67 Vol. XIX

CUERPO DIRECTIVO:

Director-Jefe de Redacción:
Dr. Federico Fernandez Palazzi

Administrador-Editor:
Francisco Solé Pujol

Comité de Redacción:
Dres. Jaime Plaza Castés
Armando Pérez Monteverde
José Francisco
David Márquez
Mercedes Aure Tulene

Asesor-Administrativo:
Dr. Jorge Soto Rivera

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA:

Presidente:
Dr. Luis Arturo Ayala N.

Vice-Presidente:
Dr. Ramón Soto Sánchez

Secretario:
Dr. Leopoldo Cárdenas C.

Tesorero:
Dr. Víctor Baquero A.

Vocal:
Dr. Bruno Burger

Dirección:
Centro Médico de Caracas.
Plaza del Estanque,
San Bernardino, Caracas
Teléfono: 52.22.22
(cuarenta líneas)

Frecuencia, reparto y canje:
Se publica cada cuatro meses: ENERO, MAYO y SEPTIEMBRE de cada año.
Se reparte gratuitamente.
Solicitamos canjes con toda revista o publicaciones periódicas de ciencias médicas, cualquiera que sea el idioma en que esté impresa.

Impreso en Venezuela por.
Di-Gráfica GOMEZ
Telf. 561.6799 - Caracas

Vol. XIX No. 67 - Sept. 1980

# centro médico

VOL. XIX No. 67 — SEPTIEMBRE 1980

PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD MEDICA
DEL HOSPITAL PRIVADO
"CENTRO MEDICO DE CARACAS"

Esta Revista sustituyó al anterior Organo Científico Divulgativo de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas", que se tituló:

PUBLICACIONES
CENTRO MEDICO
CARACAS

y del cual se publicaron 18 números hasta Junio de 1963

## SUMARIO

EDITORIAL
El Ejemplo de Victor
Dr Irving A. Peña S. 111

Tratamiento de las Fistulas Gastrointestinales Externas Mediante la Hiperalimentación Parenteral
Dres. Juan Godayol Rovira y Jose Maria Rodriguez 113

Resultados Tardíos de los Implantes de Nicolle-Calnan en la Mano Reumática
Dres. Martti Hämäläinen, Pauli Rauntu y Kauko Vainio 121

Carcinoma Mesonéfrico en la Niña.
A Propósito de Dos casos
Dres. Leopoldo Briceño Iragorry hijo, Anton Zaser
Jan. Juan Rodriguez Vanes, Jose A. Suarez y A. Pinto 177

Tratamiento Conservador del Espasmo Hemifacial "Idiopático" y Sintomático
Dr. Abraham Krivoy O. 129

Revisión Bibliográfica 131

ESTAMOS AFILIADOS A.

ASOCIACION VENEZOLANA DE HOSPITALES

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION

INTERNATIONAL HOSPITAL FEDERATION

# Más de 33 años

## sirviendo a Venezuela

— **Proyecto, Instalación y Suministro de Gases Medicinales Centralizados:**

Oxígeno, Oxido Nitroso, Aire Comprimido libre de Aceite. Vacío. Nitrógeno. Mezclas.

— **Dotación de Equipos para Clínicas y Hospitales:**

Medidores de Flujo. Humidificadores. Nebulizadores. Equipos de Succión, Máquinas de Anestesia Chemetron. Equipos de Ventiloterapia Puritan Bennet.

— **Distribuidor Exclusivo de los productos Chemetron y Puritan Bennet en Venezuela, contando con repuestos y Servicio Técnico Especializado.**

# GIV

## C. A. GASES INDUSTRIALES DE VENEZUELA

**Oficina Principal:** Av. Fco. de Miranda. Plaza Sur Altamira
Teléfonos: 33.53.81 al 83 - 33.60.38 - 33.61.09 - Caracas

**Sucursal:** Caracas: Teléfonos: 49.55.91 - 49.59.38

**Sucursales:**

Maracaibo: Telfs. 22.90.88 - 22.95.11
Maracay: Telfs. 22.985 - 26.928
Paraguaná: Telf. 91.747
Barquisimeto: Telfs. 45.20.48 - 45.21.84
Valencia: Telfs. 50.880 - 84.600
Puerto La Cruz: Telfs. 65.596 - 64.416

# NORMAS PARA PUBLICACION DE LA REVISTA CENTRO MEDICO

**Información para los autores:**

La Revista "Centro Médico" se edita tres veces al año (enero mayo y septiembre). Les invitamos a participar en ella mediante la remisión de trabajos clínicos, de laboratorio, socio-económico, culturales e históricos afines con la medicina.

El propósito del Comité de Redacción consiste en publicar:

1. **Artículos de fondo,** no divulgados en otras revistas excepto en caso de consentimiento por el Director y por la revista original.
2. **Revisiones bibliográficas.**
3. **Presentación de casos clínicos.**
4. **Editoriales** de interés general o relacionados con lo publicado en la Revista.
5. **Noticias, informaciones y cartas dirigidas al Comité de Redacción.**

**Instrucciones:**

El original y un duplicado escrito a máquina y a doble espacio en papel tipo carta con la inclusión de referencias y anexos (cuadros, figura y/o fotografías) deben ser entregados a la Dirección de la Revista.

1. **Artículos de fondo.**

1.1. Se catalogarán como tales: trabajos de investigación clínica, contribuciones originales, symposia, mesas redondas, coloquios, técnicas, métodos de interés clínico, etc.

1.2. Cada contribución no deberá excederse de 15 páginas incluyendo las referencias y el resumen. Este último debe constar de un máximo de 100 palabras incluyendo el método, resultados y conclusiones. No se aceptarán más de 6 anexos (figuras, cuadros y fotografías). Debe incluirse una traducción del resumen en inglés o francés. El trabajo debe ser desarrollado así: introducción, material y métodos, resultados, discusión y comentarios, resumen y bibliografía. Si se requieren más de 6 anexos, debe pedirse especialmente a la Dirección de la revista y el autor sufragará el aumento en el costo de la publicación, de acuerdo a las tarifas vigentes. Igual pasará si el trabajo excede de las 15 páginas en total.

1.3. La primera página del trabajo debe contener el título, subtítulo (si tiene), autores, cargos que desempeñan los autores, Hospital donde se realizó el trabajo y agradecimientos. Si fue presentado en algún Congreso debe decirse.

1.4. Las referencias deben ser citadas en el texto como números encerrados en paréntesis, en la misma línea de escritura. Al final del artículo las referencias deben ser señaladas en orden alfabético. El estilo debe ser igual al que sigue el Index Medicus incluyendo: Apellidos e iniciales de autores, título del artículo, nombre de la revista en abreviación o completo cuando pueda haber confusión, (ciudad), número del volumen, primera y última página y año. Las referencias del libro serán: autor(es), título, capítulo, editorial, lugar, año y página(s). Cada cuadro, figura y fotografía debe tener especificado al reverso: Título, nombre de autores, de anexo, leyendas y ubicación en el texto.

1.5. Las fotografías deberán entregarse en copia, positiva, brillante, en blanco y negro y de caracteres nítidos. Los dibujos deben ser en tinta negra sobre papel o cartulina blanco. Si se emplea ilustración de otro autor, debe consignarse el consentimiento de éste, o de la casa editorial si fuese un libro.

1.6. El autor sufragará los gastos de publicación de las fotos en color, así como los clisés de fotografías y dibujos y las separatas que el directamente solicite.

2. **Revisiones Bibliográficas:**

   2.1. Se publicarán estudios críticos de experiencia o conceptos, trabajos prácticos y didácticos que sirvan de guía en la práctica clínica, particularmente en aquellos campos que han demostrado un gran progreso en las últimos cinco años.

   2.2. Las revisiones deben seguir los mismos parámetros de publicación, pero no deben exceder de 8 páginas con todo su contenido. No será necesario el resumen.

3. **Presentación de casos clínicos:** Se publicarán únicamente casos de particular interés seguidos de una revisión corta del problema. Se dará preferencia a aquellos casos con comprobación anatomopatológica. El resumen del caso debe ser suscinto, aportando únicamente los datos positivos y negativos pertinentes. No se aceptarán más de 8 páginas incluyendo: presentación, fotografías, revisión y referencias bibliográficas.

4. **Editoriales:** Se aceptarán ensayos de opinión, y tópicos recientes preferiblemente relacionados con articulos originales publicados en la revista o trabajos importantes en la práctica, la ciencia y cultura de la medicina. Los editoriales serán escritos por investigadores y especialistas seleccionados por el Comité de Redacción de la revista.

5. **Noticias médicas y cartas:** Al final de cada número se publicarán anuncios sobre Congresos, Cursos, Simposia y otros eventos de interés general, así como cartas dirigidas al Comité de Redacción.

**Manuscritos:** Deben ser dirigidos al:

Dr. Federico Fernández Palazzi
Director Revista "Centro Médico"
Sociedad Médica
Centro Médico de Caracas
Plaza El Estanque
San Bernardino. Caracas 101.

Los editores no serán responsables por las opiniones individuales expresadas por los autores de los trabajos aceptados.

El Comité de Redacción se reservará el derecho de seleccionar las publicaciones de acuerdo con criterios estrictamente científicos.

El Comité de Redacción, si lo considerase conveniente, someterá los originales a revisión, por especialistas consultantes de nuestra revista.



EDITORIAL

# EL EJEMPLO DE VICTOR

Al cumplirse un mes de la insólita desaparición del Dr. Víctor Baquero Aristeguieta, nuestro inolvidable compañero de estudio y trabajo, he querido recordar su vida ejemplar.

Víctor, como hijo supo reconocer en su padre el también desaparecido Dr. Ricardo Baquero González, la imagen de permanente inquietud profesional: siempre buscando lo último, lo innovador en su especialidad médica con el único fin de ofrecerle a sus pacientes la mejor oportunidad para aliviar su enfermedad. De su madre, la finada Sra. Linda Aristeguieta de Baquero, se le reconocían la bondad del trato hacia los demás y la entereza de carácter en los momentos más dificiles.

Como hermano: fue sin duda junto con Adalinda, el pilar familiar donde Ricardo, Eduardo, Gustavo y Federico, encontraron siempre el apoyo y el amor fraternal necesario para mantener la unión familiar antes y después de la desaparición de sus padres.

Como esposo y padre; Víctor José formó junto con Morella y sus hijos Víctor Enrique y María Alejandra, una familia ejemplar, cristiana, donde prevalecerá por siempre la unidad y el calor que solo el verdadero amor puede crear.

Como profesional de la Medicina, nunca dudó en reconocer los méritos y cualidades de sus colegas y profesores, ni tampoco negó la enseñanza de su experiencia a sus colegas de post-grado y estudiantes de medicina; es decir supo "dar por dar" así como "recibir por recibir", ejemplo éste de su completa madurez.

El ejercicio de su especialidad médica, la Cardiología, fue integral, siempre atento al último avance diagnóstico o terapéutico dedicando su mayor esfuerzo al estudio Hemodinámico (Cateterismos Cardíacos) y en consecuencia a la promoción de la Cirugía Cardiovascular como medida terapéutica indispensable en el tratamiento de Cardiopatías congénitas y adquiridas. En este sentido, recordamos aquí las palabras del Dr. Armando Márquez Reverón con motivo de develar una placa con el nombre del Dr. Víctor Baquero Aristeguieta en la Unidad de Hemodinamia del Centro Médico de Caracas. (28 de Julio de 1.980).

"La vida de Víctor Baquero tuvo una definida y decidida vocación profesional y de servicio y cumplió a cabalidad con su misión que fue de impulso, mística y convencimiento de nuestra preparación científica y nuestra capacitación para competir con otros países en conocimiento, diagnóstico y teraplas y combatir la tendencia generalizada en nuestros pacientes de buscar en el extranjero los tratamientos y atención médica que pueden recibir y suministrarse satisfactoriamente en Venezuela" . . . .

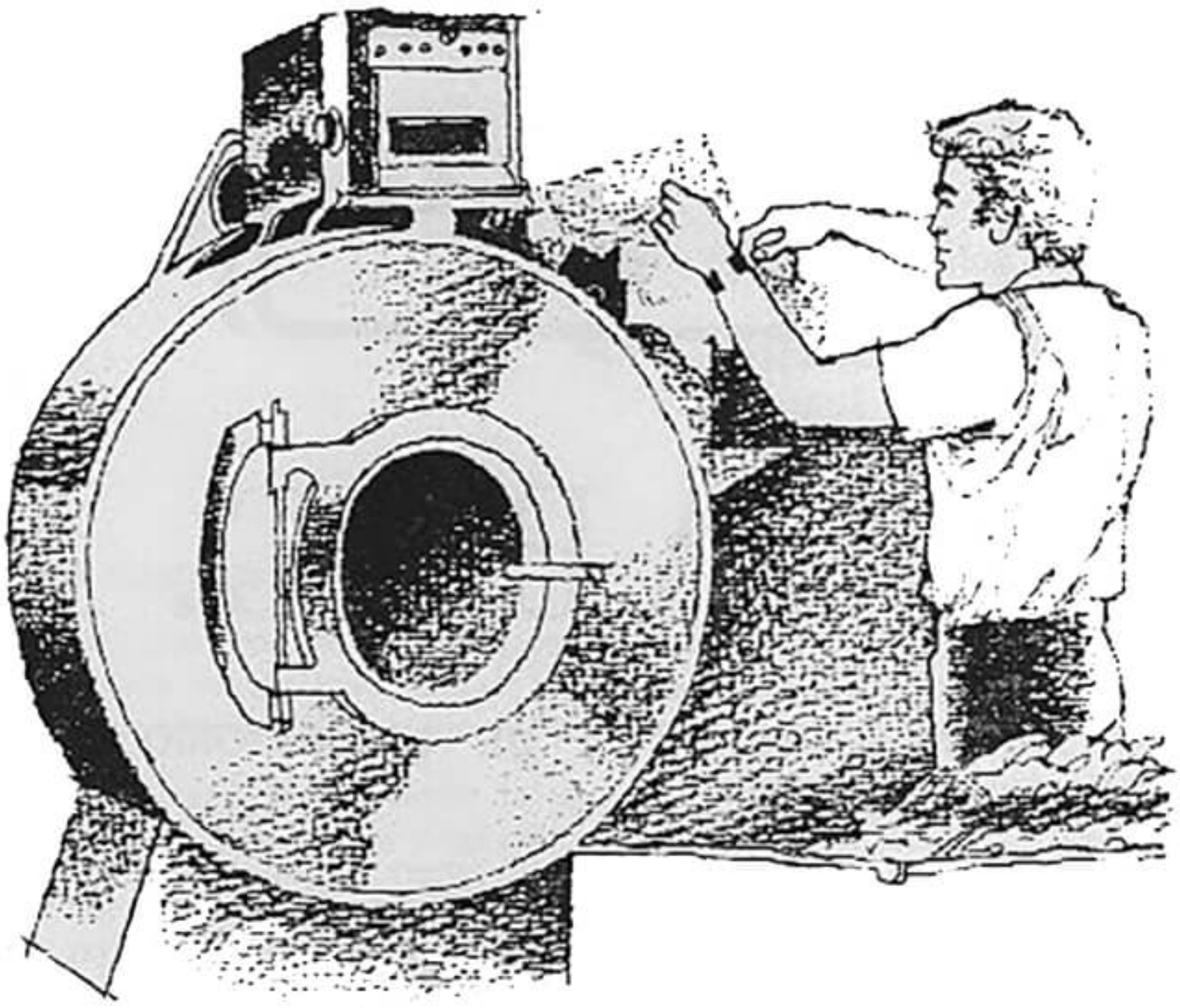
Para sus pacientes, Víctor fue ante todo el médico honesto que brindaba alivio físico y espiritual no sólo por sus conocimientos sino también por su sencillez, característica humana que le permitía el desarrollo de una relación médico-paciente espontánea, casi natural.

Como amigo: fue incondicional brindando una amistad sincera sin mezquindad y sobre todo estimulándonos diariamente a seguirlo en su cabal cumplimiento de las responsabilidades. No tuvo enemigos porque nunca quizo reconocerlos.

Es por todas estas consideraciones que no dudo finalmente en afirmar que este EJEMPLO DE VICTOR como médico joven productivo lleno de cualidades y realizado en su comunidad, es el ejemplo que nos queda para el futuro a todos aquellos involucrados en su labor, o que en una o en otra forma se relacionaron a él, así como para las nuevas generaciones de profesionales médicos a quienes les servirá para apreciar la verdadera razón de existir: Dar siempre el mejor ejemplo como profesional y como hombre.

Descansa en paz, amigo.

**Dr. Irving A. Peña S.**



# *Hace 20 años comenzamos a ganar confianza...*

Desde hace veinte años los profesionales de tintorerías y lavanderías saben que pueden confiar en Wyandotte. Porque en Wyandotte no sólo elaboramos la más variada línea de productos para esa industria (detergentes, incrementadores, blanqueadores, neutralizadores, desmanchadores y muchos otros), sino que, sobre todo, somos una empresa profesional con una tecnología altamente desarrollada para garantizar siempre la más alta calidad y el mejor servicio.

20 años

Wyandotte®

Tecnología química avanzada al servicio de la limpieza.

MD LAB

# MD-LAB, C. A.

**MATERIAL MEDICO y DE LABORATORIO**

**Distribuidores Autorizados de:**

KENDALL (Productos Hospitalarios)

3M (División de Productos Médicos)

TERUMO

---

Prolongación Av. Principal de La Carlota, entre Av. Fco. de Miranda y Av. Rómulo Gallegos, Local No. 2 - Anexo al Colegio Madre Emilia
Los Dos Caminos, Caracas
Teléfono: 35.45.14

# TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS GASTROINTESTINALES EXTERNAS MEDIANTE LA HIPERALIMENTACION PARENTERAL *

Dr. Juan Godoyol Rovira **

Dr. José Maria Rodriguez ***

## INTRODUCCION

En nuestro medio hospitalario, correspondiente al Servicio de Cirugia C. hemos logrado reproducir los magnificos resultados obtenidos en hospitales norteamericanos, en relación al tratamiento de las Fistulas Gastrointestinales Externas.

No reproducimos los datos numéricos debido al escaso número de casos tratados sin una verdadera importancia estadística comparativa, y al hecho de ser este trabajo una comunicación preliminar.

El trabajo tiene como objetivo hacer hincapié en la importancia de mantener o restablecer un estado nutricional adecuado sobre todo en relación a las proteínas, mediante el método de la hiperalimentación parenteral.

La pérdida o disminución de las proteínas reresenta la pérdida o disminución de funciones esenciales, porque cada molécula de proteina tiene una finalidad especifica. Por ejemplo, formando parte de enzimas, elementos contráctiles, membrana celular, etc. Lo antes señalado, unido a la demostración de Jones y Eatom de la existencia de una hipoproteinemia post-operatoria y de la alta incidencia de deshiscencia de la sutura de los hipoproteinémicos, así como también la disminución de la actividad de la médula ósea, atrofia del bazo, tejido linfoide, predisposición al shock hemorrágico, trastornos de la producción de anticuerpos, etc. nos dá una idea de la importancia de valorar el pre-operatorio y el operatorio desde el punto de vista nutricional.

---

* Trabajo efectuado en la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirurgica "C" del Hospital Universitario de Caracas.

** Docente del Servicio de Cirugia "C" del Hospital Universitario de Caracas. Médico Cirujano del Centro Médico de Caracas.

*** Ex-Residente del Post-Grado de Cirugia "C" del Hospital Universitario de Caracas. Médico Cirujano del Centro Médico de Caracas.

Dudrick y Colaboradores desde 1968 realizaron la primera comunicación sobre la hiperalimentacion (Long Term Parenteral Feedin, Octubre 1968 (1). La idea terapéutica es la de lograr un balance nitrógenado positivo en aquellos casos de stress o enfermedad crónica (balance nitrogenado negativo).

La manifestación de un balance nitrogenado negativo se presenta mediante:

1) Disminución de peso por la catabolia proteica.

2) Aumento del nitrógeno urinario, por degradación de las proteínas musculares.

3) Durante los estados carenciales, la pérdida de albúminas plasmáticas y de las proteínas del resto de la economía guardan una relación: 1/30, por lo tanto por cada gramo de albúmina que se pierda o gana, se pierden o ganan 30 gramos de proteínas tisulares. Por otra parte la mayor proporción de proteínas radica en el tejido muscular, a razón del 30% del peso corporal, de los cuales el 20% es proteína anhídra y el 80% es agua.

Además de los estados carenciales, existen pérdidas proteícas por intermedio de:

A) Hemorragia
B) Quemaduras
C) Obstrucción Intestinal
D) Neumonía

} En forma de exudado

En resumen, la catabolia, desnutrición y otras formas de pérdidas proteícas son estados que debemos tratar para restablecer la anabolia y buena evolución quirúrgica.

La Catabolia ya comentada se determina por la medición del nitrógeno en la orina, (2) heces y otros productos acumulados durante 24 horas. Si en la dieta no hay nitrógeno, se concluirá que todo el nitrógeno medido provendrá de todas las proteínas tisulares. Además ,como sabemos, casi todas las proteínas tisulares tienen 16% de nitrógeno. Si expresamos que cada 100 gramos de proteínas contienen 16 de nitrógeno si queremos saber cuanta proteína hay en un gramo de nitrógeno.

Proteínas:

| Proteina | $N_2$ |
|---|---|
| 100 | 16 |
| X | 1 |

$$\frac{100 \times 1}{16} = 6{,}25$$

O lo que es lo mismo este resultado considerado una constante, permite que al multiplicar al nitrógeno eliminado por la constante dá la cantidad de proteína eliminada. Así pues: 1) Al multiplicar la obtenido por 6,25 se obtiene la ganancia o pérdida de proteínas. 2) Como las proteínas están en el músculo en proporción de 1 volumen de proteinas por 4 de agua, se obtiene por consiguiente al multiplicar la pérdida de proteínas por 5, el peso real ganado o perdido.

**Ejemplo:** Si la ganancia o pérdida de nitrógeno es igual a un gramo, se puede concluir que 1 gramo de nitrógeno es igual a 30 gramos de tejido muscular: 1 gr. x 6,25 = 30 grs.

La ración diaria de nitrógeno es de 10 grs. que equivale al 62,5 gramos de proteínas. (3) lo cual fomenta el balance positivo e impide la desnutrición catabólica.

## MATERIAL

El motivo del trabajo es el tratamiento de las Fístulas Gastrointestinales Externas, tomando como ejemplo el siguiente caso: Paciente A.L.E. con Historia Clínica No. 02-63-47, de 22 años de edad, con antecedentes de esclerodermia y fenómeno de Raynaud, estudiada en el Servicio de Gastroenterología por cuadro clínico de cólicos y diarreas frecuentes de larga evolución. Es diagnosticada como síndrome de la arteria mesentérica superior, motivo por el cual se refiere a Cirugía General para tratamiento.

Los hallazgos operatorios, señalan una dilatación de la primera y segunda porción duodenal, adherencias y fijación duodenal, con pinzamiento duodenal por la arteria mesentérica superior.

En la intervención se realiza:

1) Laparatomía media infraumbilical y supraumbilical.
2) Liberación de adherencias.
3) Maniobra de Kocher.
4) Duodenoyeyunostomía.
5) Biopsia de la zona de anastomosis reportada normal.

La evolución inmediata es satisfactoria por 12 horas, cuando presenta hemorragia digestiva superior masiva. Se decide intervención, encontrando sangramiento arterial a nivel de la anastomosis. Se repara el daño y evoluciona bien hasta el octavo día, cuando presenta una fístula intestinal, que posteriormente se identificó por fistulografía, a nivel de la anastomosis yeyunal.

## TECNICA DEL TRATAMIENTO

1) Determinación del peso corporal.
2) Protección de la piel a nivel de la fístula.
3) Punción yugular interna.
4) Control hematológico.
5) Control de líquidos.
6) Cálculos de hiperalimentación.

### 1) Determinación del peso corporal.

La importancia de esta determinación radica en el hecho de que los calculos de administración de medicamentos y control de la evolución se realiza en forma

gráfica. Al respecto se ha comprobado que solo a partir del séptimo u octavo día se evidencia el aumento de peso, siendo los primeros dias del tratamiento de pérdida de peso, posiblemente por la pérdida de agua corporal, en respuesta a las soluciones hipertónicas glucosadas. Si la evolución no es en la forma descrita debe aumentarse la administración de la hiperalimentación.

En forma práctica se ha eliminado el cálculo de las pérdidas de nitrógeno, considerando que la administración de 10 gramos de nitrógeno por día o sea, 62.5 gramos de proteínas por día, fomenta el anabolismo.

2) **Protección de la piel.**

Para proteger la piel de la zona fistulosa se utilizan dos métodos: 1) Succión a nivel de la fistula, con control del volumen eliminado. 2) Para evitar la maceración de la piel por el líquido fistuloso, se protege con la pasta del "Dr. Vargas", como la conocemos en nuestro medio, y que consiste:

Rp.

| | | |
|---|---|---|
| Sub-nitrato de bismuto | 4 | grs. |
| Almidón | 50 | grs. |
| Oxido de Zinc | 50 | grs. |
| Lanolina | 60 | grs. |
| Vaselina | 60 | grs. |
| Aceite de linaza | 36 | grs. |

3) **Punción yugular interna (4-5).**

Es ampliamente conocido que la cateterización de una vena periférica tiene un período de duración muy limitado, por la flebitis, celulitis, trombosis y septicemia que provocan las soluciones, el catéter y las infecciones locales. Para evitar en lo máximo dichas complicaciones, se elige una vena de gran calibre y alto flujo, como lo es la vena cava superior, a través de un catéter colocado en la subclavia o en la yugular interna. La elección de estas venas es por la relativa cercania con la vena cava superior, lo cual disminuye la incidencia de trombos de fibrina y por ende obstrucción del catéter. En nuestro medio preferimos la yugular interna, porque tiene menos complicaciones graves que la subclavia, como lo son la embolia gaseosa y el neumotórax. Dentro de las experiencias realizadas se ha abandonado el abordaje venoso a cielo abierto (flebotomia) realizándose solo punciones, con ello se evita la infección y la sepsis. Las curas a nivel de la punción se realizan en forma interdiarias con soluciones yodadas.

4) **Control Hematológico.**

Antes de administrar las soluciones de hiperalimentación se hará un control hematológico en relación a: glicemia, nitrógeno, proteínas, electrolitos, fósforo sérico, básicamente. Teóricamente se recomienda, además determinación de zinc, magnesio, osmolaridad, sin embargo, no son esenciales para montar la hiperalimentación.

**Glicemia:** Como las soluciones de hiperalimentación son de glucosa 50% es lógico que la glicemia sufrirá variaciones iniciales, tanto en sangre como en orina. Estas variaciones duran hasta que la producción endógena de insulina,

permita su utilización completa. Motivado a ello la velocidad de infusión debe regularse de tal manera que la glicemia y la glicosuria se regulen, sobre todo esta última. Para mejorar el control se debe realizar además el control de Benedict.

**Nitrógeno:** Los pacientes retienen apróximadamente la mitad del nitrógeno administrado.

Su determinación básicamente se utiliza en los cálculos de la dosis inicial de la hiperalimentación, posteriormente durante el tratamiento no se requieren controles estrictos.

**Proteínas:** Las proteínas reflejan rápidamente el status nutricional del sujeto.

Cuando experimentalmente se privan a los animales de alimentos, la síntesis de albúminas disminuye apróximadamente el 50% en 24 horas, manteniéndose bajas hasta que persisten las causas que lo determinan.

Pre-operatoriamente puede existir un buen estado de salud aparente, pero los déficit de aminoácidos crónicamente llevados descompensan con facilidad al sujeto y determina un estado catabólico.

La administración de soluciones concentradas de glucosa por sí sola no mejoran el estado catabólico porque se requieren aminoácidos esenciales, además de producir infiltración grasa del hígado, pero, sí evita la pérdida rápida de peso (retardan la catabolia).

**Magnesio:** Su déficit es frecuente en pacientes crónicamente enfermos, por lo tanto se agrega al tratamiento con hiperalimentación ( -10 mEq/1000 Cal.).

**Electrolitos:** Se agrega al tratamiento apróximadamente 40 mEq de cloruro de potasio y 20 c.c. de cloruro de sodio al 5% o bien 50 mEq/1000 cal. La variación de este suministro varía de acuerdo a las determinaciones diarias.

**Fósforo sérico:** Se ha observado que al séptimo o al décimo día de la iniciación de la hiperalimentación, sin la administración de fosfatos, ocurre una hipofosfatemia, la cual a su vez ocasiona una alteración del metabolismo glúcido en el glóbulo rojo y una mayor afinidad del oxígeno por la hemoglobina y en consecuencia una alteración en el intercambio gaseoso. (7-8).

## COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO

Las complicaciones pueden enfocarse desde el punto de vista del catéter y las provenientes de las soluciones hiperosmolares.

I. **Del Catéter**

Infección local.
Trombosis venosa periférica.
Trombosis vena cava superior.
Neumotórax.
Sépsis.

II. **De la Solución hiperosmolar.**

Reacción de hipersensibilidad.
Coma hiperosmolar.
Sépsis.

La más temida de todas, es la sépsis ya que se puede perder fácilmente el paciente. Para evitarlo se debe suspender la administración de la hiperalimentación. Si ocurre: escalofrios o fiebre, se toman muestras de sangre para hemocultivo, se cultiva la punta del catéter y se reinicia a las 24 horas a través de otro catéter central: mientras dure la omisión de la hiperalimentación se suministrará por vía periférica o central solución glucosada al 5%. Puede suceder que sea la solución la causante de escalofrios o fiebre por estar contaminada o bien producir reacción alérgica.

## TECNICA DE LA HIPERALIMENTACION

**Calorías:** El mínimo de calorías necesarias para mantener a un paciente en condiciones metabólicas basales es de 600 calorías.

En ambulatorios es de 1500-1600 calorías, lo cual significa apróximadamente 25 cal/Kg.

Paciente de 30 Kgs.

Necesidades 30 x 25 = 750 Cal.

La solución de Fluidamine contiene 50% grs. de Dextrosa (500 cc).

**Administración de Nitrógeno:** El organismo destruye apróximadamente 75 grs. de proteinas por día (6.25 grs. proteinas = 1 gr. de nitrógeno). Para mantener un balance nitrogenado positivo deben administrarse 10 grs. de nitrógeno por día.

En resumen, requiere un mínimo de 10 grs. de nitrógeno que es igual a 62,5 grs. de proteinas por día.

El contenido de nitrógeno de la solución de Fluidamine es de 1.25 grs.

500 c.c. = 1,25 x 5 = 6,25 grs. de nitrógeno

Al administrar dos frascos de solución de Fluidamine se obtiene 12,50 grs. de $N_2$, cifra que está por encima del requerimiento mínimo.

Las proteínas se pueden administrar además en forma de Albúmina, Plasma, Sangre Total, Hidrolizados de proteinas, Aminoácidos cristalizados.

Los hidrolizados de proteinas pueden ser de dos tipos: Hidrólisis enzimática (Caseina) e Hidrólisis Acida de Fibrina (Hyproteín).

Los aminoácidos cristalizados los obtenemos en las soluciones de Fluidamine o el Free-Amine.

**Administración de agua y de electrólitos** (6)

**Requerimientos de agua**

Adulto = 35 c.c./Kg.

Paciente de 30 Kgs.

35 x 30 = 1050 c.c. por vía periférica en forma de solución glucosada al 5%.

**Sodio:** Se agregan 50 mEq/1000 cal. en forma de cloruro de sodio, fosfato de sodio, según los resultados del laboratorio.

**Potasio:** Además de agregar las necesidades diarias por vía periférica, se agregan 50 mEq/1000 cal. o sea 50 mEq en cada frasco de solución de Fluidamine.

**Magnesio:** Se administra en la solución 4 a 10 mEq/1000 cal.

**Calcio (Gluconato):** Se administra en la solución 4 a 5 mEq/1000 cal.

**Fosfatos:** Se administra en la solución 4 a 5 mEq/1000 cal. (7-8).

Hoy se utiliza la solución de Hyperlyte que consiste en un concentrado Múltiple de electrolitos, lo cual facilita su administración y permite utilizar el acetato y el gluconato de Sodio en lugar del cloruro de Sodio.

Los oligoelementos se agregan en la hiperalimentación prolongada.

Las vitaminas se administran:

| | |
|---|---|
| $B_{12}$ | 10-30 mcgrs. |
| Acido Fólico | 0,5 - 1.5 mgs. |
| Hierro Parenteral | según las necesidades. |

Una vez preparada la solución se procede a recordar:

1. Catéter de nivel yugular interna con verificacion radiológica de su posición.
2. Cuidado interdiario de la zona del catéter con soluciones yodadas. (9).
3. No administrar medicamentos por el catéter de hiperalimentación.
4. Se debe cultivar la punta del catéter cada vez que se retire, aún más si existen manifestaciones de sépsis.
5. Benedict en orinas cada 6 a 8 horas.
6. Administración de insulina S.C. según el esquema:

| | |
|---|---|
| Rojo ladrillo | 10 u. |
| Anaranjado | 5 u. |

Si no se controla la glicosuria, se disminuye la velocidad del goteo.

7. Control interdiario de Electrolitos, Urea, Creatinina, Glicemia, tiempo y actividad protombínica.
8. En las soluciones no se deben agregar simultáneamente el gluconato de calcio y el fosfato monobásico porque precipitan.
9. En la hiperalimentación prolongada se debe administrar triglicéridos, en forma de aceite de coco: 5 c.c. por vía oral si es posible, de lo contrario se fricciona la piel ya que es bien absorbido.

**BIBLIOGRAFIA**

1 BELDING H. SCRIBNER, M.D. Et Al. Long Term Total Parental Nutrition. Jama 212: 457-463. Abril, 1979.

2 DAVIS, CHRISTOPHER. Et. Al. Metabolism in Surgical Patients. Tex Book of Surgery 147-174. Tenth. Edition 1972.

3 DUDRICK, S. J. Willmore, D. W. Et. Al. Long Term Total Parental Nutrition. Nigth growth devolopment and positive nitrogen balance surgery. 64: 134-142. 1968.

4 DUDRICK. S. J., M.D. Willmore, D. W. M.D. Et. Al. Can intravenous feeding as the sole means of Nutrition support growth in the child and restore weight loss in a adult?. Ann. Surg. 169: 974-984. Jun. 1969.

5 PAT O. Dayly, M.D., Percutaneous Internal Yugular Vein Cannulation. Arch. Surg. 101: 534-536. Oct. 1970.

6 TRUJILLO, MAXIMO H., Castillo, Alfredo y col. Balance Hidroelectrico y calórico en pacientes sometidos a cuidado intensivo. Tribuna Médica. XXXV: A7-A10. Marzo, 1972.

7 LICHTMAN, M. A., Miller Dr. Cohen J. Et. Al. Reduced red cell. 2, 3 DPG and ATP concentration and increase hemoglobin-oxigen affinity caused by hypophosphatemia. Ann. Int. Med. 74:562. 1971.

8 TRAVIS. SUSAN F., M.D. Sugerman, Harvey J., Et. Al. Alteration of red cell glycolytic intermediaties and oxygen transport as aconsecuence of hypophosphatemia in patients Receiving intravenous hyperalimentation. The new England J. Med. 283: 763-768. 1971.

9 JERNIGAN, William R., M.D. F.A.C.S. Gardner, William C., M.D. Et. Al. Use of the internal yugular vein for placement of central venous catheter surgery gyn Obst. March. 1970.

# RESULTADOS TARDIOS DE LOS IMPLANTES DE NICOLLE-CALNAN EN LA MANO REUMATICA

Dres. Martti Hämäläinen,
Pauli Raunio
y Kauko Vainio

Hospital de la Fundación del Reumatismo
Heinola, Finlandia

La frecuencia de las complicaciones en los reemplazos articulares es una cosa bien conocida, en particular en el tratamiento de la artritis reumatoidea. Numerosos modelos nuevos de prótesis son presentadas cada ano. En general los resultados precoces son buenos, causando un optimismo superfluo.

En 1972 Nicolle y Calnan presentaron un tipo nuevo de prótesis para las articulaciones inter y metacarpofalángicas de la mano. La prótesis consiste en vástagos intramedulares de polipropileno duro, la parte medianera de los cuales tiene una bisagra flexible muy delgada cubierto con un balón de silicona.

La técnica de la operación, bien descrita por Castro Mayor (1974) no es difícil. Hemos experimentado también este método.

## MATERIAL

Desde Septiembre 1972 hasta Octubre 1974 hemos reemplazado 30 articulaciones en 23 manos de 21 pacientes sufriendo de artritis reumatoidea, con dichas prótesis.

La media de edad de los pacientes en el momento de la intervención era 45 años (25-59) y la duración de la enfermedad 12 años (1-32). Seguimiento medio de los pacientes era 2.4 años (6 meses-4 años 10 meses).

## RESULTADOS

Las articulaciones reemplazadas y los resultados de las operaciones están descritos en la Tabla No. 1.

TABLA No. 1

| ARTICULACION | MCP | | | | | PIP | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I | II | III | IV | V | II | III | Total |
| No. de prótesis | 1 | 3 | 14 | 10 | 3 | 1 | 6 | 38 |
| Fractura evidente, Luxación, Desviación | 1 | 3 | 10 | 7 | 3 | 1 | 4 | 29 |
| Deformación del balón | 2 | 2 | | | | | | 4 |
| Dilatación del canal medular Perforación del cortex | 2 | 1 | | | | 1 | | 4 |
| Radiografía normal (rigidez) | | | | | | 1 | | 1 |

La tabla muestra que al fin del tiempo de la observación solo uno de los implantes tuvo radiografia normal. También este paciente más tarde escribió que el movimiento ha disminuido. Los signos precoces de la fractura del implante son deformación del balón y dilatación del canal medular de la falange con perforación, comenzando en el cortex. Fig. 1. Más tarde se observa luxación del balón y reproducción de la desviación cubital de los dedos.

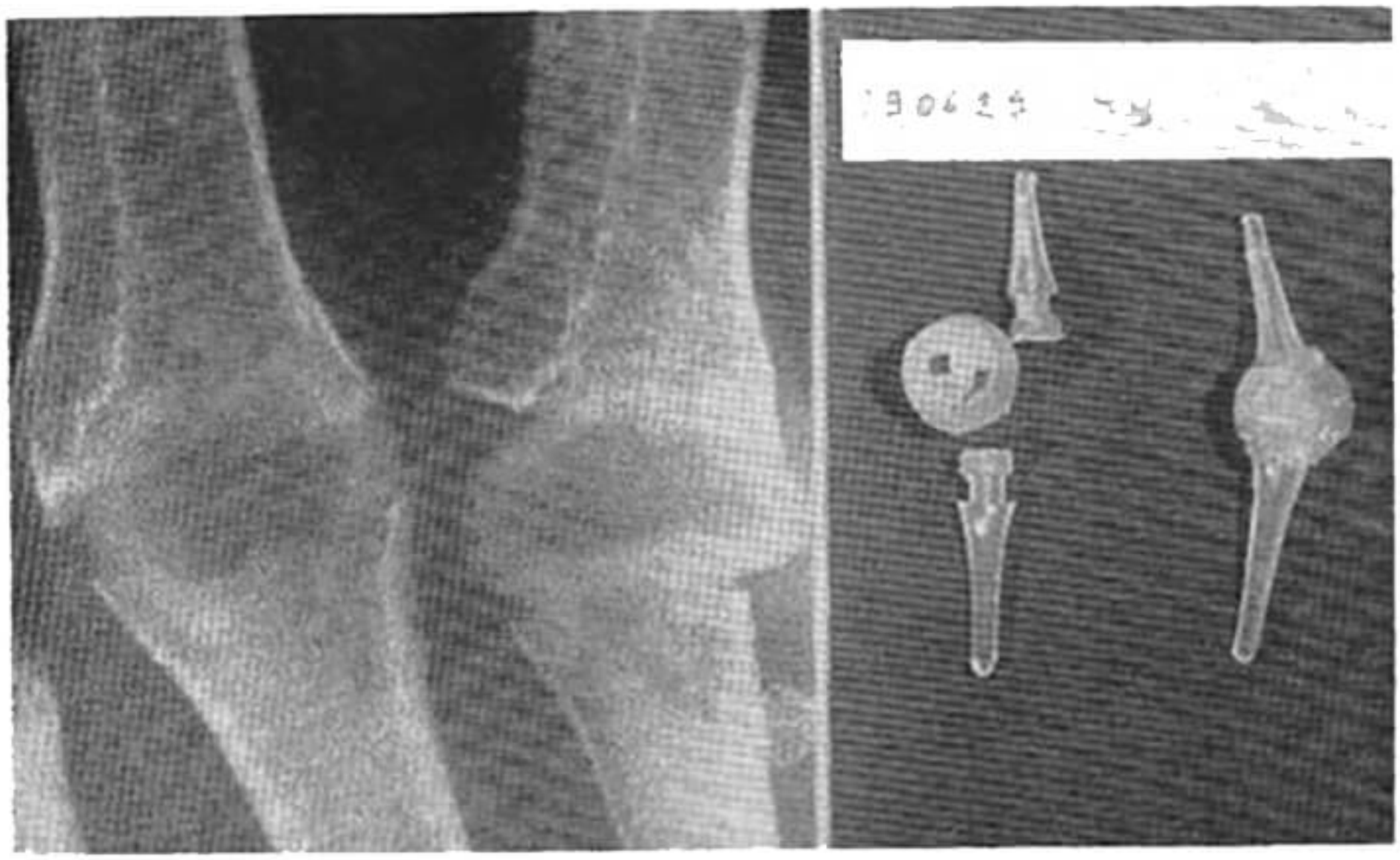


Fig. 1 Hombre, 44, duración de la artritis, 8 años. Izq.: un año después de la operación deformación del balón, desviación de los dedos. Der.: Prótesis rotas 3 años más tarde.

**Tratamiento de los fracasos**

La fractura del implante no siempre molesta a la función. En algunos casos los restos de la prótesis rota todavía pueden funcionar como un "spacer". Sin embargo en 17 casos la extirpación del implante fue necesaria. Tabla No. 2

TABLA No. 2

| | | | Otras Intervenciones | |
|---|---|---|---|---|
| Implantes | Extirpados | Artrodesis | Artoplastia "Vainio" | Injerto óseo |
| PIP III | 2 | 2 | | 2 |
| MCP I | 1 | 1 | | 1 |
| MCP II | 2 | | 2 | 2 |
| MCP III | 5 | | 5 | 4 |
| MCP IV | 5 | | 5 | 4 |
| MCP V | 2 | | 2 | 2 |
| | 17 | 3 | 14 | 15 |

Después de la extirpación del implante hemos realizado una artroplastia Tipo "Vainio" (Hellum y Vainio, 1968). Es importante reconstruir el ligamento colateral radial. Cuando en general la cavidad medular alrededor de la parte distal de la prótesis está muy dilatada, hemos, en 12 casos llenádola con un injerto óseo tomado de la cresta ilíaca. Fig. 2. La superficie periostal del injerto lo colocamos hacia la articulación. Los resultados han sido satisfactorios. Fig. 3.

Dos casos de fracaso de la articulación interfalángica y un caso de metacarpofalángica I, los hemos tratado con artrodesis usando un injerto óseo grande.

**DISCUSION**

En general los resultados precoces de los reemplazos articulares son buenos. También nuestros resultados después de un año eran semejantes de los de Nicolle y Calnan (1972). Más tarde nuestros resultados se empeoraban rápidamente como los de Griffith y Nicolle (1975). Estos autores han ahora modificado el modelo original acentuando especialmente la importancia de la reconstrucción del ligamento colateral radial. Los resultados después de dos años son sin duda más satisfactorios que los del método original (Nicolle y Gilbert, 1979). Sin embargo, el aumento de la reproducción de la deformidad es siempre un signo sospechoso.

En el tratamiento de los fracasos de los implantes digitales parece que la extirpación de las prótesis llenando los defectos con injertos óseos y convirtiendo la situación a una artroplastia simple pueda dar resultados satisfactorios.

En todos los reemplazos articulares no podemos estimar resultados definitivos antes de cinco años.

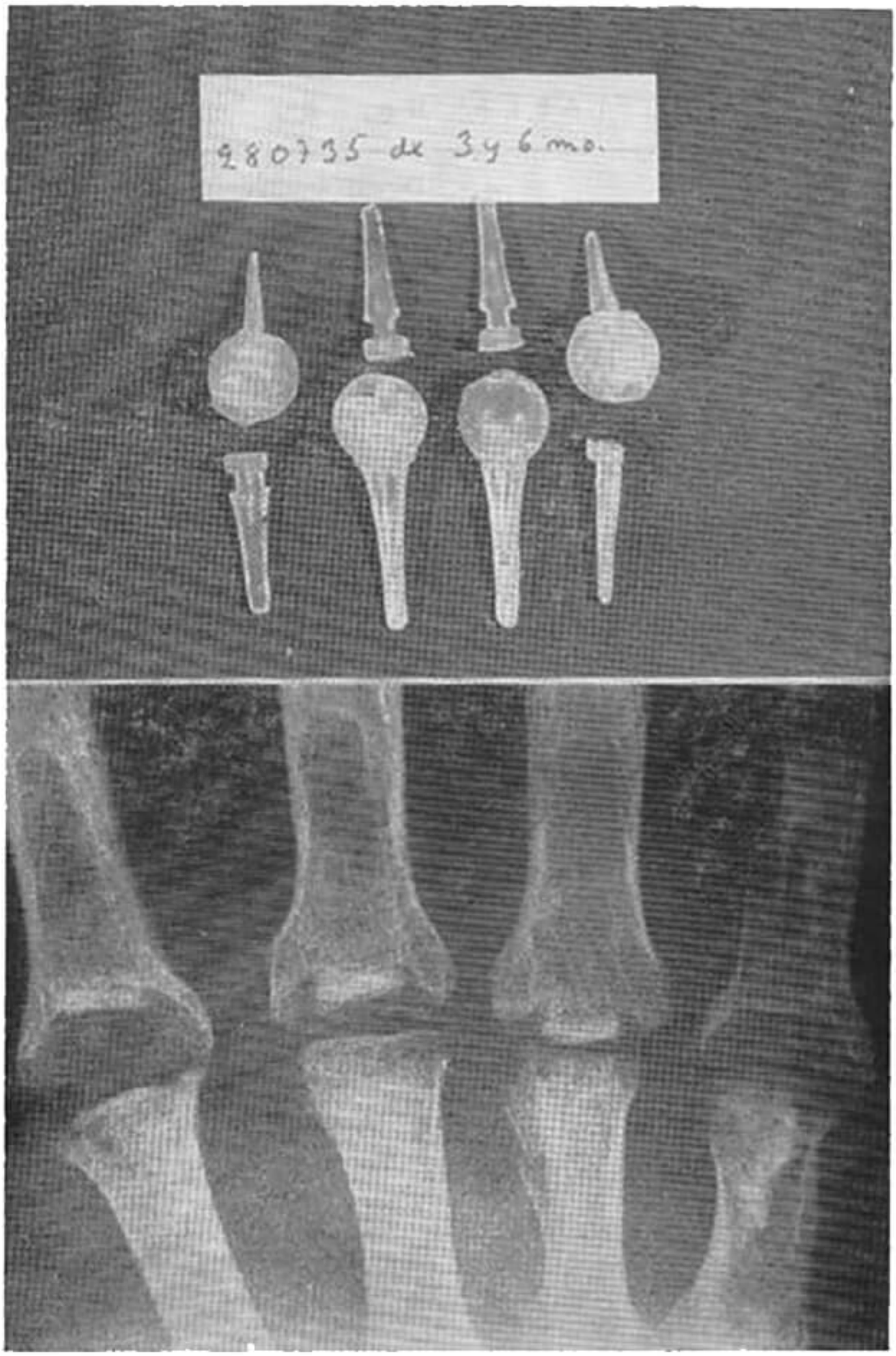



Fig. 2 Mujer, 39, duración 7 años. Arriba: Fractura de todas las prótesis, 3 años 6 meses después de la operación. Abajo: Resultado inmediato mostrando los injertos óseos. La presión del balón ha causado fractura de la diáfisis del hueso metacarpiano IV.

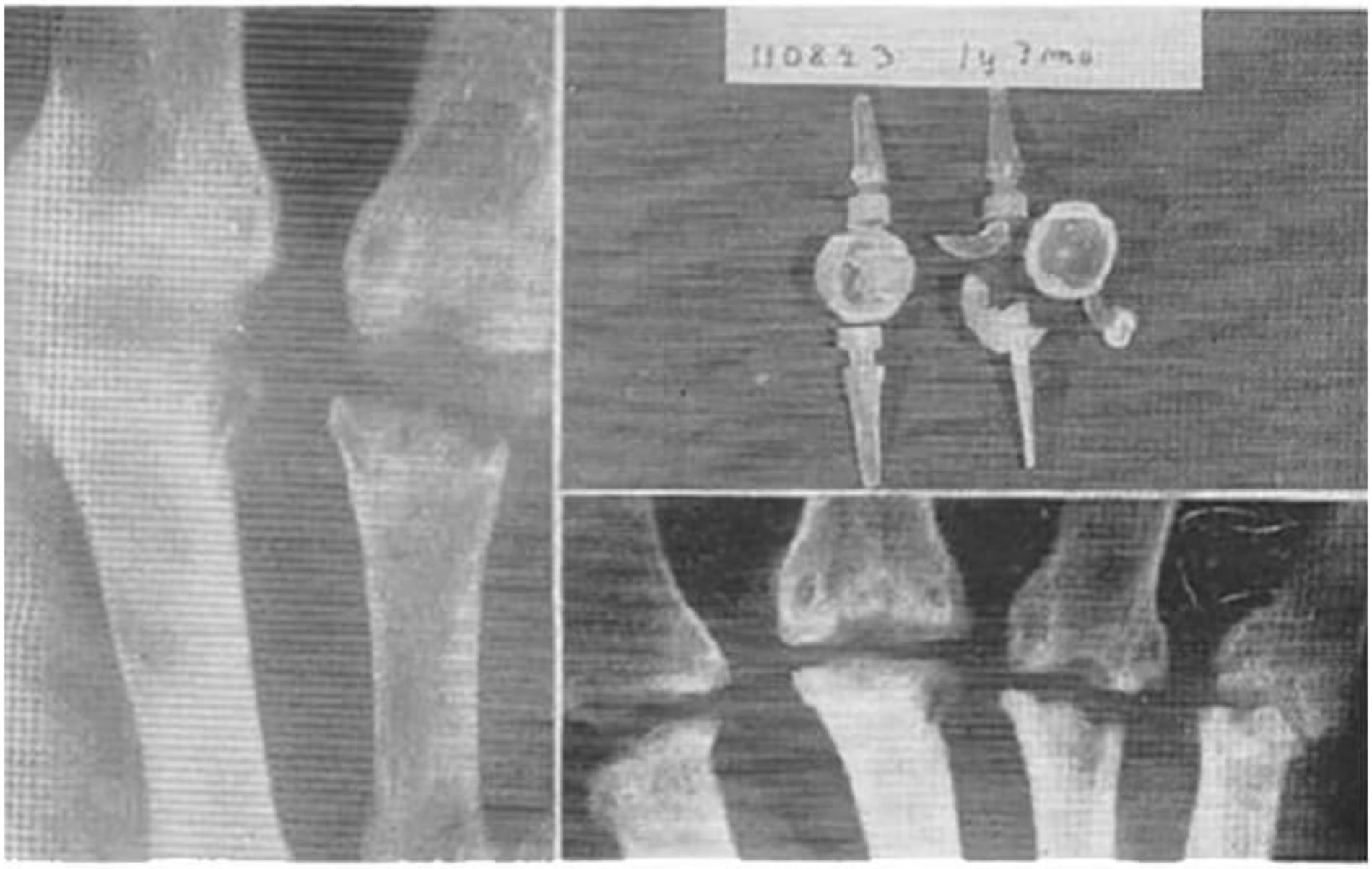



Fig. 3 Hombre, 50, duración 11 años. Izq. y der. arriba: Dislocación de los balones con prótesis rotas 1 año 7 meses después de la operación. Der. abajo: Dos años 4 meses más tarde: consolidación buena de los injertos en falanges primeras de los dedos III y IV. Las articulaciones MCP II y V primeramente tratados con nuestra artroplastia convencional.

**BIBLIOGRAFIA**

CASTRO MAYOR, R. Cirugía reconstructiva artroplástica en lesiones metacarpo-falángicas post traumáticas. Rev. Esp. de la Cirugía de la mano. 2: 79-84, 1974.

GRIFFITH R. W., NICOLLE F. V. Three years experience of metacarpophalangeal joint replacement in the rheumatoid hand. The Hand 7:275-283, 1975.

HELLUM C., VAINIO K. Arthroplasty of the metacarpophalangeal joints with transposition of the interosseous muscles. Scad. J. Plast. and Reconstr. Surg. 2:139-143, 1968.

NICOLLE F. V., CALNAN J. S. A new design of finger joint prosthesis for the rheumatoid hand. The Hand 5:91-95, 1972.

NICOLLE F. V., GILBERT S. Assessment of past results and current practice in the treatment of rheumatoid metacarpophalangeal joints. The Hand 11:151-160 1977.

# Suministros Médicos C. A.

---

— APARATOS E INSTRUMENTOS MEDICO-QUIRURGICOS

— MOBILIARIO PARA MEDICOS, CLINICAS Y HOSPITALES

— MATERIAL DESECHABLE

— DISTRIBUIDORES DE LOS ACCESORIOS PARA RAYOS X DE LAS MARCAS HALSEY Y WOLF

— PELICULAS RADIOGRAFICAS Y QUIMICOS "KODAK", REPUESTOS Y SERVICIO TECNICO

---

**Avenida Sorocaima, Edificio Los Andes, Local 1-A**

**Teléfonos: 52.02.82 - 51.55.82**

**San Bernardino - Caracas**

# CARCINOMA MESONEFRICO EN LA NIÑA
## A PROPOSITO DE DOS CASOS **

Dres. Leopoldo Briceño Iragorry hijo *
Anton Zager Jan *
Juan Rodriguez Yánes *
José A. Suárez ***
A. Pinto ***

En el Congreso Panamericano de Cirugia Pediátrica celebrado en Bogotá, Colombia en 1972, presentamos el primer caso de Carcinoma Mesonéfrico reportado en Venezuela. El propósito del siguiente trabajo es recordar aquél y presentar el segundo de la serie que por su localización lo hace distinto a aquel.

**Primer Caso.**

Nombre: R.V.C., Edad: 11 años, Sexo: Femenino, Registro: 175344, Fecha ingreso: 4-11-1970, Fecha egreso: 18-12-1970.

Motivo de consulta: Tumoración en hipogastro de más de un mes de evolucion con aumento progresivo de tamaño. Antecedentes: Dolores abdominales difusos irradiados a la espalda. Examen: Abdomen globuloso a expensas de hipogástro. Tumor que llega a la región umbilical, 12 cms. de diámetro duro de superficie irregular. Tacto rectal: tumor que ocupa toda la pelvis dura inmovil sin otros datos. Colon y enema: Tumoración de densidad intermedia que rechaza el colon sigmoides hacia arriba y atrás.

Rx abdomen Simple: Imagen compatible con tumor abdominal en excavación pélvica.

Urografia de eliminación: Extasis renouretral, bilateral y compresión extrínseca vesical.

**Evolución:**

Laparotomia exploradora, tumoración intrapélvica de 12 cms. de diámetro,

---

** Cátedra Clínica y Terapéutica Pediátrica Quirúrgica U.C.V.
Trabajo leido en el VI Congreso Panamericano de Cirugia Pediátrica. Caracas, Septiembre 1978.
* Profesor Cátedra Clínica y Terapéutica Pediátrica Quirúrgica U.C.V.
*** Cátedra Anatomía Patológica U.C.V.

friable aspecto cerebroide provenientes del anexo y ligamento ancho izquierdo. Peso 480 grs.

Diagnóstico microscópico: Carcinoma Mesonéfrico de ovario izquierdo.

Evolución post-operatoria: Recibió radioterapia 2.500 r abdominal, y 2.500 r en la pelvis. Total 5.000 r finalizando 12.1.71.

**Quimoterapia Actinomicina.** D, metrotrexate V O y Endoxan V O.

Metástasis hepáticas y pulmonares detectadas el 10-6-71, muere el 20-6-71.

**Segundo Caso.**

Nombre: L.M.R.B., Edad: 8 años, Motivo de consulta: Dolor e inflamación articular y tratada como Artritis Reumatoidea Infantil (comprobada por laboratorio). Examen físico: Presenta sangramiento por genitales de escasa cantidad. Tacto rectal: Utero discretamente aumentado de tamaño indoloro, superficie lisa.

Exámenes: Cistografía miccional normal. Frotis vaginal: grado I Inflamatorio. Bajo anestesia general se practicó vaginoscopia: lesiones polipoides en fondos de sacos laterales, lesión vegetante en cuello, tejido friable con sangramiento fácil.

LAPAROTOMIA: Ovarios quísticos pero de aspectos normales, se toma biopsia: Foliculos primordiales resco normal.

Nueva Citologia y biopsia de las lesiones del cuello reportan:

Grado I Inflamatorio con células que presentan atipias núcleos hipercrámicos y variación de tamaño (CITOLOGIA).

Adenocarcinoma de origen mesonéfrico (BIOPSIA).

Se realiza Histerectomia Total con reserección de cúpula vaginal.

Biopsia Carcinoma mesonéfrico de cuello Uterino (células claras) no se observo invasión a la vagina por lo cual se consideró Grado I. El 18-7-78 se comenzó quimioterapia con ciclofosfancida-Adriamicina-oncovin.

**COMENTARIO:**

El primer caso de carcinoma mesonéfrico fue descrito por Meyer (4) hace 75 años cuando demostró el origen de estas neoplasias de remanentes de los conductos mesonéfricos o wolftianos del cuello uterino. Según Hart (3) son raros en el cuello uterino, ocurriendo solo en 2 a 3 % de todos los adenocarcinomas primarios. Caracterizado por células claras, y en "uña de aldeano", son semejantes al carcinoma de células claras del riñón, pueden ser encontradas en el endometrio, ovario y vagina, o sea, en cualquier parte del canal genital en donde este conducto ha estado localizado previamente. Estos tumores ocurren en casi todas las edades siendo el promedio de edad en una serie de Villa Santa (5), de 40.4 años, con un caso de 0-10 años, y cuatro casos en pacientes de 11 a 20 años.

Fawcet y cols. (1) en 1966 reportan 9 casos de carcinomas mesonéfricos del cuello uterino en pacientes pediátricos (el mayor de 14 años).

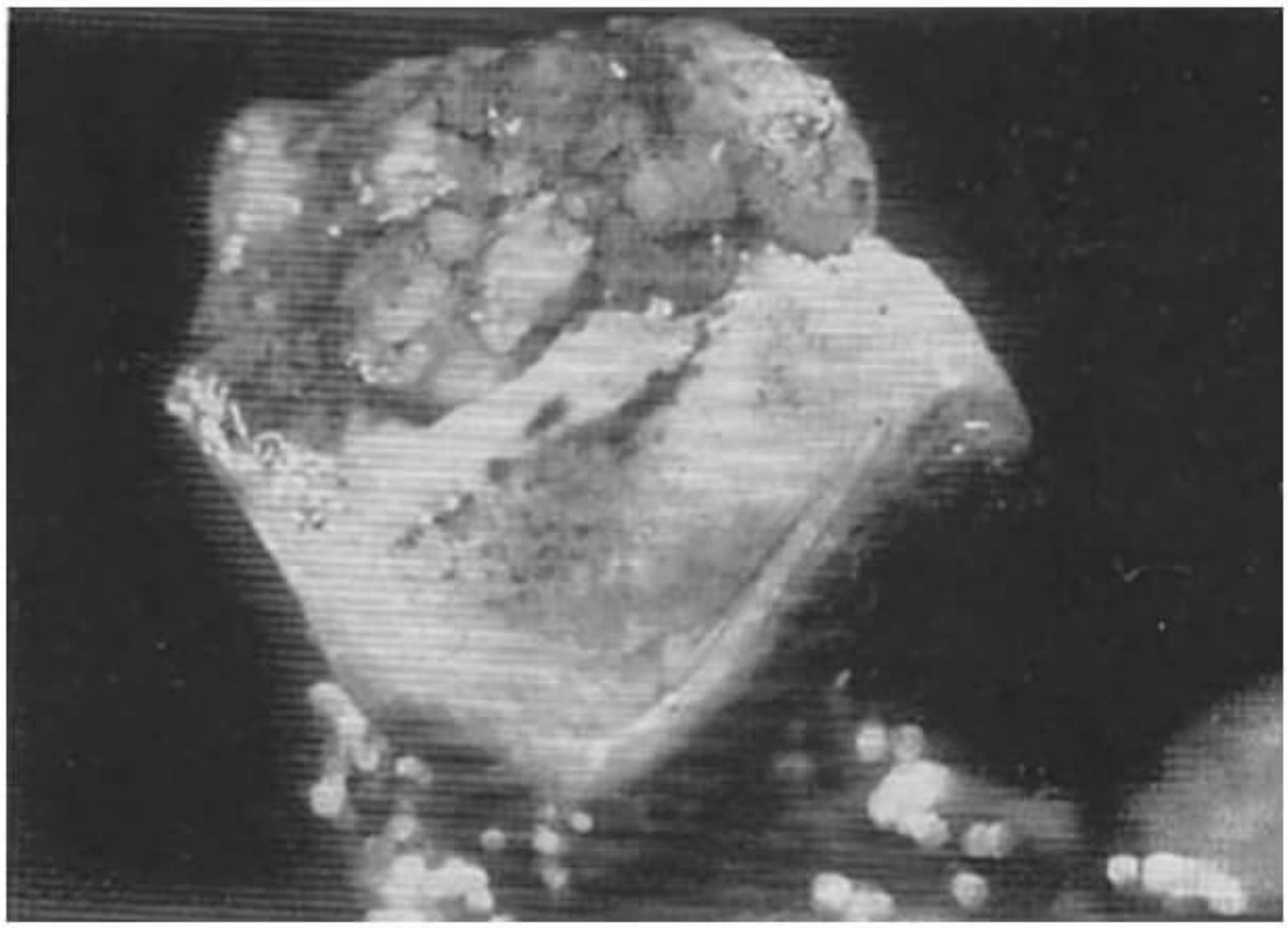


Fig. 1 Carcinoma Mesonéfrico del Cuello Uterino. Macroscopico.

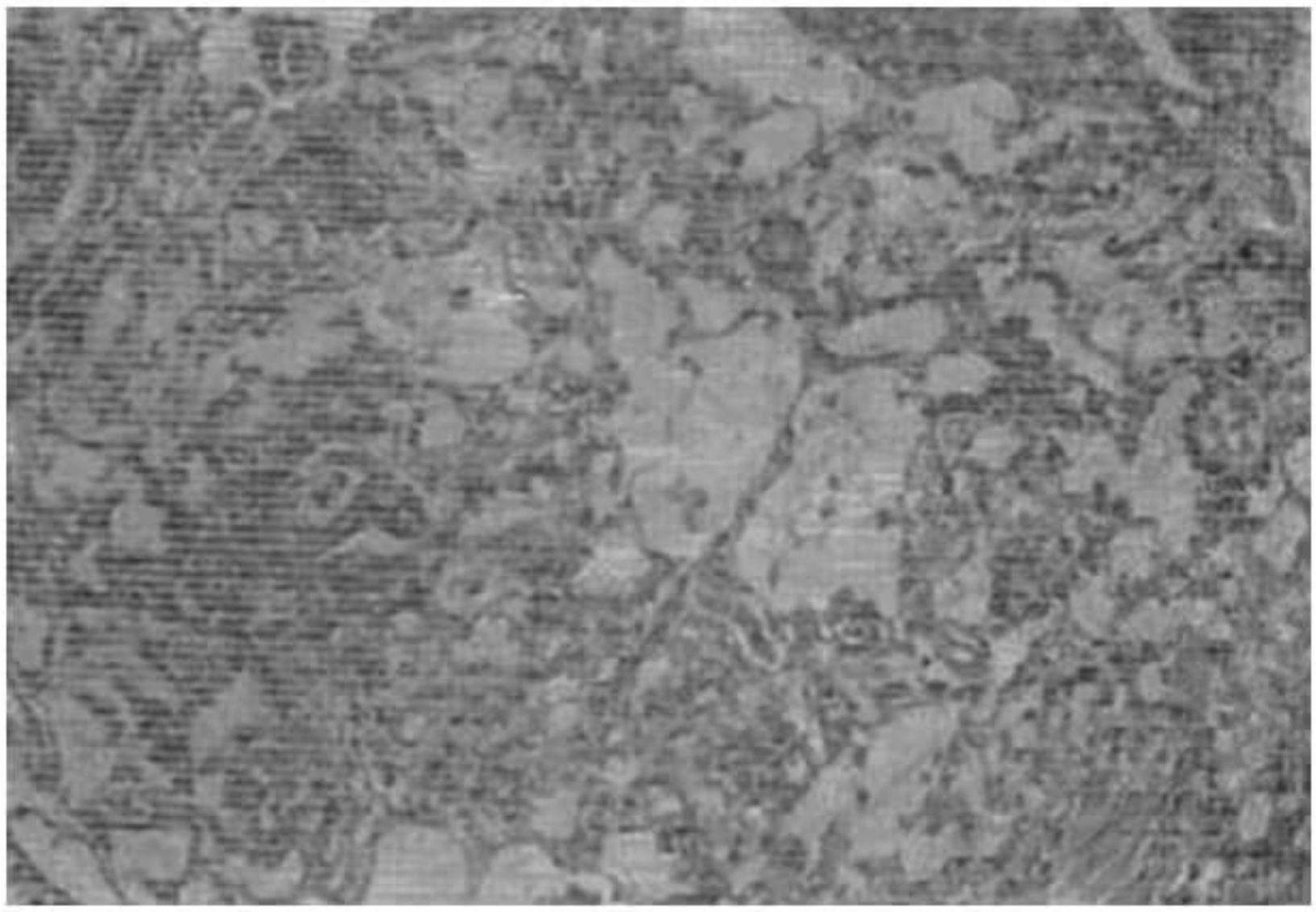


Fig. 2 Carcinoma Mesonéfrico del Cuello Uterino. Microscopico.

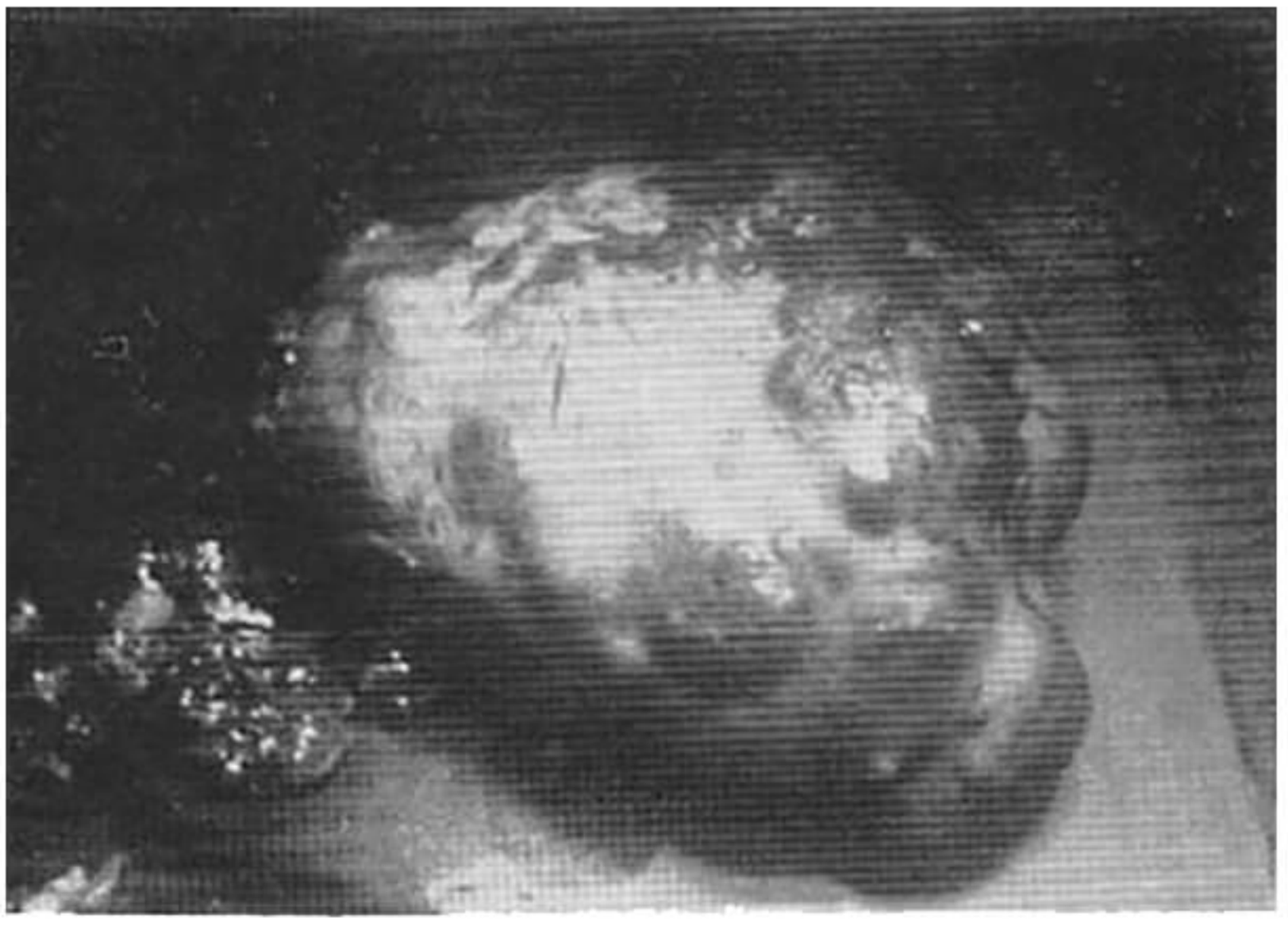


Fig. 3 Carcinoma Mesonéfrico de Ovario. Macroscopico.

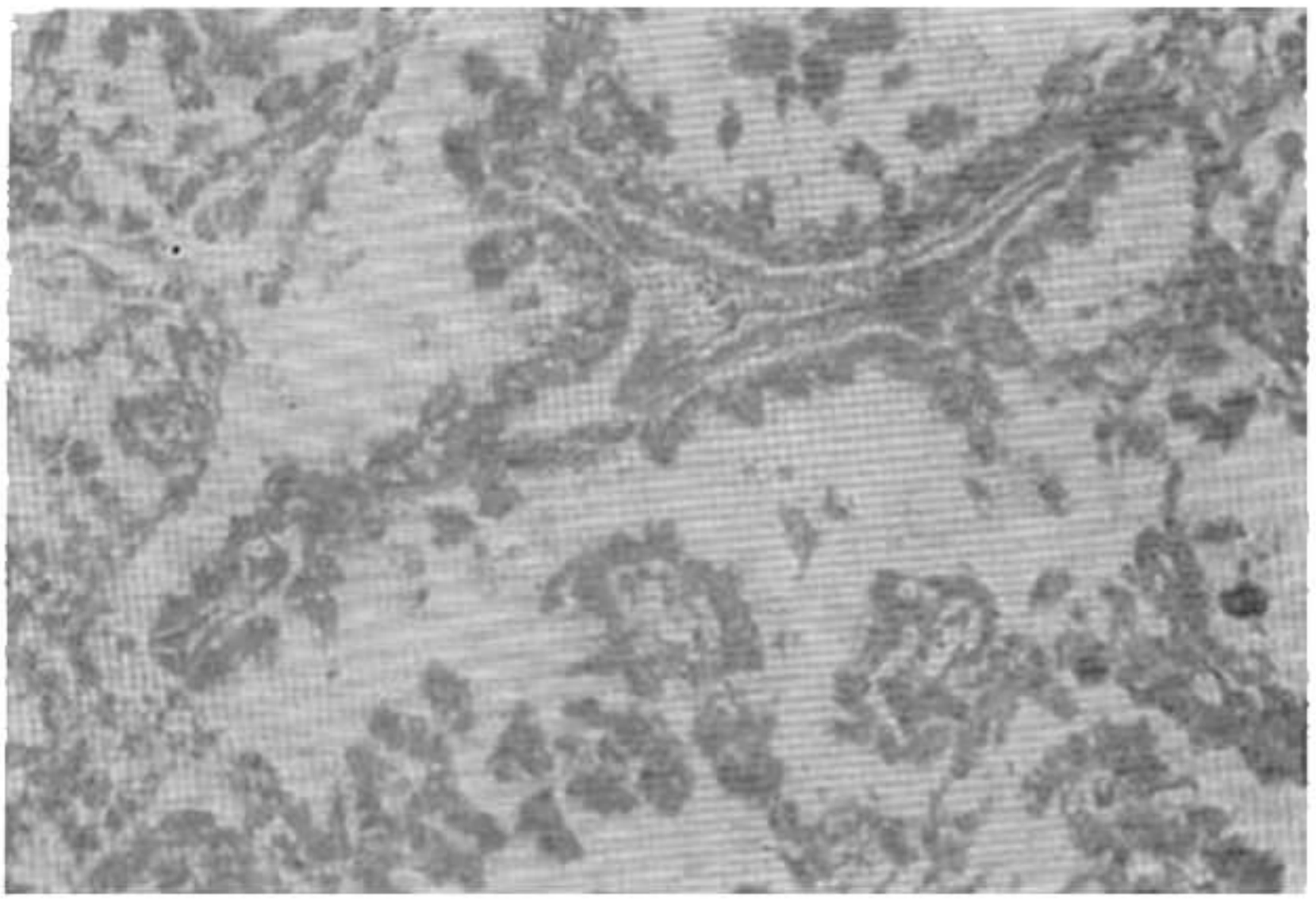


Fig. 4 Carcinoma Mesonéfrico de Ovario. Microscopico.

Para explicar la histogénesis de este tumor y sus localizaciones presentamos estos diagramas.

A) Sistema urogenital es estadio primario del desarrollo fetal.

B) Relaciones del conducto mesonéfrico antes de su degeneración a los lados del canal.

Utero-Vaginal (ambos sexos).

C) Areas de remanente degenerados del conducto mesonéfrico.

Generalmente la sintomatología es de tumor o masa palpable en la pelvis (localización ovárica) o sangramiento vaginal (localización en cuello o vagina).

Los exámenes de laboratorio tienen valor diagnóstico pobre. los frotis o cultivos de secreción vaginal lleva a diagnósticos errados.

En algunos casos se encuentra la sedimentación globular elevada en aquellos casos que no han recibido tratamiento previo a la llegada al hospital.

Variados tipos de tratamientos han sido utilizados desde la histerectomia tipo Wertheim hasta la excisión solo del tumor e inclusive excenteración pélvica con radioterapia post-operatoria, añadiendo el uso de quimioterapia con combinación de drogas (Actinomicina D, Vincristina Adriamicina y Ciclofosfamida).

Sin embargo la mortalidad es alta y sobreviven menos del 50% de los pacientes pediátricos.

Nosotros creemos que un buen examen abdominal a todo niño evita que cuando las masas aparecen o se hacen aparentes, el proceso neoplásico ya ha avanzado en la mayoria de los casos.

Un buen examen vaginal y tacto rectal a toda niña con sangramiento vaginal y no tratarlas como cistitis, vaginitis, discracia ovárica o pubertad precóz, es un pre-requisito para mejorar el pronóstico del carcinoma mesonéfrico del cuello en la niña.

**RESUMEN**

Se presentan dos casos clinicos de carcinomas mesonéfrico en la edad pediátrica, uno en ovario y otro en cuello uterino.

Por su rareza, se enumeran exámenes y tratamientos que pueden servir para la detección precóz y pronóstico.

**BIBLIOGRAFIA**

1 BRICEÑO IRAGORRI h. y cols. Carcinoma mesonéfrico en una niña. Bol. Soc. Ven. Cir. XXVI: 279-286. Mayo-Junio (125) 1972.

2 FAWCETT, K. and Cols. Mesonephric Carcinomas and Adenocarcinomas of the cervix in children. J. of Ped. 69:104, 1966.

3 HART, WILLIAM and Cols. Mesonephric Adenocarcinoma of the cervix. Cancer 29: 106, 1972.

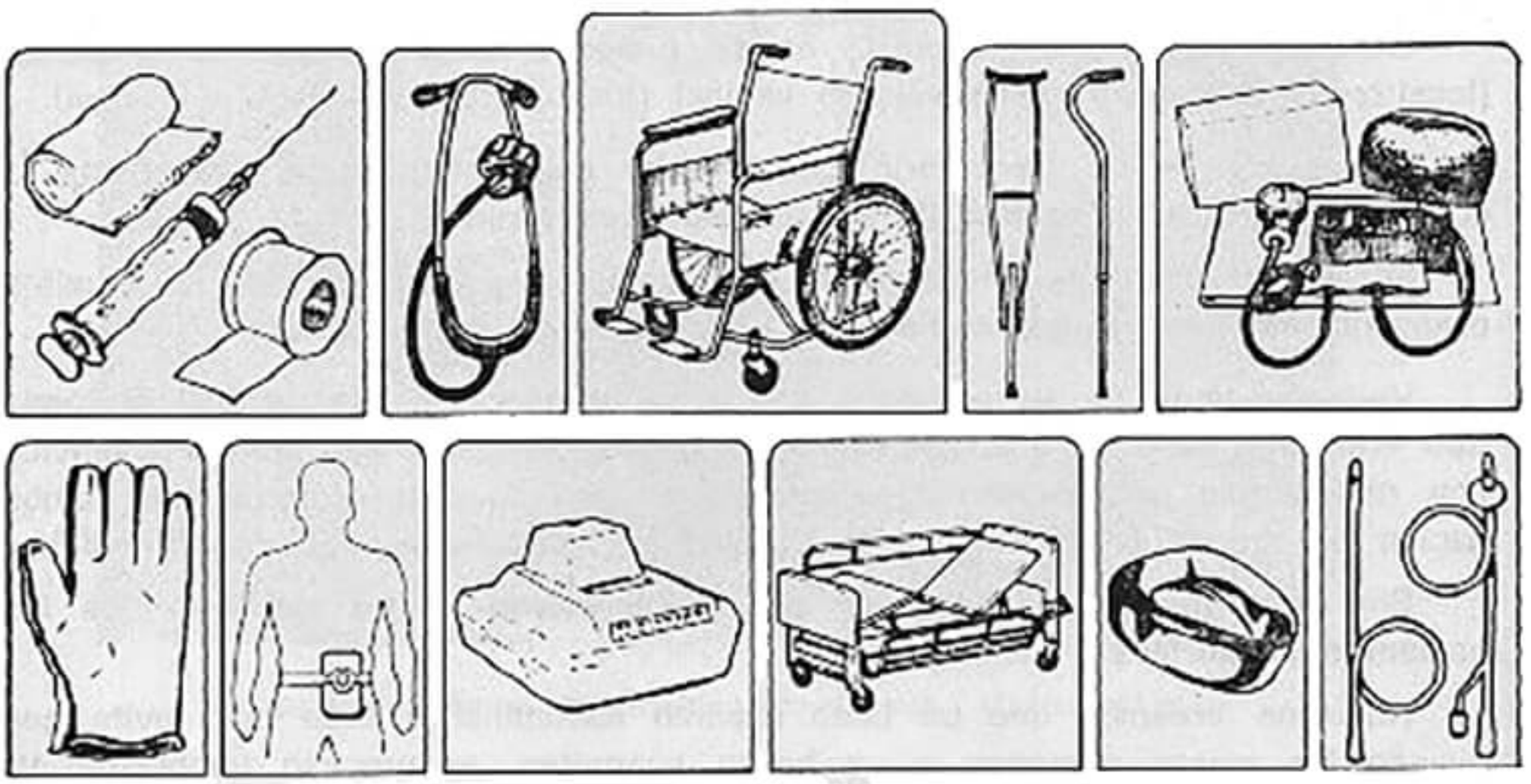
4 MEYER, R. citado por Briceño y Cols. Arch. Path. Anat. 174:270, 1903.

5 VILLA SANTA U. Tumors of Mesonephric origin of the female genital tract. J. Obstet. Gynec. 89:680, 1964.

# DESPREOCUPESE DOCTOR...Y ALIVIE A SU PACIENTE

...De los problemas del tránsito y del tráfico telefónico, un medicamento se obtiene con facilidad en la farmacia, pero ubicar el material y los equipos médicos que requieren Ud. y su paciente, representa un tormento.

En TECNOMED ponemos a su disposición una variedad de 5.000 tipos de artículos de consumo del paciente y un Banco de Datos.



- Algodón.
- Jeringas descartables
- Adhesivos Hipoalérgicos (Micropore / Transpore 1/2, 1, 2 y 3)
- Aplicadores con algodon
- Termometros: a) Orales, b) Rectales, c) Bazales
- Compresas de gasa estéril
- Centros de cama descartables - impermeables
- Bolsas de hielo flexible ( CRIOGEL )
- Vendas elásticas.
- Duchas vaginales descartables y reusables
- Vaporizadores - humidificadores ambientales
- Equipos para enema descartables
- Agujas hipodérmicas reusables y descartables
- Lamparas portátiles ( Ultra-violeta, infrarojo )
- Tensiómetros: a) de mercurio, b) de reloj
- Estetoscopios
- Patos plásticos y de acero inoxidable
- Orinales plásticos y de acero inoxidable
- Baño de asiento
- Asientos inflables

- Sondas
  - A) Foley goma latex esteriles 5 y 30 cc
  - B) Foley de silicone
  - C) Nelaton de goma y descartables esteriles
  - D) Levine de goma y descartables esteriles
  - E) De alimentacion ( FEEDINGTUBES )
  - F) Ureterales
  - G) Endotraqueales con o sin manguito de goma y descartables esteriles
  - H) Para aspiracion
- Guantes, esteriles y no esteriles ( Vinil y goma latex )
- Bolsas de colostomía (todos los tipos)
- Bolsas de urostomía (todos los tipos
- Equipos de veno punción ABBOTT
  - A Venocath
  - B Stylocath
  - C Abbocath
  - D Venotube
  - L PVC
  - F Venaset
  - G Solusel
  - H Hemaset
  - I Puncion Lumbar
- Jeringas TOMMY para alimentar
- Jeringas ASEPTO para lavar sondas
- Cánulas para traqueotomía
- Equipos de oxigeno

## TECNOMED J. Trapp C.A

EQUIPOS MEDICOS

Esq Puente República Nº 142, La Candelaria a una cuadra de la Clinica Razzetti
Teléfonos: 572.8111 (Serial)

**No dude, envíe a su paciente, pregunte cómo le hemos atendido, o pregúntenos Ud. cuando desee adquirir el material médico que requiere para su consultorio**

# TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL ESPASMO HEMIFACIAL "IDIOPATICO" Y SINTOMATICO *

Dr. Abraham Krivoy O. **

## INTRODUCCION

Después de los clásicos trabajos de Gardner y Sava (4) que demostraron la etiología prevalentemente vascular, a nivel del ángulo cerebelo-pontino, de carácter compresivo sobre el VII Par, las intervenciones quirúrgicas en esta patología tomaron auge en cuanto al ataque de la etiología, particularmente con el advenimiento de la microneurocirugia (8-9) y no intervenciones sobre el trayecto del facial de carácter sintomático, o bien seccionándolo parcialmente y suturando cabo a cabo (2-7) o bien dividiendolo y colocando entre sus mitades material plástico en el canal de Falopio, que mantiene su separación. Estas operaciones sintomáticas tenian un porcentaje de recidiva a largo plazo.

Siendo el espasmo hemifacial de carácter benigno en su evolución, solo un reducido grupo de ellos, o bien los muy severos (10) como hemos comunicado antes o los que por razones propias de la profesión o actividades del paciente se requiere un tratamiento radical útil aceptando los riesgos involucrados en la intervención (7).

En este trabajo comunicamos los resultados de 7 casos que fueron tratados solo con infiltraciones periódicas de xilocaina con alcohol, la mayoría de las veces, a nivel del agujero estilomastoideo retroauricular y cambiándolo, algunos casos, con infiltraciones preauriculares, debajo del cigoma.

Magun y Essler (11), mediante estudios electromiográficos trataron de demostrar que el espasmo hemifacial esencial se debe a un daño del aislamiento a nivel de los axones intactos que interactúan encontrándose sincronización de la descarga en los músculos faciales, como si se formaran sipnasis artificiales en el sitio de la irritación.

---

* Trabajo presentado en el V Congreso Panamericano de Neurología. Parque Central 7-12 de Octubre de 1979. Caracas.

** Profesor Titular de Clínica Neuroquirúrgica de la Universidad Central de Venezuela. Jefe Encargado de la Cátedra de Neurocirugía del Hospital Universitario de Venezuela. Jefe de Servicio de Neurocirugía Infantil del Hospital "J. M. de Los Ríos" y Neurocirujano del Centro Médico de Caracas. M.T.S.V.N.C., F.A.C.S.

En los casos de Dandy (5) en relación a neuralgia del trigémino combinada o nó con espasmos hemifaciales, los hallazgos etiológicos son similares y se deduce que en ambos actúan los mismos mecanismos.

Es interesante observar que 11 casos de la serie de Dandy (5) y Gardner (4) presentaban ambas patologías simultáneas: neuralgias del trigémino y espasmo hemifacial con la misma etiología.

Esta patología suele ocurrir predominantemente en sexo femenino, adultos y se han descrito remisiones espontáneas sin alteración de las funciones del nervio.

Los jalones históricos del establecimiento de la etiología de los espasmos hemifaciales esenciales puede establecerse así: Campbel y Keedy en 1947 (1), entrenado el primero con Dandy en dos casos abordó la fosa posterior debido a simultaneidad del espasmo hemifacial y tic doloreux ipsilateral, en ambos casos halló aneurismas cirsoideo de la arteria basilar comprimiendo ambos nervios; en el primer caso, cortó el trigémino y masajeó el facial, el cual quedó paralizado por 4 meses luego de lo cual se recuperó; durante 8 años no hubo recaida. En el segundo caso cortó el trigémino pero no tocó el facial, el cual quedó con su espasmo.

Robert Knighton (3) mostró un aneurisma cirsoideo en un caso de espasmo hemifacial. La revisión de González Revilla de la experiencia de Dandy (5) comunica un caso de espasmo hemifacial con tic doloreux debido a colesteatoma del ángulo. El corte del trigémino y la extirpación del tumor aliviaron ambas manifestaciones. Igual patología halló Austin. (3).

Seis casos más de Gardner (3) de la doble manifestación tenían como etiología una patología única, todos del lado izquierdo: 3 aneurismas cirsoideos. 2 con aneuriema arteriovenoso y uno con colesteatoma.

T A B L A 1

**ETIOLOGIAS DE LOS ESPASMOS HEMIFACIALES**

| |
|---|
| Infecciones óticas |
| Arcos vasculares compresivos |
| Tumores: colesteatomas, aneurismas |
| Enfermedades óseas: Paget |
| Ancurismas cirsoideos |
| Impresión basilar |
| Post-Bell |

**MATERIAL Y METODO:**

Una vez realizado el estudio clínico del paciente y descartado cualquier masa progresiva en el ángulo ponto-cerebeloso o en cualquier parte del trayecto

del facial (radiologia del peñasco. tomografia computada. pruebas otologicas). Se infiltra percutaneamente el nervio facial a nivel de la emergencia del agujero estilo mastoideo, retroauricularmente a medio centimetro por debajo del vértice formado por el ángulo cuya rama anterior es el borde posterior del maxilar por delante y el borde anterior de la mastoides por detrás.

A un centimetro de profundidad se inyecta 2 cc. de xilocaina al 2% y se observa dos minutos o antes si produjo paresia o parálisis facial. De no haber respuesta, se adelantan dos veces más medio centimetro en profundidad y en cada avance, 0,5 cc. de xilocaina se introducen. Cuando se produce la parálisis en cualquiera de los pasos de profundización de la aguja se toma 0.75 cc. de alcohol absoluto con 2 cc. de xilocaina al 2% adicional, se inyecta y se retira la aguja. Generalmente queda una parálisis facial periférica total, otras veces, lo es a predominio de la rama inferior o superior.

La mayoría de las veces dicha parálisis regresa entre 2 horas y tres dias.

Una segunda o tercera inyección a intervalos semanales se practica en la misma forma. En algunas circunstancias cuando no se ha obtenido ninguna respuesta en la localización retromastoidea, en la misma sesión se usa la misma técnica delante del conducto auditivo interno inmediatamente por debajo del cigoma. En algunas circunstancias se alternan la región preauricular y la retro-auricular para la inyección.

He aquí nuestros casos:

Se revisaron 14 casos de pacientes con diagnóstico de espasmo hemifacial, 13 de los cuales correspondieron a la consulta privada y uno, el más rebelde de todos, que ameritó hospitalización y tratamiento quirúrgico. La distribución por edad puede observarse en la tabla 2 igual que la de sexo.

T A B L A 2

**EDAD Y SEXO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Primera década | 1 caso | Masculinos | 4 casos |
| Segunda década | 2 casos | Femeninos | 10 casos |
| Tercera década | 0 | | |
| Cuarta década | 2 casos | | |
| Quinta década | 3 casos | | |
| Sexta década | 3 casos | | |
| Séptima década | 3 casos | | |
| Total de casos | 14 | | |

Obsérvese que la mayoría de los casos se encuentran entre la cuarta y séptima década (11 casos), prevaleciendo los femeninos.



Fig. 1 Espasmo hemifacial izquierdo severo, de 20 años de evolución. Dicho paciente fue infiltrado 28 veces con acalmia de meses.

En la tabla 3 puede observarse lo concerniente a lateralidad y tiempo de evolución.

TABLA 3

**LATERALIDAD Y TIEMPO DE EVOLUCION**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lado derecho | 3 casos | Horas a 6 meses | 8 casos |
| Lado izquierdo | 9 casos | 7 meses a 24 meses | 2 casos |
| Bilateral | 2 casos | 25 meses a 36 meses | 2 casos |
| | | más de 3 años | 2 casos |

Como se observa en dicha tabla, existe un franco predominio del lado izquierdo, 9 casos, y llama la atención que dos casos presentaban el espasmo bilateralmente.



Fig. 2 El mismo caso de la fig. 1 con parálisis facial periférica total izquierda post inyección de alcohol y anestésico local. Nótese que la severidad del espasmo deja los surcos frontales y surcos nasogenianos izquierdos intactos sin borrarse, como suele ocurrir en otros casos. Dicha parálisis se recuperó 4 horas después aún cuando dicha recuperación es variable.

El tiempo de evolución varió entre horas y 6 meses, la mayoría y 2 casos con tiempo de evolución mayor de 20 años.

El caso de menor tiempo de evolución, 24 horas, así como el de menor edad apareció después de recibir un gran susto al ver salir a su padre de pabellón.

En la tabla 4 de antecedentes y enfermedad actual llama la atención el presunto desencadenante psicógeno en 3 de ellos donde hay 2 jóvenes de 7 y 10 años y un adulto.

TABLA 4

**ANTECEDENTES Y ENFERMEDAD ACTUAL**

| | | |
|---|---|---|
| Aparición del espasmo después de intervención de hernia: | 1 | caso |
| Aparición del espasmo después en relación a desencadenante psicógeno: | 3 | casos |
| Aparición del espasmo después de otitis purulenta: | 1 | caso |
| Aparición del espasmo después de Bell: | 1 | caso |
| Aparición del espasmo después de A. C. V. del tallo: | 1 | caso |
| Aparición del espasmo después de una encefalitis: | 1 | caso |
| Aparición del espasmo y antecedentes de hipertensión arterial: | 5 | casos |
| No determinados | 2 | casos |

Los otros antecedentes relativos a la aparición del espasmo parecen tener relación con su etiología como lo son la otitis purulenta en accidente cerebro vascular de protuberancia con parálisis facial completa en su instalación y ulterior hemiespasmo. Una encefalitis con toque de varios pares craneanos del ángulo pontocerebeloso, incluyendo al facial que, en su recuperación de la parálisis dió paso al hemiespasmo. El espasmo post-Bell fue tan severo, que se duda si realmente la secuencia de los acontecimientos fue así, o que después de la parálisis de Bell con recuperación aparente total, no se instaló un mal llamado espasmo esencial y que ameritó terapéutica quirúrgica.

La hipertensión arterial pudiera estar en relación o no con los famosos "loops" o arcos vasculares compresivos del VII par en el ángulo pontocerebeloso.

TABLA 5

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

| | | |
|---|---|---|
| EMG: | 4 casos | 1 patológico |
| EEG: | 5 casos | 2 patológicos |
| Rx de cráneo: | 4 casos | todos normales |
| LCR: | 2 casos | 1 patológico |
| TAC: | 1 caso | normal |

Los exámenes complementarios practicados en escaso número están en relación con la clínica integral del cuadro. Así de los 5 EEG, 2 resultaron patológicos, el primero en relación al A. C. V. descrito como focal isquémico de tallo y el otro en relación al caso de encefalitis, descrito como cambios bitemporales.

Los EMG, excepto 1 describian las potenciales agrupados de los espasmos de amplitud normal no existían otros hallazgos. El caso de excepción fue lesión moderada del facial, en relación probablemente a infiltraciones previas. La radio de cráneo y la tomografia axial computada cerebral (TAC) no mostraron alteraciones, particularmente en las regiones de los peñascos.

T A B L A 6

**TRATAMIENTO**

| No. de Casos | No. de Infiltraciones | No. de Casos | Resultado | Seguimiento |
|---|---|---|---|---|
| **INFILTRACIONES** | | | | |
| 7 casos | 2 | 3 casos | Satisfac. | 7 meses |
| | 5 | 1 caso | Satisfac. | 14 años |
| | 9 | 1 caso | Fracaso Int. | 14 años |
| | 28 | 1 caso | Satisfac. acalmias | 9 meses |
| | 60 | 1 caso | Satisfac. | 14 años |
| **NO INFILTRACIONES** | | | | |
| Sedantes | | 7 casos | Se desconoce | |
| (Fenotiacinas, Benzodiazepinas, Difenilhidantoinas) | | | | |

Como puede observarse en la tabla 6, 7 casos fueron infiltrados periodicamente con Xilocaina o Novocaína al 2% y alcohol 0,2 a 0,5 por vez.

Tres casos requirieron 2 infiltraciones separadas por una o pocas semanas con provocación de la parálisis facial periférica que intentábamos fijar con la alcoholización. Su seguimiento de 7 meses fue satisfactorio, 1 caso bilateral requirió una semanal por lado y desde 1972 después de 5 infiltraciones, no recayó, hasta su último control en este mismo año de 1979.

Los componentes psicógenos de este caso eran evidentes por su entorno familiar.

La paciente que requirió 9 infiltraciones, fracasaron de inmediato sin ningún alivio y la severidad de sus contracciones como puede observarse en la foto No. 3 obligó a proponerle la intervención que aceptó gustosamente. Se practicó una craniectomía de fosa posterior para la búsqueda de una presunta compresión vascular del facial que no se halló, motivo por el cual se masajeó dicho facial, produciéndose una parálisis facial total que se recuperó a las 8 semanas del post-operatorio ad integrum y una hipoacusia que hasta hoy persiste.



Fig. 3 Nótese la severidad de la retracción de la comisura labial derecha y en esta foto como la anterior queda la paresia discreta post-Bell del orbicular de los párpados. La intensidad y frecuencia de la contractura obligó a la paciente a aceptar cualquier riesgo quirúrgico a pesar de cardiopatía isquémica.

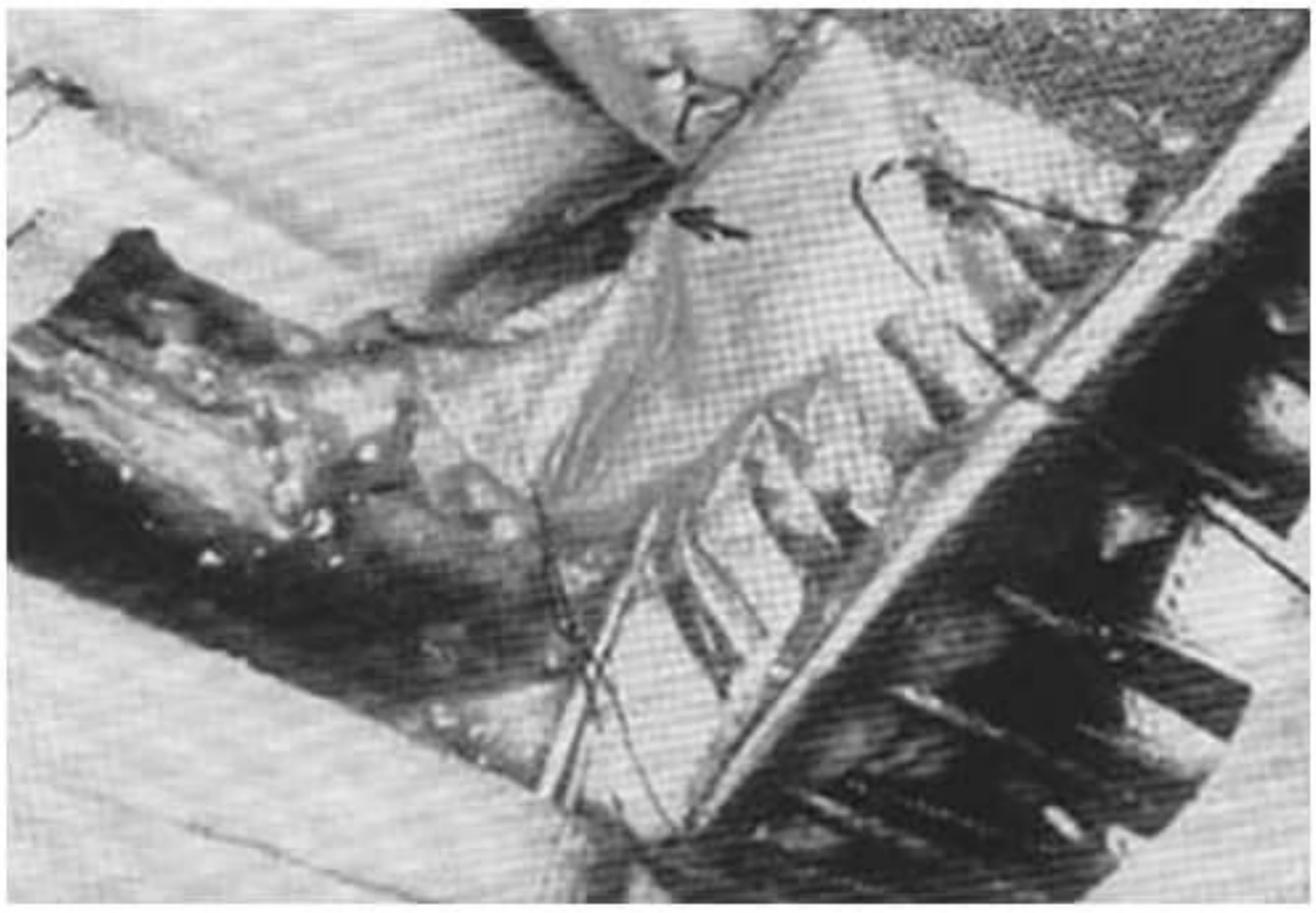


Fig. 4 La exploración del ángulo pontocerebeloso en posición acostada no mostró ningún tipo de patología. Se observa en la foto, los nervios saliendo del tallo (IX-X) y el más alto el grupo que corresponde a los que transitan por el acueducto auditivo interno derecho. (Flecha).



Fig. 5 La parálisis facial periférica post-operatoria desapareció totalmente a las 8 semanas y 14 años de seguimiento del paciente no ha tenido manifestaciones de recidiva. La hipoacusia permaneció inalterable.

Este año de 1979 fue re-evaluada dicha paciente, 14 años después de la intervención, sin recidiva del espasmo.

El paciente que requirió 60 infiltraciones semanalmente, una con Impletol que producía mejoría pasajera hasta que se decidió alcoholizarlo el 18-8-66 produciéndose una parálisis facial total que duró cinco meses. Hubo una discreta recaída 11 meses después, se infiltró y desde entonces hasta 1979 no ha presentado recaída.

Exceptuando este último caso, la mayoría de las parálisis faciales producidas por la alcoholización se solían recuperar entre 30 minutos y 72 horas, sin recidiva del espasmo, exceptuando el caso quirúrgico y otros más que sí lo hicieron.

**DISCUSION:**

Es necesario establecer la diferencia entre el espasmo hemifacial mal llamado esencial y el post-paralítico atribuido a una regeneración viciosa del nervio, es decir, fascículos que debian finalizar en el orbicular de los párpados terminan en la comisura bucal de modo que al cerrar los ojos se levanta la comisura bucal o el cutáneo del cuello o se mueve la oreja, etc. (12).

Estas diferencias pueden observarse en la tabla VII.

T A B L A 7

**ESPASMO HEMIFACIAL**

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

| | ESENCIAL | POST-PARALITICO |
|---|---|---|
| **ANTECEDENTES:** | Inexistentes | |
| **ETIOLOGIA:** | Presiones Vasculares del VII PAR en ángulo ponto-cerebeloso o tumores. | **INERVACION ERRONEA:** Haces de comisura bucal llegan al orbicular de los ojos y viceversa. |
| **FUERZA MUSCULAR:** | Conservada | Disminución variable en facial afectado. |
| **CESE DE MIMICA VOLUNTARIA:** No influye en el espasmo. | | Cesa el hemiespasmo. |
| **ESPASMO EN EL DORMIR:** | Persiste | Cesa |
| **CARACTER:** | Clónico | Tónico |
| **E.M.G.** | Normal | Déficit Post-Bell: Variable. |

**CONCLUSION:**

Dado a la facilidad con que los mal llamados espasmos hemifaciales responden al tratamiento de infiltraciones únicas o repetidas de novocaina y alcohol, en nuestra pequeña serie, solo hemos tenido necesidad de someter un solo caso severo y clasificado como post-paralítico a la intervención quirúrgica con éxito consistente durante 14 años.

**RESUMEN:**

Se presentan 14 casos de espasmo hemifacial mal llamados esencial y algunos otros sintomáticos, siete fueron, excepto uno, tratados exitosamente con infiltraciones de anestésico y alcohol.

Se mencionan 2 casos a predominio inferior bilateral con componentes psiquiátricos importantes con curación de uno, y fracaso del segundo.

**SUMMARY:**

Seven cases of hemifacial spasms treated with local anesthesia and alcohol infiltration were presented. Two bilateral spasm with evident psychiatric components were included. The conservative treatment was recommended as first choice.

**BIBLIOGRAFIA**

1 CAMPBELL, E. H., and DEEDY, C. Hemifacial Spasm. A note on the etiology in two cases. J. 4:342-347, 1947.

2 CAWTHORNE, T. Clonil. Facial Spasm. Arch. Otolaryngology. (18) 5:504-505. 1960.

3 GARDNER, J. W.: Trigemmal Neuralgia. Clinical Neurosurgery. (15) 1-35. The Williams &Wilkus Co. Baltimore 1968.

4 GARDNER, W. J. and Sara, G. A. Hemifacial Spasm a reversible, patho physiologic state. J.

5 GONZALEZ REVILLA, A. Neurinomas of cerebello pontine recess. Clinical study of one hundred and sixty cases including operative mortality and results. Bull. Hopkins hosp., 80:354-296, 197.

6 JANNETTA, P. J. Microvascular Decompression of the facial nerve in treatment of hemifacial spasm in 30 cases. Microneurosurgery. University Park press. Baltimore. pág. 123. 1973.

7 KETTEL, K.: Peripheral facial palsy. Pathology and surgery. Copenhagen. Einar Munksgaard /s 1959.

8 KRIVOY, A. Microneurocirugia. Su aplicación en Neurocirugia Infantil. Boletin del Hospital de Niños J. M. de los Ríos (XV) 1-2:1-16, 1973.

9 KRIVOY, A. Microneurocirugia Rizotomia Transtentorial del trigemino izquierdo. Centro Médico (XI) 42, 67-80, 1972.

10 KRIVOY, A. Espasmo Hemifacial Post-paralitico Severo. Abordaje Quirurgico. VI Jornadas Venezolanas de Neurocirugia. 16-19 Abril, Barquisimeto, 1979.

11 MAGUN, R. and ESSLEN, E. Electromiographia study of reinnervate muscle and of hemifacial spasm. Amer. J. Phys. Med 38:79-86, 1959.

12 SHALTENBRAND, G. Enfermedades del sistema nervioso. Edit. Cientifico-Médica. Barcelona. pág. 332-334. 1957.

SOCIEDAD MEDICO DEL HOSPITAL PRIVADO
BIBLIOTECA
CENTRO MEDICO DE CARACAS

Venca Manufacturas

# FABRICA DE LENCERIA Y UNIFORMES

# TODO PARA CLINICAS Y HOSPITALES

## EQUIPO DE QUIROFANO

Batas cirujano - Pijama cirujano -Pijama instrumentista - Sábanas cerradas Sábanas abiertas - Campos cerrados y abiertos - Botas cirujano - Gorros y tapabocas - Guanteras - Fundas de Mayo - Lencería hospitalización



MODELO 418
Telas: Poliestar
Colores: Blanco, azul, beig



MODELO 528
Telas: Poliester
Colores: Blanco, azul, verde
Manga: Larga y corta
(Bata y conjunto)

- Ya no es necesario comprar batas importadas.
- ¡Cuidado con los artículos de dudosa procedencia!
- En Venezuela se producen telas de buena calidad.
- Nosotros le aseguramos la mejor confección.
- Nuestras modelistas trabajan incansablemente, para satisfacer los gustos más exigentes.
- Patriotismo es sinónimo de desarrollo, grandeza e independencia de un país.
- Compra venezolano y harás Patria.

EN EL CENTRO:
Pelo el Ojo a Peligro
Edif. Golden
Telfs.: 572.78.13 - 572.47.54

EN EL ESTE:
Centro Av Libertador
Av. Libertador, Esq. Negrín
La Florida - Telf. 72.35.56

NUEVO EXPANSOR DE CANALES

# A C A

El Laboratorio del Centro Médico de Caracas

Ofrece ahora nuevas Pruebas de Química Sanguínea

— FENOTEINA

— FENOBARBITAL

— PRIMIDONA

— CARBAMAZEPINA

— BILIRRUBINA NEONATAL

— CREATINA KINASA

aca
DUPONT AUTOMATIC
CLINICAL ANALYZER

## DUPONT DE VENEZUELA C. A.

Edif. Los Frailes — Calle La Guairita — Chuao, Caracas

Apartado de Correos 61582 — Teléfono 92.60.22

# DOTACION MEDICA

COMPAÑIA ANONIMA

INSTRUMENTAL MEDICO QUIRURGICO - RAYOS X - REACTIVOS - MOBILIARIO CLINICO - PRODUCTOS DE LABORATORIO - MATERIAL DESCARTABLE

Av. Cagigal, Residencias Danubio - San Bernardino, Caracas

TELEFONO: 52.13.66 (serial)

Ofrecemos a los Señores Médicos y Anestesiologos

los prestigiosos Productos de nuestra Representada Exclusiva

L A  F I R M A

## K. TAKAOKA de Brasil

## A P A R A T O S  D E  A N E S T E S I A



# La Coordinadora

SOCIEDAD DE CORRETAJE DE SEGUROS

gerencia general y servicios técnicos

Por favor, tomen nota de nuestro

## NUEVO TELEFONO
## 83.66.33 (serial)

nunca está ocupado

La Coordinadora
SOCIEDAD DE CORRETAJE DE SEGUROS

Oficina Principal
Jesuitas a Tienda Honda, Edif. Avila, 5° Piso
Coble Radio - Telegrama Cordinaca
Telex: 21600 - Aptdo. Postal: 2231 -

Santa Capilla a Mijares,,
Edif. San Mauricio. Caracas.

# REVISION BIBLIOGRAFICA

## M E D I C I N A

**Dr. Armando Pérez-Monteverde S.**

ENFERMEDAD METABOLICA DEL HUESO EN PACIENTES QUE RECIBEN NUTRICION PARENTERAL TOTAL POR LARGO TIEMPO. M. Shike, J. Harrison, W. Sturtridge, C. Tam P. Bobechko, G. Jones, T. Murray, K. Jeejeebhoy: Annals Int. Med. 92:343 350, 1980.

Hemos investigado prospectivamente el metabolismo del calcio y hueso en 16 pacientes que reciben Nutrición Parenteral total por periodos de 7 a 89 meses. En 12 pacientes las biopsias de hueso a los 6 y 79 meses de haberse iniciado el tratamiento, mostraron Osteomalacia. Los niveles plasmáticos de 25 Hidroxivitamina D fueron normales en todos los pacientes. 7 pacientes desarrollaron hipercalcemia y 10 tuvieron hipercalciuria con el balance negativo de calcio. El fósforo sérico fue normal y los niveles de Paratohormona normales o disminuidos. A 3 pacientes con la forma más severa de la enfermedad se le descontinuó la vitamina D de las soluciones. El calcio urinario disminuyó subsiguientemente y el calcio sérico regresó a la normalidad. 2 personas revirtieron su balance de calcio a positivo. Asi pues, los pacientes que reciben alimentación parenteral total pueden desarrollar enfermedad metabolica del hueso caracterizada por Osteomalacia, hipercalcemia, hipercalciuria y balance del calcio negativo. Esto puede ser causado por mineralización defectuosa y por aumento en la reabsorción ósea inducida por vitamina D, sus metabolitos o algún otro factor aún desconocido.

MONITORFO DEL CONTROL METABOLICO EN DIABETICOS AMBULATORIOS CON HEMOGLOBINA GLICOSILATADA. G. Boden, R. Master, S. Gordon, C. Shuman, O. Owen. Annals Int. Med. 92:357-360, 1980.

La utilidad de Hemoglobina A como un monitor del control metabolico fue estudiada en 15 diabéticos ambulatorios durante periodos de estabilidad, deterioro y mejoría en el control de los mismos. Se obtuvo una concentración media de HgbA y glicemia durante un periodo de control estable de 3 meses, obteniéndose valores de 12,6% ± y 120 = 8 mg/dl, respectivamente. 1 Semana después de descontinuar tratamiento con hipoglucemiantes orales la glicemia subió a 172 ± 23 mg/dl y HgbA subió a 14,1% ± 0,7% (D < 0 025). Reinicio de la terapia resultó en una disminución significativa en la HgbA (de 15.3% = 0,8% a 14.1% = 0,9%, P < 0,025) ocurrió 2 semanas después.

Los hallazgos muestran que la rata de formación de HgbA es considerablemente más rápida que la rata de desaparición. Así pues la HgbA va a reflejar desproporcionadamente los episodios recientes de control inadecuado. Concluimos que la HgbA, es útil para Monitorear a pacientes diabéticos ambulatorios durante períodos de estabilidad y de deterioro rápido en el control pero no es de ayuda para detectar las mejorias metabolicas rápidas.

ESTUDIO DOBLE CIEGO COMPARATIVO ENTRE LA NEFROTOXICIDAD Y LA TOXICIDAD AUDITIVA DE GENTAMICINA Y TOBRAMICINA. C. Smith, J. Lipsky, D. Laskin. D. Hellmann, D. Mellits, V. Lorgtroth, P. Lietman. New Eng J. Med 309-1106-9, 1980.

258 pacientes en sospecha de Sepsis fueron tratados con Tobramicina o Gentamicina en un estudio prospectivo y doble ciego. 146 pacientes recibieron 9 o más dosis, se les determinó creatinina sérica seriada y fueron evaluados para Nefrotoxicidad; 91 colaboraron en la Audiometría y fueron evaluados para Ototoxicidad. Se presentó Ototoxicidad en 5 de 47 (10%) que recibieron Gentamicina y 5 de 44 (11%) que recibieron Tobramicina.

Desarrollaron Nefrotoxicidad 19 de 72 (26%) que recibieron Gentamicina y 9 de 74 (12%) que recibieron Tobramicina ($P \leq 0{,}025$). La severidad de la Nefrotoxicidad no fue diferente. El aumento de creatinina fue de una media de 1.3 mg por 100 ml (114,9 umol por litro) en ambos grupos. Ambos grupos en Gentamicina y Tobramicina tenian una edad media similar y similares dosis totales, nivel sérico de Aminoglicósido y duración del tratamiento. Concluimos que la Tobramicina causa Nefrotoxicidad menos frecuente que la Gentamicina.

INSUFICIENCIA CORONARIA AGUDA. OCLUSION CORONARIA DESPUES DE EPISODIOS ISQUEMICOS INTERMITENTES. W. Neill, T. Wharton, J. Flurl-Lundeen, I. Cohen. N. Engl J. Med. 302:1157-62, 1980.

Usamos Angiografia coronaria en un estudio prospectivo de la circulación coronaria en pacientes con insuficiencia aguda. Cambios reversibles del ST-T durante el episodio agudo correspondieron anatomicamente con arterias coronarias estenosadas severamente (80 a 95% de Estenosis).

Angiogramas repetidos 4 meses más tarde mostraron oclusiones completas nuevas en 9 de 30 arterias ocluidas severamente. 8 de las nuevas oclusiones ocurrieron en arterias estrechadas severamente correlacionadas previamente con cambios del ST-T. 6 pacientes tuvieron infarto al miocardio, 5 de los cuales correspondieron con el lugar de la nueva oclusión. Estos resultados nos muestran evidencia indirecta de que el sindrome de insuficiencia coronaria aguda representa comunmente una oclusión intermitente de las arterias coronarias y un riesgo para una nueva oclusión permanente de la misma arteria. Infarto al miocardio en estos pacientes ocurrió como complicación de la nueva oclusión.

**Dr. Eduardo Souchón**

ESTERNOTOMIAS INFECTADAS. TRATAMIENTO CON PEDICULOS MUSCULARES. Jurkiewicz M. J., Bostwick J., Hester T. R., Bishop J. B., Craver J. Ann. of Surg. 1980; 191:738.

Se presenta la experiencia de la Universidad de Emory con Esternotomías infectadas después de operaciones cardiovasculares.

Se menciona el tratamiento de rutina para estos casos, el cual es irrigación continua con soluciones diluidas de Neomicina y Yodopolivinilpirrolidona, además de antibióticos sistémicos.

De 3.239 pacientes a los cuales se les practicó una esternotomia mediana durante los años 1975-78 se infectaron 50 (1,54%). De estos pacientes 22 respondieron a drenaje de la herida, de los 28 restantes 25 fueron tratados con irrigación continua de agentes antimicrobianos y en este grupo 14 no respondieron al tratamiento.

En este grupo de 14 pacientes se utilizó rotación de injerto pediculado muscular de Pectoral mayor, también se puede usar pediculos de Recto anterior del abdomen o de Epiplón mayor. De este grupo, nueve pacientes fueron recuperados con éxito.

Se recomienda este procedimiento para rescatar pacientes que no responden a tratamiento convencional.

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DEL ESOFAGO. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN 2.400 PACIENTES. Giuli R., Gignoux M.; Ann. of Surg. 1980; 192:44.

Estudio retrospectivo de 2.400 pacientes operados por 22 equipos quirúrgicos europeos cuyos resultados fueron coordinados por los profesores J. L. Lortat-Jacob y P. Maillet, entre los años de 1970 a 1979.

Desde el punto de vista quirúrgico se encontró que en carcinomas del tercio superior hay una sobrevida razonable para este tipo de tumor a pesar de que en más del 50% existen metástasis para el momento de la operación. Para los tumores del tercio medio y tercio inferior se vio mejor sobrevida si las resecciones se llevaban hasta el cuello y por encima del arco aortico respectivamente con reemplazo intratoraccico de colon.

Las complicaciones más frecuentes fueron las fístulas, cuya mortalidad mejoró dependiendo del momento de aparición en el período post-operatorio, 93% en las que aparecieron antes del cuarto día a 41% en las que aparecieron después del décimo día.

Radioterapia pre-operatoria en general no parece mejorar el pronóstico ni la resectabilidad, así como tampoco parece reducir el número de ganglios linfáticos invadidos para el momento de la resección.

Las resecciones consideradas como paliativas fueron de gran valor para mejorar las condiciones del paciente.

La sobrevida promedio en 5 años fue de 12%.

# CAFETERIA Y FUENTE DE SODA
# DEL HOSPITAL PRIVADO
# C E N T R O  M E D I C O  D E  C A R A C A S

Abierto desde las 7 a. m. hasta las 11 p. m.
todos los días
inclusive Sábados, Domingos y Feriados

**T E L E F O N O S:**

**52.09.19 (Directo) y 52.22.22 - Extensión 156**

**Llamadas desde Consultorios Ext. 7230**

**Llamadas desde Habitaciones Ext. 230**

**Contratista Responsable:**

**H E R M A N N  P E R G E R**

# Di-Gráfica GOMEZ

- REVISTAS · LIBROS · FOLLETOS
- IMPRESOS EN GENERAL
- PRUEBAS DE TEXTO PARA OFFSET
- COMPOSICION DE LINOTIPO

**Canónigos a Esperanza, Local 4**
**Teléfono: 561.6799 — Caracas**