tratamiento quirúrgico puede condicionar atelectasias, estenosis bronquial, neumonía o mediastinitis con aumento de la mortalidad. El bronquio principal derecho es el más frecuentemente lesionado, en este caso fue el izquierdo. La broncoscopia virtual es útil para localizar en forma precisa la estenosis bronquial. El tratamiento debe ser quirúrgico por broncoplastia resecaando la porción estenosada en forma circunferencial y reanastomosis término-terminal. La pleurización garantiza una mejor vascularización. Esta técnica permite una recuperación funcional satisfactoria. El seguimiento con fibrobroncoscopia y radiografías de tórax permiten evaluar la permeabilidad del árbol bronquial.

#### Evento vascular cerebral en una mujer joven con foramen oval permeable, deficiencia de proteína S y cáncer de mama

*D Ruiz Gómez, K Romero Mora, J Nader Kawachi  
Medicina Interna, Neurología. Fundación Clínica Médica Sur*

**Introducción:** La isquemia cerebral es el tipo de enfermedad cerebrovascular (ECV) más frecuente en el paciente menor de 45 años. La vasculopatía no aterosclerosa, la embolia de origen cardíaco y los estados protrombóticos son las etiologías más frecuentes.

**Objetivo:** Presentar el caso clínico de una paciente joven en quien coexisten diferentes causas probables de ECV; foramen oval permeable (FOP), deficiencia de proteína S y posiblemente un síndrome paraneoplásico relacionado con esta última. Se hará énfasis en el abordaje clínico y el tratamiento específico para ECV incluyendo la corrección del FOP.

**Material y métodos:** Descripción del caso, del procedimiento diagnóstico y la revisión de la literatura.

**Resultados:** Femenino de 26 años de edad. Sin antecedentes de importancia. Inicia 6 horas antes de su ingreso al presentar ataque al estado general, desviación de la comisura labial hacia el lado derecho y paresia del miembro inferior izquierdo. El cuadro progresa en las siguientes horas al profundizar la paresia hemicorporal izquierda por lo que acude a Médica Sur. A su ingreso se encuentran funciones mentales normales, parálisis facial izquierda, síndrome piramidal izquierdo completo y síndrome parietal derecho. La resonancia magnética de cráneo mostró una imagen sugestiva de infarto en región temporoparietal derecha. La angiografía cerebral muestra oclusión de la cerebral media derecha. El

ecocardiograma transesofágico evidenció FOP tipo ostium secundum sin flujo izquierda-derecha y se constató deficiencia de proteína S. El tratamiento consistió en anticoagulación y cierre del FOP. La paciente desarrolla después cáncer de mama derecha.

**Conclusiones:** El abordaje clínico del paciente joven con EVC debe contemplar la búsqueda de defectos cardíacos y estados protrombóticos que puedan ser corregidos, evitando así la recurrencia del evento isquémico.

#### Trombólisis en tromboembolia pulmonar

*D Ruiz Gómez, O González Chon, S García López, T Sánchez Ugarte  
Medicina Interna, Cardiología. Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.*

**Introducción:** La tromboembolia pulmonar (TEP) es una enfermedad frecuente y con alta mortalidad, caracterizada por la obstrucción de una arteria pulmonar o alguna de sus ramas por émbolos provenientes del sistema venoso periférico. En casos de TEP masiva o inestabilidad hemodinámica el tratamiento es con trombólisis obteniendo buenos resultados.

**Objetivo:** Mostrar la importancia y beneficio de la trombólisis en pacientes con TEP con inestabilidad hemodinámica.

**Material y métodos:** Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

**Resultados:** Femenino de 64 años con antecedente familiar de trombosis venosa profunda. Sedentarismo, niega tabaquismo; HTA a los 35 años actualmente sin tratamiento sustitutivo. Hipertensión arterial desde los 54 años. Cuadro de trombosis venosa profunda en 3 ocasiones, hace 1 año cuadro de TEP por lo que recibía anticoagulación oral hasta 2 meses antes de su ingreso, que inició tratamiento con clopidogrel. Su padecimiento inició el día de su ingreso posterior a la ingesta de alimentos con dolor torácico opresivo con irradiación a hombro izquierdo acompañado de síntomas neurovegetativos, y disnea progresiva, lo cual le ocasionó síncope recibe apoyo paramédico encontrándola con disnea, taquicardia, saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>) 84%. En la exploración física se encuentra con sobrepeso, hipotensión, taquicardia, taquipnea, SatO<sub>2</sub> 84%; palidez de tegumentos +; 2º ruido cardíaco desdoblado. Extremidades inferiores con Hommans presente bilateral. Gasometría arterial con hipoxemia, dímero D 5310. Angiorresonancia pulmonar compatible con TEP. Debido a la inestabilidad hemodinámica se realiza trombólisis con r-tPA en 2 horas observándose disminución en la frecuencia cardíaca y mejoría de la SatO<sub>2</sub>. Doppler MI's con trombosis poplitea bilateral. Posteriormente se coloca filtro de Greenfield y se da de alta hemodinámicamente estable con anticoagulación oral.

**Conclusiones:** La trombólisis provoca una resolución más rápida del coágulo, reduce la mortalidad con los pacientes con TEP masiva o inestabilidad hemodinámica, ya que reestablece con rapidez el flujo pulmonar y mejora la función del ventrículo derecho.

#### Miocardio aturdido por lesión por rayo

*M Karla Romero, Doris Ruiz, J Rivera, O Glez Chon  
Fundación Clínica Médica Sur. México D.F.*

**Introducción:** Las consecuencias orgánicas más importantes de la lesión por rayo son las debidas a daño cardiovascular y



neurológico. El término miocardio "aturdido" se define como miocardio viable que exhibe falla ventricular prolongada a pesar de la resolución de un episodio transitorio de isquemia. Se desconoce el mecanismo exacto de la falla contráctil, sin embargo, se sabe que existe alteración en la homeostasis intracelular del calcio ( $Ca^{2+}$ ) y generación de radicales de oxígeno.

**Objetivo:** Reportar el desarrollo de miocardio aturdido y choque cardiogénico originados por descarga eléctrica por rayo, mencionando los posibles mecanismos involucrados en la generación de la falla contráctil y de la relajación ventricular en ausencia de necrosis miocárdica.

**Material y métodos:** Análisis de caso clínico y revisión bibliográfica.

**Resultados:** Paciente femenino de 42 años de edad quien recibió una descarga eléctrica por rayo, desarrollando deterioro hemodinámico progresivo pasando por un estado de choque cardiogénico transitorio con grave afectación de la función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo (VI) con recuperación completa de la función en las primeras 72 h. Presentó incremento de enzimas cardíacas y el ecocardiograma mostró alteraciones de la contractilidad del VI de manera global con grave disfunción diastólica por alteraciones en la relajación de tipo restrictivo. El estudio de perfusión miocárdica con isonitrilo descartó la presencia de necrosis miocárdica. La mejoría se debió al tratamiento de sostén y muy probablemente al uso de levosimendan, el cual induce incremento en la sensibilidad intracelular al  $Ca^{2+}$ .

**Conclusiones:** Proponemos que la descarga eléctrica por rayo puede ocasionar grave alteración contráctil por un fenómeno conocido como aturdimiento miocárdico. El mecanismo implicado podría explicarse por diversas alteraciones en la homeostasis del  $Ca^{2+}$  intracelular.

#### Insuficiencia cardíaca grave debida a sarcoidosis sin manifestación clínica de otros órganos

*M Karla Romero, Doris Ruiz, F Díaz de la Vega, R Pichardo  
Fundación Clínica Médica Sur. México D.F.*

**Introducción:** Las causas más frecuentes de insuficiencia cardíaca (IC) son la hipertensión arterial y la enfermedad arterial coronaria, condiciones cuya frecuencia aumenta con la edad. Entre las causas poco frecuentes de IC se encuentran las enfermedades granulomatosas. La sarcoidosis (Sd) tiene una presentación diferente en los pacientes > 65 años, en quienes las manifestaciones principales son astenia, adinamia y fiebre, excepto para las formas intratorácicas en las cuales los signos pulmonares revelan la enfermedad. La sarcoidosis cardíaca (SC) corresponde a menos del 5% de los cuadros de Sd y puede preceder, seguir u ocurrir concomitantemente con involucro pulmonar o de otros órganos. El diagnóstico histopatológico pocas veces se confirma. Los esteroides constituyen el tratamiento principal.

**Objetivo:** Presentar un caso de SC con IC secundaria a valvulopatía infiltrativa, sin manifestación clínica pulmonar, en un paciente mayor de 65 años en quien se hizo el diagnóstico histopatológico.

**Material y métodos:** Análisis de un caso clínico y revisión bibliográfica.

**Resultados:** Femenino de 71 años con único antecedente de arritmia cardíaca no especificada de 2 meses de diagnóstico en

tratamiento. Ingresó por dolor precordial opresivo y disnea de medianos esfuerzos de un día de evolución. A la exploración física se encontró con datos francos de falla cardíaca congestiva. Los resultados de laboratorio fueron normales. Los estudios de imagen mostraron cardiomegalia grado 3, hipertensión venocapilar, patrón reticulomicronodular parahiliar bilateral y dilatación de la aorta ascendente. El ecocardiograma reportó dilatación severa de cavidades izquierdas, hipocinesia generalizada, fracción de expulsión del 35%, insuficiencia valvular aórtica severa e insuficiencia mitral. El cateterismo cardíaco corroboró los hallazgos del ecocardiograma y dilatación de la raíz aórtica. Por lo anterior se realizó recambio valvular aórtico y sustitución de la raíz aórtica con tubo de Dacron. La paciente falleció por IC descompensada. El diagnóstico histopatológico de la válvula y raíz aórticas fue de valvulopatía granulomatosa sin necrosis caseosa compatible con Sd.

**Conclusiones:** Dentro de las causas poco frecuentes de IC se encuentran la Sd. El diagnóstico pocas veces se sospecha si la afección cardíaca es la única manifestación de la enfermedad. La SC representa un factor de mal pronóstico y se caracteriza por alteraciones del ritmo, falla cardíaca, dolor torácico y muerte súbita.

#### Tratamiento de fisuras labiopalatinas unilaterales con el aparato de Latham y utilización de botón de regulación y contención transquilloplastia

*América Ayuso-Arce, Alfonso Vallarta-Rodríguez*

**Introducción:** Las características propias de los pacientes con fisura unilateral han obligado a desarrollar tratamientos ortopédicos previos a la cirugía. Latham 1990 plantea que la discrepancia anteroposterior de los segmentos y la dimensión de la fisura son factores fundamentales para la corrección del piso y ala nasal. La disminución de las brechas óseas facilita la armonía en el crecimiento y establecimiento de la función adecuada. La utilización de una retención transversal posterior a la queiloplastia es deseable.

**Objetivo:** Es combinar las bondades de ambos aparatos: Latham unilateral y botón de regulación de crecimiento. Previo a la queiloplastia: alineación de las porciones separadas de la fisura con el consecuente reposicionamiento de los márgenes de los bordes de tejidos duros y blandos y base para el piso nasal, transoperatorio: disminución de la fisura, crecimiento de las conchas palatinas. El botón de regulación de crecimiento brinda estimulación de las conchas palatinas para continuar disminuyendo la dimensión de la fisura palatina.

**Material y método:** Fueron sometidos a este procedimiento 14 pacientes, en edades comprendidas entre los tres meses al octavo mes de vida, se colocó bajo sedación previa valoración anestésica y pediátrica la placa de Latham unilateral, la cual fue activada por un promedio de cinco semanas, se dejó un periodo de retención de cinco semanas, y se retiró el aparato bajo anestesia general durante la queiloplastia, de manera trans-operatoria se tomaron las impresiones para el botón de regulación de crecimiento el cual se coloca antes de suturar la queiloplastia. La placa permanece hasta un mes previo a la palatoplastia, el promedio de permanencia fue de 8 meses.

**Resultados:** En un seguimiento a 40 meses se encontró que los pacientes presentan adecuado crecimiento esquelético, clase un molar del lado de segmento mayor y clase II del segmento menor. Los resultados son similares en la muestra sin colapso maxilar.

**Conclusiones:** La utilización del botón de crecimiento transoperatorio fue de utilidad al permitir un crecimiento armonioso por el cuidado ortopédico pos-queiloplastia, y el 100 por ciento de la muestra presentó crecimiento adecuado sin colapso maxilar.

#### Hábitos alimentarios en un subgrupo de residentes de la Fundación Clínica Médica Sur

*K Sánchez, C Zavala, G Vázquez, J Lizardi*

**Objetivos:** Cuantificar el consumo de calorías totales y distribución de nutrimentos en los residentes de la Fundación Clínica MS. Detectar deficiencias y excesos de nutrimentos en la dieta habitual de los residentes de acuerdo a su índice de masa corporal (IMC) dar asesoría nutricional individualizada y seguimiento a los casos.

**Metodología:** Se evaluó antropométricamente (peso, estatura, % de grasa corporal índice cintura/cadera, etc.) a un grupo de residentes de la Fundación Clínica Médica Sur. Se aplicó el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos validado en población mexicana SNUT (Instituto Nacional de Salud Pública) para valorar cuantitativamente la dieta habitual de los residentes.

**Resultados:** Se evaluaron un total de 30 residentes, 14 hombres y 16 mujeres con una edad promedio de 26 años de edad. Acudieron residentes de medicina interna, radiología e imagen, medicina crítica. De acuerdo al índice de masa corporal se encontraron 4 residentes con bajo peso (IMC menor de  $20 \text{ kg/m}^2$ ), 12 en rangos normales ( $20\text{-}24.9 \text{ kg/m}^2$ ), 9 con sobrepeso ( $25\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$ ), 4 con obesidad grado I ( $30\text{-}34.9 \text{ kg/m}^2$ ) y 1 con obesidad grado II ( $35\text{-}39.9 \text{ kg/m}^2$ ).

Nutrimento	Total
Kcal totales (kcal)	1,685 ± 715
Proteínas (g)	69 ± 29.5
Prot. origen animal (g)	46.7 ± 26.4
HC (g)	174.1 ± 66.3
Fructosa (g)	26.2 ± 12.7
Glucosa (g)	23 ± 10.8
Fibra dieta (g)	17.6 ± 4.1
Fibra cruda (g)	4 ± 1.3
Calcio (mg)	526.9 ± 188.7
Hierro (mg)	10.4 ± 4.3
Sodio (mg)	1355 ± 624
Colesterol (mg)	236.4 ± 141
Alcohol (g)	1.5 ± 0.7
Cafeína (mg)	116.4 ± 32.6
Grasa animal (g)	45.4 ± 21.8
Grasa vegetal (g)	33.6 ± 15.2
Grasa total (g)	79 ± 32.5
AGS (g)	24.2 ± 11.1
AGMI (g)	33.5 ± 14
AGPI (g)	14 ± 6.1

**Conclusiones:** Los promedios de consumo de los macronutrientes indican que la dieta de los residentes no es equilibrada, ya que el promedio de consumo de hidratos de carbono está por debajo de la recomendación diaria (RDA) en un 19%, las proteínas

exceden la RDA en un 1.3%, y en un 12% el consumo de grasa total, (encontrándose 4.2 g de grasa saturada por arriba del RDA y siendo su principal fuente los productos de origen animal); el consumo de calcio está 48% debajo de la RDA; el consumo de colesterol, sodio, hierro se encuentran dentro de los rangos recomendados. Asimismo, se destaca que el consumo de cafeína es elevado y el de fibra bajo.

#### Tratamiento de la enfermedad de Freiberg mediante cirugía percutánea: reporte de un caso

*Moisés A King-Hayata, M Cristina Martínez-de Anda, Moisés King-Martínez, Ana Cristina King-Martínez, Alberto Cuéllar-Avaroma Hospital Médica Sur*

**Introducción:** Para el tratamiento de la enfermedad de Freiberg, se han descrito múltiples técnicas. Se ha pasado desde la cirugía abierta con colocación de material de osteosíntesis, hasta la cirugía artroscópica con la aplicación de material reabsorbible. Se describe, la osteotomía en cuña dorsal u osteotomía de dorsiflexión, la cual ha mostrado muy buenos resultados. Las complicaciones que se describieron del procedimiento se encuentran, en su mayoría, relacionadas al uso de material de síntesis en la misma. Con el advenimiento de la cirugía percutánea se puede realizar la osteotomía mediante una mínima incisión y no es necesario el uso de material de osteosíntesis

**Objetivos:** Describir la experiencia de un caso clínico de un paciente femenino de 21 años, la cual fue manejada mediante osteotomía en cuña realizada con técnica percutánea y su evolución a 18 meses del procedimiento quirúrgico.

**Metodología:** Presentación de un caso clínico.

**Resultados:** Se encuentra paciente asintomático, con marcha normal, a 18 meses del procedimiento quirúrgico, por lo que se considera la cirugía percutánea como una adecuada opción para el tratamiento de la enfermedad de Freiberg.

**Conclusiones:** La cirugía percutánea para el tratamiento de la enfermedad de Freiberg es una valiosa opción terapéutica. Se requiere de sólo un procedimiento quirúrgico, se elimina el uso de material de osteosíntesis y se acorta el tiempo de rehabilitación al permitir el apoyo inmediato posterior a la osteotomía. Es necesario contar un seguimiento a largo plazo de los casos para poder realizar una valoración adecuada del procedimiento.

#### Manejo anestésico de hiperaldosteronismo y feocromocitoma: Reporte de un caso

*Medardo Salazar L, Guillermo Domínguez Cherit, Manuel Méndez Beltrán*

**Introducción:** El feocromocitoma, una tumoración poco común, generalmente benigna, desarrollada a expensas de tejido simpaticoadrenal que produce catecolaminas. Habitualmente se localiza en la médula suprarrenal que contiene la mayor parte del tejido cromafin, aunque puede tener localización extra adrenal a los que se denomina paraganglioma. En 1955, Conn describe a un paciente con hipertensión, hipocalemia y síntomas neuromusculares que fueron asociados con un adenoma adrenal y su principal origen es en la células de la corteza suprarrenal.

**Resumen del caso:** Paciente femenino de 40ª edad, SLA Originaria de Argentina, Cirujana Plástica, católica, residente en Cuernavaca Morelos desde hace 4 años. Con carga genética por línea paterna para hipertensión arterial sistémica (HAS). Tiene antecedentes quirúrgicos: Amigdalectomía, apendicectomía, 3 cesáreas, cirugía estética. Hipotiroidismo secundario a tiroiditis de Hashimoto desde hace 5 años, tratada con Eutirox 150 µg/24 h. HAS diagnosticada hace 18 meses, tratado con norvas y aldactone, hipercolesterolemia tratada hace 4 meses. No Alergias.

**PA:** Se conoce hipertensa desde hace 18 meses aproximadamente, periodos de control y de descompensación, hace 3 meses sufre crisis de cefalea intensa con hipertensión arterial, por lo que es valorada por cardiología quien detecta hipocalcemia, se le realiza TAC de abdomen simple y contrastada, detectándose más adrenal izquierda. Se complementan estudios en busca de feocromocitoma encontrando metanefrinas en orina de 24 horas 825 µg/24 h, AVM 8 pcg/24 h.

**EF:** peso 53 kg, talla 2, IMC 21, FC 80/min, TA 170/90 FR 18 Temp. 37°C. constitución delgada, ligeramente ansiosa, a la exploración de fondo de ojo con pérdida de la relación arteria-vena, valoración de vía aérea normal; cardiopulmonar sin alteración aparente, tórax con implantes mamarios, complejo vasculocutáneo aparente de insuficiencia venosa crónica. paraclínicos preoperatorios de rutina normales, ECG en ritmo sinusal normal. Programada para adrenalectomía izquierda laparoscópica.

Se programa para cirugía adrenalectomía izquierda. En quirófano se le instala catéter central subclavio izquierdo, línea arterial, se realiza inducción anestésica con fentanilo 200 µg, propofol 120 mg y atracurio 40 mg IV, se le da mantenimiento anestésico con sevoflurane al 2.10% MAC. Durante la colocación en decúbito lateral derecha la paciente presenta bradicardia severa, frecuencia cardiaca entre 15- 20 por minuto, administrándose atropina IV 1 mg, revirtiendo FC a 100-120 por minuto. Durante la cirugía se presenta con gran inestabilidad hemodinámica, cursando con periodos de hipertensión y taquicardia severos, teniendo que administrar nitropusiató de sodio en infusión y esmolol en infusión a dosis respuesta. Posterior a la extracción del tumor volvió a la normalidad hemodinámica sin requerir medicamentos. Sin incidentes, ni accidentes y una emersión por lisis termina procedimiento quirúrgico de 2:15 h. Pasa a recuperación posextubación con Aldrete de 9.

**Reporte de patología:** Adenoma de la corteza suprarrenal.

**Conclusión:** El tratamiento definitivo del feocromocitoma sigue siendo quirúrgico, es curativo en el 90% y con solo mortalidad del 0 al 6.5%, el manejo transoperatorio para el paciente es un reto para el anestesiólogo y el manejo integral del paciente debe ser multidisciplinario donde se incluya al endocrinólogo, cardiólogo, cirujano e intensivista.

Agentes inhalatorios, intravenosos y técnicas regionales han sido utilizados, pero la mayor dificultad del control perioperatorio está en las fluctuaciones de la presión sanguínea o en las arritmias secundarias a la liberación de catecolaminas en exceso, para lo cual se requiere de un control farmacológico con bloqueadores adrenérgicos, bloqueadores de los canales de calcio, sulfato de magnesio y vasodilatadores.

#### Mujer de 36 años con dolor pleurítico en hemitórax izquierdo, tos seca y fiebre

*S Hernández, M Sierra, P Santillán, C Zavala*

**Objetivos:** Describir las características clínicas del derrame pleural, mencionando sus múltiples causas. El derrame pleural indica la presencia de enfermedad en su mayoría pulmonar, pleural propiamente dicho y extrapulmonar. En este caso se describe la evolución de un derrame pleural, los medios diagnósticos empleados y se hace referencia a la causa atípica del mismo por un cuerpo extraño atrapado en la vía aérea.

**Metodología:** Se realizó seguimiento de la paciente durante su internamiento además de consultar el expediente clínico obteniendo la información de su sintomatología tanto en la historia clínica como reinterrogando de manera dirigida, posteriormente realizando revisión de la literatura de los empiemas causados por cuerpos extraños en vía aérea.

**Resumen clínico:** Paciente femenino que inició su padecimiento 10 días previos a su ingreso, con dolor torácico izquierdo (pleurítico) que aumentaba a la inspiración profunda y en el decúbito lateral izquierdo, asociándose a disnea de medianos esfuerzos, 3 días después se agregó tos seca, con disnea progresiva y fiebre intermitente de 38°C tratada con aspirina a dosis no referidas. Se solicitaron estudios de gabinete reportando derrame pleural localizado en la porción más posterior así como medial y lateral basal del lóbulo inferior izquierdo y foco neumónico en segmento medio basal de lóbulo inferior izquierdo. Se decidió broncoscopia en donde no se evidenciaron datos de tumor. En la toracoscopia se realizó debridación y resección del material de fibrina, durante el procedimiento se resecó cuerpo extraño (palillo de madera, 4 cm aprox.) que se encontraba encapsulado dentro del lóbulo mayor y que explicaba la etiología del empiema.

**Conclusiones:** Existen pocos casos reportados por aspiración en vía aérea por un palillo de madera, que posteriormente migró hacia cavidad pleural produciendo dicho cuadro clínico. Los reportes aislados por cuerpo extraño son de predominio en el tracto gastrointestinal a nivel de estómago y por contigüidad pueden afectar el mediastino, pulmón, páncreas o hígado, aunque es excepcional.

#### Enfermedad vascular subcortical, deterioro cognitivo y factores de riesgo vascular implicados

*MT Reyes, S Juárez, G García-Ramos, J Higuera, C Cantú*

**Introducción:** La enfermedad vascular subcortical (EVS) cuyo origen es microangiopático tiene como manifestación la presencia de lesiones en sustancia blanca subcortical, que se manifiestan en forma insidiosa y lentamente progresiva con deterioro cognitivo, demencia, síndrome disejecutivo motor, diasartria, cambios en el estado de ánimo, estado pseudobulbar, incontinencia urinaria, alteraciones en la marcha y alta incidencia de caídas en personas de edad avanzada. El identificar la enfermedad antes de la presencia de síntomas, así como factores de riesgo cardiovascular y características de edad de la población en México ofrece una medida preventiva e identifican la progresión a través del tiempo ya que suele identificarse en mayores de 60 años sin deterioro cognitivo.

**Objetivos:** Identificar manifestaciones clínicas y características demográficas y factores de riesgo vascular en pacientes con EVS identificada en IRM de cráneo.

**Material y métodos:** Pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de EVS en la IRM de acuerdo a los criterios descritos por Fazekas de quienes se evaluó presencia de factores de riesgo vascu-

lar (diabetes, hipertensión, dislipidemia, tabaquismo, obesidad) y complicaciones crónicas, manifestaciones clínicas de deterioro cognoscitivo, tipo y severidad según NEUROPSI, alteraciones en la marcha, caídas frecuentes, incontinencia, alteraciones del estado de ánimo y alteraciones conductuales. Se realizó estadística descriptiva, análisis de variables cualitativas mediante pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) y análisis de variables cualitativas mediante tablas de contingencia 2 x 2 y Chi cuadrada o exacta de Fisher.

**Resultados:** De 2,740 estudios, 153 eran sugerentes de EVS de sustancia blanca y en total 61 (39.8%) tuvieron características imagenológicas según Fazekas. Las edades estuvieron entre 50 a 92 años con una media de 73.39, 54% hombres y 46% mujeres. La edad más prevalente fue de 71 a 80 años (41%). Ochenta y cuatro por ciento de los pacientes eran hipertensos, 57% diabéticos y 64% dislipidémicos. El 50% fumadores y 23% obesos. El tiempo de evolución promedio fue de 13.13 años en hipertensos y 17.88 en diabéticos. Veintiocho pacientes (46%) se clasificaron con deterioro cognitivo leve (41%) subcortical en el 80% de los pacientes, alteraciones conductuales (25%) y de la marcha (30%), incontinencia en 14 pacientes (23%). La hipertensión arterial es un factor estadísticamente significativo ( $p = 0.04$ ) para el desarrollo de lesiones confluentes.

**Conclusiones:** La prevalencia de hipertensión, diabetes, dislipidemia y tabaquismo en los pacientes con EVS fue mayor al 50%, diabetes de más de 20 años correlacionó con progresión de la enfermedad a lesiones confluentes subcorticales. Las manifestaciones clínicas más prevalentes fueron deterioro cognoscitivo subcortical e incontinencia por lo que se sugiere realizar estudio de imagen en pacientes con diabetes, hipertensión, dislipidemia y/o tabaquismo, con deterioro cognoscitivo y/o incontinencia e indicar antiplaquetarios en caso de encontrar EVS para evitar su progresión.

#### Tractografía *in vivo* del sistema nervioso central mediante DTI-IRM en 3.0 teslas. Experiencia inicial con 4 casos en IRM Médica Sur

Miguel Ángel Gutiérrez-Lu, Manuel Martínez L, Roberto Corona C, Ingrid Vivas B, Arturo Arrieta, Juan Ortiz\*

Departamento de Imagen por Resonancia Magnética, Fundación Clínica Médica Sur, México DF.

\* Investigador en Resonancia Magnética UNAM, Campus Juriquilla, Qro.

#### Introducción: Difusión por resonancia magnética.

La difusión es un movimiento molecular de traslación al azar que resulta de la energía térmica de las moléculas de agua (la especie molecular más conveniente de estudiar con difusión por IRM) dentro del cerebro a un promedio de distancia cercano a 10 micrómetros durante 50 mseg, rebotando, cruzando o interactuando con muchos componentes celulares tales como membranas celulares, fibras o macromoléculas. Es un proceso verdaderamente tridimensional: así, puede no ser igual en todas direcciones. Esta variabilidad se llama anisotropía.

La IRM es la única manera de observar la difusión *in vivo* de forma no invasiva mediante el uso de pulsos de gradientes al campo magnético: sólo los desplazamientos moleculares que ocurren a lo largo de la dirección del gradiente son visibles.

La difusión anisotrópica en la sustancia blanca se origina por su específica organización en haces o tractos de fibras axonales mielinizadas que discurren en paralelo, aunque el mecanismo exacto

aún no está completamente entendido (se cree que la barrera principal es la vaina de mielina de los axones). Mientras más fibras con alta madurez axonal tenga un tracto determinado, más anisotrópica será la difusión. Esta característica permite mapear la orientación en el espacio de los tractos usando una escala a color. Condiciones como trauma, tumores e inflamación, interrumpen la mielina o la estructura del axón, reduciendo la anisotropía porque las barreras son afectadas por la destrucción y desorganización.

#### ¿Qué es la tractografía?

Es un procedimiento que muestra los tractos del sistema nervioso en imágenes 2D y 3D mediante técnicas de IRM y análisis digital.

DTI es la sigla en inglés que designa una técnica que usa el TENSOR de difusión para crear imágenes. Programas de procesamiento permiten saber la dirección por medio de la codificación a color: el "mapa anisotrópico", así:

1. **Rojo** indica direcciones en el eje X: derecha a izquierda, izquierda a derecha.
2. **Verde** indica direcciones en el eje Y: anterior a posterior, posterior a anterior.
3. **Azul** indica direcciones en el eje Z: de cabeza a pie, de pie a cabeza.

Los tractos pueden presentarse en imágenes bidimensionales en planos axiales, coronales y sagitales. La apariencia topográfica correlativa de los tractos se identifica mejor en los planos perpendiculares al eje principal del tracto.

**Objetivos:** Correlacionar el sitio de lesión de determinados tractos con la sintomatología y realizar su representación gráfica (Tractografía).

Comparar el tracto lesionado con su contralateral sano.

Determinar la potencial alteración del patrón del tracto con objeto de determinar el pronóstico del mismo en cuanto a funcionalidad.

**Metodología:** Material y métodos: Se seleccionaron 4 estudios de IRM convencional con tensor de difusión en axial y coronal de pacientes con enfermedad neurológica focal que afecte a la sustancia blanca realizados en un equipo 3.0 T (GE Medical Systems), bobina para cráneo de 8 canales, secuencias eco-planares, TR/TE/NEX 8700/mínimo (optimizado)/3.00, FOV 20.0 cm, secciones de 4.0 mm de espesor y 0.0 mm de espaciado, matriz 128 x 192, SNR 100%, 15 direcciones en TENSOR, valor-b 750 s/mm<sup>2</sup>, 30 secciones en bloque, tiempo de 7:15 minutos por plano, T2 como referencia anatómica. FiberTrak® representó la información espacial de salida de imagen. Con base en la anatomía y datos clínicos, se analizaron los tractos afectados con el mapa de anisotropía fraccional, sobre los cuales se realizaron las tractografías de forma comparativa con el área contralateral sin lesión.

**Resultados:** Caso 1. Hemangioma cavernoso en ganglios basales derechos. Hemiparesia izquierda recurrente, cefalea. IRM: hemangioma cavernoso en ganglios basales derechos con sangrado reciente y antiguo, efecto de masa a cápsula interna y tálamo; otros más pequeños en 2ª circunvolución frontal y corona radiada derecha, cíngulo y cuerpo del cuerpo calloso. Tractos afectados a la derecha: brazo posterior de cápsula interna (fibras corticoespinales/corticobulbares/corticopontinas) y cápsula externa (proyecciones corticoestriadas); a la izquierda, cíngulo y cuerpo calloso. Los tractos contralaterales normales.

Caso 2. Linfoma no Hodgkin metastático. Cefalea persistente. IRM: lesión extra-axial frontotemporal derecha, desplaza hacia la izquierda a 2ª y 3ª circunvolución frontal derecha con edema de la sustancia blanca profunda. Tractos afectados a la derecha: fórceps menor, fascículo occipitofrontal superior y fascículo longitudinal superior (arcuato); los contralaterales son normales.

Caso 3. Glioblastoma multiforme con radioterapia. Paresia y alteraciones de funciones superiores. Lesión glial frontal derecha (predominio sólida) que atraviesa la línea media e invade lóbulo frontal izquierdo (predominio quística); afecta putamen-brazo anterior de cápsula interna derecha, con edema de sustancia blanca profunda. Tractos afectados: cuerpo calloso (rostrum y rodilla), fórceps menor, vía corticoespinal, brazo anterior de cápsula interna derecha (proyecciones frontopontinas y talamocorticales), cápsula externa derecha (proyecciones corticoestriadas); no se logran caracterizar los fascículos occipitofrontal superior e inferior ni el longitudinal superior en cada hemisferio. Simula lesiones "en espejo".

Caso 4. Isquemia aguda en territorio de ACP derecha. Cefalea, déficit campimétrico. IRM: a la derecha, edema cortical 3ª-4ª-5ª circunvolución temporal, giro fasciolar, giro occipitotemporal medial, hipocampo y giro parahipocampal, pulvinar (tálamo) y región calcarina. A la izquierda, edema en protuberancia. Sustancia gris de ambos hemisferios cerebelosos (lobulillos cuadrangular anterior y posterior derechos; semilunar posterior izquierdo). Tracto afectado: geniculocalcarino (radiación óptica) derecha; el contralateral normal. No se logran caracterizar lesiones en tálamo ni cerebelo.

**Conclusiones:** La experiencia preliminar en tractografía en 3.0 T nos permite caracterizar lesiones o asimetría de haces o fascículos en comparación con el contralateral en la mayoría de los casos; también representa el desplazamiento y la invasión de los mismos. Las lesiones con importante edema perilesional no permiten la representación adecuada del tracto, probablemente por la alteración intrínseca en la difusión. Las lesiones corticales no parecen acompañarse de afección en los tractos. Es más fácil representar los haces más prominentes. A pesar de esto, sigue siendo la única manera de conocer los tractos *in vivo* y de forma no invasiva.

#### Tumor carcinoide de Timo: Presentación de caso clínico

Ricardo Sosa Sánchez, Dan Green Renner, Daniel Motola Kuba

Se trata de paciente hombre de 42 años de edad originario de Guatemala que refiere los siguientes antecedentes de importancia: AHF: Negados. APNP: Tab (-), OH (-), Combe (-). APP: Negados. Su padecimiento actual lo inicia 7 meses previos a su ingreso y se caracterizó por tos productiva con expectoración hialina, sin cianosis, que se acompañó de disnea en un inicio de grandes esfuerzos, progresando a ser de medianos esfuerzos; pérdida de 5 kg en 3 meses. También refiere dolor torácico leve de predominio al realizar esfuerzo, lo define como dolor tipo punzante. A la exploración física no se encontraron datos importantes se tomó placa de tórax que mostró la presencia de gran opacidad homogénea. Se toma tomografía computada que muestra la presencia de gran masa a nivel de mediastino. Se intenta realizar escisión del tumor por medio de toracotomía la cual se imposibilita ya que el tumor se

encuentra muy vascularizado sangrando hasta 2 L durante la cirugía por lo que se decide únicamente tomar biopsias. Diagnóstico histopatológico: Tumor carcinoide de Timo.

El mediastino contiene varias estructuras en su interior por lo que es difícil diferenciar las masas que de éstas se pueden desarrollar y dependen de su localización (Tabla I).

**Tabla I.** Localización de las masas mediastinales.

Anterior	Medio	Posterior
Timoma	Linfoma	Tumor neurogénico
Teratoma	Quieste pericárdico	Quieste broncogénico
Seminoma	Quieste broncogénico	Quieste entérico
Linfoma	Quieste metastático	Xantogranuloma
Carcinoma	Granuloma sistémico	Hernia diafragmática
Adenoma paratiroides		Meningocele
Bocio intratorácico		Absceso paravertebral
Lipoma	Linfangioma	
	Aneurisma aórtico	

El tumor carcinoide de timo es un tumor maligno que se presenta principalmente en la cuarta y quinta década de la vida, se asocia frecuentemente con síndrome de Cushing y NEM (principalmente 1b, hasta el 30% de los pacientes presentan metástasis a distancia en el momento del diagnóstico, el tratamiento es quirúrgico.

#### Necrosis putaminal bilateral por IRM. Reporte de un caso

Omar Emanuel Serra Suárez, Manuel Martínez López, Ingrid Vivas Bonilla, María Teresa Facha García, Miguel Ángel Gutiérrez Lu  
Imagen por Resonancia Magnética

**Antecedentes:** La necrosis putaminal y la neuropatía óptica son dos de las complicaciones más graves por intoxicación con metanol. La morbilidad a largo plazo siempre compromete la vía visual, incluyendo ceguera, disfunción motora parkinsoniana, caracterizada por hipocinesia y rigidez.

El ácido fórmico tiene una alta afinidad por el hierro, así como también inhibe la citocromo oxidasa mitocondrial y la respiración celular. Los efectos adversos del metanol afectan otras áreas del SNC, específicamente los ganglios basales, son características: la hipodensidad putaminal bilateral simétrica, hemorragias o lesiones quísticas, ocurre en alrededor del 13.5% de los pacientes. La necrosis además ha sido descrita en la sustancia blanca subcortical, en las células del asta anterior de la médula espinal y cerebelo. Los signos y síntomas agudos pueden estar ausentes a pesar de la presencia de hallazgos imagenológicos. El mecanismo celular de la lesión es semejante a la lesión oftalmológica, la razón de la localización a nivel de ganglios basales es desconocida. Aunque el edema masivo adyacente al putamen mostrado en la IRM, sugiere la posible disrupción de la barrera hematoencefálica y el otro mecanismo propuesto es la sustitución del flujo arterial por drenaje venoso con una actividad metabólica importante.

**Objetivo:** Describir la presentación clínica característica de un caso de Necrosis putaminal en un paciente con antecedente de consumo de Metanol.

**Caso 1.** Paciente masculino de 31 años, obrero con carga Genética para DM2 y HAS; APNP. Tabaquismo positivo desde los 15 años a razón de 10 cigarrillos con IT: 8, consumo de alcohol etílico intenso llegando a la embriaguez, en ocasiones consumo de alcohol de madera (metanol), toxicomanías, consumo de marihuana durante 2 años cada semana y cocaína en 2 ocasiones. APP Únicamente hepatitis en la infancia.

PA. Inició con vértigo de inicio súbito, de leve intensidad que se exacerbó posteriormente hasta llegar a ser incapacitante, sin ninguna otra sintomatología agregada. Se agrega astenia, adinamia, apatía, agresividad en episodios y déficit de atención, y un mes previo a su ingreso se agregan movimientos mioclonicos en abdomen que posteriormente se generalizan con duración de 2', sin pérdida del estado de alerta, sin periodo postictal o aura, se agrega además disminución de la fuerza.

A la EF con FMS conservadas, nervios craneales íntegros, únicamente con movimientos clónicos de los párpados y de la boca al abrirla, nistagmus dudoso e incapacidad para tocar el paladar duro con la lengua. Las extremidades superiores con fuerza 4/5 de predominio distal, REMs, aumentados + + +, con disdiadocinesia bilateral, aumento del plano de sustentación a la marcha, sin lateropulsión y reflejos primitivos positivos.

**Conclusiones:** En relación a lo previamente expuesto se corroboró el compromiso en conjunto ocasionado por el consumo de metanol, etanol y drogas lícitas e ilícitas, que conllevan a daño corticosubcortical y de la vía extrapiramidal, por múltiples mecanismos fisiopatológicos, descartándose otras etiologías principalmente infecciosa y autoinmune. Probablemente el daño no se ha manifestado completamente, por la suspensión de las toxicomanías, el cual sí se corroboró con la IRM así como la espectroscopia.

### Anemia tardía asociada a infección por parvovirus B19 humano, en un paciente con enfermedad hemolítica por anti-D, multitransfundido

*F Aguilar-Del Real, D Valencia-Rodríguez, GH Baptista*

**Introducción:** En el hijo de madre Rh negativo isoinmunizada, la enfermedad hemolítica es la causa más común de anemia. La anemia tardía es parte de la enfermedad. Sin embargo, es posible que se asocie más de un componente etiológico a la anemia tardía en este tipo de neonatos.

**Objetivo:** Se reporta un caso de anemia tardía asociada a la infección por parvovirus B 19 humano en un paciente previamente trasfundido.

**Reporte de caso:** Lactante de 43 días, con el antecedente de madre Rh negativo, isoinmunizada. Por presentar enfermedad hemolítica fetal severa, recibió 7 transfusiones intrauterinas (cinco intravasculares y dos intraperitoneales), dos ocasiones con sangre de origen materno. Al nacimiento se sometió a 3 exsanguinotransfusiones egresándose luego de la segunda semana de vida sin mayor complicación. Ingresó a Médica Sur, con palidez, ictericia leve, FC 160 X', hígado 2 cm, bazo apenas palpable, con anemia (5.7 g/dL), reticulocitos 1.2%, Coombs directo negativo. TGO/TGP normales, BT 2.13 mg/dL, DHL 300 UI. Se inició estudio de aplasia pura de serie roja. Se efectuó estudio familiar. La serología del paciente con reactividad con anti-parvovirus B10 humano, IgM, intensamente positivo en lactante con madre negativa. Se transfundió concentrado eritrocitario, además de recibir gammaglobulina

polivalente endovenosa en una sola dosis además de eritropoyetina recombinante humano. Egresó al tercer día sin complicaciones.

**Conclusiones:** Las causas de anemia tardía en el lactante menor, incluyen la anemia del prematuro, la anemia iatrogénica y la que ocurre en aquéllos con enfermedad hemolítica del feto y recién nacido, entre otras. En sus primeros días de vida, la anemia se relacionó con el evento hemolítico. La anemia tardía, no mostró el patrón hemolítico habitual (Hb baja, reticulocitosis y Coombs directo positivo), más bien correspondió a una anemia arregenerativa por la falta de la respuesta eritropoyética.

Aunque no se efectuó seguimiento en las unidades transfundidas, es evidente que al tener la madre serología negativa, la vía transmisión posible y reportada en la literatura es mediante la adquisición postransfusional de la infección por el parvovirus humano B19.

### Características clínicas, evolución y tratamiento de la diverticulitis aguda colónica: Experiencia de 100 casos en la Fundación Clínica Médica Sur

*G Vázquez-Elizondo, Carmen Zavala, Javier Lizardi-Cervera  
Departamento de Medicina Interna. Clínica de Gastroenterología,  
Fundación Clínica Médica Sur*

**Introducción:** La enfermedad diverticular (ED) es extremadamente común en la sociedad occidental, afectando aproximadamente el 5-10% de la población mayor de 45 años y el 80% de los mayores de 85 años. La diverticulitis sintomática se presenta en el 25% de pacientes con enfermedad diverticular y sólo en el 2-5% en menores de 40 años. Durante las últimas décadas, ha aumentado considerablemente la incidencia de diverticulitis en pacientes jóvenes, se ha reportado que este grupo tiene más recurrencias y complicaciones posterior a tratamiento conservador, mientras que los pacientes mayores requieren con más frecuencia de una cirugía durante su primera hospitalización.

**Objetivo:** El objetivo de este reporte es describir la experiencia clínica de 99 casos con diverticulitis aguda con respecto a características clínicas, evolución y tratamiento en Médica Sur.

**Materiales y métodos:** Se seleccionaron 99 casos revisados retrospectivamente de pacientes que fueron diagnosticados intrahospitalariamente entre enero de 2001 y febrero de 2006 con diverticulitis aguda colónica por medio de diferentes metodologías diagnósticas.

**Resultados:** Se incluyeron solamente pacientes que contaran con expediente clínico completo así como diagnóstico de diverticulitis aguda. El diagnóstico fue confirmado con por lo menos con uno de los siguientes métodos: Colotomografía computada, colon por enema, colonoscopia, ultrasonido, PSA o hallazgos quirúrgicos.

La severidad de la diverticulitis se estableció por medio de la clasificación de Hinchey. Se determinó por medio de variables demográficas la incidencia con respecto a la edad, síntomas de presentación y síntoma inicial y laboratorio de ingreso, incluyendo hemoglobina, grado de leucocitosis y albúmina. Posteriormente se analizaron las modalidades de tratamiento. Los resultados se analizaron con estadística descriptiva.

**Conclusiones:** Se seleccionaron 100 pacientes con DA de los cuales 49 (49.5%) fueron hombres y 50 (50.5%) mujeres con una edad promedio de 57.44 años (rango 32-95). Veintiún por ciento de los pacientes fueron menores a 45 años; 31% de los

pacientes contaban con antecedentes de diverticulitis y 23% de ellos consumían fibra; 23% padecían de constipación previa. La mayoría (67%) mostró dolor en CII. Solamente el 36% de los pacientes contaba con albúmina como laboratorio de ingreso. En la mayoría de los pacientes utilizó la colotomografía computada (68%) como estudio diagnóstico. Solamente el 37% de los pacientes requirió tratamiento quirúrgico, de los cuales 11 requirió manejo con reconexión demorada, con tiempo de reconexión medio de 11 semanas  $\pm$  18 (rango 6-24 semanas) sin incluir a dos pacientes incluidos aun sin reconexión. Ocho de los pacientes presentaron como síntoma inicial sangrado de tubo digestivo bajo. El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 4.85 días  $\pm$  21 (rango 1-25). No se registraron defunciones en esta serie.

#### Tumor de células pequeñas redondas y azules intraabdominal: presentación de un caso y revisión de la literatura

G Vázquez-Elizondo, \* R Pichardo-Bahena, \*\* JF Paz-Gómez\*\*  
\* Departamento de Medicina Interna. \*\* Departamento de Anatomía Patológica, Fundación Clínica Médica Sur, México, D.F.

**Introducción:** El tumor desmoplásico de células pequeñas, redondas y azules pertenece a la familia de neoplasias de apariencia embrionaria cuyo diagnóstico constituye un reto debido al polimorfismo del mismo.

**Objetivo:** Describir las características morfológicas, inmunohistoquímicas, genéticas y pronósticas del tumor desmoplásico de células pequeñas redondas y azules.

**Material y métodos:** Se realizó el reporte de un caso atendido en el Hospital Médica Sur y se realizó revisión de la literatura.

**Resultados:** Mujer de 44 años de edad, hipertensa de 2 meses de diagnóstico sin tratamiento. Acudió por dolor abdominal difuso opresivo, sin irradiaciones, con intensidad 3-4/10, de 4 semanas de evolución que se acompañó de astenia, adinamia, hiporexia, náusea, vómito en múltiples ocasiones, disnea de pequeños esfuerzos y de pérdida de peso de 10 kg en lapso de 3 semanas. Además, disminución en la micción, tenesmo vesical sin hematuria macroscópica o disuria. Exploración física con adenomegalias en cadena ganglionar cervical derecha de 2 x 3 cm; ingurgitación yugular grado I; soplo holosistólico grado II audible en foco mitral y aórtico y masa abdominal irregular, localizada en fosa ilíaca y flanco izquierdo predominantemente. Se realizó radiografía de tórax postero-anterior con ensanchamiento mediastinal. Se realizó TAC abdominal que encontró masa retroperitoneal que midió 12 cm x 23 cm x 16 cm, localizada desde la curvatura menor del estómago hasta paredes parietocólicas. Se biopsó adenomegalia cervical la cual reveló ser positiva en inmunohistoquímica para enolasa neuronal específica, sinaptofisina, desmina, cromogranina, antígeno epitelial de membrana (AEM), citoqueratina 8 (CK8) y  $\alpha$ -actina de músculo liso.

**Conclusiones:** El tumor desmoplásico de células pequeñas, redondas y azules es una neoplasia descrita hace pocos años, que tiene gran polimorfismo histológico, molecular, genético, por lo tanto también en su presentación clínica. El caso que presentamos corresponde a una mujer dentro del rango de edad de presentación estos tumores, un hallazgo infrecuente en este tipo de neoplasias que presentó síntomas compresivos afectando una gran extensión de retroperitoneo.

#### Colitis pseudomembranosa. Reporte de 8 casos

D Ruiz Gómez, \* J Lizardi Cervera, \*\* F Sánchez Girón\*\*\*.  
\* Medicina interna, \*\* Gastroenterología, \*\*\* Patología Clínica.  
Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.

**Introducción:** *Clostridium difficile* es el patógeno más común asociado a diarrea posantibiótico (clindamicina, cefalosporinas y penicilina), provocando colitis pseudomembranosa (CPM).

**Objetivo:** Describir las características clínicas de los pacientes con CPM.

**Material y métodos:** Revisión de 8 pacientes que acudieron a Médica Sur con diagnóstico de CPM hospitalizados entre 2004-2005).

**Resultados:** Se presentan 8 casos (4 ♀ y 4 ♂) con edad promedio de 57.8 años (32-77), todos los casos presentaron diarrea y fiebre posterior a uso de antibióticos; con coproparasitoscópico y coprocultivo negativo. En 4 de ellos se les realizó colonoscopia y en todos los casos la toxina de *Clostridium difficile* fue positiva; el 100% de los pacientes recibió manejo con metronidazol (MTZ) y en 2 casos (25%) recibieron vancomicina por resistencia al MTZ; el tiempo promedio de mejoría fue de 2.75 días.

Edad	Sexo	Enfermedad previa	Antibiótico	Respuesta (d)	Colonoscopia	
1	74	F	GEPI	TMP-SMX	1	Pseudomembranas
2	65	F	Absceso dental	Amoxicilina Clavulanato	3	—
3	62	F	GEPI	MTZ, TMP-SMX	2	Úlceras en colon
4	32	M	GEPI, EII	Ciprofloxacino	2	Eritema y edema
5	63	F	IVU	Clindamicina	3	—
			AR	Penicilina, MTZ		
6	77	M	IVU	Ciprofloxacino, CFT	5	Edema y eritema
7	44	M	Pansinusitis	CFT, AMK, MRP	4	—
8	46	M	Vasculitis, IVAS	Claritromicina, CFT, MRP, AMK	2	—

GEPI: gastroenteritis infecciosa, IVAS: infección de vías aéreas superiores, EII: enfermedad inflamatoria intestinal, AR: artritis reumatoide, IVU: infección de vías urinarias, TMP-SFX: trimetropim-sulfametoxazol, AMK: amikacina, CFT: ceftriaxona; MRP: meropenem

**Conclusiones:** En esta serie de casos, el uso de antibióticos precedió el desarrollo de CPM. Debe sospecharse CPM en los pacientes que presentan diarrea sin causa aparente con antecedente de uso de antibióticos.

#### Principales causas de uveítis en el Centro de Referencia en Oftalmología. Médica Sur. Experiencia de 14 años

Gabriela Ortega-Larrocea  
Médica Sur Torre II, México, D.F.

**Introducción:** Las uveítis están consideradas como la 3ª causa de ceguera en el mundo. El diagnóstico de uveítis varía dependiendo de la población, raza, recursos para el diagnóstico y experiencia del oftalmólogo. Del diagnóstico oportuno depen-

de la respuesta favorable al tratamiento y la conservación de la visión.

**Objetivo:** Conocer las principales causas de uveítis en la población que acude a consulta de Oftalmología Médica Sur.

**Metodología:** Estudio retrospectivo, descriptivo en donde se analizan los expedientes de pacientes con diagnóstico de uveítis que acudieron a consulta al Centro de Referencia en Oftalmología de 1991 al 2005, se excluyeron todos los pacientes que pertenecen a protocolos de estudio. Estadística descriptiva y no paramétrica.

**Resultados:** Se incluyeron 504 pacientes con diagnóstico de uveítis incluyendo pacientes con diagnóstico de infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Las causas de uveítis fueron las siguientes: Uveítis de origen autoinmune 307 (60.9%), uveítis de origen infeccioso 98 (19.4%), uveítis de origen traumático 8 (1.7%), uveítis ideopáticas 11 (2.1%). De los 145 pacientes VIH positivos: Uveítis de origen infecciosa 55 (68.7%), uveítis por complicaciones de tratamiento o por síndrome de reconstitución inmune 25 (31.2%).

**Conclusiones:** Las uveítis de origen autoinmunes son más frecuentes en la población, sin embargo las uveítis infecciosas originan un número importante de casos especialmente en la población con infección por VIH.

#### **Clínica de trastornos de la conducta alimentaria creación y funcionamiento**

*Martha Helena Ramos Ostos, Ma. Eugenia Ibarzábal Ávila*

**Antecedentes:** Los trastornos de la conducta alimentaria - anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno no especificado donde incluye trastorno por atracón -DSM-IV-TR- son enfermedades mentales que cada vez son más frecuentes se estima que del 0.5 al 3% de la población los padecen. En México se ha encontrado que del 5 al 18% de la población de preparatoria y universitaria presentan riesgos de desarrollar alguno de estos trastornos; es más común en mujeres, afectan más a adolescentes, aunque cada vez hay más hombres y prepúberes.

**Objetivo general:** Integrar una clínica con programas de prevención, investigación, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno a través de un equipo de especialistas multi e interdisciplinario con una visión académica, holística y humanitaria de estos trastornos con el apoyo de la infraestructura de Médica Sur.

#### **Metodología:**

A. Se integró un equipo de atención multi e interdisciplinario de especialistas actualmente con 20 integrantes creando un expediente único donde se incluyen los diagnósticos y reportes de cada especialista; se diseñó papelería específica como carta responsiva para menores de edad, normas de actuación en el hogar, pruebas psicológicas, diario y guía de alimentación, hoja de evaluación del servicio prestado entre otros; esto permite realizar un diagnóstico integral individual de cada paciente; brindar información completa al paciente y familiares sobre el tratamiento específico recomendado por el equipo diagnóstico dar seguimiento a los pacientes y a su familia así como evaluar el proceso asistencial y administrativo; toda la atención de los pacientes y familiares se lleva al cabo en el área del Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento.

B. Se desarrolló un Programa de Prevención a través de conferencias, pláticas, talleres, folletos, artículos de difusión; activida-

des orientadas a población objetivo de alto riesgo como escuelas; al público en general y empresas.

C. Desarrollo de protocolos de investigación.

D. Desarrollo de unificación de criterios diagnósticos, terapéuticos y académicos.

#### **Resultados:**

A. A tres meses de inaugurada la clínica se han otorgado más de 225 consultas de diagnóstico y tratamiento por los diferentes especialistas, 14 escrutinios de muñeca y 14 paquetes de laboratorio UDC.

B. Se diseñaron folletos y cartelones; se han publicado 2 artículos en revistas de difusión general; se ha participado en un programa de radio; se ha entrado en contacto con 120 escuelas; se han visitado 4 escuelas; se han impartido 4 conferencias en escuelas y un curso-taller "Como nutro mi cuerpo nutro mi mente" en las instalaciones del CIDYT para el público en general.

C. En desarrollo el protocolo "Prevalencia de los TCA en Población Escolar en México" en escuelas con el apoyo del camión de Médica Sur, nutriólogas y enfermeras.

D. Veinticinco reuniones del grupo de especialistas; creación de una bibliohemeroteca; asistencia y Conferencia Perry Belfer PhD Universidad Harvard; conferencia en los viernes son para aprender; en preparación capítulo para el libro "Conocer la enfermedad un paso para la Salud".

**Conclusiones:** A tres meses de inaugurada la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria se ha iniciado el diagnóstico y tratamiento externo de pacientes; el programa de prevención y está en desarrollo una investigación.

#### **Perfil psicométrico en un subgrupo de residentes de la Fundación Clínica Médica Sur**

*C Zavala, J Lizardi*

*EXAMED A. C. Centro Académico Luis Guevara González, Médica Sur.*

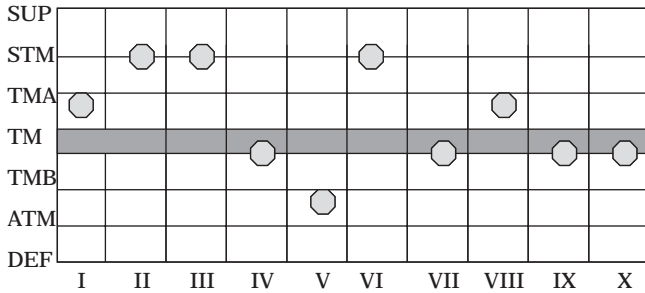
**Objetivos:** Conocer el perfil psicométrico de un subgrupo de residentes de la Fundación Clínica Médica Sur.

Determinar si el perfil actual para ingreso es el correcto. Detectar e individualizar sus expectativas para un mejor rendimiento académico e interpersonal. Además de la entrevista hecha por la Dirección Académica, realizar un examen mediante pruebas estandarizadas y objetivas.

**Material y métodos:** Se evaluaron un total de 25 residentes. Se excluyeron aquellos cuyas evaluaciones todavía están en análisis. Les fue realizado un examen psicométrico en el departamento de Recursos Humanos. Se realizaron pruebas de rendimiento intelectual incluido el coeficiente intelectual y el inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2. Se determinó la actitud ante la actividad normal y bajo presión. Se realizaron además preguntas sobre el porqué estudiaron medicina y porqué decidieron realizar su especialidad y subespecialidad en la Fundación Clínica Médica Sur. De acuerdo a lo encontrado se les clasificó en el cuadro de características personales del Dr. Miguel Ángel Asenjo.

**Resultados:** Se evaluaron 25 residentes (1 = patología clínica, 2 = anestesia, 2 = Medicina crítica, 13 = R1 medicina interna, 3 = R2, 4 = R3). La actitud ante la evaluación fue cooperadora en un 56%, el resto tuvo actitudes desde retadora, defensiva y necesidad de impresionar.

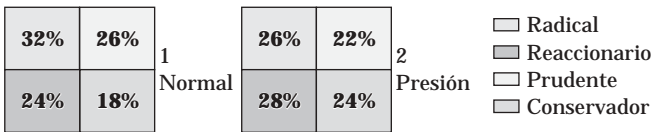




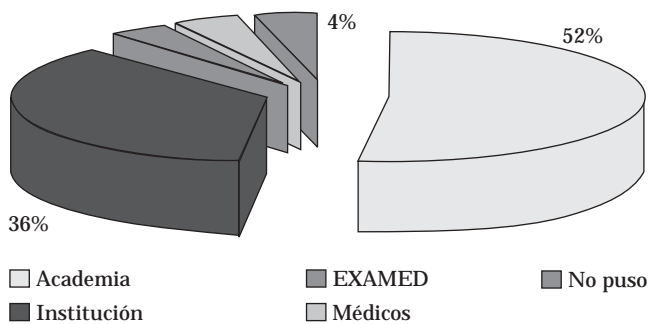
En cuanto al rendimiento intelectual, se encontró un coeficiente intelectual promedio de 108 con un rango entre 95 y 117. Se analizaron el manejo de información (I), comprensión (II), significado de palabras (III), selección lógica (IV), aritmética (V), juicio práctico (VI), analogías (VII), orden de frases (VIII), clasificación (IX) y seriación (X).

En todas, los residentes estuvieron arriba de promedio incluso término medio alto y superior al término medio excepto en aritmética.

De acuerdo al cuadro de características personales del Dr. Asenjo:



Cambió en características personales en condiciones normales y bajo presión ambos resultados son esperables de acuerdo a su edad y experiencia.



La mayoría acudió a Médica Sur por sus antecedentes Académicos, le siguió el renombre de la Institución y el resto en igual porcentaje, por EXAMED, sus médicos y uno no puso respuesta.

**Conclusiones:** En cuanto a rendimiento intelectual el coeficiente estuvo en rangos de normalidad, la mayoría están entre el término medio alto y superiores al término medio. En las características personales se encuentran entre los radicales, lo cual es esperado para su edad, al estar bajo presión, prácticamente no hay diferencia significativa entre los grupos, lo cual probablemente se deba a poca experiencia y conocimientos ante la toma de decisiones bajo presión. El 50% pueden trabajar bien en equipo y tienen

iniciativa. La mayoría proviene de la UNAM. El motivo de decisión sobre Médica Sur estriba en la mayoría, en su historia de éxitos académicos y renombre de la Institución.

**Hallazgos de biopsia percutánea guiada por tomografía con aguja de corte en pacientes con lesión pulmonar en el Instituto Nacional de Cancerología**

C Rojas, N García, Y Villaseñor, M Frías  
EXAMED A. C. Centro Académico Luis Guevara González, Médica Sur.

**Objetivos:** Describir los hallazgos topográficos, relacionarlos con los datos clínicos y radiológicos en pacientes con sospecha de lesión pulmonar.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo en pacientes referidos al Servicio de Tomografía Axial Computada del Instituto Nacional de Cancerología por lesión pulmonar sospechosa en el periodo de agosto a noviembre de 2005; a los cuales se les realizó biopsia percutánea pulmonar guiada por tomografía, con sistema coaxial de 18 gauge y aguja de corte. La pieza se envió a estudio histopatológico. Se revisaron expedientes clínicos y radiológicos para obtener las variables a estudiar y analizar.

**Resultados:** Se efectuaron 127 biopsias percutáneas, la edad media fue de 47.6 años (22-79), 71% mujeres de los cuales 76.5% eran no fumadoras. Se encontró tos y pérdida de peso en 88.2%, 35% la lesión midió entre 3 y 5 cm; lesión espiculada y redondeada en porcentaje similar, el 42% con reforzamiento mayor a 20 UH, 12% con derrame pleural, 1 caso con neumotórax. Cincuenta y tres por ciento lesión primaria de los cuales el 17% era pobremente diferenciada.

**Conclusiones:** La biopsia percutánea es un método confiable en la obtención de tejido para el diagnóstico de lesiones pulmonares con un bajo porcentaje de complicaciones.

**Penfigoide en el Hospital General de México, aspectos epidemiológicos y clínicos**

P Martínez, G León  
EXAMED A. C. Centro Académico Luis Guevara González, Médica Sur.

**Introducción:** El penfigoide es una enfermedad ampollosa autoinmune adquirida que afecta piel y sólo la 3era parte de los casos las mucosas. En su etiopatogenia se encuentran involucrados autoanticuerpos dirigidos contra dos proteínas hemidesmosomales denominadas BPAG1 y BPAG2. Se caracteriza por la presencia de ampollas subepidérmicas y por depósitos de inmunocomplejos en la unión dermoepidérmica.

**Objetivos:** Conocer algunos de los aspectos epidemiológicos y el curso clínico del penfigoide en los pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital General de México.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se revisaron los expedientes clínicos de la Clínica de Enfermedades Ampollosas del servicio en el periodo de 1977 a 2003, seleccionando los que cumplieran los criterios de inclusión.

**Resultados:** Se analizaron 34 casos completos. Se encontró un predominio por el género femenino. La edad promedio de inicio de la enfermedad fue de 65 años de edad. El tipo de penfigoide más frecuente fue el ampollosa. Topografía inicial más frecuente fue tronco. La afección de las mucosas se observó en un tercio de los

casos. En la inmunofluorescencia directa se observaron depósitos de IgG con mayor frecuencia.

### Una nueva era en la realización de la traqueostomía vía percutánea en la Unidad de Terapia Intensiva de Médica Sur. El reporte más grande de casos en el mundo realizado en un hospital particular

F Ramírez, M Remolina, G Castorena  
EXAMED A. C. Centro Académico Luis Guevara González, Médica Sur.

**Introducción:** La traqueostomía percutánea (TPC) tiende a reemplazar a la convencional (TQC) desde hace varios años. Gracias a la baja incidencia de complicaciones, menor costo y la rapidez de su realización evitando también el transporte del paciente crítico a quirófano y estancia prolongada una la Unidad de Cuidados Intensivos (UTI). Todos los casos fueron realizados por médicos intensivistas del servicio con una técnica propia original.

**Objetivos:** Analizar prospectivamente los resultados de los pacientes sometidos a TPC de abril de 2001 a enero de 2006.

**Material y métodos:** Estudiamos consecutivamente 82 pacientes con indicaciones de realización de traqueostomía en la UTI de 3er nivel de atención. Se utilizó equipo de TPC con dilatadores progresivos marca Portex. Procedimiento realizado en la cama del paciente. Los padecimientos más frecuentes fueron politrauma, enfermedad neurológica y sepsis grave. Se hizo un análisis descriptivo y los datos fueron expresados en medias, rangos y porcentajes.

**Resultados:** El promedio de edad de los pacientes estudiados fue de 60.1 años, las complicaciones fueron mínimas y no graves; la más frecuente es falsa vía. El promedio en que se realizó la TPC desde el ingreso a UTI fue de 6 días y el tiempo para el egreso fue de 3 días, dependiendo de la patología de base de cada paciente. La TPC disminuye el costo del procedimiento al realizarse en la cama del paciente reduciendo también su estancia en UTI.

**Conclusiones:** La TPC en la UTI se considera un procedimiento seguro que facilita el manejo de la vía aérea y acelera el egreso de los pacientes.

### Endocarditis aguda polimicrobiana bivalvular en un paciente inmunocompetente

MD González Ávila, \* P Troyo Barriga, \*\* R Valdez Vázquez\*\*\*  
\* Departamento de Medicina Interna, \*\* Departamento de Cardiología, \*\*\* Departamento de Infectología. Hospital Médica Sur, Méx., D.F.

**Introducción:** Hay factores de riesgo identificados para el desarrollo de endocarditis infecciosa (EI). Generalmente se aísla sólo un microorganismo. La EI polimicrobiana es poco frecuente (< 5%) y la mayoría de los casos corresponden a pacientes adictos a drogas intravenosas (UDIV) o pacientes inmunocomprometidos.

**Objetivo:** Describir la forma de inicio y hallazgos de una presentación microbiológica y clínica poco común de EI aguda en un paciente inmunocompetente y sin factores de riesgo para el desarrollo de EI.

**Material y métodos.** Presentar resumen de un caso clínico y breve revisión enfocada a la forma de presentación y hallazgos microbiológicos de EI.

**Resultados:** Hombre, 49 años, sin antecedentes, no factores de riesgo para enfermedad valvular cardiaca. Negó uso de drogas intravenosas. Cuadro clínico de 3 días de evolución: disnea progresiva, tos, expectoración asalmonada, sin fiebre. Exploración física: soplo holosistólico grado IV en ápex, escape holodiastólico en el foco aórtico; sin S1 y con S3. Diagnósticos de ingreso: insuficiencia respiratoria aguda tipo 1 e insuficiencia cardiaca aguda. Ecocardiograma transtorácico: vegetación de 23 mm<sup>2</sup> en válvula mitral con prolapso e insuficiencia severa, ruptura de cuerdas tendinosas, vegetaciones en valvas aórticas e insuficiencia aórtica grave, con mínima dilatación biatrial. Evolucionó hacia choque cardiogénico. En el cultivo de válvulas y hemocultivos seriados se aisló *S. epidermidis* y *S. viridans*. Recibió vancomicina y gentamicina. Se realizó reemplazo valvular mitro-aórtico de urgencia. Se egresó dos meses después en clase funcional I de la NY Heart Association.

**Conclusión:** La mortalidad de la EI está relacionada al huésped y al germen. La EI severa que puede comprometer una o varias válvulas se presenta principalmente en pacientes inmunocomprometidos. Este caso muestra que el tipo y número de microorganismos son suficientes para determinar alto grado de severidad aun sin inmunocompromiso.

### Uso de factor VII recombinante para el tratamiento de hemorragia gastrointestinal alta de repetición secundaria a várices esofágicas en insuficiencia hepática grave. Reporte de un caso

VF Santos, CH Peña, AG Castorena, SM Remolina, MJH Sánchez, PM Moreno  
Unidad de Cuidados Intensivos, Fundación Clínica Médica Sur

**Introducción:** La hemorragia gastrointestinal alta (HGIA) constituye una urgencia que pone en riesgo inminente la vida del paciente. Las dos principales causas de HGIA en el contexto de insuficiencia hepática lo constituyen las varices esofágicas (VE) y la gastropatía hipertensiva portal (GHP). El sangrado por VE tiene una tasa de mortalidad de hasta un 50% cuando existe resangrado en las primeras 24 horas de la primera intervención endoscópica o quirúrgica, el índice de sobrevida a un año de la hemorragia inicial suele ser pobre (32 a 80%). Recientemente se ha introducido el uso de factor VIIra para casos de hemorragia severa que no responden a tratamiento convencional. En el caso de hemorragia gastrointestinal alta, sólo existen algunos reportes en el mundo de su uso exitoso.

**Objetivo:** Revisamos el empleo de factor VII recombinante activado (FVIIra) en un paciente con historia de hepatitis farmacológica, insuficiencia hepática, (Child Pugh B) hipertensión portal grave además de HGIA de repetición.

**Descripción del paciente y métodos:** Hombre de 41 años de edad con historia de hepatitis medicamentosa diagnosticada 4 meses atrás, ingresó por epigastralgia de tipo ulceroso de 2 horas de evolución y choque hipovolémico, por endoscopia alta se documentó várices esofágicas sangrantes (1,500 cc) que se esclerosaron exitosamente con adrenalina; tras la reanimación revertió el choque. Doce horas después muestra datos francos de choque hipovolémico e hipoperfusion tisular, caída de 3 g en la cuenta de hemoglobina y coagulopatía incipiente. No se logró mejoría con el manejo médico inicial (incluyó reanimación hídrica, hemotransfusión múltiple, octreótida, inhibidor de bomba de protones) y se

planteó la posibilidad de tratamiento quirúrgico dada la incapacidad del paso del endoscopio distal al sitio originalmente esclerosado. Se indicó Factor VIIra a una dosis de 90 µg/kg en una sola administración en bolo.

**Resultados:** El choque cesó casi de forma inmediata, las variables hemodinámicas se normalizaron y se mantuvieron estables durante las siguientes horas; la endoscopia no demostró evidencia alguna de sangrado. Seis horas después de la inyección de factor VIIra, los exámenes mostraron normalización de los tiempos de coagulación”) y Hb de 9.7 gramos que se mantuvo estable al paso de las horas. Treinta y seis horas después desarrolló SIRA que requirió estrategia de ventilación protectora y reclutamiento alveolar que incluyó manejo en decúbito prono (se ha demostrado que la politransfusión puede ser causante de este síndrome). No hubo complicación alguna relacionada al uso de factor VIIra.

**Conclusiones:** El factor VIIra fue diseñado inicialmente para el tratamiento de la hemofilia, cada día existe más evidencia que soporta su uso en otras situaciones que condicionan hemorragia aguda severa. Existen sólo algunos reportes aislados en el mundo de su uso en hemorragia variceal, en este reporte se demuestra su efectividad y su perfil de seguridad que está posiblemente asociado a que el fármaco localiza las áreas lesionadas del árbol vascular y su acción por lo tanto es localizada al sitio sangrante activando la formación de trombina.

#### Pericarditis constrictiva, asociada a metástasis pericárdicas de linfoma. Reporte de un caso y revisión de la literatura

LL Crespo Serje, G Martínez Ortega, O González Chon, ME Ramos Ostos, E Ríos  
Departamento de Ecocardiografía. CIDYT

**Introducción:** La pericarditis constrictiva es una patología rara que puede parecer en cualquier etapa de la vida y se asocia a diferentes causas, habitualmente no se diagnostica por qué no pensamos en ella. El diagnóstico es clínico y ecocardiográfico principalmente, por lo que es de vital importancia hacer una valoración completa con el método.

**Resumen del caso clínico:** Paciente de 72 años de edad, con antecedentes familiares de cáncer de hígado, cáncer cervicouterino, cáncer de piel, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica (HAS). Antecedentes personales no patológicos: Tabaquismo ocasional, con puro; etilismo con frecuencia semanal sin llegar a la embriaguez. APP: paludismo crónico en la juventud. Padecimiento actual: En 2004 notó adenomegalias cervicales, submaxilares, axilares e inguinales, pérdida de peso 4 kg en 1 mes. Por lo que acude al médico quien realiza Biopsia de ganglios, llegando al diagnóstico de linfoma folicular de segundo grado estadio IV, deciden iniciarle tratamiento con quimioterapia de 4 ciclos cada mes con rituximab, piden valoración cardiológica previa para realización de su tratamiento, encontrándose cambios electrocardiográficos difusos por lo que se decide hacer ecocardiograma, el cual reporta derrame pericardio con masa en epicardio en surco AV, HAP moderada. Evolución: A mediados de junio con dolor abdominal, distensión, estreñimiento y disuria se detectó IVU con Klebsiella neumonías, sensible a quinolonas, aminoglicósidos y TMP/SMZ, por TAC abdominal se detectó masa retroperitoneal, se le realizó biopsia dirigida por TAC, Reporte de biop-

sia linfoma no Hodgkin. Infiltración por neoplasia. Presentó fiebre, con bacteriemia, se aisló Klebsiella, se le inició tratamiento con tienam, amikacina y se solicita nuevo ecocardiograma en el que se detectó: Derrame pericárdico ligero rodeando cámaras cardíacas, ligeramente mayor por detrás de las cavidades derechas, no hay aparentemente colapso de cavidades, no se incrementó la cuantía con respecto al eco anterior. El pericardio visceral alrededor de las cámaras cardíacas, se observa irregular con datos de engrosamiento e hiperrefringencia ligeros. Se detectó al igual que en el eco previo, masa adherida al pericardio de regular tamaño 4.5 x 2.4 cm aproximadamente que tampoco compromete el llenado, y que no aumentó de tamaño con respecto a estudio anterior. Patrón restrictivo de llenado ventricular izquierdo con TRIVI de 55 mseg, rel E/A aumentada y tiempo de desaceleración acortado, Cambios en curvas de llenado venoso sistémico y pulmonar con los ciclos respiratorios. Al paciente se le completan los ciclos de quimioterapia, notando discreta mejoría en las características (tamaño) de la masa pericárdica y sin incremento de derrame pericardio.

**Conclusión:** En 5 a 15% de los pacientes con neoplasias malignas puede existir invasión del pericardio (cáncer broncogénico, cáncer de mama, leucemia, linfoma de Hodgkin y otros linfomas). Se manifiestan clínicamente por derrame pericárdico que puede llegar al taponamiento cardíaco. El ecocardiograma es el estudio más usado y eficiente para el diagnóstico del compromiso pericárdico. Es entonces un estudio trascendente porque además de hacer el diagnóstico puede ayudar al tratamiento del paciente (necesidad o no de evacuación del derrame) y valorar su seguimiento a largo plazo.

#### Miopericarditis: Reporte de casos y revisión de la literatura

LL Crespo Serje, G Martínez Ortega, O González Chon, ME Ramos Ostos, E Ríos  
Departamento de Ecocardiografía. CIDYT

**Introducción:** Se define como una entidad anatomoclínica de carácter inflamatorio, habitualmente infeccioso. Se caracteriza por un estudio del tejido cardíaco que muestra degeneración miofibrilar junto con un infiltrado intersticial de tipo linfocitario. Su manifestación clínica principal, aunque no exclusiva, es un cuadro de insuficiencia cardíaca. Resumen de casos clínicos: Se estudiaron 8 casos de pacientes con miopericarditis que cumplían con todos los criterios diagnósticos y de seguimiento. Las características basales entre los pacientes eran similares, la edad promedio fue de 31 año (20-42 años), predominó el sexo masculino en una proporción 2:1; el síntoma de consulta más frecuente fue la taquiarritmia supraventricular en el 25%, un 20% por extrasistolia ventricular, un 15% con historia de disnea de esfuerzo progresiva, y en 10-15% dolor torácico, y el resto por sintomatología difusa: intestinal, respiratoria, o malestar general. Se confirmó el diagnóstico por diferentes métodos y hubo positividad en el panel viral en 8 pacientes, siendo el microorganismo más frecuente en este subgrupo el virus de Epstein Barr (4 pacientes: 50%), uno de ellos con Cocksackie virus, y otro con Echo virus. Electrocardiograma: Predominaron las alteraciones del ritmo, presentándose con mayor frecuencia la taquiarritmia supraventricular (taquicardia sinusal y fibrilación auricular) y la extrasistolia ventricular frecuente, con episodios alternos de bigeminsimo, tyroigdmnisimo y algunas carreras autolimitadas.

**Ecocardiograma:** El hallazgo ecocardiográfico más frecuente fue: -Dilatación severa del ventrículo izquierdo, hipocinesia generalizada, Fracción de expulsión disminuida (20-45%), La sospecha diagnóstica la dio principalmente el ecocardiograma. Y una vez realizado, motivó el ingreso del 50% de los pacientes y su subsiguiente estudio. Los 8 pacientes seleccionados tuvieron ecocardiogramas de control, mostrando mejoría con tratamiento para insuficiencia cardiaca, uno de ellos requirió desfibrilador implantable, y sólo uno de este grupo falleció por muerte súbita a los 15 días de haber sido egresado del hospital. Los parámetros de mejoría ecocardiográfica consistieron: Disminución de diámetros ventriculares, y función sistólica y de arritmias.

**Comentario:** La miopericarditis es una inflamación del músculo cardíaco y sus cubiertas externas, generalmente en respuesta a una infección viral. Es una enfermedad insidiosa. La importancia de su reconocimiento clínico radica en que es una causa frecuente de muerte súbita (10-20%) en pacientes menores de 40 años (atletas, soldados). En un porcentaje importante (60-70) es de causa infecciosa.

**Pronóstico:** El pronóstico de los pacientes con miocarditis (considerados de forma global) es bueno. No se disponen de datos sobre las formas agudas que requieren ingreso urgente, sospechándose un pronóstico no tan benigno.

**Conclusión:** A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años en el estudio de esta entidad anatomoclínica, entre los que se incluyen la uniformización de criterios histológicos, el empleo de nuevas técnicas de diagnóstico y los ensayos terapéuticos con fármacos inmunosupresores; se ha avanzado poco en el esclarecimiento definitivo de los mecanismos íntimos de esta enfermedad y, lo que es más desalentador, en la obtención de nuevos tratamientos que mejoren sustancialmente el mal pronóstico de la misma.

**Percepción de la imagen corporal en un subgrupo de residentes de la Fundación Clínica Médica Sur**

C Zavala, G Vázquez, ME Ibarzabal, J Lizardi, K Sánchez  
EXAMED A. C. Centro Académico Luis Guevara González, Médica Sur.

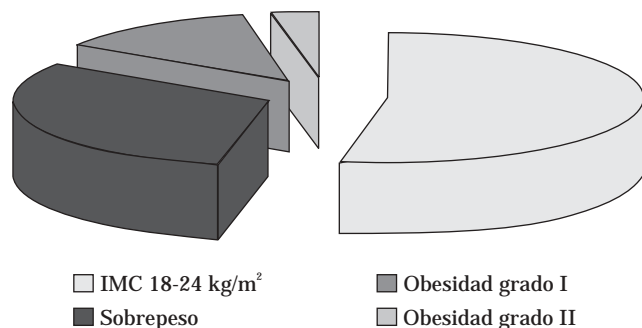
**Objetivos:** Determinar la percepción de la imagen corporal en un subgrupo de residentes de la Fundación Clínica Médica Sur, prevalencia de peso bajo, sobrepeso y obesidad. Encontrar factores de riesgo o conductas que sugieran Trastorno de la Conducta Alimentaria y dar seguimiento a los casos.

**Material y métodos:** Se realizó una encuesta en la cual se evaluó la escala de imagen corporal de Gardner, preguntas para encontrar factores de riesgo o trastornos de la conducta alimentaria hechas por un grupo multidisciplinario de la clínica con el mismo nombre en el CIDYT, mediciones antropométricas con un analizador de la composición corporal BC-418. Se excluyeron residentes que por motivos de rotación o de servicio no estaban en el hospital, no pudieran contestar la encuesta o acudir a valoración de nutrición y una por embarazo.

**Resultados:** Se evaluaron un total de 32 residentes (medicina interna, radiología e imagen y medicina crítica), 16 hombres y 16 mujeres, edad promedio de 26 años. La mayoría de los sujetos se perciben de mayor altura a la real La talla menor encontrada es de 1.48, la mayor 1.83 con una moda de 1.60. En cuanto al peso, se percibieron con mayor que el real. El menor peso encontrado fue de 47 kg y el mayor 116 kg.

Talla real vs referida	Número de residentes (%)
Mayor	1 (3.1%)
Igual	6 (18.7%)
Menor	25 (78.1%)

Peso real vs referido	Número de residentes (%)
Mayor	5 (15.6%)
Igual	6 (18.7%)
Menor	21 (65.5%)



De acuerdo al índice de masa corporal se encontró lo siguiente: 53% dentro de rangos normales, en éstos, sólo un residente con IMC de 17.9 kg/m², 31% de los residentes con sobrepeso, 12% con obesidad grado I y 3% con obesidad grado II.

Con respecto a la escala de imagen corporal de Gardner:

	Figura referida como ideal vs percibida como actual	Gardner calculado vs referido como ideal	Gardner calculado vs percibido como actual
Menor	21 (65.6%)	2 (6.2%)	8 (25%)
Igual	10 (31.2%)	27 (84.3%)	11 (34.3%)
Mayor	1 (3.1%)	3 (9.3%)	13 (40.6%)

El 31% come vorazmente al estar tenso (60% hombres). Al 28% no les agrada su cuerpo (13 de 32, 12 se describen como gordos), el 46% realiza ejercicio (2 veces por semana hasta 3 h/día), ambos sin diferencia significativa entre géneros, En 4 de los 32 hubo sentimiento de culpa después de comer. Encontramos 1 sujeto con datos que sugieren trastorno de la conducta alimentaria.

**Conclusiones.** Los sujetos tienden a percibirse más altos de lo que son y con mayor peso que el real. La mayoría (37%) se encuentra en el peso normal de acuerdo a IMC, con una prevalencia de 31% de sobrepeso y 15% de obesidad. Con respecto a la escala de Gardner la mayoría quiere una figura ideal por debajo de la actual lo que coincide con lo calculado por peso y talla que fue mayor que el referido como ideal. Sólo 15 hacen ejercicio. El estar delgado no lo conciben como defecto. De los que se identifican como gordos, el 64% no tiene culpa después de comer y no realiza ejercicio. Se

detectó un sujeto con datos que sugieren trastorno de la conducta alimentaria.

### Estudio clínico longitudinal, abierto para evaluar el control de la encefalopatía hepática hiperamonémica con L-Ornitin L-Aspartato comparado con lactulosa en pacientes con cirrosis hepática (CH)

JL Poo, J Góngora, F Sánchez-Ávila, D Sánchez-Pichardo, G García-Ramos, M Uribe  
Fundación Clínica Médica Sur

**Introducción:** La encefalopatía hepática portosistémica (EPS) es una complicación grave, secundaria a falla hepática aguda o crónica. La incidencia de EPS es de 26% a 5 años del diagnóstico de CH y la sobrevida a 5 años es de 48%. La EPS altera la calidad de vida del paciente cirrótico, causa discapacidad y representa un reto terapéutico por la dificultad para lograr una mejoría significativa.

**Objetivo:** Comparar la evolución clínica de la EPS en base al índice de encefalopatía hepática, el impacto en calidad de vida, seguridad, adherencia y tolerancia al tratamiento con l-ornitina l-aspartato (LOLA) *versus* lactulosa durante 14 días en pacientes (ptes.) con cirrosis hepática y EPS.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio clínico, abierto en ptes. con CH y EPS (amonio > 70 µg/dL) de evolución crónica. Se excluyeron ptes. con hemorragia digestiva reciente, hiponatremia o infección activa. Se asignó al azar 1:1 a recibir lactulosa (10-20 mL c/8 horas) o LOLA (3-6 g c/8 horas) por 14 días, después de una semana de homogenización con dieta estándar. Las variables de interés medidas se muestran en el cuadro adjunto.

**Resultados:** Se estudiaron 20 ptes, 10 y 8 mujeres en los grupos de lactulosa y LOLA respectivamente, sin diferencias significativas en los datos demográficos. Los eventos adversos relacionados al medicamento predominaron en el grupo de lactulosa: dolor abdominal, mayor número de evacuaciones y flatulencia. La adherencia al tratamiento fue mayor en el grupo de LOLA (88% vs 94%). Ver resultados en el cuadro:

**Conclusiones:** La evolución clínica fue satisfactoria en ambos grupos, con tendencia a una mejor respuesta en calidad de vida, seguridad, adherencia y tolerancia al tratamiento en el grupo de LOLA. Se puede considerar el uso de LOLA como una buena alternativa al tratamiento de la EPS con eventos adversos de menor intensidad.

### Experiencia clínica con Factor VIIra en sangrado crítico

VF Santos, CH Peña, AG Castorena, SM Remolina, RFJ Ramírez  
Unidad de Cuidados Intensivos, Fundación Clínica Médica Sur

**Introducción:** La hemostasia natural es el resultado de la actuación sinérgica de mecanismos vasculares, plaquetarios y de las proteínas plasmáticas, con la finalidad de interrumpir las pérdidas sanguíneas. Las complicaciones hemorrágicas graves en pacientes críticamente enfermos son muy frecuentes y de origen multifactorial; este tipo de pacientes requieren la administración de hemoderivados, fármacos hemostáticos y gran cantidad de soluciones (cristaloides y coloides) y están asociados a considerable morbi-mortalidad y consumo de recursos. En algunos casos esta terapia convencional no es suficiente. Recientemente se ha introducido el uso de factor VIIra (eptacog alfa) para el tratamiento de hemorragia masiva no resuelta con tratamiento convencional con excelentes resultados, esto ha permitido aumentar la gama de indicaciones de uso del fármaco con excelentes resultados a nivel mundial.

**Objetivos:** Describir la experiencia clínica con factor VIIra en la Unidad de Cuidados Intensivos de Médica Sur.

**Material y métodos:** Revisamos los expedientes clínicos de los pacientes con sangrado crítico sin respuesta al tratamiento convencional, en los que se usó factor VIIra. La respuesta al tratamiento fue evaluada por la desaparición del síndrome hemorrágico, reducción significativa en la necesidad de transfusión de hemoderivados y mantenimiento de estabilidad hemodinámica.

**Resultados:** Definimos hemorragia crítica sin respuesta a tratamiento a aquella superior a 500 mL por hora, o a la necesidad de transfusión de 5 o más unidades de hemoderivados (concentrados eritrocitarios o plasma o plaquetas o crioprecipitados) más inestabilidad hemodinámica (TAM < 60 mmHg, FC > 100', oliguria, acidosis metabólica) todo durante al menos 2 horas. Todos los pacientes recibieron reanimación hídrica agresiva y manejo integral por UCI. Utilizamos factor VIIra en 20 pacientes durante un periodo de 14 meses. La edad fluctuó entre 21 y 78 años (media 48.2). Las patologías desencadenantes de la hemorragia fueron politraumatismo (45%), sepsis y CID (30%), obstétrico posquirúrgico, (10%) hemorragia cerebral, (10%) varices esofágicas (5%). La media de transfusiones previo al uso del fármaco fue de 8 concentrados eritrocitarios, 7 unidades de plasma, 6 aferesis de plaquetas y 14 de crioprecipitados. El FVIIra fue administrado por vía venosa en "bolos de 60 a 120 µg/kg (promedio 105 µg/kg). En 17 pacientes fue sufi-

Variables de interés	Grupo lactulosa			Grupo LOLA		
	Día 0	Día 7	Día 14	Día 0	Día 7	Día 14
Estado mental Grado 0 (West Haven)	0	-	3	0	-	6
Grado 1	9	-	6	9	-	4
Grado 2	1	-	1	1	-	0
Prueba conexión numérica (seg)	163 ± 161	223 ± 169	195 ± 197	184 ± 136	135 ± 85	86 ± 22
Asterixis (aleteos/min)	15.6 ± 16	12.3 ± 12	16.8 ± 16	14.9 ± 12.2	12.0 ± 7.6	7.4 ± 5.7
Amonio (µg/dL)	113.0 ± 186	96.9 ± 57	101.4 ± 34	151.0 ± 40	109.7 ± 30	96.9 ± 29
EEG (CPS)	6.7	7.0	6.9	6.7	7.3	8.1
Euro QOL (escala visual análoga r = 0-100)	51.1	57	63.5	60.5	73.6	71.5
Dolor abdominal (%)	-	42.8	5.57	0	42.8	0

ciente la dosis inicial y en 3 de ellos (15%) hubo necesidad de dosis adicionales (2 más). La hemorragia cesó en la totalidad de los pacientes y se mantuvo estabilidad hemodinámica después del uso del fármaco; la necesidad promedio de transfusiones disminuyó de forma dramática (2 concentrados eritrocitarios, 1 plasma, 0 aferesis plaquetarias, 0 crioprecipitados). Se documentaron complicaciones trombóticas en 2 pacientes (10%). Murieron 4 pacientes (los 4 primeros en los que se usó el fármaco), esto fue asociado a utilización tardía del fármaco y complicaciones agregadas (disfunción multiorgánica).

**Conclusiones:** El factor VIIra constituye un medicamento eficaz para el tratamiento de hemorragia crítica que no responde a tratamiento convencional, su amplio perfil de seguridad optimiza su uso en pacientes graves. Nuestra experiencia constituye el reporte más grande en Latinoamérica en Unidades de Cuidados Intensivos.

**Prótesis de recubrimiento, una opción para el tratamiento de la artrosis de la cadera en pacientes jóvenes. Presentación de 3 casos manejados en Médica Sur**

---

*Moisés A King-Hayata, M. Cristina Martínez-de Anda, Moisés King-Martínez, Alberto Cuéllar-Avaroma, Ana Cristina King-Martínez*  
*Hospital Médica Sur*

---

**Introducción:** La artrosis coxo-femoral en pacientes jóvenes representa un reto para el cirujano ortopeda. La artroplastia de recubrimiento metal-metal, representa una valiosa opción terapéutica que permite conservar un mayor porcentaje de hueso que la artroplastia convencional y mantiene intacta la diáfisis femoral, facilitando así un procedimiento de revisión articular. En este trabajo se presenta el seguimiento a 12 meses de 3 pacientes manejados con dicha prótesis.

**Objetivos:** Presentar las indicaciones de esta cirugía, mencionar las ventajas y desventajas del procedimiento, describir la técnica quirúrgica, y presentar los resultados a corto plazo de tres pacientes jóvenes, intervenidos quirúrgicamente con ésta prótesis de recubrimiento.

**Metodología:** Presentar el seguimiento clínico y radiográfico a 12 meses de tres pacientes con artroplastia total de recubrimiento para la cadera.

**Resultados:** Por el momento no se han presentado complicaciones en los pacientes, presentados.

**Conclusiones:** Concepto establecido hace bastante tiempo, aunque la prótesis actual presenta un seguimiento corto a nivel nacional e internacional. La revisión de una prótesis de recubrimiento presenta mejores resultados que la de una artroplastia total convencional. Permite al paciente joven continuar activo, funcionalmente es equivalente a la artroplastia total a 6 años de seguimiento. Presenta una mayor demanda técnica.

