

centro médico

ORGANO DE LA SOCIEDAD MEDICA DEL HOSPITAL PRIVADO
" CENTRO MEDICO DE CARACAS "

ISSN 1010 - 7290

DEPOSITO LEGAL pp 195402 DF 703



1



VOLUMEN 46

MAYO 2001

centro médico

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

Esta revista sustituyó al anterior Organó Científico Divulgativo de la Sociedad Médica del Hospital Centro Médico de Caracas que se tituló Publicaciones del Centro Médico de Caracas y de la cual se publicaron 18 números hasta junio de 1963.

VOLUMEN 46 N° 1

CUERPO DIRECTIVO

Director-Editor

Dr. Federico Fernández Palazzi

Director-Editor Adjunto

Dr. César Pru

Comité de Redacción

Dr. Oscar Agüero

Dr. Salvador Rivas

Dr. Pedro Andrade

Dr. Jon Barriola

Dr. Carlos Cuervo

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA

Presidente

Dr. Vicente Lecuna

Vice-Presidente

Dr. Claudio Urosa

Secretario

Dr. Krikor Postalian

Tesorero

Dr. José Francisco Ochoa

Vocal

Dr. Douglas Cedeño

Centro Médico de Caracas

Plaza El Estanque, San Bernardino, Caracas.

Tefs.: 555.91.11 - Ext. 190 • Directo y Fax: 576.72.61

Frecuencia de reparto y canje

Se publica cada seis meses: Mayo y Noviembre de cada año. Se reparte gratuitamente. Solicitamos canje con todas las revistas o publicaciones periódicas de Ciencias Médicas, cualquiera que sea el idioma en que estén impresas.

Diseño gráfico: María Luisa Narbona

Impresión: corporación prag, c.a.

Mayo 2001

SUMARIO

EDITORIAL	7
TRABAJO DE OPINION	
Alternativas no quirúrgicas en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (o anatómica) en la mujer	8
Dr. Julio C. Potenziani B.	
TRABAJOS ORIGINALES	
Síndrome del niño maltratado. ¿Cómo reconocerlo? . 19	
Dra. Verónica Bertone, Víctor Vilela	
Dr. Jorge Montes, Dr. Eduardo M. Fernández,	
Dr. Mario A. Juanto, Dr. Miled Mafhud,	
Dra. Nidia N. Campora, Dra. Cristina Van Kemenade	
Hernias inguinales en pediatría.	
Exploración contralateral	22
A. Gordil, J. L. Gonzalez, E. Salinas,	
E. Bautista, M. Salinas	
Cirugía Artroscópica de Rodilla en Pacientes mayores de 60 años de edad	29
Dr. Ruben Jaén Urrutia, Dr. Carlos E. Márquez,	
Dr. Ramón Vallenilla F.	
REVISIONES	
Manejo Médico-versus Manejo Quirúrgico del Trauma Dorso Lumbar	35
Dr. Abraham Krivoy, Dr. Jaime Krivoy,	
Dr. Mauricio Krivoy, Dr. Alejandro Krajewski	
CASOS CLINICOS	
Fibrohistiocitoma maligno de epidídimo	40
Dr. Ali Peñaloza, Dra. Jenny-Ann Benotto,	
Dr. Luis Enrique Cerquone	
Endometriosis extrapélvica de localización inguinal ..	43
Emilio E. Lozano S., Carlos G. Bellorín,	
Jose R. Torrealba	
RECIBIDO POR E-MAIL	46
CARTAS A LA REDACCION	58

centro médico

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE LA REVISTA CENTRO MÉDICO

Información para los autores

La revista Centro Médico se edita dos veces al año (Mayo, Noviembre). Les invitamos a participar en ella mediante la remisión de trabajos clínicos, de laboratorio, socioeconómicos, 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 casos de consentimiento del Director y de la revista original.
2. **Revisiones.**
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 escritos a máquina y a doble espacio en papel tipo carta, con la inclusión de referencias y anexos (cuadros, figuras, 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, simposios, mesas redondas, coloquios, técnicas, métodos de interés clínico, etc.
- 1.2. Cada contribución no debe excederse de 15 páginas, incluyendo las referencias y el resumen. Este último debe constar de un máximo de 100 palabras, incluyendo el método, los 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 autorización a la Dirección de la revista y el autor sufragará el aumento en el costo de la publicación, de acuerdo con las tarifas vigentes. Igual pasará si el trabajo excede de 15 páginas.
- 1.3. La primera página del trabajo debe contener el título, subtítulo (si tiene), autores, cargos que desempeñan los autores, Hospital donde realizó el trabajo y agradecimientos. Si fuese presentado en algún Congreso debe indicarse.
- 1.4. Las referencias deben ser citadas en el texto con números entre paréntesis, en la misma línea de escritura. Al final del artículo, las referencias deben ser señaladas en orden alfabético o por orden de cita en el texto. 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 páginas y año. Las referencias del libro serán: autor(es), título, capítulo, editorial, lugar, año y página 8, 9. Cada cuadro, figura y fotografía debe tener especificado al reverso: título, nombre de autores, del anexo, leyendas y ubicación en el texto.
- 1.5. Las fotografías deberán entregarse en copia, positiva, brillante, en blanco y negro y de carácter nítido. Los dibujos deben ser en tinta negra sobre papel o cartulina blanca. 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 la publicación de las fotos en color, así como los clisés de fotografías y dibujos y las separatas que directamente solicite.

2. Revisiones

- 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 que han demostrado un gran progreso en los últimos cinco años.
- 2.2. Las revisiones deben seguir los mismos parámetros de publicación antes mencionados.

3. Presentación de casos clínicos

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

4. Editoriales

Se aceptarán ensayos de opinión, y tópicos recientes, preferiblemente relacionados con artículos 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, simposio y otros eventos de interés general, así como cartas dirigidas al Comité de Redacción.

- Manuscritos deben dirigirse al:

Dr. Federico Fernández Palazzi
Director revista Centro Médico. Sociedad Médica
Centro Médico de Caracas.
Plaza El Estanque, San Bernardino, Caracas 1010.

Se agradecería acompañar su entrega en un diskette 3.5", en el programa Page Maker, para PC o Mac.

- Los artículos publicados en *Centro Médico* pasan a ser propiedad de la Revista. 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 considerare conveniente, someterá los originales a revisión por especialistas consultantes de nuestra revista.
- El Comité de Redacción hace del conocimiento de los autores que, al entregar un trabajo para su publicación en Centro Médico, se da por sentado que dicho material no ha sido publicado total o parcialmente en otro órgano científico, ni está en consideración para su publicación en otra revista.

Además, se acepta que el material presentado por los autores es original, siendo el autor o autores responsables de dicho artículo. Asimismo, el Comité Editorial se reserva el derecho de modificar los artículos aceptados, para adaptarlos a las normas de publicación.

- La revista Centro Médico está registrada en:
Base de datos LILACS CD/Rom [Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (Brasil)],
Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias Periódicas (México).
- Miembro de ASEREME (Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas).
- Estamos afiliados a:
Asociación Venezolana de Hospitales
American Hospital Association
International Hospital Federation

centro médico

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MÉDICA

Presidente

Dr. Vicente Lecuna

Vice-Presidente

Dr. Claudio Urosa

Secretario

Dr. Krikor Postalian

Tesorero

Dr. José Francisco Ochoa

Vocal

Dr. Douglas Cedeño

MIEMBROS ACTIVOS

Abecasis Salama, Dr. Nissim

Abreu Barreto, Dr. Alejandro

Abreu Earreto de Díaz, Dra. Alice

Acquatella Monserate, Dr. Harry

Acquatella Monserate, Dr. Máxime

Agüero, Dr. Oscar

Aguilar Petit, Dra. Olivia

Akerman, Dra. Margarita

Alonso Trejo, Dr. Raúl

Alvarez Serrano, Dr. Emilio

Andrade Páez, Dr. Pedro

Aranaga García, Dra. Nayesca Beatriz

Arellano Herrera, Dr. Samuel

Arends de Pérez, Dra. Anabel

Arévalo Lizarraga, Dr. Gaston

Arreaza Colizza, Dr. Néstor

Aure Tuiene, Dr. Cesar

Aure Tulene, Dra. Mercedes

Avila Vivas, Dr. Juan José

Ayala Corao, Dr. Bernardo

Bacalao Romer, Dr. Román

Bacci Isaza, Dr. Santiago José

Baiz Stolk, Dr. Carlos

Balda Carrozo, Dr. Germán

Baltar Iglesia, Dr. Juan Antonio

Baptista Jardin, Dr. Peter

Baquero Aristeguieta, Dr. Gustavo

Baralt Van Beelen, Dr. Tulio

Barba Flores, Dr. Jorge

Barreto Brandt, Dr. Ramón

Barriola Damborenea, Dr. Jon Ander

Benítez Gómez, Dr. José

Becker Kohn, Dr. Bernardo

Bellorin, Dr. Luis

Benhamú Belilty, Dr. Miguel Angel

Berroterán García, Dra. Olga

Besso Menahem, Dr. José

Bibbo, Dr. Salvatore

Bilbao Corta, Dr. Joseba

Blanco León, Dr. Jorge

Blondet Serfaty, Dr. José Alberto

Bonilla Zamora, Dr. Rodrigo

Borregales, Dr. Leonardo

Bóveda Zaldua, Dr. Juan José

Brandt Graterol, Dr. Francisco

Brandt Pacheco, Dr. Francisco

Brito Arreaza, Dr. Edgar

Brito Arreaza, Dr. Víctor

Burger Begus, Dr. Bruno Martin

Burmicky Pirtosek, Dr. Matías

Caballero Fonseca, Dr. Fernán

Calatrava, Dr. Alonso

Calatrava Pajares, Dr. Fernando

Calvet, Dra. Ana María

Capriles Hullet, Dr. Arnaldo

Cárdenas Conde, Dr. Leopoldo

Carvalho Alvarez, Dr. Pedro Ignacio

Casas Vásquez, Dra. Lillian

Castañon Rodríguez, Dr. Andrés

Castellanos de Orlando, Dra. Mónica

Castillo Guevara, Dr. Rafael

Cedeño Hemández, Dr. Douglas Alexis

Cifuentes Spinetti, Dr. Bernardo

Ciobataru Moraru, Dra. Silica

Cirac Contreras, Dr. Alberto

Colina Cedeño, Dr. Oscar

Condado Rodriguez, Dr. José Antonio

Cornejo Aquilera, Dra. Silvia Monica

Cova Arria, Dr. Ramón

Cudemus Márquez, Dr. Gaston

Cuervo Sosa, Dr. Carlos

D'Escrivan Guevara Dr. Julio César

Daantje Omaña, Dr. Ashley

Del Reguero, Dr. Antonio

Díaz Pantin, Dr. Carlos

Díaz Pietri, Dr. Gustavo

Díaz Portocarrero, Dr. Jesús

Dona Lares, Dr. Francisco

Dreyer de Piña, Dra. Monica

Egea Guzmán, Dr. Manuel

Emmanuelli Antoni, Dr. Armando

Ermíny Rivas, Dr. Aquiles

Escalona de Arreaza, Dra. Livia

Essenfeld de Sekler, Dra. Eva

Fantes Kerdel, Dr. Francisco

Fernández Palazzi, Dr. Federico

Ferro Machado, Dr. Raúl

Fleury de Bacalao, Dra. Cristina

Fleury Hemsem, Dr. Andrés

Fraga Rodriguez, Dra. Olga

Francisco, Dr. José Manuel

Fuenmayor Vargas, Dr. Jairo

García de Blanco, Dra. Matilde

García Ramos, Dra. Belkis

Garriga García, Dr. Esteban

Garriga Michelena, Dr. Esteban

Gascue, Dra. Ana María

Gil Mendoza, Dr. Armando

Gil Salazar Dr. Eduardo Enrique

Godoyol Rovira, Dr. Juan

Goldstein Ellenbogen, Dr. Carlos

Gómez Rojas, Dr. Manuel

Gómez Valery, Dr. Luis Gonzalo

González Aveledo, Dr. Luis Alfredo

González Bedí, Dr. Marco Antonio

González Serva, Dr. Luis Carmelo

Gordils, Dr. Antonio

Grossman Siegert, Dr. Víctor

Guédez, Dr. Miguel Angel

Guerrero Gil, Dr. José

Guglielmelli Vera, Dr. José Nicolás

Guinand Galdo, Dr. Alberto

Guinand Hernández, Dr. Carlos

Gutiérrez Matos, Dr. Emerson

Gutiérrez Santos, Dr. Armando

Gutiérrez, Dr. Rafael

Guzmán Blanco, Dr. Manuel Alfredo

Guzmán de Fleury, Dra. Mary

Haiek Wulff, Dr. Paul Henry

Herize Vásquez, Dr. Miguel Angel

Hernández Carstens, Dr. Alonso

Hernández de Peña, Dr. María Teresa

centro médico

- Hernández Mantelini, Dr. Pablo
Hidalgo, Dra. Milagros Castro de
Hidalgo, Dr. Ezequiel
Hoffman, Dr. Federico
Hopkins Misle, Dr. Henry
Istúriz Arreaza, Dr. Raúl
Itriago, Dr. Luis José
Iturriaga Casanova, Dr. Enrique
Iturriza Sorondo, Dr. Jesús Eduardo
Izquierdo de Chw., Dra. Elisa
Jacir Salama, Dr. Alfonzo
Jaén Centeno, Dr. Rubén
Jaén Doreste, Dr. Domingo
Jaén Urrutia, Dr. Rubén
Jiménez Castillo, Dr. Carlos José
Kizer, Dr. Saúl
Koelzow Jiménez, Dr. Adolfo
Koury Chidiac, Dr. Pablo
Krivoy Asseo, Dr. Jaime
Krivoy Asseo, Dr. Mauricio
Krivoy O, Dr. Abraham
Krulig Schatten, Dr. Leopoldo
Lairet, Dr. Andrés
Lairet Pérez, Dr. Félix Miguel
Lander Delgado, Dr. Rafael Humberto
Lander González, Dr. Bernardo
Lara Díaz, Dr. José
Lara García, Dr. Rafael Armando
Leamus Escalona, Dr. Luis
Lecuna Torres, Dr. Vicente
Levy Bercowsky, Dr. Alfredo
Levy Gercowsky, Dr. Marcos
Linares Gori, Dr. Jesús
Lizarraga León, Dr. Pedro Rafael
López Dopico, Dr. José Luis
López Nouel, Dr. Roberto
Loreto González, Dr. Francisco
Loyo, Dr. José Gregorio
Lozano Wilson, Dr. José Ramón
Machado Borregales, Dra. Ana Cecilia
Machado Urdaneta, Dr. José Octavio
Manrique, Dr. Jesús Felipe
Manzo Atencio, Dr. Augusto
Márquez Berti, Dr. Enrique
Márquez Delgado, Dr. David José
Márquez González, Dr. Carlos Eduardo
Márquez Reverón, Dr. Armando
Márquez Añez, Dr. Francisco Javier
Martelo de Florik, Dra. María de Pilar
Martinelli Onderka, Dr. Antonio
Martínez de Guglielmelli, Dr. Ana
Cristina
Martínez Herrera, Dr. Roberto
Martínez Iturriza, Dr. Luis
Mata Ruiz, Dr. Eduardo E.
Medrano Rojas, Dr. Gustavo
Mendoza Blanco, Dr. Milton
Mijares Ramos, Dr. Carlos
Miklos Egyel, Dra. Magda
Millán, Dr. Alberto José
Molinos Palacios, Dr. Jesús
Monserat Rodríguez, Dr. Luis Raúl
Montbrun Molina, Dr. Enrique Eduardo
Montbrun Ríos, Dr. Francisco
Montes de Oca Dáger, Dr. Israel
Morales Briceño, Dr. Eduardo
Morales Salazar, Dra. María Gabriela
Morales Stoppello, Dr. Jorge
Morales Stoppello, Dr. Julián
Morales Urbano, Dr. Jesús
Morgado Nieves, Dr. Pedro
Morgado Schmilinsky, Dr. Pedro José
Morón Torres, Dr. Orlando
Morera, Dr. Claudio
Mosquera Sánchez, Dr. Isaac
Mugarra Torca, Dr. Xavier
Murillo Morantes, Dr. Jorge
Navarro Padrón, Dr. Luis Eduardo
Nordmann de Curbelo, Dra. Silvia
Nouel Perera, Dr. Alfredo
Nuñez Febres, Dr. Diego
Oraá de Cova, Dra. Maritza
Ortega Sánchez, Dr. Manuel
Padrón Amaré, Dr. José Alberto
Padrón Corao de Bacci, Dra. Carolina
Padua Coronel, Dr. Arnobio
Padula Falci, Dr. Víctor
Padula Suárez, Dr. Héctor A.
París Domínguez, Dr. Alberto
Paz Combes, Dr. Guillermo
Pecirep Gosñjak, Dr. Dragan
Peñaloza Angarita, Dr. Ali
Pereiro Negro, Dr. Manuel Ricardo
Pérez Dávila, Dr. Vicente
Pérez Giménez, Dr. Gustavo
Pérez Monteverde, Dr. Armando
Pérez Morales, Dra. Lisbeth
Pérez Olivares, Dr. Francisco
Pérez Rojas, Dr. Manuel Ellas
Petit Pifano, Dr. Guido
Pieretti Lozada, Dr. Rafael Vicente
Pimentel de Medina, Dr. Ivonne
Pineda Galavis, Dr. Antonio
Plaz Abreu, Dr. José Francisco
Plaza Salas, Dr. Rodrigo
Ponce Senior, Dr. Francisco
Postalian, Dr. Krikor
Potenziani Bigelli, Dr. Julio César
Pradella de Potenziani, Dra. Rossella
Pru González, Dr. César Eduardo
Puigbo Quiñones, Dr. Arnaldo
Quenza Moreno, Dr. Tania Mercedes
Quintero Alonzo, Dr. Manuel Guillermo
Quintero Hernández, Dr. Hernán
Ramírez Portocarrero, Dr. Guillermo
Requena Mande, Dr. Alvaro
Restrepo Mora, Dr. César Enrique
Ríos de Isaac, Dra. Ana María
Rísquez Thielen, Dr. Jorge
Rivas Hernández, Dr. Salvador
Rivero Guevara, Dr. Eduardo
Rodríguez Araúz, Dr. José María
Rodríguez Armas, Dr. Otto
Rodríguez Morales, Dra. Angela
Rodríguez, Dr. Ivo
Rojas Villarroel, Dr. Orlando
Romero Marciales, Dr. Gabriel
Rossiter de la Villa, Dr. Guillermo
Roth Cohen, Dr. Raymond
Russo Libas, Dr. Salomón
Salas Jiménez, Dr. Aquiles
Salazar Perdomo, Dr. José A.
Sanabria Borjas, Dr. Tomás José
Sánchez Azopardo, Dr. José A.
Sánchez González, Dra. María
Sánchez Pacheco, Dr. José Rafael
Sánchez Quijano, Dr. Alvaro
Sánchez Quijano, Dr. Jorge
Sánchez Rodríguez, Dr. Luis Miguel
Sánchez Ramírez, Dr. Williams
Sánchez Silvia, Dr. José Rafael
Sánchez Vegas, Dr. Luis
Schmitz de Henríquez, Dra. Gísela
Sierraalta Osorio, Dr. Asdrúbal
Sígala, Dr. Honorio
Sigurani Luig de Aranda, Dra. Kezia Helena
Silva Pardo, Dra. Isabel Carlota

centro médico

Solis de Ochoa, Dra. Cristina
Sosa Valencia, Dr. Leonardo
Soto Sánchez, Dr. Ramón F
Stolk Mendoza, Dr. Gustavo
Stopello de Morales, Dra. Gioconda
Suárez, Dr. José Angel
Suárez Blandenier, Dr. José Angel
Suárez Delgado, Dra. Jannina
Sukerman de Birnbaum, Dra. Vivian
Sukerman Woldman, Dr. Moisés
Szilard de Mejia, Dra. Dorys
Tobio Martell, Dr. Ricardo
Tombazzi Massa, Dr. Claudio

Torrealba Di Prisco, Dr. Carlos
Torres Castillo, Dr. Guillermo
Trejo Scorza, Dr. Ezequiel
Troconis, Dr. Carlos Julio
Troconis Berti, Dra. María Ylayaly
Troconis Luzardo, Dra. María C.
Troconis Rodríguez, Dr. Orángel
Urdaneta de Díaz, Dra. María Teresa
Urosa Páez, Dr. Claudio
Valeri Mata, Dr. Jorge
Valongo Primoschitz, Dr. Gastone
Vegas Rodríguez, Dr. Armando
Velásquez González, Dra. Elinka

Ventura Agüero, Dra. Maira
Viloria, Dr. Guillermo
Villalobos Méndez, Dr. Orlando
Vivas de Morao, Dra. Judith
Weffer Abatti, Dr. René
Yanez Luciani, Dr. Gonzalo
Yrausquin de Postalían, Dra. Elizabeth
Zaitman, Dra. Meri
Zamacona Urcelay, Dr. Mikel
Zapata Sirvent, Dr. Ramón
Zighelboim, Dr. Itic

MÉDICOS RESIDENTES 2000 - 2001

Blanco, Dra. Rosa
Cabrera, Dr. Pedro
Rodríguez, Dr. Ernesto
Martínez, Dr. Henry
Ramírez, Dra. Hannia
Pimentel, Dr. Francisco

Martínez, Dr. Asdrúbal
Jiménez, Dra. Carmen
O'Daly, Dr. Andrés
Alvarez, Dr. Héctor
Soto, Dr. Domingo
Rodríguez, Dra. Kirah

Noguera, Dra. Francis
Savino, Dr. José
Sirit, Dra. Lisbeth
Prieto, Dra. Sonia

IN MEMORIAM

Dr. Francisco Herrera Guerrero
Dr. Moisés Diamante
Dr. Andrés Gutiérrez Solís
Dr. Francisco Baquero González
Dr. Joél Valencia Parparcén
Dr. Fermín Díaz
Dr. Luis Peña
Dr. Enrique Hedderich
Dr. Domingo Lucca Romero
Dr. Rafael Campo Moreno
Dr. Roberto Lucca Escobar
Dr. Rafael Ernesto López
Dr. Franz Conde Jahn
Dr. Eduardo Quintero Muro
Dr. Pedro A. Gutiérrez Alfaro
Dr. Germán Viana Rodríguez
Dr. Héctor Padula Falci
Dr. Armando Castillo Plaza

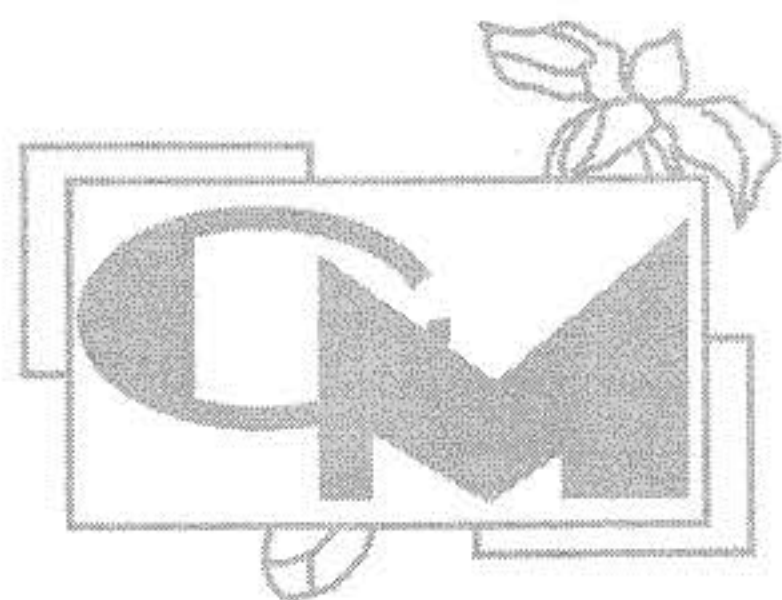
Dr. José Domingo Leonardi
Dr. Antonio Mota Salazar
Dr. H. Castillo Neumann
Dr. J. Graterol Monserrate
Dr. Román Chalbaud Troconis
Dr. Rolando Curiel
Dr. Víctor Baquero A.
Dr. Pablo Luis Gonzalo Leonardi
Dr. Juan Pablo Parilli
Dra. María de los Angeles Gómez
Dr. Víctor Brito
Dr. Manuel Morillo Atencio
Dr. Ricardo Baquero González
Dr. Rafael Andrade Niño
Dr. Juan Colmenares Pacheco
Dr. Ezequiel Trejo Padilla
Dr. Guillermo Tovar
Dr. Ramón A. Mayobre

Dr. Jerry Avella
Dr. Noé Matheus Méndez
Dr. Jesús Millares
Dr. Hernán Quintero U.
Dr. Nelson Sarmiento
Dr. Félix Lairet, (hijo)
Dr. Francisco Díaz R.
Dr. Luis Alberto Velutini
Dr. Domingo Collado
Dr. Hernán Hedderich
Dr. Francisco Hernández
Dr. Cruz Lepage
Dr. Rafael Bencosme
Dr. Julian Morales Rocha
Dr. Kenneth Gibson C.
Dr. José Ochoa

MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Roberto A. Hongson
Dr. Jorge Soto-Rivera

Dr. Neal Owens
Dr. Carlos Piza



Editorial

**ESTABAMOS PROGRAMADOS PARA
SEGUIR HABLANDO DE LA INFLUEN-
CIA NEFASTA DE LAS COMPAÑÍAS
DE SEGUROS Y PRODUCTORAS DE
SALUD SOBRE EL EJERCICIO DE LA
MEDICINA Y LOS ENFERMOS.**

**"NO LLOVEREMOS SOBRE MOJADO
EN EL DERELICTO DE LA SALUD."**

**FAVOR VER "RECIBIDO POR
E-MAIL Y CORRESPONDENCIA"**

ALTERNATIVAS NO QUIRURGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (O ANATOMICA) EN LA MUJER

ARTICULO DE OPINION

Dr. Julio C. Potenziani B.*

Introducción

Las alternativas no quirúrgicas en el tratamiento de las mujeres con IOE habían estado siempre opacadas por la cirugía y no podían brillar por mérito propio, ya que eran muy pocos los médicos que respaldaban su utilización y por lo tanto eran escasos los trabajos de investigación que confirmarían su utilidad.

Pero precisamente el número de alternativas quirúrgicas, más de un centenar, hizo que en un momento dado, se cuestionara su eficacia, ya que nunca se lograba un 100% de efectividad de éxito y por lo tanto se empezaron a considerar otros factores capaces de lograr que los porcentajes de éxito quirúrgico se elevaran. Aquí es donde comienzan a utilizarse simultáneamente modalidades no quirúrgicas y quirúrgicas y posteriormente se utilizarían únicamente protocolos de tratamientos no quirúrgicos en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer, con la sorpresa de que los resultados eran bastante buenos e inclusive en muchos casos eliminaba la necesidad de cirugía, ya que si bien no mejoraba totalmente a las pacientes, sí mejoraba sustancialmente su calidad de vida y en otros casos se convertían en aliados importantes del éxito quirúrgico, dándole a éste mayor efectividad y más durabilidad en los resultados obtenidos.

Las alternativas no quirúrgicas (terapias conductuales, urofármacos, fisioterapia muscular del piso pélvico, estrategias conductuales) en la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer y aun en la incontinencia urinaria de urgencia son y serán el futuro de los enfoques terapéuticos en pacientes femeninas con incontinencia urinaria. Veremos que muchas de las alternativas utilizadas son las mismas que se utilizan en pacientes con hiperactividad vesical, pero no debe resultarnos sorprendente, ya que debemos saber que aproximadamente un 30 a 50% de las pacientes con Incontinencia de orina de esfuerzo, así como un 50 a 75 % de pacientes con incontinencia urinaria de urgencia, cursarán con hiperactividad vesical. A continuación mencionaré de manera bastante esquemática dichas alternativas aplicadas a las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.

Será útil advertir que en nuestra experiencia con más de 200 casos tratados con terapias o alternativas no quirúrgicas, hemos logrado mejorías clínicas y sobre todo mejorías en la calidad de vida de nuestras pacientes con IOE uniendo varias de las alternativas abajo mencionadas, usualmente terapias conductuales con fisioterapia muscular y con urofármacos usualmente anticolinérgicos y/o antidepressivos con la utilización de estrógenos y en algunos casos estimulantes de los receptores beta adrenérgicos.

Así, como sucede con los tratamientos de la hiperactividad vesical, en la incontinencia urinaria de esfuerzo la terapia combinada no quirúrgica representará el ideal de tratamiento. Muchas veces tendremos mejoría de los resultados quirúrgicos con éstas alternativas y mejorarán aspectos que serán de gran utilidad en el enfoque global de pacientes con pérdidas involuntarias de orina relacionado con los esfuerzos.

Reeducación vesical (Terapias conductuales)

¿Que es la reeducación vesical?

Son las habilidades o estrategias que el médico imparte a sus pacientes para que aprendan a controlar la vejiga (y por ende el acto de la micción-vaciamiento urinario y llenamiento urinario) en relación a los factores que actúan sobre ella, y con ello evitar fundamentalmente la incontinencia urinaria (en los casos de hiperactividad vesical con disminución de la distensibilidad vesical) o los episodios de infecciones urinarias por residuo urinario importante (en los casos de vejigas perezosas por hábitos retencionistas o por secundarismos neuro urológicos); dichos factores pueden ser numerosos, como el stress, psicopatismo, hábitos equivocados del paciente (orinador habitual, retencionista), alimentación irritante, antecedentes de infecciones urinarias a repetición, sobre todo en la mujer, antecedentes de infecciones urinarias en el varón, antecedentes inflamatorio-infecciosos en el área ginecológica, antecedentes obstructivos urinarios de la salida vesical tanto en hombres como en mujeres, antecedentes quirúrgicos vesicales-prostáticos, uretrales, antecedentes de tratamiento con Quimioterapia y/o Radioterapia en vejiga, próstata, entre otros.

¿Objetivos de la Reeducación vesical ?

1. Enseñar al paciente a prevenir las pérdidas urinarias contrayendo voluntariamente los músculos del piso pélvico muscular
2. Enseñar al paciente a aumentar gradualmente la capacidad vesical (al aumentar su distensibilidad)
3. Enseñar al paciente a disminuir la frecuencia urinaria
4. Mejorar la calidad de vida del paciente
5. Enseñar al paciente a tener plena conciencia de sus problemas urinarios y comprender que su actitud cambiará positivamente su calidad de vida urinaria.

Las terapias conductuales fueron ideadas para modificar el comportamiento del paciente en referencia a su esfera urinaria, para desarrollar habilidades y nuevas estrategias para evitar las pérdidas involuntarias de orina y mejorar por ende el control vesical y para concientizar en el paciente la capacidad que tiene de lograr un mejor control en su almacenamiento y vaciamiento urinario (Potenziani 1999).

Como veremos posteriormente, tanto la reeducación vesical, como las estrategias para controlar la urgencia urinaria, como la fisioterapia del piso pélvico muscular se

* Urología. Centro Médico de Caracas

fusionarán y sumarán sus efectos beneficiosos para la mejoría clínica del paciente y en consecuencia para una mejor calidad de vida.

Mejorarán el control vesical y serán métodos que complementarán a otros como por ejemplo la cirugía de incontinencia urinaria en la mujer, la cirugía radical de próstata, las cirugías de alivio de la salida vesical con vejigas hipertrofiadas de esfuerzo, entre ellas la más frecuente es la cirugía por crecimiento prostático benigno, las cirugías de prolapsos del piso pélvico en la mujer, o las cirugías radicales ginecológicas, urológicas e intestinales.

En todas las cirugías arriba mencionadas, la trilogía de la reeducación vesical, las estrategias para controlar la urgencia y la fisioterapia del piso pélvico muscular representarán la diferencia entre un postoperatorio exitoso y uno problemático, ayudarán a mejorar la calidad de vida diaria del paciente y sobre todo optimará los resultados quirúrgicos.

En el caso de la incontinencia urinaria femenina, son el presente y futuro de las estrategias terapéuticas, unido a la farmacoterapia y a la cirugía en casos bien indicados.

La reeducación vesical forma parte de las terapias conductuales, las cuales tienen como objetivo el comportamiento de la paciente en diversas áreas de la vida diaria, con el objetivo de obtener un control sobre los episodios de incontinencia urinaria de esfuerzo, frecuencia urinaria, incontinencia de urgencia, y en aquellos casos de hiperactividad vesical caracterizada por frecuencia urinaria, urgencia urinaria, nocturna, incontinencia urinaria de urgencia.

Están considerados como terapia de primera línea en la población femenina con incontinencia urinaria de esfuerzo o mixta, desde 1988 (NHI) donde se ratificó su utilidad por su fácil aplicación, bajo costo, seguridad y efectividad y no ser un procedimiento invasivo con excelentes resultados clínicos, ratificados por numerosos urólogos en todo el mundo.

Serán de gran utilidad cuando se una el entusiasmo del paciente con el del terapeuta, cuando el paciente siga con bastante precisión las recomendaciones de su médico-urólogo, y cuando se hagan las recomendaciones adecuadas que surjan de un análisis preciso del diario vesical así como de la entrevista con el paciente. El nivel de satisfacción logrado en nuestras pacientes es significativo ya que cuando no se logra un control absoluto de la continencia urinaria, se logrará una reducción significativa en la frecuencia urinaria y en los episodios de incontinencia urinaria, así como en los episodios de urgencia, lo que sin duda mejorará la calidad de vida de nuestras pacientes.

Burgio menciona que un 75% de pacientes se sentirán mejor, un 45% podrán recaer sintomáticamente después de haber sentido mejoría, un 15% desearán retirarse de las terapias conductuales, en comparación con un 75% que desearán hacerlo con las terapias farmacológicas.

Es fundamental para su realización que el paciente tenga una función cognoscitiva adecuada, así como un sistema urinario inferior sin perturbaciones neurológicas para que junto a la disposición de mejorar den los mejores resultados de su aplicación. En muchas ocasiones tendremos pacientes que no contarán con mucho entusiasmo o que no tengan la capacidad para poder adquirir habilidades que le permitan cumplir con las terapias conductuales (ancianas con estados depresibles, o pacientes minusválidos, o adultos con disturbios emocionales severos por lo que no podrán aplicarse las terapias conductuales. Aparte de que muchas veces hay que advertir a las pacientes que estas terapias no darán resultados inmediatos, ya que requieren de tiempo y paciencia para tener una mejoría de su cuadro clínico. Muchas veces la frustración, tanto del paciente como de sus médicos y familiares, hace que se retire del programa de cambios conductuales.

En principio toda reeducación vesical se implementa en pacientes con urgencia, frecuencia, donde los intervalos miccionales son cortos y donde se quiera mejorar la sintomatología de la paciente para con ello mejorar la calidad de vida. Si consideramos que aproximadamente un 50% de pacientes con IOE tienen síntomas de hiperactividad, estaremos entonces en la necesidad de implementar reeducación vesical en ellas, que junto con las estrategias para la urgencia, las estrategias alimentarias, la fisioterapia muscular del piso pélvico y los urofármacos adecuados tendremos una verdadera mejoría que en muchísimas ocasiones alejará la sombra de la posible cirugía para la incontinencia urinaria de esfuerzo, pero de no poder evitarla, mejorará sin duda alguna los índices de éxito de aquella. La reeducación vesical logrará la eliminación de la incontinencia urinaria en un 15-18% y la mejora en un 50% de los casos.

La reeducación vesical tiene básicamente tres modalidades:

1. Micción expedita.
2. Micciones programadas (horarias).
3. Reentrenamiento de hábitos miccionales.

Para poder aplicar un determinado tipo de reeducación vesical se hace indispensable conocer el perfil miccional que presenta el paciente a través del estudio concienzudo del diario vesical, que no es otra cosa que el perfil urinario de nuestro paciente, con las circunstancias que rodean los episodios de incontinencia urinaria, la presencia o no de urgencia, los intervalos miccionales y la cantidad de agua ingerida, así como la cantidad de orina producida en cada micción, así como la cantidad de pérdidas involuntarias de orina. Tenemos básicamente tres tipos de reeducación vesical.

1. Micción expedita

Al conocer el intervalo miccional, se le recomienda al paciente acudir al baño antes de llegar al tope del mismo. Solamente nos ayudará a evitar los episodios de incontinencia urinaria sin verdaderamente ayudar a solucionar un posible

trastorno de almacenamiento vesical. Aun así mejora la calidad de vida de las pacientes que lo adoptan.

Por ejemplo, si el paciente presenta urgencia urinaria con episodios de incontinencia urinaria cada 2 horas, deberá acudir al baño antes de las dos horas.

2. Diuresis horaria o micciones programadas

Se establece un esquema de micciones, el cual debe seguirse de manera estricta. El principal enemigo son los episodios de urgencia urinaria, la cual se debe combatir con estrategias para controlar la urgencia y con terapia farmacológica. Es muy útil en pacientes con hiperactividad vesical "volumen dependiente". Recomendarle al paciente a que orine por reloj, con un horario preestablecido y no por ganas de orinar.

El diario vesical nos permitirá fijar una programación miccional que disminuya los fracasos, que van unidos a estos esquemas urinarios

3. Reentrenamiento progresivo de hábitos urinarios miccionales

Se establece un esquema de micciones basado en el problema clínico que presente el paciente posterior a estudio preciso del diario vesical. Se comienza por un intervalo pequeño que el paciente llevará progresivamente a un intervalo ideal de 4 horas, alargando cada semana el intervalo miccional en 15 a 30 minutos. Debemos utilizar en éste tipo de reeducación vesical, las estrategias para la urgencia y también algún tipo de terapia farmacológica.

Por ejemplo, comenzar por orinar cada hora durante la primera semana, posteriormente cada hora y media durante la segunda semana, cada 2 horas la tercera semana, cada 2 horas y media la cuarta semana, cada 3 horas la quinta semana, cada 3 horas y media la sexta semana y cada 4 horas la séptima semana. El paciente debe acudir al baño sin tener muchas veces ningunas ganas de orinar.

Es de gran ayuda no solo para pacientes con distensibilidad vesical disminuida por etiologías diversas como obstructivas, seniles, medicamentosas, iatrogénicas, sino que se utiliza muy bien y con excelentes resultados en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. El porcentaje de mejoría subjetiva es del 60% y la mejoría objetiva (estudio urodinámico) es del 30 al 50%. La reeducación vesical la fisioterapia muscular del piso pélvico y el aprendizaje de como suprimir y superar la urgencia urinaria serán indispensables en el enfoque de una mujer con incontinencia urinaria de esfuerzo, así como de pacientes con hiperactividad vesical de etiologías diversas.

En mi experiencia personal los esquemas de reeducación vesical se optimarán cuando los combinemos con terapias farmacológicas, fisioterapia muscular del piso pélvico, con o sin electroestimulación, con o sin biofeedback y por supuesto con estrategias conductuales para manejar la urgencia urinaria. La gran desventaja de la reeducación vesical es que indudablemente dependerá de la insistencia del paciente ante tales recomendaciones, de su capacidad

de soportar una mejoría lenta, y muchas veces con recaídas clínicas y que su eficacia dependerá también de las patologías asociadas que tenga el paciente. Es un procedimiento que raramente cura al paciente, logrará mejorías clínicas a veces importantes, pero casi nunca curará al paciente por sí solo.

Sugerencias conductuales generales

Cuando estudiamos el diario vesical, éste nos facilitará información de gran importancia, ya que nos orientará hacia las causas o circunstancias que rodean al paciente en los momentos de pérdidas urinarias, o de frecuencia urinaria o de urgencia urinaria, y lo podremos relacionar con la ingesta de líquidos y con la hora del día donde se presente más frecuentemente el episodio incontinente.

Es importante tener sobre todo "sentido común", ya que nos permitirá entonces sugerir los correctivos. Por ejemplo, tomar menos líquido bien sea en el día o en la noche, para reducir el llenado vesical que provocará en muchos casos la pérdida urinaria. Reducir los cambios bruscos de presión intraabdominal ocasionados por cambios de postura corporal al levantarse bruscamente de la cama o de un mueble, hacer aeróbicos, trotar, o levantar grandes pesos. En ocasiones tocar agua, tocar metales, o superficies frías, sobre todo en el hogar, causará episodios de incontinencia de urgencia. Inclusive, cuando el paciente nos refiere que tiene insomnio y va mucho a orinar de noche con la posibilidad de que presente episodios de incontinencia, deberemos tratar de que duerma la mayor cantidad de horas posibles, ya que sabemos que hay una estrecha relación entre vigilia y frecuencia urinaria. Todo lo expuesto hará que indiquemos los correctivos necesarios basados en una dosis importante de sentido común y así recomendar a nuestros pacientes que al saber exactamente qué eventos desencadenan en ellos síntomas urinarios de la más variada índole, sepan que hacer para disminuirlos o incluso evitarlos.

Sugerencias conductuales alimentarias

En general es importante recomendar una dieta exenta de irritantes urinarios como el café, té, bebidas gaseosas, bebidas chocolatadas, picantes, tomates, comidas fermentadas, mostaza, encurtidos, alimentación muy aliñada o sazónada, eliminar en lo posible lácteos y cítricos de la dieta para disminuir la posibilidad de alcalinizar la orina y con ello aumentar la posibilidad de bacteriuria-infección urinaria y con ello poder tener episodios de urgencia-incontinencia. Disminuir la ingesta de sal. Otro de las sugerencias importantes es la cantidad y hora de la ingesta líquida, como por ejemplo agua. Esta deberá limitarse en pacientes con episodios de incontinencia urinaria a máximo 3 a 4 vasos al día, evitar ingerir líquidos después de las 6 de la tarde, para que de este modo no tengamos una frecuencia nocturna incrementada. Son muchos los pacientes que luego de este simple enfoque, toman mayor conciencia de la relación tan importante que existe entre alimentación diaria y desencadenamiento de síntomas urinarios.

Estrategias para superar la urgencia urinaria

Como dijimos anteriormente, es importante saber cómo manejar los momentos de urgencia urinaria, ya que ésta podría presentarse en cualquier momento en pacientes que están bajo planes de reeducación vesical, o en pacientes que tienen de manera coincidente incontinencia urinaria más hiperactividad vesical. Una de las características más llamativas en la mujer en un sentido general, es su cualidad de presentar urgencia urinaria, por lo cual creo es importante enseñarle cómo frenarla o inclusive eliminarla

Entendamos que un episodio de urgencia estará relacionado a una contracción vesical y por ende a tener súbitamente ganas de orinar, urgencia e incontinencia urinaria de urgencia, por lo tanto todo lo que hagamos para eliminar dicha contracción eliminará la sensación de urgencia, frecuencia e incontinencia urinaria de esfuerzo.

Uno de los aliados que tenemos para inhibir una contracción vesical es el piso pélvico muscular, el cual cuando es contraído ocasionará en primer lugar, una inhibición de las contracciones vesicales, por lo cual, saber utilizarlo es fundamental en nuestra estrategia.

En segundo lugar al contraer la musculatura del piso pélvico muscular (musculatura roja estriada voluntaria), estaremos también ocluyendo en muchas ocasiones la musculatura estriada periuretral y por lo tanto se estará ocluyendo también la luz uretral con la consecuente detención en la pérdida urinaria. Y en tercer lugar la fisioterapia de contraer y relajar el piso pélvico muscular refortalecerá los grupos musculares involucrados en la continencia urinaria pasiva activa.

Estrategias recomendadas

¿Qué NO debe hacer el paciente?

1. Correr inmediatamente al cuarto de baño cuando se tiene la sensación urgente de orinar

2. Creer que al llegar lo más rápido posible al cuarto de baño se evitarán los episodios de incontinencia urinaria

3. Estar siempre pendiente de la ubicación de los baños para tomar las previsiones del caso y de hecho modificar su vida diaria tanto en los ambientes familiares, de trabajo, como de esparcimiento. Es uno de los aspectos que altera la calidad de vida de las pacientes con urgencia y con incontinencia de urgencia.

4. Tomar líquidos abundantes en el día o la noche, lo que aumentará la frecuencia urinaria y la posibilidad de ocurrir episodios de urgencia o de incontinencia.

5. Tomar líquidos o comer alimentos considerados irritantes para el sistema urinario inferior.

6. No tener "conductualmente" la menor intención de "aguantar" aunque sea un poco las ganas de orinar, sino que por lo contrario, al menor asomo de sensación urinaria, correr al baño a orinar.

7. Promover situaciones que "provoquen" síntomas urinarios de hiperactividad vesical (tener contacto con agua, o con superficies frías o metálicas.

8. Estar constantemente nervioso, tenso, ya que no ayuda para nada a la obtención de resultados positivos y alentadores.

Sabemos que algunas de las conductas inadecuadas elevarán la presión abdominal que se reflejará sobre la vejiga incrementando presiones y por ende la sensación de urgencia se incrementará así como la sensación de vejiga llena, lo que desencadenará una contracción vesical. Por otro lado los factores que aumenten la sensibilidad propioceptiva o nociceptiva llevarán a baja capacidad funcional, a contracción vesical no inhibida y esto podría llevar a hiperactividad vesical y a incontinencia.

Qué SI debe hacer el paciente?

A pesar de que las recomendaciones que se describen a continuación se aplican preferentemente a pacientes con urgencia urinaria, no debemos olvidar que muchas pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo tienen hiperactividad y tienen incontinencia mixta, es decir incontinencia de esfuerzo genuina e incontinencia de urgencia. Las estrategias que el paciente debe seguir son las siguientes:

1. Ir despacio al baño al tener deseos urgentes de orinar o inclusive deseos normales. La sensación de urgencia tenderá a pasar, aunque no haya orinado.

2. Al percibir la urgencia urinaria, el paciente está haciendo alguna tarea, deberá suspender dicha labor y permanecer tranquilo, respirando profundamente, relajando todo su cuerpo excepto la musculatura del piso pélvico, la cual tendrá que contraer y relajar de manera repetida. Deberá también "tener la capacidad de aislarse" de lo que está pasando en relación a la urgencia y de ser posible deberá quedarse parado o inclusive acostarse o recostarse, pero siempre contrayendo y relajando la musculatura perineal. Todo lo mencionado conducirá a una inhibición de la hiperactividad vesical (contractilidad vesical exacerbada) lo que hará desaparecer la sensación de urgencia.

3. El paciente deberá esforzarse en suprimir la sensación de urgencia urinaria, una vez logrado encaminarse lentamente al cuarto de baño para orinar, pero recordando siempre los ejercicios de contracción-relajación del piso pélvico muscular.

4. Tener fortaleza anímica para superar los fracasos iniciales que son frecuentes. El aprendizaje de nuevas habilidades urinarias toma tiempo y mucho sacrificio personal, e inclusive del entorno familiar, social y del equipo médico.

5. Haber aprendido previamente los ejercicios de refortalecimiento del piso pélvico muscular en conversaciones con su urólogo.

6. Tratar de alcanzar rápidamente resultados positivos que estimulen y entusiasmen al paciente.

7. Realizar técnicas de distracción (resolver pasatiempos,

crucigramas, juegos de mesa, tejer, o escuchar música) ya que derivan la mente hacia otras ocupaciones que no permiten pensar en su trastorno urinario.

8. En muchas pacientes resulta útil ejercer presión perineal.

9. Modificar o disminuir la ingesta líquida.

Fisioterapia del piso pélvico muscular

¿Cómo se hace la Fisioterapia del Piso Pélvico Muscular?

1. Refortalecimiento de la musculatura perineal, de la glútea, de los aductores vaginales y de la pared anterolateral abdominal.
2. Refortalecimiento del piso pélvico muscular (Ejercicios de Kegel).
 - Plan de ejercicios de Kegel sin aditamentos o dispositivos.
 - Ejercicios de Kegel con aditamentos (conos vaginales).
 - Electroestimulación del piso pélvico, muscular con aditamentos vaginales-rectales.
 - Electroestimulación del piso pélvico muscular con aditamentos vaginales-rectales Biofeedback.

Refortalecimiento de la musculatura perineal, de la glútea, de los aductores vaginales y de la pared anterolateral abdominal

Los problemas de debilidad de la musculatura anterolateral abdominal, del grupo de los glúteos y aductores vaginales tienen una gran importancia por cuanto reflejan de alguna manera el estado global de la musculatura del piso pélvico, por lo cual se aconseja que todos estos grupos musculares sean enfocados para su rehabilitación y refortalecimiento.

Para obtener resultados positivos en los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de la incontinencia urinaria de esfuerzo todos los grupos musculares antes mencionados deberán estar refortalecidos, no sólo la musculatura pubouretral o pubococcigea.

Refortalecimiento o Fisioterapia del piso pélvico muscular

"Es el presente y futuro de los tratamientos de la incontinencia urinaria en la mujer"

En todo centro de continencia urinaria se tienen modelos de comportamiento para formalizar la conducta médica a seguir y en todos ellos las terapias conductuales, la fisioterapia del piso pélvico muscular (ejercicios de Kegel) y los tratamientos farmacológicos son la terapia inicial, dejando todas las otras alternativas (quirúrgicas, neuromodulación, entre otras) en su segundo o tercer plano, ya que se persigue dar el mejor tratamiento que ocasione la menor morbilidad y con el mejoramiento de la calidad de vida del paciente afectado.

Los objetivos que perseguimos con el refortalecimiento del piso pélvico muscular son identificar y fortalecer los grupos musculares más débiles del piso pélvico muscular, controlar la urgencia miccional a través de la inhibición refleja de la contractilidad vesical, mejorar o curar las manifestaciones clínicas de la incontinencia urinaria y de la hiperactividad vesical, y mejorar o curar la incontinencia urinaria de esfuerzo. Producirá curación de la incontinencia urinaria en un 15 a 20% de los casos, pero lo más importante es que producirá un 75% de mejoría sustancial de la incontinencia urinaria y de los scores de calidad de vida.

La falta de tonicidad músculo-fascial representa un factor importante en la aparición de trastornos urinarios, entre las que destaca la incontinencia urinaria sobre todo la variedad de esfuerzo, y un factor importante en la falta de control de la hiperactividad vesical a través de la reeducación vesical.

Es importante recordar que Abrams menciona que los malos resultados de las curas quirúrgicas en la incontinencia urinaria de esfuerzo se debe a una función uretral deficiente, a un descontrol del músculo detrusor en la fase de almacenamiento urinario, a una contractilidad vesical deficiente en la fase de vaciamiento urinario y al hecho también de que se operan muchas mujeres con grados clínicos mínimos de incontinencia urinaria, con una repercusión muy leve en su calidad de vida.

Es en estos casos donde las terapias conductuales y la fisioterapia del piso pélvico muscular adquieren gran importancia para el enfoque terapéutico de dichas pacientes. Aunado a lo anterior recordemos las cifras mundiales de éxito en las curas quirúrgicas de la incontinencia urinaria de esfuerzo donde sabemos que en la técnica de agujas se menciona un 20% de éxito a 10 años y con las cinchas un 36% de éxito a 10 años, sin olvidar que la cirugía de incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer ocasionará efectos sobre la función sexual (disfunción sexual al eliminarse la inervación sensorial, deficiencias de lubricación, 15 a 25% de dispareunia y deseo sexual hipoactivo). La fisioterapia del piso pélvico muscular producirá un cambio en la fibra muscular de respuesta lenta, convirtiéndola a respuesta rápida (cambio en la fisiología muscular). Para poder obtener un refortalecimiento muscular del piso pélvico adoptamos los ejercicios de Kegel ideados en 1948 "restauración funcional de los músculos perineales postparto y en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer". Para su aplicación y optimización tenemos un plan de ejercicios de Kegel, realizados sin la ayuda de ningún dispositivo o con la utilización de conos vaginales o de aparatos de electroestimulación con o sin la ayuda de biofeedback, la terapia interferencial, la facilitación propioceptiva neuromuscular y la acupuntura.

Plan de Ejercicios de Kegel sin aditamentos ni dispositivos

Consiste en ordenarle al paciente un plan de fisioterapia que realizará 2 a 3 veces por día consistente en contraer la musculatura vaginal, en dos modalidades: una de contracciones rápidas y otra de contracciones lentas. Las primeras

contraen y relajan la musculatura pubococcigea y pubouretral tan rápido como pueda hacerlo y las segundas contraerán dicha musculatura al principio por 3 segundos hasta llevarlo a 10 segundos de contracción sostenida, seguidas ambas por relajación de dichos grupos musculares, antes de la siguiente contracción. Dichas contracciones deberán certificarse con la introducción de un dedo dentro de la vagina para constatar que se está contrayendo el grupo muscular adecuado lo cual sentirán como una presión alrededor del dedo. También recomendamos hacerlo durante su relación íntima, como parte de su entrenamiento.

Deberemos ordenar contraer por 5 segundos y relajar por 5 segundos al principio hasta llegar al objetivo de 20 segundos de contracción y 10 segundos de relajación de la musculatura del piso pélvico, 3 o 4 veces por día.

Se le recomienda a nuestras pacientes 3 a 4 series diarias de 10 minutos de duración cada una de ellas, realizadas en todas las posiciones posibles (acostada, de pie, sentada, mientras trabaja, mientras come, mientras realiza su actividad íntima, en fin, en cualquier circunstancia del día a día. Esto deberá realizarse por espacio de 16 a 20 semanas, y luego mantenerse haciéndolo ya no de manera tan continua pero sí por lo menos tres veces por semana.

Aparte de garantizar un refortalecimiento muscular del piso pélvico, obtendrán también un control mas efectivo de sus posibles episodios de contracciones involuntarias del detrusor (hiperactividad vesical) y también obtendrán una mayor satisfacción en sus relaciones íntimas, lo cual en conjunto llevará a una mejoría de su calidad de vida en todos sus aspectos.

Recordemos que la contracción muscular del piso pélvico es una función adquirida y no innata (Wallace) por lo cual sería importante prevenir la disfunción del piso pélvico promoviendo desde la infancia el reentrenamiento vesical, cuidando que no haya actitudes de perturbación de la función almacenativa y miccional vesical; en las mujeres que practican deportes sería muy útil instruir a como realizar fisioterapia del piso pélvico, muscular; en los niveles de educación media es importante impartir educación sexual y educación médica en general para advertir sobre tales problemas y llamar la atención del estudiantado en caso de presentar alguno de los síndromes expuestos. En gimnasios es útil dictar charlas y entrenamiento del piso pélvico muscular, ya que es un modo excelente de llegar a un buen número de pacientes potenciales o inmediatas. Los problemas urinarios de la mujer, así como los problemas del piso pélvico usualmente son de difícil denuncia, ya que se desconoce primeramente a quien se le debe decir y posteriormente se duda de que la resolución y tratamiento sean de fácil obtención.

Ejercicios de Kegel con aditamentos (conos vaginales)

Son aditamentos que se utilizan para optimar la fisioterapia muscular (Kegel) ya que muchas veces los pacientes realizan de manera incorrecta dichos ejercicios contrayendo el grupo

muscular equivocado, aun peor, no logrando ningún tipo de contracción.

El cono vaginal hará que la paciente tenga una información propioceptiva intensa que ayudará a que la contracción de la musculatura pubococcigea sea lo mas efectiva posible.

Viene en un set de 5 conos de plástico de fácil obtención y de bajo costo, con peso variable de 20 a 70 gramos, que deberá la paciente introducirse en su vagina comenzando por el mas liviano llegando progresivamente al mas pesado. Cada cono deberá introducirse por una semana seguida y la paciente deberá tratar de sostenerlo dentro de su vagina sin que se deslice al exterior logrado al contraer eficazmente el grupo muscular adecuado. Se puede realizar también por 16 a 20 semanas, dos a tres veces por día. El 75% de los pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo mejoran evitando la cirugía o mejorando los resultados de la misma. El objetivo final es fortalecer (hipertrofia muscular) los grupos musculares pubouretrales, pubococcigeos, lograr un tono muscular de reposo normal y mejorar clínicamente a la paciente con una mejoría en su calidad de vida.

Electroestimulación del piso pélvico muscular con aditamentos vaginales rectales

Se utiliza desde hace más de 30 años en el mundo de la urología. El pionero fue Griffiths quien en el año 1895 publicó sus descubrimientos acerca de la estimulación del nervio pudendo, produciendo inhibición contractil del músculo detrusor.

La primera utilización clínica de la electroestimulación del piso pélvico muscular para el tratamiento de trastornos urológicos la hizo Caldwell en 1963, quien publicó el control de la incompetencia esfinteriana a través del estímulo eléctrico.

Se utiliza preferentemente en incontinencia urinaria de esfuerzo, en los síndromes de urgencia-frecuencia tanto en el hombre como en la mujer, en la incontinencia urinaria de urgencia, y en los síndromes dolorosos vesicales. Es útil en la reeducación neuromuscular, en la contracción de grupos musculares determinados, en la contracción refleja de los músculos parauretrales y periuretrales, en la contracción del grupo muscular elevador anal, en mejorar la contractilidad del rabdoesfinter y del esfínter anal y en la inhibición refleja del músculo detrusor en casos de hiperactividad vesical, lográndose dominar las contracciones involuntarias (no inhibidas) del detrusor, por supuesto se deberá contar en los casos con un arco reflejo sano.

Se utilizan dos tipos de estimulación eléctrica, una la estimulación eléctrica crónica, administrada por debajo del umbral de sensibilidad, la otra es la electroestimulación funcional máxima aguda, la cual se caracteriza por tener un estímulo de la mayor intensidad posible (la máxima intensidad eléctrica tolerada por el paciente sin demostrar dolor), usada de manera intermitente y usualmente dos a tres veces por día con duración de 15 a 20 minutos en cada sesión por espacio de 4 a 6 meses. En hiperactividad vesical se utilizan frecuencias bajas de 10 Hz o menos. En

pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo se utilizan frecuencias altas (50 Hz o más). Existirá una paciente que pueda tener incontinencia mixta con los dos componentes, tanto de esfuerzo como de urgencia con hiperactividad, por lo cual habría que seguir un esquema mixto de electroestimulación.

Estamos utilizando un aparato de la FMPI (Innosense®) con electrodos vaginales y rectales con el siguiente protocolo: en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, 50 Hz dos a tres veces diarias de 15 minutos cada sesión; en pacientes con hiperactividad vesical 12.5 Hz dos a tres veces diarias de 15 minutos cada sesión y en pacientes con incontinencia mixta con componentes de esfuerzo y de urgencia se dan 50 Hz dos veces por día y 12.5 Hz al mediodía. Todo por un tiempo no menor de 6 meses. Aclarando que deberían hacerse de por vida pero ya con una frecuencia inferior (2 veces por semana), unido a los ejercicios de Kegel sin aditamentos y a la práctica de terapias conductuales previamente mencionadas para mantener los objetivos logrados.

El mecanismo de acción de la electroestimulación del piso pélvico muscular es a través de la estimulación aferente del nervio pudendo, lo cual originará una activación de la inervación eferente hipogástrica e inhibición de la actividad de los nervios pélvicos eferentes, incrementándose la capacidad vesical y por ende la distensibilidad de la misma y disminuyendo la incidencia de contracciones no inhibidas del músculo detrusor entre un 40 a un 90%. La vejiga responderá de dos maneras a la electroestimulación. Al principio contrayéndose para relajarse prolongadamente, por fatiga gradual de la respuesta contractil del músculo liso vesical unido a la inhibición del reflejo pélvico-hipogástrico, y en segundo lugar Appel en 1998 revela que fisiológicamente la contracción del rabdoesfinter suprimirá la actividad del músculo detrusor, lo que favorecerá la distensibilidad y por ende la capacidad funcional del mismo.

En el caso que nos compete de las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo y su relación con los partos, tendrán en muchos casos daño neurológico al nervio pudendo y al pelxo pélvico con prolapsos vaginales y la aparición de incontinencia urinaria, ya que dichas lesiones producirán una conducción neurológica deteriorada. Es por ello que debemos saber que la electroestimulación producirá un incremento del volumen o masa muscular del grupo ejercitado, además producirá un aumento en la proporción de fibras musculares de respuesta rápida, dinamizando esta musculatura para los cambios súbitos de presión intraabdominal-presión intravesical. Aumenta también el número y fortaleza de las fibras musculares de respuesta lenta, asegurando una presión de cierre uretral pasiva (en reposo) adecuada y en muchas ocasiones las transforma en fibras de respuesta rápida. Además producirá un reclutamiento de fibras del grupo muscular de los elevadores del ano ante circunstancias naturales que ocasionarán la contracción de dicha musculatura.

Indicaciones para la electroestimulación del piso pélvico muscular

1. Cuando tengamos déficits motor.
2. Para inhibir la hiperactividad vesical preferentemente de causa no neurológica.
3. Para incrementar el tono esfinteriano (rabdoesfinter) y/o fortalecer el grupo muscular de los elevadores del ano y del esfínter anal.
4. Para fortalecer los grupos musculares pubouretrales y pubococcigeos.
5. Para aumentar el volumen o masa muscular del piso pélvico.
6. Para transformar fibras musculares de respuesta lenta a respuesta rápida.
7. Para mejorar los resultados de los tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos.

Contraindicaciones para la electroestimulación del piso pélvico muscular

1. Alteraciones de la sensibilidad abdominovaginoperineal (S2 S4) y ausencia del reflejo sacro.
2. Trastorno severo del ritmo cardiaco y/o utilizando marcapasos.
3. Lesiones anorectales o sangramiento anorectal (transd. anorectales).
4. Embarazadas o buscando embarazo.
5. Lesiones o infecciones vaginales o sangrado vaginal en fase de diagnóstico y/o tratamiento (transd. vaginales).
6. Problemas graves de aprendizaje.
7. Infección urinaria significativa (más de 105 UFCxccc).
8. Antecedentes de retención aguda de orina y con residuos urinarios postmicciones de más de 100 ml.
9. Anatomía vaginal que impida la retención del transductor
10. No quiera utilizar transductores rectales.

Causas que dificultan la utilización de la electroestimulación del piso pélvico

1. Desconocimiento del método por parte de paciente y de médicos.
2. Molestia física y mental en su utilización y colocación
3. Dificultad en su aprendizaje.
4. Irritación de las mucosas vaginales y rectales, sobre todo en pacientes postmenopáusicas.
5. Dificultad anatómica vaginal y rectal, para su inserción intravaginal o intrarectal.
6. Prejuicios morales personales para su utilización.
7. Prohibición de su uso por parte del esposo de la pareja.

Electroestimulación del piso pélvico muscular con aditamentos vaginales-rectales con la utilización de Biofeedback

Se denomina biofeedback o retroalimentación al reacoplamiento de los procesos vitales; es la toma de conciencia o también el control consciente de las funciones corporales con la ayuda de aparatos microelectrónicos, es decir procesos psíquicos y físicos reconocidos y hechos conscientes que pueden ser controlados y modificados.

Fue nuevamente Kegel el primero que utilizó en 1948 el primer perineómetro vaginal para realizar biofeedback en pacientes aquejadas de incontinencia urinaria de esfuerzo y de hecho logró ya en ese entonces un 90% de mejoría clínica en la reducción de los episodios de incontinencia urinaria de esfuerzo. Facilitará a través de entrenamiento conductual, la adquisición de control sobre las respuestas fisiológicas, las cuales pasan muchas veces desapercibidas para nosotros, ayudando a contraer y relajar determinados grupos musculares y que dicho efecto (actividad muscular) pueda ser cuantificado (visual y auditivamente).

Ya en 1986 Burgio demostró que las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo tratadas solamente con ejercicios de refortalecimiento muscular del piso pélvico tenían un 55% de cura en comparación con el 91% cuando se utilizaba biofeedback, al igual que Kunkle en Filadelfia. La terapia con biofeedback ayudará a identificar tanto la actividad muscular pélvica como la actividad muscular abdominal, facilitando un conocimiento inmediato de la eficacia de las contracciones musculares que se están realizando. Cuando se aplica electroestimulación del piso pélvico, podemos utilizar el biofeedback como un test que mida y cuantifique la efectividad de aquel (Payne).

Se utiliza en pacientes con contracciones débiles del piso pélvico muscular. A propósito de esto Strasser (Lancet 354:918-919, 1999) demostró que las mujeres seniles con contracciones débiles del piso pélvico muscular y con incontinencia urinaria, tienen un componente relacionado al rabdoesfinter, tienen una disminución progresiva y lineal en la densidad de las fibras musculares estriadas de dicho rabdoesfinter por un aumento de la apoptosis o muerte celular programada. La ventaja del biofeedback es que las respuestas son individuales, precisas, fidedignas e inmediatas. Las desventajas es que conlleva equipos costosos, personal entrenado, no es un método de aplicación universal, a pesar de que se han diseñado equipos ambulatorios con costos mas asequibles, tanto para médicos como para pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Abrams P. Detrusor instability and bladder outlet obstruction. *Neurol Urodynamics*; 4:317. 1985.
2. Abrams PH The clinical contribution of urodynamics. En: Abrams PH, Fenley RC, Torrens M, editores. *Urodynamics*. Berlín: Springer-Verlag; 142. 1983.
3. Abrams P, Freeman R, Anderström C, Mattiasson A. Tolterodine, a new antimuscarinic agent: As effective

but better tolerated than oxybutynin in patients with overactive bladder. *Br J Urol*; 81(6):801-10. 1998.

4. Abrams P, Klevmark B, Scand J. Frequency volumen charts: An indispensable part of lower urinary tract assesment. *Urol Nephrol Suppl*; 179:47-53. 1998.
5. Allen RE, Hosker GL, Smith ARB, Warrel DW. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *Br J Obstet Gynaecol*; 97:770-779. 1990.
6. Andersson JD, England HR, Mollard EA, Blandy JP. The effects of over-stretching on the structure and function of the bladder in relation to Helmstein's distention therapy. *Br J Urol* 47 835,1970.
7. Andersson KE. Recent advances in the physiology and pharmacology of the bladder. *Cur Opinion Urol*; (4)196-199. 1996.
8. Andersson KE. The overactive bladder: Pharmacologic basis of drug treatment. *Urology*; 50(Suppl 6A):74-84. 1997.
9. Andersson SH, Lindgren A, Postlind H. Biotransformation of tolterodine, a new muscarinic receptor antagonist, in mice, rats, and dogs. *Drug Metab Dispos*; 26:6, 528-535. 1998.
10. Appel R. Unnary incontinence-Women's Health A Lifelong Life, *Scientific American*; 9(2). 1998.
11. Appel RA. A practical approach to urinary incontinence in the female. 90th Annual Meeting. Las Vegas 1995.
12. Appel RA. Clinical efficacy and safety of tolterodine in the treatment of overactive bladder. *Urol*; 50(Suppl 6A):90-96. 1997.
13. Appel RA. Surgery for the treatment of overactive bladder. *Urology*; 51(Suppl 2A):27-9. 1998.
14. Appell RA. Electrical stimulation for the treatment of urinary incontinence. *Urology*; 51 (Suppl 2A):24-26. 1998.
15. Azadzo KM, Tarcan T, Krane RJ, Siroky MB. Isoprostanes contained in the urine and made by the bladder are potent constrictors of detrusor smooth muscle. Abstract # 90 AUA 93rd. Annual Meetings, San Diego 1998.
16. Babu R, Vaidyanathan S, Sankaranarayan A, Indudhara R. Effect of intravesical instillation of varying doses of Verapamil (20 ing, 40 mg, 80 mg) upon urinary bladder function in chronic traumatic paraplegics with overactive detrusor function. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol*; 28(8) 350-354. 1990.
17. Beck RP, Nordstrom L. A 25 year experience with 519 anterior colporrhaphy procedures. *Obstet Gynecol*; 78:1011-1018. 1991.
18. Birder LA, Kanai AJ, de Groat WCDMSO: effect on bladder afferent neurons and nitric oxide release. *J Urol*; 158(5):1989-1995. 1997.
19. Blaivas JG, Sand PK. Urinary incontinence. *Patient Care*. 1999.
20. Blaivas JG. A timely and structured evaluation of voiding dysfunction. *Issues in Incontinence Summer*; 4(1). Laborie Medical Technologies Corp. 1994.
21. Bo K, Maanum M. Does vaginal electrical stimulation cause pelvic floor muscle contraction? A pilot study *Scand J Urol Nephrol Suppl* 30:39-45,1996.

centro médico

Dr. Julio C. Potenziani B.

22. Boone T, Chapple CR, Payne CK. The diagnosis and treatment of urge incontinence. Evening Seminar American Urological Association Dallas-Texas 1999.
23. Bourcier AP. Pelvic floor rehabilitation. En: Raz S, editor. *Female Urology* (2ª ed). Philadelphia: WB Saunders Co; p.263-281. 1996.
24. Bourcier AP. Physycal therapy for female pelvic floor disorders. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 6(4) 331-335. 1.994.
25. Brubaker L, Kotarinos R. Kegel or cut? Variations on his therne. *J Reproductive Med*; 38(9):672-678. 1993.
26. Bump RC, Mattiasoon A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JOL, Klarskov P, Shull BI, Smith ARB. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*; 175(1):10-17. 1996.
27. Bump RC. Discussion: Epidemiology of urinary incontinence. *Urology*; 50(Suppl 6A):15-17. 1997.
28. Burgio KL, Goode PS. Behavior therapy. En: O'Donnell PD, editor. *Urinary Incontinence*. St Louis: Mosby-Year Book Inc; 1997.
29. Burgio KL, Robinson JC, Engel BT The role of biofeedback in Kegel exercise training for stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*; 154:58-64. 1986.
30. Bums PA, Pranikoff K, Nochajski TH, Hadley EC, Levy KJ, Ory MG. A comparison of effectiveness of biofeedback and pelvic muscle exercise treatment of stress incontinence, in older community-dwelling women. *J Gerontol Medical Sciences*; 48(4):M167-M174. 1993.
31. Caine M, Raz S. The role of female hormones in stress incontinence. *Porceedings of the 16th Congress of the International Society of Urology*. Amsterdam 1973.
32. Caldwell KPS. The electrical control of sphinter incompetence. *Lancet* 2:174-175. 1963.
33. Cardozo L Sex and the bladder. *Br Med J*; 296:587-588. 1988.
34. Cardozo L. Urethral instability in normal posmenopausal patients. *Proceedings of the 15th. ICS Meeting, London*; p. 103. 1992.
35. Cardozo L. Detrusor instability and hiperreflexia. *Urogynecology*. New York Churchill-Livingstone; p.287-306. 1997.
36. Cardozo L, Stanton SL. Genuine stress incontinence and detrusor instability: A clinical and urodynamic review of 200 casos. *Br J Urol*; 51:204. 1979.
37. Cardozo L, Stanton S, Robinson H, et al. Evaluation of Flurbiprofen in detrusor instability. *Br Med J*; 280-281. 1980.
38. Cardozo L, Stanton S, Williams JE. Detrusor instability following surgery for genuine stress incontinence. *Br Med J*; 51:204. 1979.
39. Cartwright PC, Snow BW. Bladder auto-aumentation: Partial detrusor excision to augment the bladder without use of bowel. *J Urol*; 142:1050. 1989.
40. Chai TC, Steers WD Neurophysiology of micturition and continence. *Urol Clin North Am*; 23(2):221-236. 1996.
41. Chai TC, New insights into the clinical value of Oxybutinin. *J Urol*; 60(3). 1998.
42. Chan AS, Ouslander JG. The problem of incontinence in the elderly. *Problems in Urology-Urinary Incontinence*; 4(1):138-155. 1990.
43. Chandirmani VA, Peterson T, Duthie GS, Fowler CJ. Urodynamic changes during therapeutic intravesical instillations of capsaicin. *Br J Urol*; 77(6):792-7. 1996.
44. Chun A, Bertelsen DL, Murphy J, Kau S, Levin RM. Comparative effects of intravesical versus extravasical administration of ZD6169 and Cromakalim of the response of the in vitro rat whole bladder to field stimulation. *Pharmacology*; 52:347-352. 1998.
45. Colombo M, Zanetta G, Vitobello D, Milani R. The burch colposuspension for women with and without detrusor overactivity. *Br J Obstet Gynaecol*; 103(3):255-60. 1996.
46. De Ridder D, Chancellor M, van Swearingen J, Engberg S, Baert L. Towards a quantification of the effect of pelvic floor reeducation by frequency analysis of the floor EMG signal Abstract 4th International Congress of the Dutch Urological Association. Maastricht, 1997.
47. DeLancey JOL. Anatomy and biomechanics of genital prolapso. *Clin Obstet Gynecol*; 36(4):897. 1.993.
48. Edwards SR, Brubaker LT. Behavioral interventions. Nonsurgical management of urinary incontinence. En: Brubaker LT, Saclarides TJ, editores. *The female pelvic floor. Disorders of function and support* Philadelphia: FA Davis Co; p. 158-164. 1996.
49. Elgamasy AN, Lewis V, Hassouna ME, Ghoniem GM. Effect of transvaginal stimulation in the treatment of detrusor instability, *Urol Nurs*; 16(4):127-30. 1996.
50. Fall M, Lindstrom S. Electrical stimulation. A physiologic approach to the treatment of urinary incontinence. *Urol Clin North Am*; 18(2):393-407. 1991.
51. Fall M, Madersbacher. Peripheral electrical stimulation. En: Mundy AR, Stephenson TP, Wein AJ, editores. *Urodynamic principles, practice and application*. 2ª ed. New York: Churchill Livingstone; 1984.
52. Fantl JA. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA*; 265:609-613. 1991.
53. Fantl JA, Hurt WG, Dunn L.I. Detrusor instability syndrome: The use of bladder retraining drills with and without anticholinergics. *Am J Obstet Gynecol*; 140:885-890. 1981.
54. Fantl JA, Wyman JF, Harkin SW, Hadley EC. Bladder training in the management of lower urinary tract dysfunction in wornen: A review *J Am Geriatr Soc*; 38:329-332. 1990.
55. Goldthwait JE. The relation of posture to human efficiency and the influence of poise upon the support and function of the viscera. *Boston Med Surg J*; 161:839. 1990.
56. Goslin JA, Dixon JS, Critchely HO, Thompson, SA. A comparative study of the human external sphinter and periuretral levator and muscles. *Br J Rrol*; 53:35-41. 1981.
57. Guan Z Bernard F, Perreault JP, Valiquette L, Faucher R, Maufflete F, Paquin JM. The role of capsaicin in bladder outlet obstruction and bladder instability. Abstract # 68 AUA 93rd. Annual Meeting, San Diego 1998.

Alternativas no quirúrgicas en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (o anatómica) en la mujer

58. Handley EC Bladder training and relates therapies for urinary incontinence in older people. *JAMA*; 256:372. 1986.
59. Ingelman-Sundberg A. Partial denervation of the bladder. A new operation for the treatment of urge incontinence and similar conditions in women. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 38:487. 1959.
60. Ishigoda M, Hashimoto T, Hayami S, Susuki Y, Nakada T, Handa Y. Electrical pelvic floor stimulation: A possible alternative treatment for reflex urinary incontinence in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*; 34(7):411-415. 1996.
61. Keane DP, Sims TJ, Bailey AJ, Abrams P. Analysis of pelvic floor electromyography and collagen status in premenopausal nulliparous females with genuine stress incontinence. *Neurourol Urodyn*; 11(4):308-309. 1992.
62. Kegel A. Stress incontinence of women: Physiological treatment. *J Int Coll Surg*; 25:484. 1956.
63. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol*; 56:238. 1948.
64. Kitakoji H, Terasaki T, Honjo H, Odahara Y, Ukimura O, Kojima M, Watanabe H. Effect of acupuncture on the overactive bladder *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi*; 86(10):1514-1519. 1995.
65. Klutke CG, Brubaker L. Office Urogynecology. IC AUA. 92nd Annual Meeting New Orleans 1997.
66. Labasky RF, Leach GE Vaginal prolapse and other pathology complications. Stress urinary incontinence repair. *Problems in Urology-Urinary Incontinence*; 4(1):54-66. 1990.
67. Leach GE. Vaginal surgery for the urologist. *Atlas of the Urol Clin North Am*; 2(1):363. 1994.
68. Levin RM. Discussion: Potential future pharmacologic approaches. *Urology*; 50(Suppl 6A):87-89. 1997.
69. Lindholm P, Lose G. Terbutaline (Bricanyl) in the treatment of female urge incontinence. *Urol Int*; 41:158. 1986.
70. Madersbacher H, Stohrer M, Richter R. Trospium chloride versus oxybutinin: A randomized, doubleblind multicentre trial in the treatment of detrusor hyperreflexia. *Br J Urol*; 75:452. 1995.
71. Makinen J, Kahari V, Soderstrom K. Collagen synthesis in the vaginal connective tissue of patients with and without uterine prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 24:319. 1987.
72. Mallet V, Hosker G, Smith ARB, Warrel D. Pelvic floor damage and child Martin SW, Radey SC, Choss MIR. Relaxant effects of birth: A neurophysiological follow up study. *Neurourol Urodyn*; 13(4):357-358. 1994.
73. Martin SW, Radley SC, Chess WR. Relaxant effects of potassium-channel openers on normal and hyperreflexic detrusor muscle. *Br J Urol* 80:405-413, 1997.
74. Mazur D, Wehnet J, Dorschner W. Clinical and urodynamic effects of propi-verine in patients suffering from urgency and urge incontinence. A multicentre dose-optimizing study. *Scand J Urol Nephrol*; 29 (3):289. 1995.
75. Noronha-Blob L, Prosser JC, Stum BL, Lowe VC, Enna SJ. Terodiline: An M1-selective muscarinic receptor antagonist. In vivo effects at muscarinic receptors mediating urinary bladder contraction, mydriasis and salivary secretion. *Eur J Pharmacol*; 201(2-3):135-42. 1991.
76. O'Donnell PD. Biofeedback therapy. En: Raz S, editor. *Female urology* (2ed). Philadelphia: WB Saunders Co; p.253-261. 1996.
77. Oyasu H, Yamamoto T, Sato N. Urinary bladder-selective action of the new antimuscarinic compound vamicamide. *Drug Res*; 44:1242. 1994.
78. Payne CK. Conservative therapy for female urinary incontinence. AUA Update series. Lesson 34 Vol XV Houston Tx: American Urological Association, Inc. 1996.
79. Payne CK Epidemiology, pathophysiology, and evaluation of urinary incontinence and overactive bladder. *Urology*; 51: (Suppl 2A):310. 1998.
80. Peattie AB, Plevnik S, Stanton SL. Vaginal cones: A conservative method of treating genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol*; 95:1049-1053. 1988.
81. Pestronk A, Teoh R, Sims C, Drachman DB. Effects of dimethyl sulfoxide on humoral immune responses to acetylcholine receptors in the rat. *Clin Immunol Immunopathol*; 37(2):172-8. 1985.
82. Philp Y, Shah PJR, Worth PHL. Acupuncture in the treatment of bladder instability. *Br J Urol*; 61:4W-493. 1988.
83. Pigne A, De Goursac C, Nyssen C, Barrat J. Acupuncture and unstable bladder. Abstract 15th Annual Meeting of the International Continence Society; 186-187. 1985.
84. Plevnik S, Janez J, Vodusek DB. Electrical stimulation. En: Krane RJ, Siroky MB, editores. *Clinical Neuro-Urology*. Boston: Little Brown and Company, 1991.
85. Potenziani JC, Borregales L. Trastornos miccionales asociados a la hiperplasia prostática benigna. Papel del músculo detrusor en los resultados de la cirugía sobre la salida vesical (revisión clínica). *Rev Centro Méd Caracas*; 42(2):101-106. 1997.
86. Potenziani JC, Martínez NC. Morfología cistométrica urinaria en diferentes patologías ginecoulógicas. Presentado en los XXII Coloquios Médico-Militares, Caracas. 1985.
87. Ratz PH, McCammon KA, Shenfeld OZ, Lattanzio FA, Blackmore PF, Schlossberg SM, Morgan CW, Jordan GH. Estradiol and the estrogen receptor antagonist, tamoxifen, inhibit contractions in rabbit detrusor strips produced by alfa-methylene-ATP and betanechol. Abstract # 91 AUA 93rd. Annual Meeting, San Diego 1998.
88. Rijkhoff NJM, Wijkstra H, van Kerrebroek PEV, Debruyne FM. Urinary bladder control by electrical stimulation: Review of electrical stimulation techniques in spinal cord injury. *J Neurourol Urodynam*, 16:39-53. 1998.
89. Salmon UJ, Walter RI, Geist SH. The use of estrogen in the treatment of dysuria and incontinence in postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol*, 42:845. 1941.
90. Sand PK, Richardson DA, Staskin DR, Swift SE, Appell RA, Witmore KE, Ostergard DR. Pelvic floor electrical stimulation in the treatment of genuine stress

centro médico

Dr. Julio C. Potenziani B.

- incontinence. A multicenter, placebo-controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*; 173:72-9. 1995.
91. Smith CM, Wallis RM. Characterization of (3H)-darifenacin as a novel radioligand for the study of muscarinic M3 receptors. *J Recept Signal Transduct Res*; 17(13):177. 1997.
 92. Suhel P, Kralj B. Treatment of urinary incontinence using functional electrical stimulation. En: Raz S, editor *Female Urology*. Philadelphia Saunders Co; p.189-228. 1996.
 93. Swanson BN. Medical use of dimethyl sulfoxide (DMSO). *Rev Clin Basic Pharm*; 5(1-2):1-33. 1985.
 94. Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *BMJ*; 281:1243-1245. 1980.
 95. Wall LL, Hewitt JK. Urodynamic characteristics of women with complete posthysterectomy vaginal vault prolapse. *Urology*; 44(3):336-41. 1994.
 96. Wallace K. Female pelvic floor functions, dysfunctions, and behavioral approaches to treatment. *The Athletic Women. Clin Sports Med*; 13(2). 1994.
 97. Wein A. Nonsurgical treatment of lower urinary tract dysfunction. En: Raz S, editor. *Female Urology Los Angeles*: WB Saunders Co; p.161-188. 1994.
 98. Whitmore K, Kellog-Spadt S, Fletcher E. Comprehensive assessment of the pelvic floor dysfunction. *Issues, in Incontinence 1998*.
 99. Wilson PD, Borland M. Aust NZ. Vaginal cones: A conservative method of treating genuine stress incontinence. *J Obstet Gynecol*; 30:157-160. 1990.



*Dra. Verónica Bertone **

*Dr. Jorge Montes **

*Dr. Eduardo M. Fernández ***

*Dr. Mario A. Juanto ****

*Dr. Miled Mafhud ****

*Dra. Nidia N. Campora ****

*Dra. Cristina Van Kemenade *****

Resumen

1) El objetivo del trabajo es detectar las características clínicas radiológicas del paciente que sufre Síndrome de Niño Maltratado (SNM).

2) La respuesta se obtuvo mediante el estudio de 47 pacientes, en el período que se extiende entre junio de 1996 y junio de 1999, que fueron asistidos en el Servicio de Guardia del Hospital de Niños Víctor J. Vilela de la ciudad de Rosario con Síndrome de Niño Maltratado. Este estudio se valió del análisis clínico y radiológico de los pacientes así como de la investigación de su entorno familiar y social.

3) De la evaluación de los pacientes obtuvimos los siguientes datos:

- el motivo de consulta más frecuente fueron las lesiones de partes blandas (74,5%),

- el 25,5% ingresó por presentar uno o más sitios de fractura,

- en el 12,8% se presumió deshonesto,

- en 18 Pacientes la consulta se produjo días o incluso semanas posteriores el trauma,

- el Sitio de fractura más frecuente fue la diáfisis femoral, en contraste con algunos autores que describen al desprendimiento diafisario como característica del síndrome,

- en menores de 3 años predominaron las lesiones óseas, y en los mayores a 3 años las lesiones de partes blandas,

* Miembro Certificado de la Sociedad Argentina de Ortopedia y Traumatología, Post residente Hospital de Niños Víctor J. Vilela (H.N.V.J.V.).

** Miembro Certificado AAOT, Jefe de Servicio Hospital de Niños Víctor J. Vilela .

*** Miembro Certificado AAOT, Médico de Planta Hospital de Niños Víctor J. Vilela .

**** Médico de Planta Hospital de Niños Víctor J. Vilela

(1) Trabajo presentado en las primeras jornadas de la SLAOTI (Sociedad Latinoamericana de Ortopedia y Traumatología Infantil - Buenos Aires 3-6 Octubre 2000 .

- en todos los pacientes se descartó la presencia de matabolopatías u osteopatías, sin embargo su diagnóstico no descarta en sí mismo el SNM.

4) Sabemos fehacientemente que la confirmación del maltrato infantil por parte del responsable será negado en forma sistemática. Pero ante la sospecha fundamentada de su existencia es nuestra responsabilidad profundizar en la búsqueda de un diagnóstico cierto para implementar un tratamiento integral físico psíquico que involucre al entorno de la víctima con la intención de evitar así futuras agresiones e incluso la muerte.

Palabras clave

Niño maltratado.

Abstract

Follows experience in 47 cases of Battered Children in the Víctor J.Vilela Children Hospital of Rosario, Argentina. Some clues are given as to recognized this syndrome.

Key words

Battered child.

Introducción

En 1860 Tardieu realizó la primera descripción de éste síndrome destacando las características que identificaban a un niño maltratado. Luego fue Caffey⁽²⁾ en 1946 quien resaltó la asociación de fracturas en huesos largos con hematoma subdural crónico en estos pacientes.

Varios autores sucesivamente continuaron con investigaciones al respecto (Silverman 1953, Walkey y Evans 1955, Fisher 1959, Altman 1960), pero fue Kempe (9) en 1963 quien definió a la entidad como "una condición clínica en niños pequeños quienes han recibido abuso físico serio, el cual con frecuencia determina injurias permanentes o incluso la muerte".

La importancia de su investigación y diagnóstico es tal que Green y Haggerty⁽⁷⁾ estimaron que si un niño abusado regresa a su ambiente sin que se haya realizado el diagnóstico apropiado, tiene un 50% de probabilidades de sufrir agresiones más intensas y 10% de posibilidad de muerte.

Si bien su presentación en la sociedad no puede ser mensurada en forma exacta debido a su variable incidencia en diferentes comunidades y estratos sociales, así como la constante negativa por parte del agresor, ha sido estimada en E.E.U.U. en 10 a 20 mil casos nuevos por año. (Esta alarmante cifra excede proporcionalmente patologías que encontramos cotidianamente en la misma franja etaria como pie bot o displasia congénita de cadera).

Nuestro objetivo es destacar las características clínico radiológicas del paciente que sufre maltrato para que a través de su reconocimiento pueda facilitarse su diagnóstico y así contribuir a prevenir nuevas situaciones de abuso e incluso la muerte.

centro médico

Autores: Dra. Verónica Bertone • Víctor J. Vilela • Coautores: Dr. Jorge Montes • Dr. Eduardo M. Fernández
Dr. Mario A. Juanto • Dr. Miled Mafhud ° Dra. Nidia N. Campora • Dra. Cristina Van Kemenade

Material y métodos

Entre los meses de junio de 1996 y 1999 fueron evaluados en el Hospital de Niños Víctor J. Vilela de la ciudad de Rosario 47 pacientes con diagnóstico de Síndrome de niño maltratado (SNM). Veintisiete pacientes correspondieron al sexo femenino (57%) y 20 al masculino (43%).

Las edades de presentación oscilaron entre los 2 meses y los 12 años, con un promedio de 4,7 años.

Todos los pacientes fueron estudiados clínica y radiológicamente. Los menores de 3 años fueron evaluados con radiografías de cuerpo entero, mientras que en los mayores de esta edad el estudio radiológico fue selectivo.

En todos los casos, ante la sospecha de SNM, se realizó evaluación conjunta con el Servicio de Clínica Pediátrica, formulándose la denuncia al Comité de Maltrato de la Institución con el cual se trabajó en forma conjunta.

Resultados

El motivo de consulta más frecuente fue la presencia de lesiones de partes blandas que se constataron en 35 pacientes (74,5%). Los hallazgos más significativos fueron: hematomas, heridas cortantes y punzantes, quemaduras y lesiones abrasivas (por arrastre).

En 12 pacientes (25,5%) el ingreso al hospital fue debido a la presencia de fracturas, siendo en 3 pacientes (6,4%) de localización múltiple.

En 6 casos (12,8%) al realizar un examen físico exhaustivo se constataron lesiones en la región perineal, lo que llevó al probable diagnóstico de abuso deshonesto.

Con respecto a la distribución de las lesiones fracturarias la localización más frecuente fue la diáfisis tibial (27%), seguida por el húmero (26%), luego la diáfisis femoral (20%), encontramos un 13% de fracturas en la región del codo, mientras que el hallazgo de fracturas de la clavícula y huesos del antebrazo representaron un 7% del total.

De acuerdo a su ubicación ósea predominaron las fracturas de tipo diafisario (65%, 11 fracturas) respecto de las metafisarias (35%, 6 fracturas) coincidiendo con otros autores (3-10-13).

Este dato contrasta con publicaciones anteriores (4-6-11-12) en las que se indica que las fracturas metafisarias son características de esta patología.

Debe llamar la atención la presencia de fracturas en miembros inferiores en niños no deambuladores.

En 3 de los pacientes que consultaron por fracturas (25%), se hallaron al complementar el estudio radiológico fracturas en diferentes grados de consolidación. Este patrón de lesión destacado por algunos autores como indicador de SNM no fue característico en nuestro trabajo por lo que consideramos que la ausencia del mismo no debe desviar la atención acerca de su diagnóstico.

De nuestra investigación y coincidentalmente con la

bibliografía consultada (1-10-13) hemos obtenido que en niños:

- menores de 3 años predominan las lesiones óseas
- mayores de 3 años el patrón habitual de consulta está dado por las lesiones de partes blandas.

Diagnóstico diferencial

Debido a la ausencia de hallazgos clínico radiológicos que caractericen específicamente a este síndrome, deben destacarse otras patologías previo a arribar a su diagnóstico.

Es así que entre las enfermedades que más comúnmente requieren establecer diagnóstico diferencial encontramos:

Es frecuente hallar en forma concomitante desnutrición en diferentes grados, retardos de crecimiento, retrasos en la dentición y piezas dentarias en mal estado. Entre nuestros pacientes 13 (28%) presentó alguna de éstas características.

Sífilis congénita	Enf. De Caffey
Leucemia	Trauma obstétrico
P. C. fracturas múltiples	
Osteomielitis	Hipervitaminosis A
Escorbuto	Osteoporosis Juvenil
Raquitismo	Deficiencia congénita al dolor
Osteogénesis Imperfecta	

Con respecto a éstas patologías en general y a la Osteogénesis Imperfecta es preciso destacar que su presencia no descarta maltrato ⁽⁵⁻¹¹⁾. Es paciente debe ser estudiado para pesquisar probables injurias no accidentales que precipiten lesiones dentro de un cuadro óseo de por sí lábil. El diagnóstico de fractura de cráneo debe orientar hacia maltrato.

Discusión

El SNM afecta principalmente a niños menores de 4 años (60%) y especialmente a los lactantes (50%).

Es de suma importancia fijar la atención en el ambiente familiar que rodea al niño. La historia relatada por él o los padres generalmente es vaga y no coincide con la traducción clínica del traumatismo. Las lesiones resultantes requieren de un impacto mayor al descrito para causar la injuria. Además es frecuente detectar que el traumatismo se ha producido varios días o incluso semanas anteriores a la consulta ⁽⁶⁾.

Al investigar respecto a la composición del grupo familiar en nuestro medio, encontramos un alto índice de hogares en los que se ha disuelto el vínculo marital, así como la presencia de múltiples hermanos a cargo de uno de los padres (generalmente la madre) o incluso abuelos o vecinos.

Otro dato que no escapa a la problemática social actual

es la escasa formación educativa así como el bajo nivel socio-económico que acompaña a estas familias y si bien, la presencia de SNM no es privativa de grupos sociales económicamente en conflictos es un hallazgo de nuestro medio)

El sitio de fractura más afectado fue la diáfisis tibial (27%) dato que contrasta con otras publicaciones que señalan a las fracturas humerales y femorales como las más frecuentes⁽¹⁻¹⁰⁾. La ubicación diafisaria predominó sobre la metafisaria, en contraste por lo señalado por varios autores⁽⁴⁻⁶⁻¹¹⁻¹²⁾ como un hecho patognomónico.

La presencia de una o varias fracturas es un hecho que debe ser sospechoso en niños no deambuladores, así como la presencia de más de un sitio de fractura en diferente estadio de consolidación⁽⁶⁾. Sin embargo, la ausencia de los mismos no debe descartar el diagnóstico.

Las lesiones de partes blandas que no pueden ser explicadas en forma lógica y la reiteración de las mismas deben atraer nuestra atención para profundizar su estudio y así evitar su reiteración.

En el siguiente cuadro destacamos algunos datos que pueden ser indicios de maltrato y que deben obligarnos a su pesquisa ante el primer hecho de abuso.⁽⁶⁾

- Historia:
- Vaga, que no justifica la fuerza para causar la injuria
 - Retraso en la consulta
 - Pobre relación padre-hijo
 - Malnutrición-retraso del crecimiento

Hallazgos clínicos

Partes Blandas

- quemaduras
- hematomas
- Tatuajes producidos por golpes (generalmente en fascie-tronco-nalgas)

Fracturas: en MMII en no deambuladores

- Costilla columna cráneo
- bilateralidad
- varios estadios consolidación metafisarias

Creemos que la profundización del estudio clínico con el aporte de la radiología nos llevará a recabar los datos necesarios para que ante la sospecha de maltrato sea puesto en marcha el mecanismo para su detención.

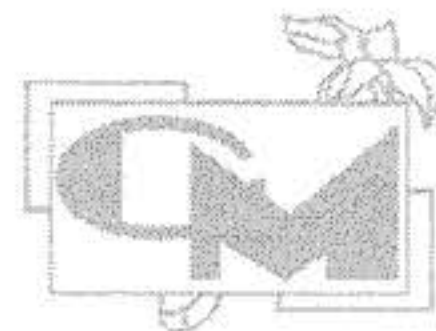
Conclusiones

Del análisis de los datos obtenidos del estudio de nuestros pacientes concluimos que no existe un patrón característico que defina al Síndrome de Niño Maltratado como tal. Su presentación de forma variada y la constante

negativa por parte del responsable del maltrato nos lleva a reflexionar sobre nuestra responsabilidad en la profundización del diagnóstico. Ante la sospecha fundamentada de maltrato debemos tomar participación activa para que mediante un tratamiento integral físico psíquico que involucre al entorno de la víctima se eviten futuras agresiones e incluso la muerte.⁽¹²⁾

Referencias bibliográficas

1. Blackmore L., Randall M.D., Loder, M.D: y col. Role of intentional abuse in children 1 to 5 years old. J. Ped.Orthop:16:585-588 1996.
2. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic. J Ped.Orthop: 16 589-593 1996.
3. Carly H. M. Fractures caused by child abuse. J.B.J.S. 75 (B) 6, 849-85. 1983.
4. Craviotto R., Der R. Síndrome de niño maltratado. Sociedad Argentina de Ortopedia y Traumatología. Séptima sesión ordinaria 1981.
5. Dent J. Colin R. Fractures in early childhood: osteogenesis imperfecta or child abuse?. J. Ped Orthop 11: 184-186 1991.
6. Galeano H., Oppenheim W. The battered child Syndrome Revisited. Clin. Orthop. 162: 11-20. 1982.
7. Green M., Haggerty R. Ambulatory Pediatrics 1968.
8. Groiso J., Bassini O., Roncoroni J.M. Síndrome de Niño Maltratado. Memorias XVII CAOT 88-89 1980.
9. Kempe C. Silverman F. The battered child syndrome JAMA. 181:17-24. 1962.
10. King J., Deifendorf D. y col. Analysis of 429 fractures en 189 Battered Children. J. Ped Orthop. 8: 585-589 1988.
11. Knight F., Bennet F. Nonaccidental injury en Osteogenesis Imperfecta: a case report. J. Ped Orthop 10: 542-544 1990.
12. McHamon P., Grossm W. y col. Soft tissue injury as an indication of child abuse. J. B.J.S. 77 A (8) 1995.
13. Osier L., Marks S. y col. Metaphyseal extensions of hypertrophied chondrocytes in abused infants. J. Ped Orthop 13: 249-254 1.993.
14. Shaw B., Murphy K. y col. Humerous shaft fractures in young children: accident or abuse? J. Ped Orthop 17: 293-297 1997.



A. Gordils ***
J. L. Gonzalez ***
E. Salinas **
E. Bautista **
M. Salinas *

Resumen

El objetivo del trabajo es presentar la experiencia del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital General de Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" en cuanto a la exploración contralateral de la patología inguinal. El lapso tiempo está comprendido entre Enero y Diciembre de 1999.

La revisión retrospectiva contiene un universo de ciento sesenta y dos (162) historias; de estas, se descartaron cuatro (4) por tener diagnóstico de hernia inguinal recidivante. Se analizó un total de ciento cincuenta y ocho (158) historias, de éstas, cincuenta y tres (53) tenían el hallazgo positivo de hernia inguinal contralateral y fueron sometidas al análisis estadístico por el método de Chi cuadrado y la prueba P de significancia.

Los resultados obtenidos, nos demostraron que los lactantes menores y pacientes de sexo femenino tienen una mayor incidencia de hallazgos positivos y aunque el porcentaje es menor en varones, resultó ser estadísticamente significativo.

Por lo tanto y como producto de este trabajo retrospectivo, sugerimos la exploración contralateral y de manera sistemática sin distinción de edad y sexo.

Palabras clave

Hernia Inguinal, Revisión Contralateral.

Abstract

The objective of this study is to present the experience acquired at the "Hospital General del Oeste Dr. José Gregorio Hernández" (Los Magallanes de Catia, Caracas Venezuela), related to contralateral exploration in the pediatric inguinal hernia patient. This study was ruled out at the Pediatric Surgery Service in the mentioned Hospital. There were reviewed 162 medical charts, obtained from the Records files of Medical Charts during the months January to December 1999. Of these medical charts four were rejected because the Diagnosis was Recidivant Inguinal Hernia. For the statistic analysis we neither take in count those Diagnosis of bilateral hernia nor the negative contralateral exploration. The findings were compared in the sex and age, using Chi square analysis and P significance test.

The results let us to conclude that, as reported before, the higher incidence of positive contralateral findings were found in young infants and female (all ages), and, surprisingly, although the incidence in older males were lower, it was statistically significant, wich permit us suggest the convenience of doing routine contralateral exploration of the unilateral pediatric hernia, no matter the age or sex.

Key words

Inguinal Hernia, Contralateral exploration.

Introducción

La primera referencia conocida sobre la reparación de hernia inguinal en niños es la de Celso, publicada en el año 25 de nuestra era, recomendó el tratamiento de la hernia inguinal dolorosa a través de la incisión en escroto, justamente por debajo del pubis¹. En 1899 Ferguson fué el primero en aconsejar que se dejara el cordón sin transtornarlo durante la reparación de la hernia inguinal²; y en 1912 Turner afirmó que la curación de las hernias de la infancia requería sólo ligadura simple amplia del saco.³ Gross y Potts demostraron una gran incidencia de hernias bilaterales en niños y Duckett fué el primero en introducir en 1952,⁴ el concepto de exploración inguinal contralateral sistemática.

Sin embargo, la exploración contralateral sigue siendo objeto de controversia.⁵ Los opositores de la revisión contralateral argumentan el riesgo que existe de provocar daño en el desarrollo del testículo y el conducto deferente a partir de una exploración contralateral produciendo así un efecto deletéreo en el desarrollo del testículo, su fertilidad o fecundidad.⁶

El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en un año (Enero-diciembre 1999) relacionado con hernias inguinales, donde se encontró una proporción elevada de hernias inguinales bilaterales y un hallazgo positivo de la revisión contralateral también elevado, incluso en niños mayores de 6 años.

Materiales y métodos

Se realizó una revisión retrospectiva en el Hospital General del Oeste Dr. José Gregorio Hernández, Los Magallanes de Catia, Servicio de Cirugía Pediátrica (Caracas, Venezuela), de 162 historias clínicas durante el periodo de Enero- Diciembre de 1999 con el diagnóstico de hernia inguinal. El rango de edades de la población estudiada comprendía de 1 mes a 14 años.

De estas 162 historias se descartaron 4 por tener diagnóstico de hernia recidivante. Del total restante (158) se tomaron en cuenta para el análisis estadístico aquellas historias que reportaran revisión contralateral con hallazgo positivo (53) y fueron sometidas al método de Chi cuadrado (X²) y p, para demostrar su significancia estadística. Las mismas fueron ordenadas por sexo y por edad.

**** Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica. HGO "Dr. José Gregorio Hernández"

*** Adjunto del Servicio de Cirugía Pediátrica. HGO "Dr. José Gregorio Hernández"

** Residentes de Postgrado, Servicio de Cirugía Pediátrica. HGO "Dr. José Gregorio Hernández"

* Interno de Pregrado, HGO "Dr. José Gregorio Hernández"

Resultados

En este estudio se observa una predominancia marcada del sexo masculino, con una incidencia del 82% y una relación varones-hembras casi 5:1. En cuanto a las edades, el grupo etario 3-6 fue el más numeroso, tanto en hembras como en varones. (VER Tabla 1. Gráfico 4).

De las 158 historias revisadas, 39 tenían el diagnóstico de hernia inguinal bilateral, fueron explorados 99 pacientes, de los cuales 53 tuvieron hallazgo positivo. Otros 20 pacientes no fueron explorados, tres de ellos porque se operaron de emergencia por atascamiento de la hernia respectiva y el resto, contrario a la orientación establecida en el Servicio, no fue explorado usando el criterio de no hacerlo en varones mayores de 6 años. Todas las niñas con diagnóstico preoperatorio de patología unilateral fueron exploradas independientemente de la edad. (ver Tabla 1)

En el grupo de varones, destaca el hecho de que el 75% de los niños menores de un año y el 53.3% de los niños de 1 a 2 años que fueron revisados tenían hernia contralateral. Igualmente, el grupo más numeroso (3-6) presentó hallazgo positivo en 43.7% de los casos. Y el grupo de mayor edad (7-14) que no fue explorado en su totalidad (dejaron de explorarse 16), fue positivo en 28.5% de los casos. (ver tabla 4 y gráfico 2). Desde el punto de vista del análisis, hay una diferencia por edad para el grupo de varones dada que en la medida que disminuye la edad aumenta la probabilidad de encontrar un hallazgo positivo de hernia inguinal contralateral, y se demuestra con valores de $X^2=24,35$ con un valor de $p<0.05$, lo cual es estadísticamente significativo.

En relación a las hembras, los resultados son más contundentes, siendo el hallazgo contralateral positivo del 100% en casi todos los grupos etarios, excepto el grupo de 3 a 6 años, donde el hallazgo fue positivo en 75% de las pacientes (ver tabla 3). En lo que respecta a las hembras las diferencias de positividad de acuerdo a los grupos etarios no es estadísticamente significativo dado por $X^2=7,76$ y $p<0.05$, esto significa que la probabilidad de encontrar hernia en el lado explorado es igual en lo que respecta a la edad.

Al comparar el porcentaje de hallazgos positivos en hembras y varones se manifiesta una evidencia estadísticamente significativa, demostrada por valores de $X^2=7,57$ y $p<0,05$.

Discusión

En este estudio hay un alto porcentaje de hallazgos operatorios positivos, tanto en hembras como en varones, lo que sugiere la conveniencia de la exploración contralateral, que fue demostrado sobretodo con el grupo de hembras, es decir, que es especialmente importante la exploración en este grupo.

De acuerdo a reportes previos, estos hallazgos positivos se presentan con mayor frecuencia en prematuros, lactantes menores, en hembras y cuando la hernia sintomática está del lado izquierdo.^{5,7,8,9} Nuestros datos confirman que

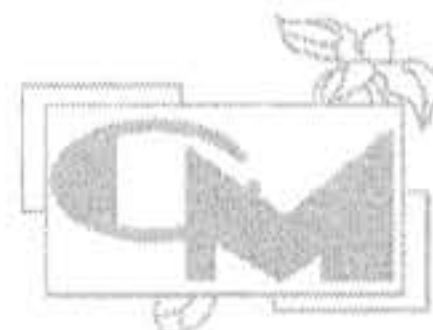
los lactantes menores y las hembras tienen una mayor incidencia de hallazgos positivos y que, aunque el porcentaje es menor en varones, es significativo. Además sugieren, que la exploración contralateral debería hacerse de forma sistemática sin distinción de sexo ni edad, ya que con alta frecuencia el hallazgo es positivo, y, de acuerdo a reportes previos, las complicaciones por la exploración son mínimas.⁵

Agradecimientos

Especial agradecimiento al Profesor Delgado, de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, UCV por su asesoría en el análisis estadístico de los datos.

Referencias bibliográficas

1. Celsus: De Medicina, Book VII (Spencer WG, ed) Cambridge, Mass, Harvard University Press: 419. 1961.
2. Ferguson AH: Oblique inguinal hernia: Typical operation for its radical cure. JAMA, 33:6, 1899.
3. Skinner M: Reparación de hernias inguinal y umbilical en lactantes y niños. Clinicas quirúrgicas de Norteamérica, Hernias: 473. 1997.
4. Duckett JW: Treatment of congenital inguinal hernia. Ann Surg 135:879-885, 1952.
5. Lugo HL: The pediatric inguinal hernia: Is contralateral exploration justified? Boletín Asociación Médica de Puerto Rico, 87(1):8-11, 1995.
6. Lee SL: Testicular Damage after Surgical groin exploration for elective herniorrhaphy. Journal of Pediatric Surgery 35 (2): 327-330. 2000.
7. Gilbert M, Clatworthy HW: Bilateral operations for inguinal hernias and hydroceles in Infancy and childhood. Am J Surg 97:255-256, 1959.
8. Bock JE, Soby JW: Frequency of contralateral inguinal hernia in children. Acta Chir Scand 136:707, 1970.
9. Recorta FJ, Grosfeld JL: Inguinal hernia repair in the perinatal period and early infancy: Clinical considerations. J Ped Surg 19(6):832-837, 1984.



DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SEXO Y DIAGNOSTICO FINAL
HGO. CARACAS, VENEZUELA 1999

TABLA 1

	HIB*	Positivo	No Explorado	
Varones	27	40	20	
Hembras	12	13	0	
TOTAL	39	53	20	

* Hernia inguinal bilateral

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SEXO DE LOS PACIENTES EXPLORADOS Y CON HALLAZGO POSITIVO
HGO. CARACAS, VENEZUELA 1999

TABLA 2

	Explorados	Positivo	Porcentaje
Varones	84	40	47,61
Hembras	15	13	86,66
TOTAL	99	53	53,53

DISTRIBUCION POR EDAD DE LAS HEMBRAS EXPLORADAS Y CON HALLAZGO POSITIVO
HGO, CARACAS, VENEZUELA 1999

TABLA 3

Edad (años)/ Frecuencia	Explorados	Positivos	Porcentaje
Menos de 1	2	2	100
1 - 2	2	2	100
3 - 6	8	6	75
7 - 14	3	3	100
Total	15	13	86.6

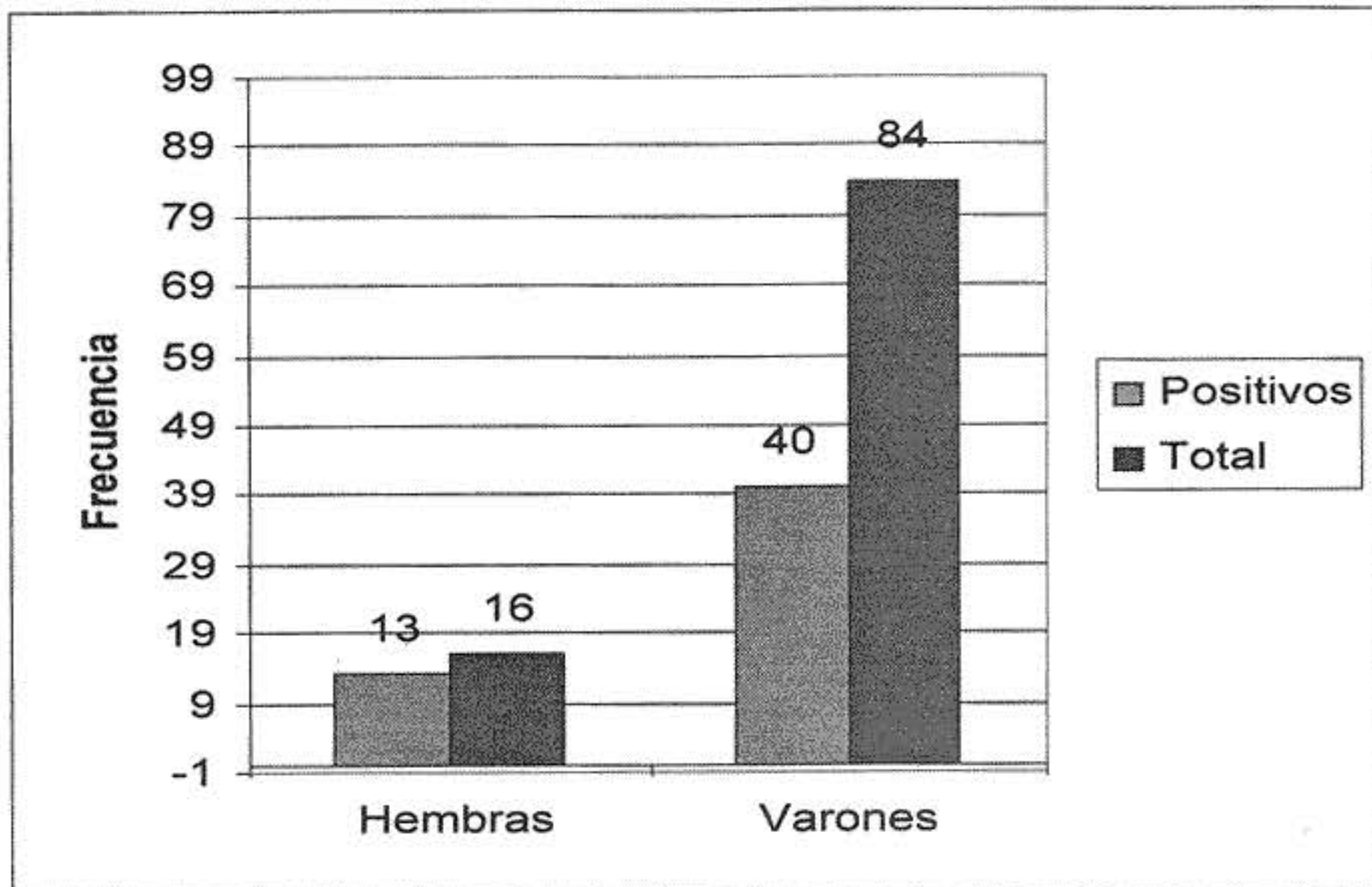
DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS VARONES EXPLORADOS Y CON HALLAZGO POSITIVO
HGO, CARACAS, VENEZUELA 1999

TABLA 4

Edad (años)/ Frecuencia	Explorados	Positivos	Porcentaje
Menos de 1	8	6	75
1 - 2	30	16	53.3
3 - 6	32	14	43.7
7 - 14	14	4	28.5
Total	84	40	47.6

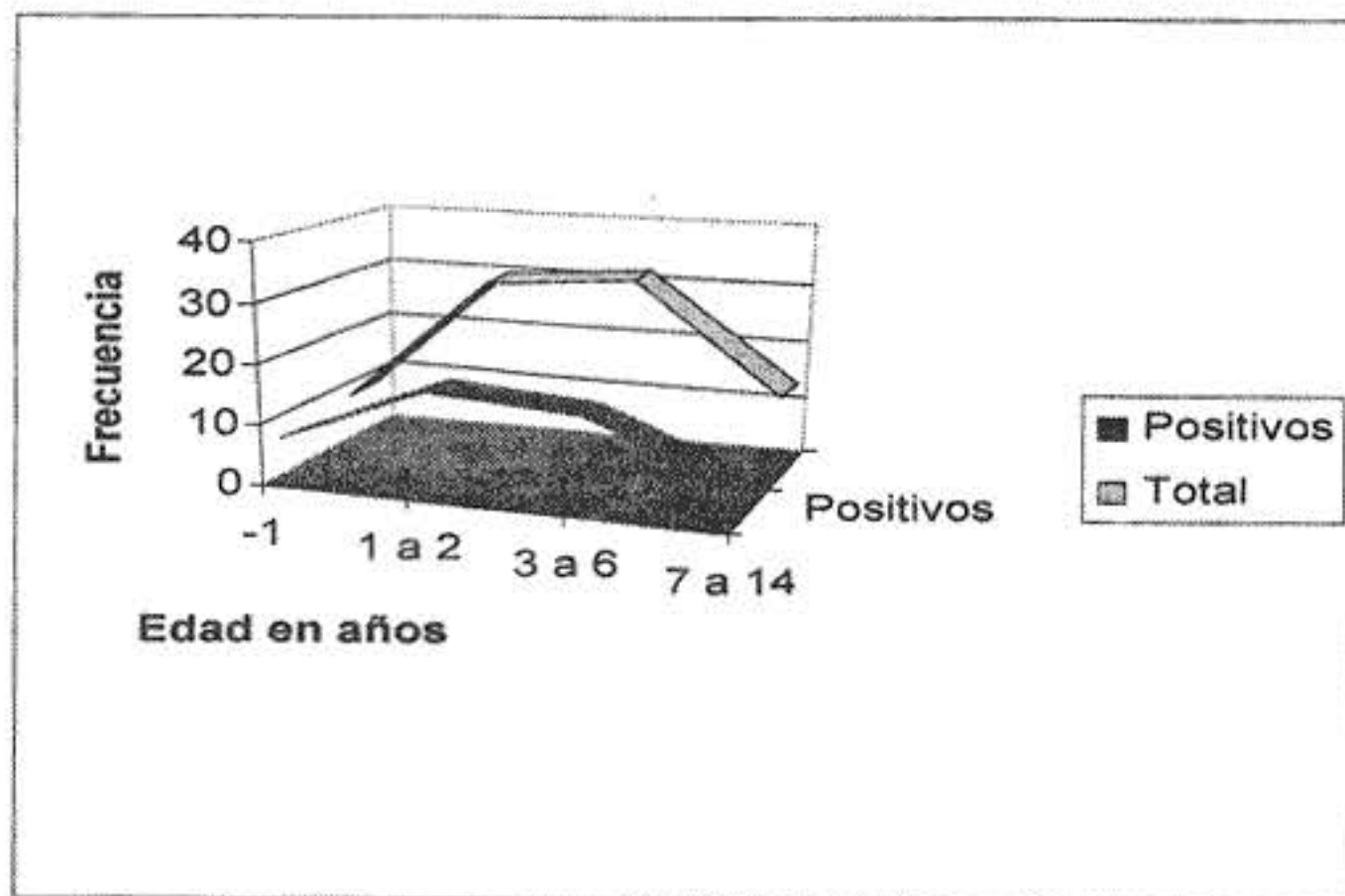
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SEXO DE LA EXPLORACION CONTRALATERAL POSITIVA
HGO. CARACAS, VENEZUELA 1999

GRAFICO 1



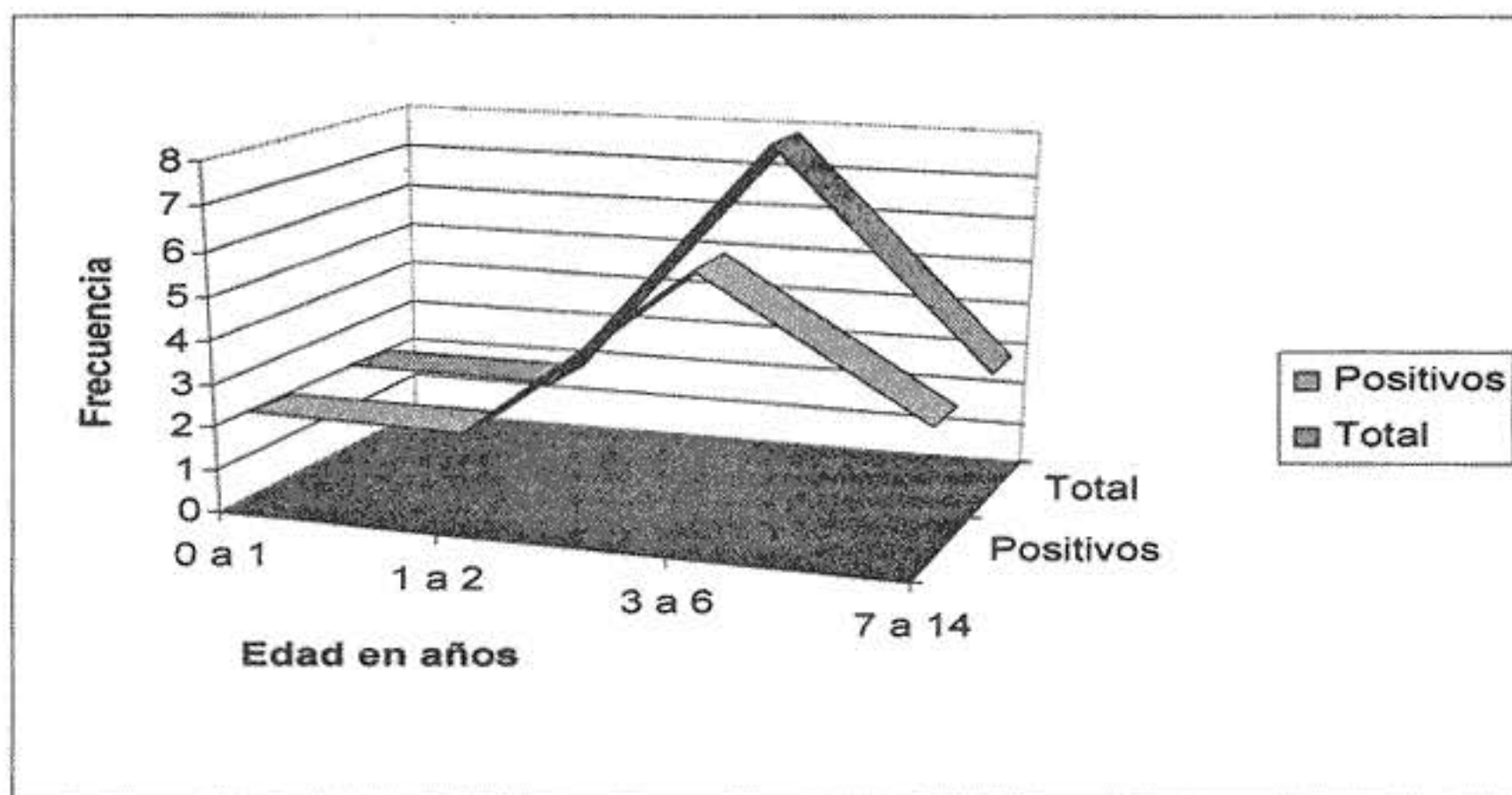
VARONES DISTRIBUIDOS POR EDAD CON HALLAZGO OPERATORIO POSITIVO HGO. CARACAS, VENEZUELA 1999

GRAFICO 2



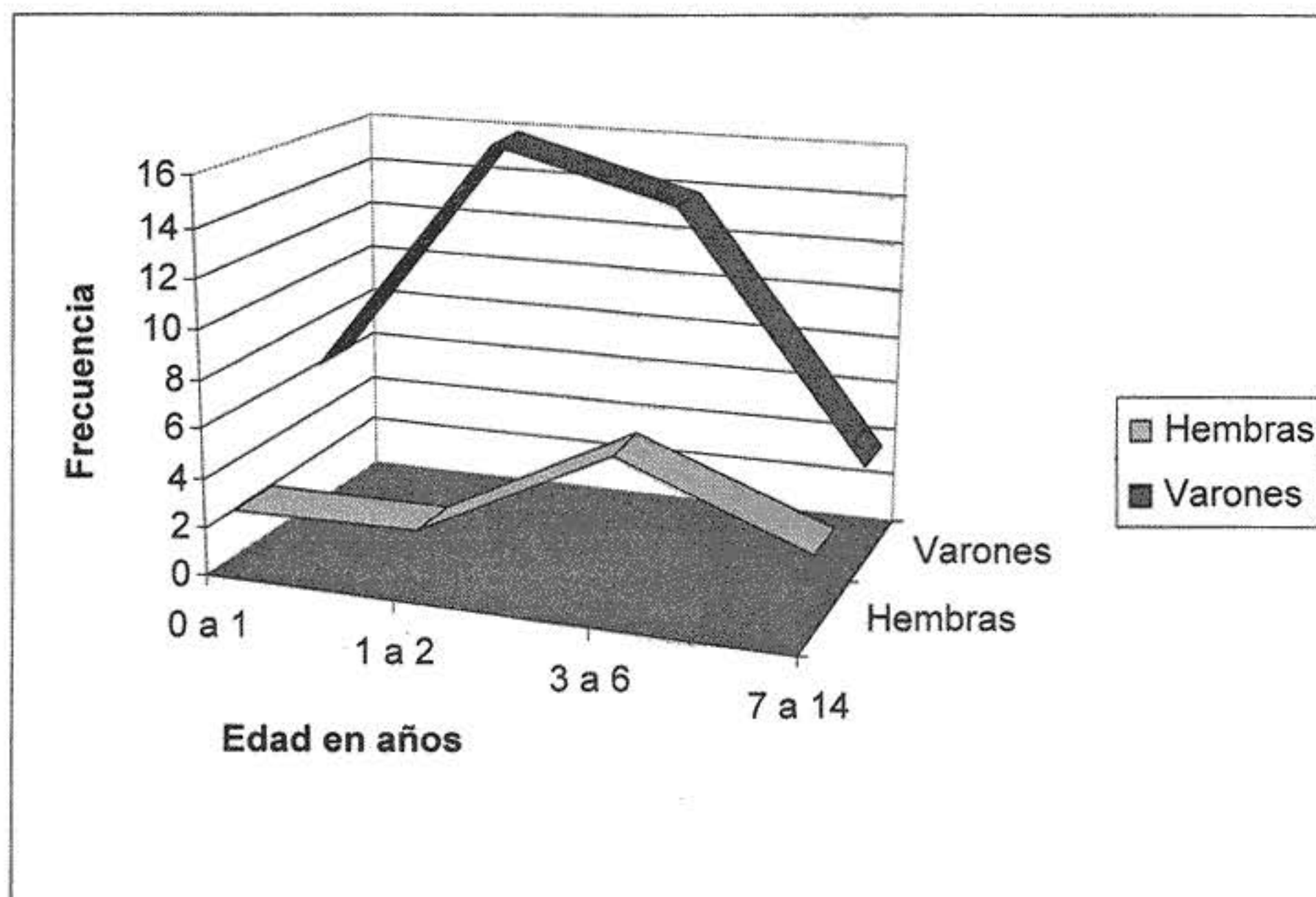
HEMBRAS DISTRIBUIDAS POR EDAD CON HALLAZGO OPERATORIO POSITIVO HGO. CARACAS, VENEZUELA 1999

GRAFICO 3



DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD DE LOS EXPLORADOS CON HALLAZGO POSITIVO HGO, CARACAS, VENEZUELA, 1999

GRAFICO 4



Dr. Ruben Jaén Urrutia *

Dr. Carlos E. Márquez **

Dr. Ramón Vallenilla F. ***

Resumen:

Objetivo: Realizar un estudio retrospectivo para determinar con el uso de variables objetivas y subjetivas, la evolución post-operatoria de pacientes mayores de 60 años de edad, intervenidos con cirugía artroscópica de rodilla y justificar o no, la indicación de tal procedimiento en estos pacientes.

Materiales y métodos: 112 pacientes con edad igual o mayor de 60 años, intervenidos con cirugía artroscópica de rodilla. Se realizó una anamnesis y examen físico de rodilla preoperatorios, documentados en la historia clínica y apoyados por estudios paraclínicos correspondientes. Posteriormente se dividió al conjunto de pacientes en dos grupos según los hallazgos artroscópicos de condromalacia, donde el grupo A corresponde a lesiones grado I y II y grupo B lesiones grado III y IV, según la clasificación de Outerbridge. A cada uno de estos pacientes, se les realizaron evaluaciones postoperatorias al tercer mes, a los 6 meses y al primer año, para así determinar en forma estandarizada los resultados de dicha cirugía.

Resultados: Se evidenció que del total de pacientes intervenidos, 85 (75,89%) de ellos presentaron condropatías grado III y IV, 23 (20,53%) pacientes condropatías grado I y II y sólo 4 (3,57%) pacientes no presentaron lesiones de cartilago articular. Sólo 3 (2,67%) pacientes tuvieron una evolución tórpida al primer año de la intervención y el resto del grupo tuvo resultados satisfactorios tanto al examen físico como en su nivel de conformidad.

Conclusiones: La cirugía artroscópica de rodilla en pacientes con edad igual o mayor a los 60 años, es un procedimiento óptimo, siempre que se respeten los criterios de selección en forma acertada y se realicen los cuidados postoperatorios (rehabilitación) adecuadamente.

Palabras clave

Rodilla, artroscopia, edad, condromalacia

Abstract

Objective: To carry out a retrospective study in order to determine postoperative evolution of patients over 60 years old, who have been interned by arthroscopic surgery of the knee, using objective and subjective variables and justify

or not, the indication of said procedures in these patients. **Materials and Methods:** 112 patients, 60 years old, or older, intervened by arthroscopic surgery. An anamnesis and preoperative physical examination of the knee was carried out, duly documented in the clinical history and supported by the corresponding paraclinical studies. Subsequently the group of patients was divided into two groups in accordance with the arthroscopic finds of chondromalacia, where group A presented grade I and II lesions and Group B, presented grade III and IV lesions, according to the Outerbridge classification. Postoperative evaluations at the third and six month, and at the first year, were carried out on each and every one of these patients, in order to determine the results of the surgery in a standardized manner. **Results:** From the total of the patients intervened it was found that 85 (75,8%), presented grade III and IV chondropathies, 23 (20,5%) patients presented grade I and II chondropathies, and only 4 (3,57%) of the patients presented a torpid evolution one year after the intervention and the rest of the group presented satisfactory results both in the physical examination and at a conformity level. **Conclusion:** Arthroscopic surgery of the knee in patients 60 years old or older, is eminently successful, whenever the selection criteria is followed and the postoperative (rehabilitation) care is adequate.

Key words

Knee, arthroscopy, age, chondromalacia.

Materiales y métodos

Pacientes evaluados e intervenidos con cirugía artroscópica de rodilla. Se incluyeron un total de 112 pacientes desde el año 97 inclusive, con edades mayores o iguales a los 60 años, para una media de 65.07 años. La relación por sexos mostró una prevalencia para el sexo femenino (76 pacientes), con respecto al masculino (36 pacientes).

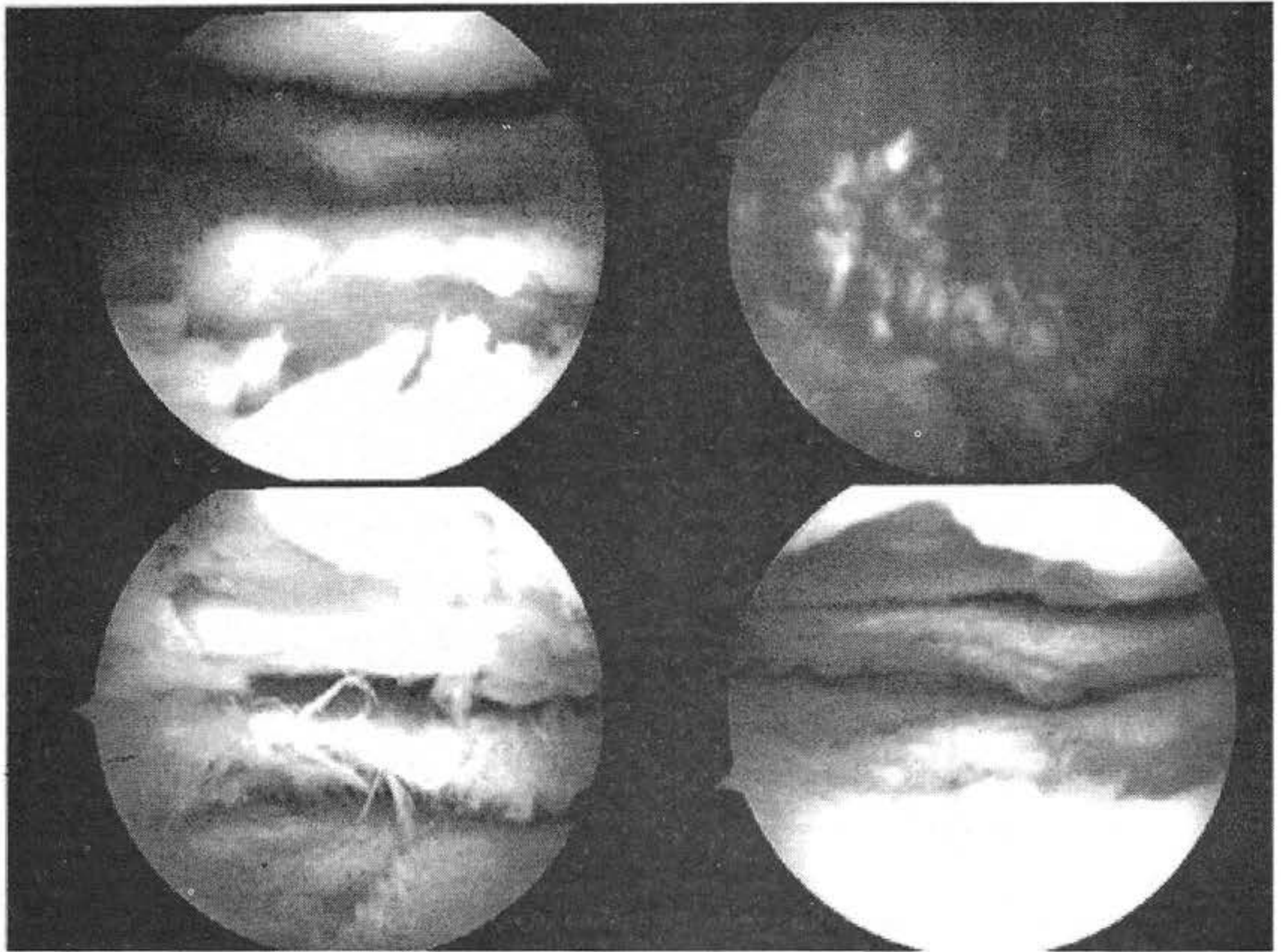
Todos los pacientes consultaron por presentar dolor en la articulación de la rodilla, acompañados en algunos casos, de otros síntomas como aumento de volumen, sensación de inestabilidad y/o bloqueo de la misma. Se realizó a cada uno de los pacientes, una anamnesis y examen físico pertinentes y se obtuvo su respectiva impresión diagnóstica preoperatoria, siempre apoyado por los estudios paraclínicos indicados. Se usó como parámetro importante, el tiempo de evolución del dolor y se dividió al grupo de pacientes en tres (3) subgrupos, donde el primero de ellos estaba compuesto por pacientes con un tiempo de evolución del dolor de tres (3) meses o menos, un segundo grupo conformado por pacientes con un tiempo de evolución de dolor comprendido entre los tres (3) y doce (12) meses y un tercer grupo que presentó dolor de un (1) año o más de evolución.

Según los hallazgos operatorios, se realizó otra subdivisión de los pacientes intervenidos, que consistió en clasificarlos en dos subgrupos, donde el grupo A estaba conformado por las rodillas con condropatías grados I-II, y el grupo B por rodillas con lesiones grados III-IV (según

* Especialista en Traumatología y Ortopedia CMC. Docente de Postgrado de Traumatología y Ortopedia HUC

** Especialista en Traumatología y Ortopedia CMC

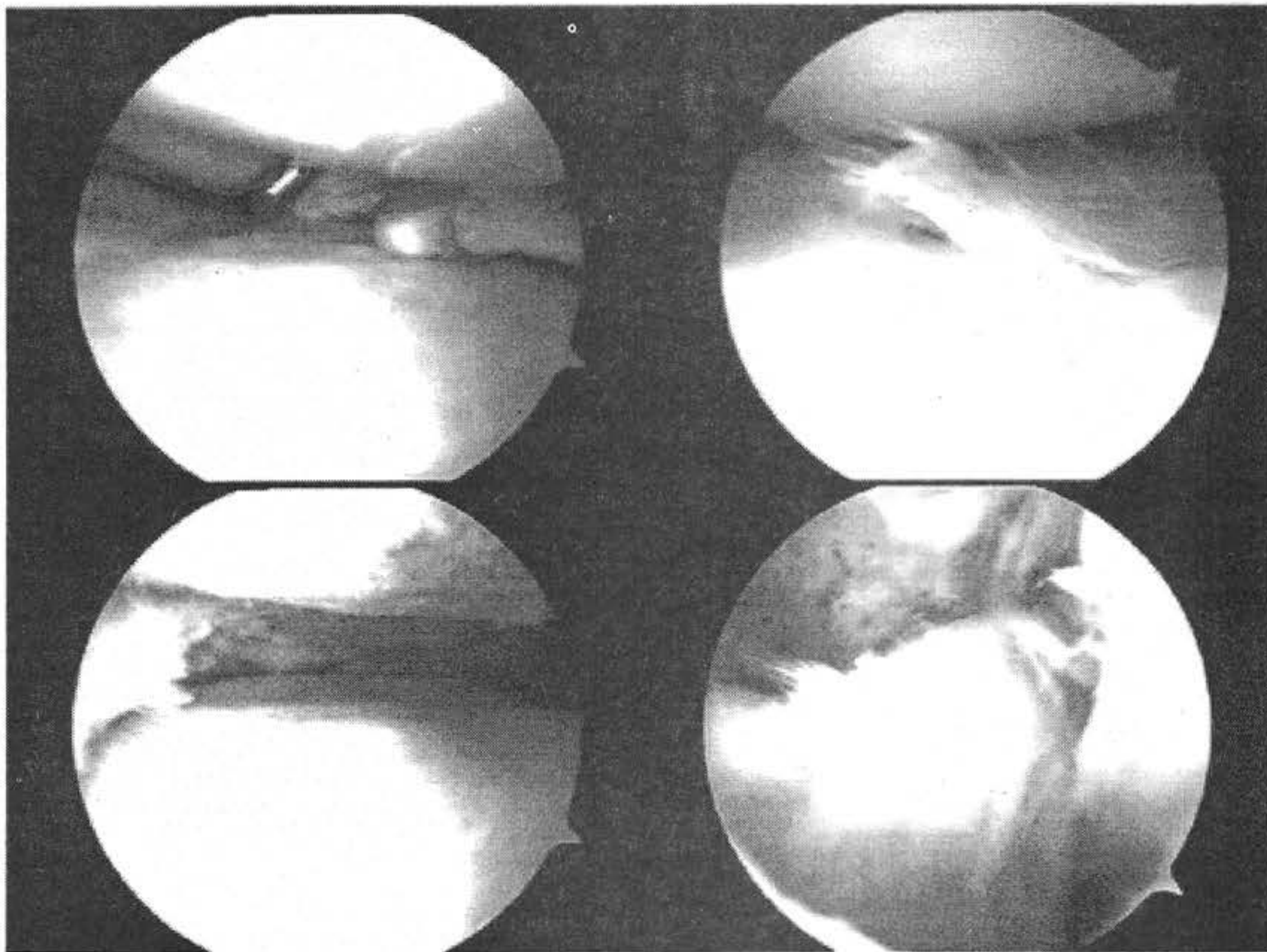
*** Residente de traumatología Hospital Luis Salazar Dominguez



Imágenes artroscópicas de diversas lesiones. Ver texto.

centro médico

Cirugía Artroscópica de Rodilla en Pacientes mayores de 60 años de edad



Imágenes artroscópicas de diversas lesiones. Ver texto.

centro médico

Dr. Ruben Jaén Urrutia • Dr. Carlos E. Márquez • Dr. Ramón Vallenilla F.

la clasificación de Outerbridge)⁽¹⁾. Fueron excluidos del estudio los pacientes con ruptura de Ligamento Cruzado Anterior (LCA), ya que su evolución postoperatoria podría modificar el objetivo del mismo⁽¹³⁾.

Posterior a la recolección de los hallazgos de cada intervención quirúrgica, se tomaron datos de la historia clínica de cada uno de los pacientes, con el fin de evaluar la evolución clínica postoperatoria a los tres (3) meses, seis (6) meses y un (1) año. Para este análisis se recopiló la presencia o ausencia de dolor, hipotrofia muscular del cuádriceps, contractura en flexión, derrame sinovial, crepitus y/o bloqueo de la rodilla intervenida. A todos estos hallazgos, se agregó el nivel de bienestar del paciente al año, en una forma estrictamente subjetiva.⁽⁹⁾

Una vez recopilados todos los datos necesarios de cada una de las historias clínicas, se realizó un análisis de los resultados absolutos y porcentuales de cada uno de los signos clínicos mencionados anteriormente, con el fin de relacionarlos con las otras variables también mencionadas (tiempo de evolución del dolor y grado de condropatía), y así formular las conclusiones definitivas.

Todos los pacientes, sin excepción, fueron sometidos a sus respectivos ejercicios de rehabilitación dirigidos y permanentemente supervisados por nuestro equipo

Resultados

En este estudio retrospectivo, de 112 pacientes evaluados e intervenidos con cirugía artroscópica de rodilla, se evidenció que 109 (97,3%) pacientes presentaron lesiones desde degeneración hasta ruptura meniscal. Del total mencionado, 43 (39,4%) rodillas presentaron lesiones bilaterales, 41 (37,6%) lesiones del menisco interno y 25 (22,9%) lesiones del menisco externo. Sólo 3 (2,6%) pacientes no presentaron lesiones meniscales.

Como se mencionó anteriormente, todos los pacientes consultaron por presentar dolor, por lo tanto, éste fue un parámetro de mucha importancia para los análisis posteriores. Sólo se tomó en cuenta la presencia o ausencia del dolor y su tiempo de evolución, ya que a nuestro criterio la presencia de dolor al primer año postoperatorio, representa un rasgo de una evolución tórpida, independientemente de la intensidad de éste. Al ordenar a los pacientes según el tiempo de evolución del dolor, se evidenció que 63 (56,25%) pacientes presentaban dolor de tres (3) meses o menos de evolución, 32 (28,5%) pacientes presentaban dolor de tres (3) a seis (6) meses de evolución y 17 (15,1%) pacientes lo presentaban desde hace más de un (1) año al momento de la evaluación preoperatoria. Es importante destacar, que el tiempo entre la decisión de realizar el procedimiento quirúrgico y la fecha de dicha intervención, nunca excedió de los dos (2) meses⁽¹⁸⁾.

En relación a los antecedentes, ningún paciente presentaba historia de intervención quirúrgica previa en la rodilla intervenida y/o antecedente de bloqueo articular y 55 (49,1%) del grupo de pacientes, refirieron antecedentes

de traumatismos, pero sólo 10 (8,9%) de ellos fueron traumatismos severos.

Al examen físico y radiológico no hubo ningún paciente con deformidades angulares severas

Del total de pacientes evaluados e intervenidos, sólo 4 (3,57%) de ellos no presentaron condropatías, mientras que 108 (96,4%) sí presentaron distintos grados de lesión, que al dividirlos en dos grupos se obtuvieron los siguientes resultados: grupo A (lesiones grado I y/o II) 23 (20,5%) pacientes, grupo B (lesiones grado III y/o IV) 85 (75,8%) pacientes. (ver cuadro 1). Para esta división se usó la clasificación de condropatías de Outerbridge, que consiste en jerarquizar la severidad de la lesión en los siguientes grados: I reblandecimiento del cartílago, II fisura del cartílago, III deshilachamiento con imágenes semejantes a la carne de cangrejo, IV ausencia del cartílago y exposición del hueso subcondral⁽¹⁾ En las intervenciones se realizaron meniscectomía parcial, condroplastia y sinovectomía⁽¹⁷⁾ según las lesiones observadas.

Cuadro 1. División del total de pacientes, según el grado de condropatías evidenciadas en la Artroscopia. Grupo A (Lesiones grado I y/o II). Grupo B (Lesiones grado III y/o IV) según la clasificación de Outerbridge.

	GRUPO A	GRUPO B
No. PACIENTES	23 (20,5%)	85 (75,8%)

En relación a la evolución post-operatoria, se puede evidenciar, como lo muestra el cuadro 2, que el dolor se presentó en 56 (50%) pacientes al tercer mes post-operatorio, disminuyó a 42 (37,5%) al sexto mes post-operatorio y sólo 14 (12,5%) de ellos presentaban dolor al primer año posterior a la intervención. Es importante resaltar que de estos 14 pacientes, 6 presentaban patologías extraarticulares, en su mayoría bursitis de pes anserino, desde antes de la intervención. Con respecto a los otros parámetros, la hipotrofia muscular del cuádriceps ipsilateral, se presentó en 22 de los pacientes al tercer mes post-operatorio, disminuyó a cinco 6 al sexto mes y sólo 1 de ellos persistió con esta alteración al primer año post-operatorio. Un total de 33 pacientes presentaron signos de derrame sinovial al tercer mes post-operatorio, al sexto mes fueron 11 los pacientes con derrame sinovial y al año sólo 6 persistieron con dicho signo. La contractura en flexión se presentó sólo en 9 pacientes al tercer mes, 4 pacientes al sexto mes y 3 pacientes al año. El crepitus patelofemoral se evidenció en 11 pacientes al tercer mes postoperatorio, posteriormente al sexto mes dicho signo sólo se observó en 7 pacientes y al primer año del postoperatorio, apenas 4 pacientes presentaban esta alteración. Por último, 3 pacientes solamente presentaron bloqueo de la articulación al tercer mes postoperatorio, luego al sexto mes y al año fue sólo 1 el paciente que persistió con tal signo clínico.

Se puede afirmar que del total de pacientes intervenidos, sólo 3 (2,67%) de ellos presentaron una evolución tórpida al primer año postoperatorio, intervenidos posteriormente para reemplazo total de rodilla⁽¹⁵⁾. Dos de ellos consultaron por presentar dolor de más de seis (6) meses de evolución, y el tercero de 15 días post-traumatismo severo.

Según nuestro criterio, evolución tórpida corresponde a la positividad de por lo menos dos (2) de los seis (6) parámetros utilizados en el examen físico al primer año postoperatorio (dolor, hipotrofia muscular, trastornos de flexión y/o extensión, derrame, crepitus y/o bloqueo), acompañados de la sensación de inconformidad del paciente.

Cuadro 1. Evolución clínica post-operatoria del grupo de pacientes intervenidos.

	3er. Mes (No. Pacientes)	6to. Mes (No. Ptes.)	1 año (No. Ptes.)
DOLOR	56	42	14
H. MUSCULAR	22	06	01
DERRAME	33	11	06
C. FLEXIÓN	09	04	03
CREPITUS	11	07	04
BLOQUEO	03	01	01

Ningún paciente intervenido, presentó alguna complicación postoperatoria inmediata, mediata y/o tardía, ni en el área anestésica ni en el área traumatológica. Como lo describen Prues-Latour y col.^{(10) (11)} con nueve casos de osteonecrosis posterior a meniscectomía artroscópica en pacientes ancianos.

Discusión

Según los resultados del estudio, realizado en un total de 112 pacientes de edad igual o mayor de sesenta (60) años, evaluados e intervenidos con cirugía artroscópica de rodilla, se puede en primer término observar la prevalencia en este grupo etario, de patologías de rodilla en pacientes femeninos con respecto al sexo masculino, debido quizás a una mayor tendencia al sobrepeso corporal por cambios hormonales post-menopáusicos.

Se observó la alta prevalencia de lesiones meniscales (109 pacientes), y dentro de este grupo, se destaca la mayor frecuencia de lesiones de menisco interno (41 pacientes) debido quizás a razones anatómicas (menor movilidad y sitio de inserción del ligamento lateral interno LLI)⁽²⁾. En todos ellos se realizó meniscectomía parcial, lo cual según serios estudios favorece la evolución postoperatoria en forma significativa en este grupo etario.^{(3) (4) (5) (6)}

El dolor fue el síntoma que se presentó en el 100% de los pacientes como principal motivo de consulta y fue estandarizado según el tiempo de evolución, con la finalidad de servir de ayuda para establecer los criterios pronósticos de la cirugía artroscópica de rodilla en este grupo etario. Por lo tanto, un paciente que presentaba dolor de rodilla de menos de tres (3) meses de evolución, probablemente junto con otros factores, era mejor candidato a resultados satisfactorios que la artralgia de más de un (1) año de evolución. Otros parámetros que se pueden agregar para la evaluación del pronóstico del acto quirúrgico son: la presencia o no de un antecedente traumático y las características de dicho traumatismo, los antecedentes de bloqueo articular, deformidades angulares severas, las cuales estuvieron ausentes en los pacientes intervenidos, cirugías artroscópicas previas, también ausentes en nuestra investigación y características de cambios radiológicos (cambios leves en el grupo de pacientes seleccionados)⁽¹¹⁾. Por lo tanto, los resultados satisfactorios de este trabajo, pueden parcialmente deberse, a que más de la mitad (56,25%) de los pacientes seleccionados presentaban dolor de tres (3) meses o menos de evolución, mientras que sólo el 15,1% del total presentaba dolor de más de un (1) año de evolución. Además, sólo nueve (9) pacientes presentaron signos clínicos preoperatorios de bloqueo articular, que junto a ausencia de deformidades severas y cambios radiológicos importantes, favorecieron la indicación y el buen pronóstico del acto quirúrgico. La mitad de los pacientes refirieron antecedentes de traumatismos, pero sólo 10 de ellos fueron traumatismos severos.

Una vez analizado los factores pronósticos, se realizó el estudio de los hallazgos operatorios. Como se mencionó anteriormente, se realizó una división del grupo en dos (2) subgrupos, según las evidencias de condromalacia y su respectiva gradación según la clasificación de Outerbridge (cuadro 1). El grupo denominado B estuvo conformado por 85 de los 112 pacientes seleccionados, y solamente uno de los pacientes que evolucionaron tórpidamente, no pertenecían a dicho grupo B, es decir, que el grado de condromalacia es un factor de suma importancia en la evolución postoperatoria y quizás como gran ayuda en la toma de decisiones posteriores. Consideramos la importancia del grado de condromalacia ya que la lesión severa del cartílago genera dolor por la exposición del hueso subcondral, liberación de enzimas líticas que además de generar dolor, mantiene la destrucción progresiva de las superficies articulares^{(4) (7) (8)}. Agregamos a esto la muy pobre capacidad del cartílago de repararse, debido predominantemente a su discreta irrigación sanguínea⁽²⁾.

A pesar de lo mencionado en el párrafo anterior, según los resultados obtenidos, se puede observar la excelente evolución de 79 de los 85 pacientes pertenecientes a dicho grupo B, debido quizás a otros factores pronósticos mencionados anteriormente. Sólo un (1) paciente perteneciente al grupo A estuvo dentro de desafortunado grupo con mala evolución, lo cual corrobora la importancia del grado de condromalacia intrarticular en la evolución postoperatoria.

Conclusiones

1. La cirugía artroscópica de rodilla en pacientes con edad mayor o igual a sesenta años, es un procedimiento óptimo, siempre que se respeten los criterios de selección en una forma acertada⁽¹²⁾ y se realicen los cuidados postoperatorios (rehabilitación) adecuadamente.

2. Es indispensable una buena realización de exploración clínica (anamnesis y examen físico) preoperatorios, que junto a los exámenes paraclínicos correspondientes, serán piezas claves en el pronóstico de la intervención.

3. Son el tiempo de evolución del dolor, antecedentes de bloqueo articular, antecedentes de traumatismos y características de éste, deformidades angulares y otros cambios radiológicos e intervención quirúrgica previa en la rodilla a valorar, los criterios pronósticos claves en la cirugía artroscópica de rodilla, en este grupo etario.

4. La condromalacia y su respectiva gradación, tienen un valor pronóstico clave en la evolución postoperatoria de este grupo etario.

5. La presencia (a través de estudios radiológicos como RMN) de lesiones como geodas, signos de Kissing (ausencia del espacio articular) u otros daños severos contraindican la realización de cirugía artroscópica de rodilla.

6. Dentro de los criterios para la realización de la intervención quirúrgica, podemos destacar la persistencia de signos y síntomas que no ceden con tratamiento médico conservador, siempre y cuando se haya obtenido un diagnóstico preciso.

7. El grado de conformidad del paciente, es un parámetro que nunca debe ser obviado. Es por esto que consideramos importante, resaltar dentro de estas conclusiones el gran valor que tiene la relación médico-paciente como coadyuvante en el éxito terapéutico.

Referencias bibliográficas

- Greenfield MA, Scoot N: Arthroscopic evaluation and treatment of the patellofemoral joint. *Orthop Clin North Am* 23(4):587-600, 1992.
- Bouchet A, Cuilleret J: Anatomía Descriptiva Topográfica y Funcional. Primera edición. Rodilla. Lyon Francia, 1997.
- Jackson RW, Rouse DW. The results of partial arthroscopic meniscectomy in patients over 40 years of age. *J Bone Joint Surg Br* 64: 481-485, 1982.
- Bonamo JJ, Kessler KJ, Noah J. Arthroscopic meniscectomy in patients over the age of 40. *Am J Sport Med* 20:422-429, 1992.
- Covall DJ, Wasilewski SA: Roentgenographic changes after arthroscopic meniscectomy: Five years follow-up in patients more than 40 years old. *Arthroscopy* 8:242-246, 1992.
- Matsusue Y, Thomson N: Arthroscopic Partial Medial Meniscectomy in Patients Over 40 years Old: A 5- to 11-Year Follow-Up Study. *Arthroscopy* 12 (1):39-44, 1996
- Miura Sh, Bathon J: Osteoarthritis in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 46(2): 216-27, 1998.
- Barret GR, Treacy SH, Ruff CG: The effect of partial meniscectomy in patients 60 years or older. *Orthop* 21(3):251-7, 1998.
- Moseley B, Wray N, Kuykendall D, Willis K, Landon G: Arthroscopic Treatment of osteoarthritis of the knee: A prospective, randomized, placebo-controlled trial. *Am J Sport Med* 24 (1): 28-34, 1996.
- Pruess-Latour V, Bonvin JC, Fritschy D: Nine cases of osteonecrosis in elderly patients following arthroscopic meniscectomy. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 6 (3): 142-7, 1998.
- Camanho GL: Meniscal injuries in the aged patient. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 52 (3): 127-31, 1997.
- Goldman R, Scuderi G, Kelly M: Arthroscopic treatment of the degenerative knee in older athletes. *Clin Sport Med* 16 (1): 51-68, 1997.
- Barber A, Burton F, McGuire D, Paulos L: Is an Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Outcome Age Dependent. *Arthroscopy* 12 (6):720-725, 1996.
- Wada M, Baba H, Imura S, Morita A, Kusaka Y. Relationship between radiographic classification and arthroscopic finding of articular cartilage lesions in osteoarthritis of the knee. *Clin Exp Rheumatol* 16 (1): 15-20, 1998.
- Dunbar R, Alexiades M. Decision Making in Rheumatoid Arthritis. Determining Surgical Priorities. *Rheum Dis Clin North Am* 24 (1) 35-54, 1998.
- Ogilvie-Harris DJ, Fitialos DP. Arthroscopic Management of the Degenerative Knee. *J Arthrosc related surg* 7 (2): 151-157, 1991.
- Ayrai X, Bonvarlet JP, Simonnet J, Amor B, Dougados M. Arthroscopy-assisted Synovectomy in the treatment of chronic synovitis of the knee. *Rev Rheum Engl Ed* 64(4): 215-226, 1997.
- Eggl E, Wegmuller H, Kosina J, Huckell C, Jakob R. Long-term Results of Arthroscopic Meniscal Repair An Analysis of Isolated Tears. *Am J Sport Med* 23 (6) 715-721, 1995.



Dr. Abraham Krivoy *
Dr. Jaime Krivoy *
Dr. Mauricio Krivoy *
Dr. Alejandro Krajewski *

Resumen

Las lesiones toracolumbares pueden originarse en forma aguda o por inestabilidad espinal crónica.

Los nuevos conceptos de la biomecánica han venido despejando las dudas en cuanto a indicaciones.

Palabras clave

Fracturas toracolumbares, inestabilidad toracolumbar, fractura en estallido.

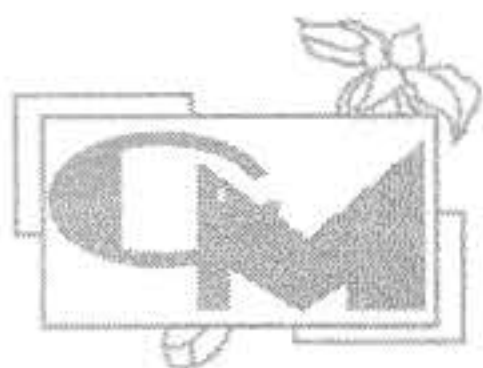
Abstract

The thoracolumbar injuries may be due to an acute trauma event or due to chronic instability. The management of thoracolumbar injuries has variation from nonoperative to interventional treatment.

Knowledge of the altered motion pattern of the fracture may be helpful in the decision.

Key words

Thoracolumbar fractures. Thoracolumbar instability. Burst Fracture.



Introducción

La fractura torocolumbar ofrece características, que en contraste con las fracturas cervicales y torácicas puras, las primeras tienen un potencial de recuperación donde la lesión del cono medular y la cola de caballo participan en proporciones distintas en este trauma. Las lesiones del cono medular poseen potencial reducido de recuperación, particularmente las áreas inervadas por las raíces sacras, vejiga, recto. Por el contrario las lesiones de la cola de caballo ofrecen un potencial de recuperación aceptable aún en decompresiones tardías.

El otro factor que ha venido ajustando el mejor conocimiento de esta patología es la contribución enorme de la imagenología que va desde la radio simple, politomografía, mielografía, tomografía de alta resolución, mielotomografía y resonancia magnética.

La topografía y mielotomografía han demostrado compresiones neurológicas aún después de amplias decompresivas.

El otro factor que viene contribuyendo cada día mejor a la solución de esta patología es la comprensión de la biomecánica de la zona, donde los aspectos experimentales han producido sus frutos y finalmente un último factor es el desarrollo de los implantes espinales en el logro de la estabilización inmediata que con el uso de los injertos óseos da el tiempo suficiente para una fusión definitiva.

En este enfoque, la estabilización indicada se realiza precozmente con un mínimo de pseudo-artrosis o deformación progresiva.

La utilización de los implantes es una carrera contra el tiempo entre la fusión adecuada del injerto y la falla del implante.

Clasificación de traumas espinales toracolumbares

- I Lesiones por flexión-compresión (que incluye la fractura en cuña).
- II Lesiones por carga axial que incluye la fractura en estallido.
- III Fracturas por rotación lateral que incluye las fracturas por deslizamiento.
- IV Fracturas en cinturón que incluye las fracturas Chance.

Esta clasificación está basada en los trabajos de Frank Holdsworth⁽¹⁻²⁾ quien permite una mejor comprensión de las fracturas tóraco-lumbares, estableciendo la división del eje espinal en dos columnas, insistiendo que la ruptura de la columna posterior es suficiente para crear inestabilidad.

Por otro lado, múltiples trabajos experimentales demuestran inestabilidad o la habilidad de sublujar o dislocar aparece después de una ruptura adicional del ligamento vertebral común posterior y del anillo fibroso⁽³⁾.

* Hospital Universitario de Caracas. Hospital Centro Médico de Caracas.

La clasificación de Holdsworth no reconoce la lesión flexión-distracción.

Francis Denis ⁽⁴⁾ en su clásico trabajo establece que la ruptura por sí sola del complejo ligamentoso posterior vertebral es insuficiente para crear inestabilidad, en flexión, extensión, rotación o deslizamiento.

Pero si a esto se agrega disrupción del ligamento vertebral común posterior y de la parte posterior del anillo fibroso, se obtiene inestabilidad al menos en flexión ⁽³⁾. Por ello el concepto de las dos columnas de Holdsworth ⁽²⁾ es substituido por el de las 3 columnas ⁽⁴⁾.

Las 3 columnas están representadas, la anterior por el ligamento vertebral común anterior, la parte anterior del anillo fibroso y del cuerpo vertebral. la columna media está formada por el ligamento común posterior, la parte posterior del anillo fibroso y la parte posterior del cuerpo; la columna posterior está formada, tal como lo describió Holdsworth por el arco posterior y los ligamentos que lo forman: ligamento supraespinoso, interespinosos, capsulares y ligamento amarillo. (Ver fig. 1).

Según esta posición los traumas tóraco-lumbares se dividen en menores y mayores.

Traumata menores

- Fracturas del proceso transversal
- Fracturas de la pars inter-articulares
- Fracturas del proceso espinoso
- Fracturas del proceso articular

Traumata mayores

- I Fracturas por compresión
- II Fracturas por estallido
- III Fracturas tipo cinturón
- IV Fracturas dislocación

La totalidad de los llamados traumas menores logran la cicatrización con inmovilización externa.

Traumata mayores

I. Fracturas por compresión

Corresponde a la falla ósea bajo compresión en la columna anterior. La columna media se preserva y actúa como bisagra, y esto le da carácter patognomónico.

Cuando la carga compresiva es severa puede haber cierto grado de compromiso de la columna posterior que produce a veces aumento de la distancia inter-espinosa en las radiografías laterales.

Subtipos:

Fracturas por compresión: Anterior. Lateral.

A: Fracturas por compresión anterior debido a flexión anterior.

B: Fracturas debido a flexión lateral.

La mayor frecuencia de localización está entre T₁₁ y L₅ y otro grupo menor entre T₄-T₁₀.

En la figura 1 se observa algunas variantes de las fracturas por compresión anterior donde se observa: el tipo con fragmento somático, disrupción del platillo superior, disrupción del platillo inferior, disrupción de ambos platillos y el bucleado o relieve en acordeón del cuerpo. Este último bucleado se ve en las radiografías simples de las fracturas por compresión lateral con su tendencia a cuña lateral.

II. Fracturas por estallido

Las lesiones neurológicas de la fractura por estallido de la región tóraco-lumbar puede deberse al trauma agudo o la inestabilidad crónica progresiva, donde puede haber deformidad del cuerpo fracturado según las cargas o movimientos anormales.

Las fracturas en estallido comprenden el 15% de todos los traumas toracolumbares. A diferencia de la fractura en cuña, esta fractura en estallido tiene potencial de daño neurológico incluyendo la paraplejía, trastornos rectales, lumbalgias, ciáticas. Los trastornos neurológicos de la fractura en estallido llegan hasta 60% ⁽⁵⁾. Esta fractura es considerada muy inestable, particularmente en flexión y tensión-compresión.

Cuando las cargas sobre las vértebras es de tipo axial se produce la falla sobre la columna anterior y media.

Aquí en las placas simples se visualiza fractura de la cabeza posterior somática con disminución de la altura de la misma; dentro del canal pueden observarse fragmentos óseos instruidos o desplazados desde ambos platillos, lo que puede producir aumento de la distancia interpedicular, fracturas de láminas en tallo verde de su cortical anterior y desplazamiento de articulares.

Los desplazamientos óseos intracanales adquieren más importancia según la clínica más que el porcentaje de desplazamiento del fragmento óseo. Así un desplazamiento mayor del 50% del fragmento a nivel de L₃ puede tener ausencia de clínica neurológica.

A nivel de T₁₁ - T₁₂, debido a la presencia del cono y del ensanchamiento anatómico de la médula, puede comprometerse en forma severa ya que también actúa la carga del impacto, más que el grado de desplazamiento fragmentario.

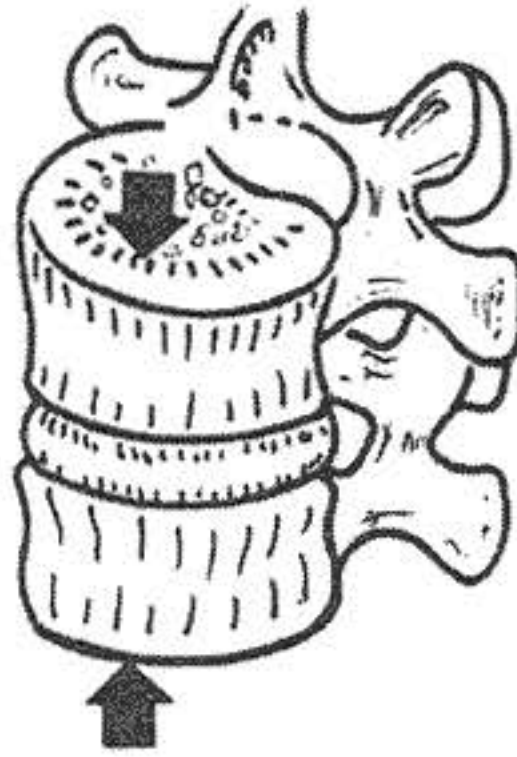
Entre las vértebras más comprometidas están T₁₁ a L₅ con mayor frecuencia; con menor frecuencia están entre T₆-T₈ ⁽⁴⁾.

La forma como incide la carga axial produce 5 variantes de fracturas por estallido según Denis ⁽⁴⁾.

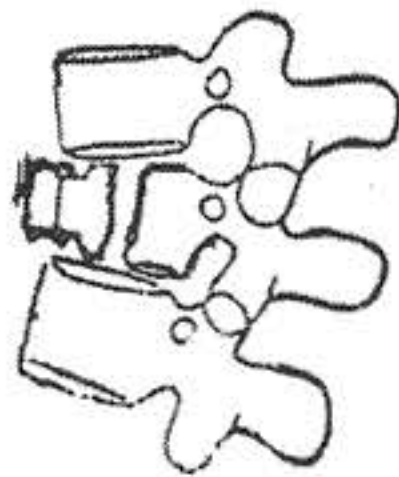
Tipo A: Fractura de ambos platillos propio de la región baja lumbar. No produce cifosis.

Tratamiento: decompresiva de la vértebra involucrada, una por encima y otra por debajo.

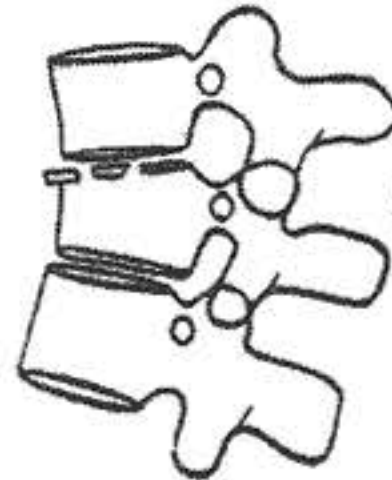
Tipo B: Fractura del platillo superior, en la región tóraco lumbar. La Topografía Axial Computada señala la fisura del platillo superior. Aquí la carga actúa junto con flexión.



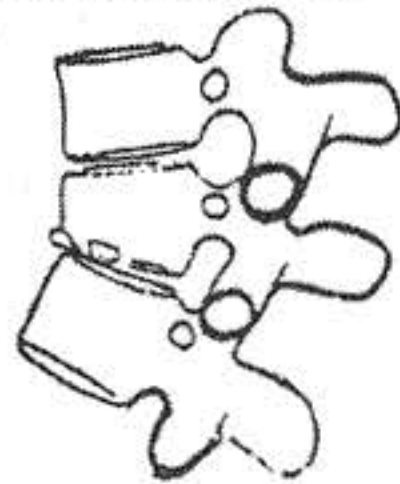
a) *Fractura por compresión
el pilar medio no está afectado*



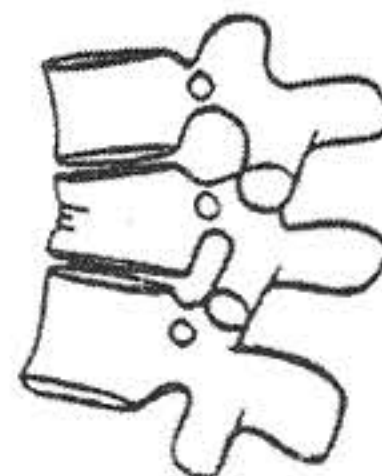
A: *Fragmento óseo*



B: *Disrupción
de platillo
superior*



C: *Disrupción de
platillo inferior*



D: *Cuerpo disminuido*

Figura 1: Fractura por compresión

Falla de la columna anterior

Altura del cuerpo anterior disminuida

Columna media actuando como pivote. Puede ser lateral.

Patognomonia: preservación de columna media

Tratamiento: cuando está indicado, se decomprime la vértebra afectada y la superior.

Tipo C: fractura del platillo inferior. Es poco frecuente, también involucra la carga axial con flexión.

Tipo D: Estallido-rotación por lo que se comprende con la fractura lujación por el componente rotacional mal alineado. Es más frecuente en la región media lumbar.

La imagenología puede caracterizarla por el estallido somático, cominuto, aumento de la distancia interpedicular, fractura vertical de la lámina, fragmento óseo intracanal, disminución de la altura posterior.

Aquí actúa la carga axial junto con rotación.

Tipo E: Hay estallido con flexión lateral, con intrusión ósea del lado flexionado debido a fractura del cuerpo vertebral.

Fractura tipo estallido somático: es el resultado de la falla de la columna anterior y media bajo carga axial.

Los tallos de Harrington no transmiten distracción de la columna media a la anterior directamente fijando al menos 6 segmentos para un solo lesionado.

Biomecánica: La columna vertebral es una estructura con componentes tridimensionales, capaz de aceptar múltiples cargas con una estructura compleja.

Los implantes debe ejercer las fuerzas correctoras que manejan las 3 dimensiones con capacidad de soporte de cargas.

Los implantes transpediculares llenan este requisito.

III. Fractura tipo cinturón

Aún cuando esta fractura puede producirse sin el uso del cinturón, engloba mejor la totalidad de las variantes. Aquí se produce falla de la columna posterior y media bajo fuerzas tensionales de flexión y fuerzas añadidas de distracción. La columna anterior puede ceder ante carga importante, sin perder su función de bisagra, lo que la diferencia de la variante fractura dislocación donde esta bisagra se pierde.

Las variantes de esta fractura se describe:

Variantes de un solo nivel

- disrupción del hueso como es la fractura chance
- disrupción del ligamento desde el nivel supra-espinoso hacia el disco intervertebral.

Variantes de dos niveles

- fractura de la columna media a través del hueso.
- ruptura de la columna media a través del anillo fibroso posterior.

La imagenología muestra un aumento de la distancia inter-espinoso, con separación del Proceso transversal, separación horizontal de los pedículos y de la pars interarticular. Aumento de la altura del cuerpo posterior vertebral; apertura posterior del espacio interdiscal que

involucra ruptura del anillo fibroso y ligamento vertebral común posterior. Las radiografías laterales dan mayores datos que los cortes horizontales de la TAC.

IV. Fractura dislocación

Aquí la falla es de todas las columnas sometidas a compresión, tensión, rotación y desplazamiento, lo que produce subluxación o dislocación.

Debe tenerse cuidado que en la posición supina pareciera que todo esté alineado pero puede sospecharse la grave inestabilidad por la concomitancia de fracturas múltiples de costilla, procesos transversos, de las articulares unilateral, láminas y espinosas.

Los tipos conocidos son:

- Flexión rotación.
- Deslizamiento.
- Flexión distracción.

A: Relación a la flexión rotación

Se muestra como las más frecuentes⁽⁴⁾. Las columnas media y posterior están fracturadas bajo las fuerzas de tensión y rotación. La columna anterior cede bajo fuerzas de compresión y rotación produciendo cierto grado de cuña del cuerpo con desgarro del periostio anterolateral y despegamiento del ligamento vertebral.

La radiografía muestra el desplazamiento de una de las articulares de un lado que prueba la rotación. Igualmente se ven la rotación de los pedículos arriba y debajo de las vértebras fracturadas, así como de los procesos espinosos. Los cortes topográficos horizontales detallan la rotación de una vértebra en relación a las contiguas con reducción del canal y la fractura articular.

B: La fractura dislocación tipo deslizamiento

Tiene participación de las tres columnas donde la fuerza de desplazamiento prevalece desde la dirección postero-anterior y algunas veces a la inversa. Las radiografías muestran el desplazamiento anteroposterior que se demuestra más en extensión.

C: Fractura dislocación tipo flexión-distracción

Semeja a las de cinturón que incluye la columna posterior y media, el anillo fibroso esta desgarrado lo que facilita la subluxación con separación de ligamento vertebral común anterior de la vértebra inferior sin disrupción de su continuidad.

Fractura dislocación de tipo flexión. Rotación con deslizamiento trans-óseo:

Tipo A: Flexión rotación, columna media y posterior destruida bajo fuerzas tensionales y rotacionales. La columna anterior falla por la compresión y rotación con acunamiento del cuerpo vertebral y desgarro de periostio ligamento común anterior.

Rayos X: Subluxación y dislocación pared posterior somática conservada, aumento de distancia inter-espinosa en placa lateral en AP. es normal o fractura desplazada de la articular superior de un lado, prueba de la falla rotacional de la columna posterior.

Múltiples fracturas transversas y de costillas. Rotación de una vértebra respecto a otra se reconoce por la rotación de pedículos y espinosas.

El corte de disco se ve en acuñaamiento de la vértebra inferior o a través del cuerpo con deslizamiento, el canal se estrecha.

Tipo B: Fractura dislocación con cizallamiento: Daño de las 3 columnas incluyendo ligamento vertebral común anterior que se nota en la distracción con Harrington. La dirección de la fuerza es pósterio-anterior pero puede ser inversa.

En el subtipo PA la parte superior del corte es anterior. El suceso es en posición extendida por lo que el cuerpo vertebral está intacto.

El arco posterior se fractura en varios niveles láminas flotantes, espinosas superiores fracturadas, de facetas superiores diferente a la faceta superior en la fractura flexión rotación.

La cizalla AP traslada posteriormente los cuerpos superiores, puede haber fractura de espinosa. No hay lámina flotante. El cuerpo superior desplazado engancha en la articular superior de la vértebra inferior.

Tipo C: Fractura dislocación tipo flexión distracción: Recuerda a la de cinturón de seguridad, con columna posterior y media rotas. El anillo fibroso está rotado con subluxación de vértebra superior o dislocación de la inferior. Despegamiento del ligamento vertebral anterior de la vértebra inferior sin solución de continuidad.

Rayos X: Difiere de la de cinturón de seguridad porque se añade subluxación o dislocación de la vértebra superior. Hay reducción del canal.

Los déficits neurológicos en relación al tipo de fractura son:

Fractura aislada del proceso espinoso: visible en TAC. Región dorso lumbar depende del trauma y hay déficit del cono.

Fractura de faceta y pars interarticulares: raras veces daño radicular.

Fractura tipo cinturón de seguridad: raras veces dan déficit.

Fractura por estallido: entumecimiento o debilidad que se recupera pronto, paraparesia en 50%.

Fractura dislocación tipo flexión-rotación: déficit en 52%.

Fractura dislocación tipo cizallamiento: paraplejías totales.

Fractura dislocación tipo flexión distracción: paraplejías en 75%.

Inestabilidad espinal ⁽⁴⁾: correlación con la clasificación de fracturas.

Fractura estable: A la de tipo compresión mínima con columna posterior intacta. Tratamiento conservador con inmovilización externa y deambulacion precoz.

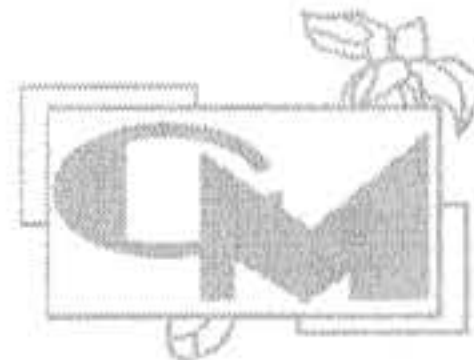
Inestabilidad de primer grado: Inestabilidad mecánica, corresponde a los tipos de: compresión severa: Disrupción del ligamento posterior pivotea. De cinturón de seguridad: sobre columna media. La flexión pivotea la columna anterior. Las otras dos columnas están dañadas. No ataca los elementos neurales. Tratamiento: Estabilización externa o interna.

Inestabilidad de segundo grado. Inestabilidad neurológica: La columna media se daña por carga axial en fractura por estallido. El déficit neurológico inicial es por el impacto y la progresividad. Por la compresión ósea en desarrollo. La ambulacion precoz aumenta la carga axial con aumento de la distancia interpedicular. 20% son progresivos y requieren implantes.

Inestabilidad de tercer grado: Inestabilidad mecánica y neurológica, fractura dislocación y la de estallido severa. Se requiere decompresiva neural y estabilización.

Referencias bibliográficas

1. Holdsworthy W: Fractures, dislocations and fractures dislocations of the spine. J. Bone Joint Surg. PIV-5B-6-20. 1963.
2. Holdsworthy FW: Fractures, dislocations and fracture dislocations of the spine. J. Bone Joint. Surg. 52B 1534-1551. 1970.
3. Bedbrock GM: Stability of spinal fractures and fracture dislocation paraplejía. 9:23-32. 1971.
4. Denis F.: The three column spine and its significance in the classification of acute Thoracolumbar spinal injuries. Spine. 8:817-831. 1983.
5. Trafton PG, Boyd CA Jr.: Computed tomography of thoracic and lumbar spine Injuries. J. Trauma. 24:506-515. 1984.



Dr Ali Peñaloza *

Dra Jenny-Ann Benotto **

Dr. Luis Enrique Cerquone**

Resumen

Los tumores del epidídimo son generalmente benignos y corresponden a quistes de epidídimo y espermatocelos, sin embargo pueden encontrarse tumores sólidos de muy mal pronóstico, que en su mayoría corresponden a sarcomas. Se presentan como una masa escrotal, que crece gradualmente, generalmente asintomáticos, pueden ser diagnosticados por ecosonografía, sin embargo el diagnóstico definitivo es el estudio patológico de la pieza operatoria. Presentamos el caso de un paciente de 17 años de edad que consulta por presentar masa escrotal izquierda levemente dolorosa de 1 mes de evolución, de aproximadamente 7 x 5 cms de diámetro, de consistencia dura, no móvil, dolorosa a la palpación con transiluminación negativa. El ecosonograma testicular reportó: Tumor sólido de epidídimo izquierdo. Se realizó orquidectomía radical, y el diagnóstico histopatológico fue: fibrohistiocitoma maligno de epidídimo. Estos tumores son extremadamente raros y de muy mal pronóstico.

Palabras Clave

Fibrohistiocitoma, epidídimo

Abstract

The tumors of the epididymis are generally benign and they correspond to epididymis cysts and espermatocelos, however they can be solid tumors of poor prognosis that correspond to sarcomas in their majority. They are presented like a scrotal mass that grows gradually, generally with no symptoms, they can be diagnosed by sonography, however the definitive diagnosis is the histological examination of the tumoral mass. We present the case of a 17 year-old patient that consults with pain, gradually enlarging mass in the left scrotum, of approximately 7 x 5 centimeters of diameter, physical examination revealed an elastic hard mass in the left scrotum. The scrotal sonography shows a solid tumor of the epididymis, and left radical orchiectomy was performed. The histologic diagnosis was malignant fibrous histiocytoma of epididymis. These tumors are extremely rare and the overall prognosis is poor.

Key Words

Fibrous histiocytoma, epididymis

* Cirujano General del Hospital Privado Centro Médico de Caracas. MASVC.

** Residentes del post-grado de cirugía del Hospital Dr. Jesús Yerena

Introducción

Los tumores intraescrotales afectan, generalmente al testículo, siendo éstos en su mayoría de naturaleza maligna. Se comportan de una manera silenciosa y dan metástasis precozmente⁽¹⁾

Los tumores del epidídimo son más raros, pueden producirse a cualquier edad y son generalmente de origen mesodérmico, aunque en algunos casos pueden observarse quistes dermoide. Los tumores malignos del epidídimo son en su mayoría sarcomas y se observan en niños y adolescentes. Otros sarcomas como liposarcomas, condrosarcomas, leiomiosarcomas son observados más a menudo en pacientes ancianos^(1,2,3). Se han descrito metástasis en epidídimo por tumores en riñón, páncreas y vías biliares^(4,5).

El paciente presenta generalmente una historia de masa escrotal que crece gradualmente^(6,7,8,9), puede alcanzar dimensiones voluminosas hasta de 20 cms. Generalmente son asintomáticos^(10,11,6,12,13,14), pero en ocasiones los pacientes refieren dolor de leve intensidad a nivel de la lesión^(4,15,16). Estos pacientes pueden referir pérdida de peso⁽⁵⁾. La tumoración es dura a la palpación y la transiluminación es negativa.

El 75 % de los tumores del epidídimo son benignos, y de ellos el 4-9 % corresponden al Cistoadenoma papilar que se asocia frecuentemente con el síndrome de Von Hippel Lindau e infertilidad⁽¹⁷⁾. Estos tumores deben diferenciarse de los quistes del cordón, de los hidroceles⁽¹⁸⁾, espermatocelos, hernias⁽²⁾, de procesos inflamatorios, como la infección por clamidia⁽¹⁰⁾, la sarcoidosis testicular⁽¹⁹⁾, la tuberculosis⁽²⁰⁾, y la epididimitis crónica^(4,13).

El ecosonograma es el método paraclínico de elección en el estudio de pacientes con masa escrotal^(21,18,7,9,19,16,15). Los marcadores tumorales, como la alfa feto-proteína, y la gonadotropina corionica humana, frecuentemente resultan negativos, incluso en los tumores malignos^(7,9). En algunos casos la citología por aspiración con aguja fina puede ser de utilidad para establecer el diagnóstico^(18,8,22), sin embargo, su uso es controversial, porque se ha demostrado que favorece la diseminación y por otra parte no aporta material suficiente al patólogo⁽¹¹⁾.

El diagnóstico definitivo se establece a través del estudio histológico de la pieza operatoria^(4,21,18,7,9,22,15,19,5).

El tratamiento de elección en los tumores malignos de epidídimo es la orquidectomía radical, y radioterapia^(23, 16, 24,9,15,5).

Caso clínico

Paciente masculino de 17 años de edad, quien consulta al Hospital Dr. Jesús Yerena, por presentar tumoración a nivel de escroto izquierdo de 1 mes de evolución, levemente dolorosa, de aproximadamente 7x5 cms de diámetro que se extendía desde el anillo inguinal superficial hasta el escroto izquierdo. Al examen físico se evidencia tumoración de consistencia dura, no móvil, no dolorosa a la palpación, con transiluminación negativa (Fig 1).

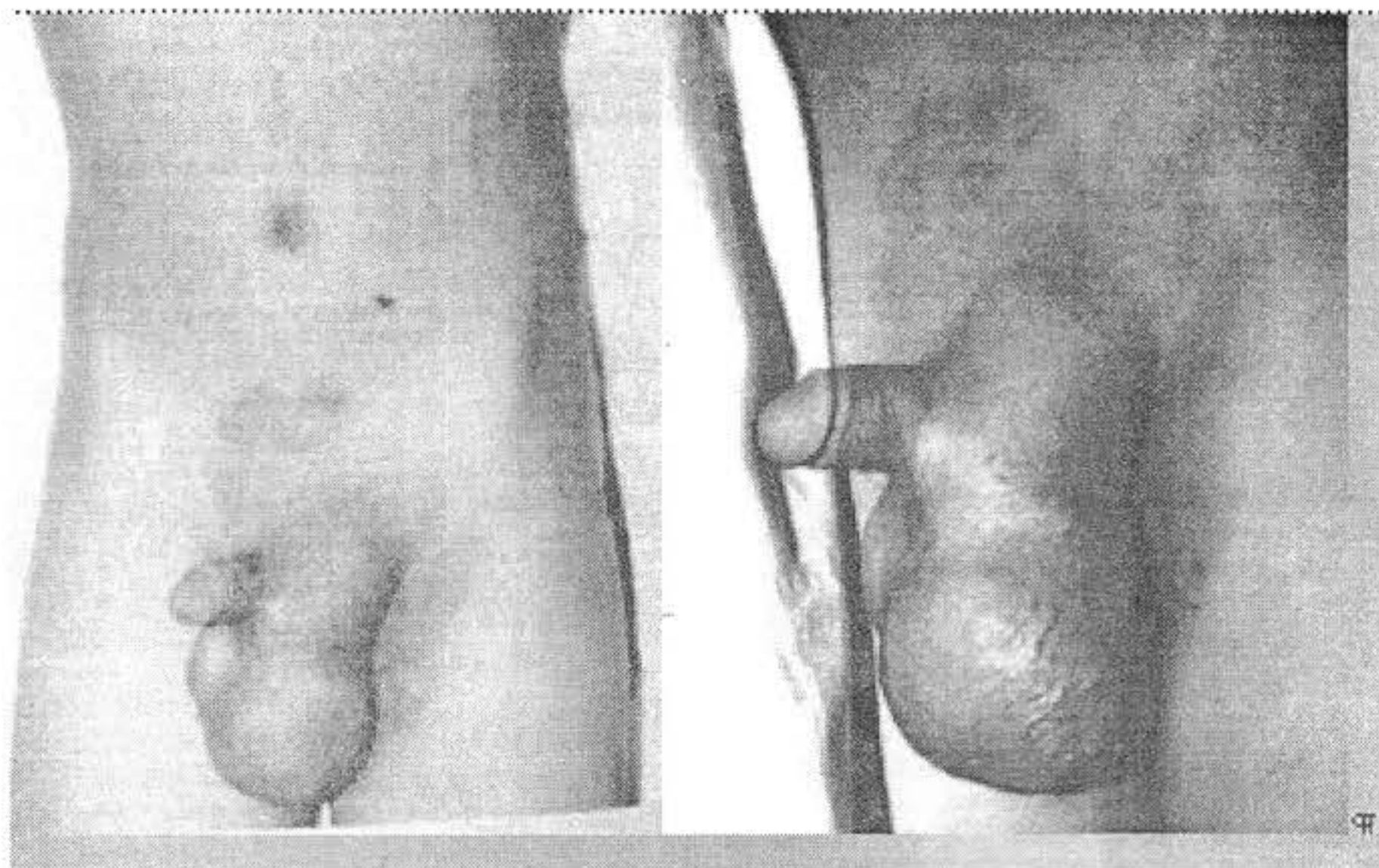


Figura 1

Se realiza ecosonograma testicular que reportó: tumoración sólida heterogénea en contacto con el epidídimo, de superficie abollonada de 67 x 53 mm con pequeños puntos ecogénicos en su interior que determinan atenuación. Concluye: - Epidídimo izquierdo engrosado con tumoración sólida (fig. 2).



Figura 2

Durante el preoperatorio se realiza alfa feto proteína sérica que reportó 0.2 ng/ml (dentro de límites normales).

Se ingresa con el diagnóstico de Tumor sólido de epidídimo, y se realiza intervención quirúrgica donde se evidenciaron, los siguientes hallazgos:

1- Tumoración de epidídimo de aproximadamente 8x8 cms de diámetro de consistencia pétrea, bilobulado, de superficie irregular de color violáceo, la cual se encontraba firmemente adherida al testículo izquierdo.

2- Testículo izquierdo de aproximadamente 3x2 cms, de consistencia dura, de aspecto atrófico.

3- Aproximadamente 20 cc de líquido de aspecto xantocrómico.

Se realizó exéresis del tumor con corte congelado, el cual reporta: TUMOR MALIGNO. Se procede a realizar orquidectomía radical.

El estudio histológico reportó: FIBROHISTIOCITOMA MALIGNO DE EPIDIDIMO.

Discusión

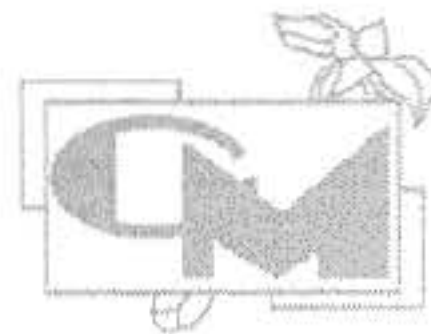
Los Fibrohistiocitomas malignos de epidídimo son extremadamente raros, y en la literatura mundial hay muy pocos casos reportados. Generalmente se presentan después de la 5ta. década de la vida, como una masa

intraescrotal, no dolorosa^(23,16,24,25). Cabe destacar que en nuestro caso el tumor se presenta en un paciente de 17 años de edad. La ecsonografía nos permite determinar el origen de una masa intraescrotal y diferenciar tumores quísticos y sólidos. Sin embargo el diagnóstico definitivo, sólo puede establecerse a través del estudio histológico del tumor.

Son tumores altamente malignos de muy mal pronóstico, que deben ser tratados con orquidectomía radical y tratamiento con radioterapia postoperatoria.

Referencias bibliográficas

1. Netter, Frank. Enfermedades del escroto y del testículo. Sistema Reprodutor. Tomo II. Salvat Editores, S.A. Barcelona-España. 64-68. 1984.
2. Scannone F, Vera R, Palacios L, Urdaneta N. Tumores del testículo. Cáncer al día. Segunda edición, Tomo II. Editada por S.A.I.O y Fundacancer. Caracas. 657-685.1982.
3. Jayaram N, Ramaprasad AV, Chethan M. Tumours and tumour-like conditions of the para-testicular region-a study of morphological features. Indian J Pathol Microbiol; 41(3):287-95 .1998.
4. Tanaka H, Yasui T, Watase H. Metastatic tumor of the epididymis from pancreatic carcinoma: a case report. Hinyokika Kyo; 45(9):649-52. 1999.
5. Tozawa K, Akita H, Kusada S, Hayashi Y. Testicular metastases from carcinoma of the bile duct: a case report. Int J Urol; 5(1):106-7. 1998.
6. Wong SK, Leiomyoma of the epididymis. Singapore Med J; 40(8):537-8. 1999.
7. Walser AC, Klotz T, Schoenenberger. Ulcerating scrotal leiomyoma. Urologe A; 38(4):370-1. 1999.
8. Rege JD, Amarapurkar AD, Phatak AM. Fine needle aspiration cytology of adenomatoid tumor. A case report. Acta Cytol; 43(3):495-7. 1999.
9. Minami M, Inoue W, Uchida M. Leiomyoma of the scrotum: a case report. Hinyokika Kyo; 45(3):207-9. 1999.
10. Ward AM, Rogers JH, Estcourt CS. Chlamydia trachomatis infection mimicking testicular malignancy in a young man. Sex transm Infct; 75(4):270. 1999.
11. Uchida K, Oda T, Adachi H, Walkabayashi J. Malignant fibrous histiocytoma of the spermatic cord: a case report. Int J Urol; 6(12):630-2. 1999.
12. Kimura T, Kiyota H, Hasegawa T. Bilateral simultaneous epididymal leiomyoma: a case report. Hinyokika Kyo; 44(12):901-3. 1998.
13. Araki A, Noguchi R, Akaza H, Oka K. A case of papillary cystadenoma of the epididymis. Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi; 89(11):911-4. 1998.
14. Sano M, Takagi Y, Kimura M, Akagashi K, Hisasue s. Malignant mesenchymoma in the scroum. A case report. Nippon Hinyokika Zasshi; 89(11):903-6. 1998.
15. Medina Perez m, Sanchez Gonzalez M. Paratesticular adenomatoid tumor, presentation as epididymal pain. Arch Esp Urol; 51(1):88-90. 1998.
16. Hyouchi N, Yamada T, Takeuchi S, Machida T. Malignant fibrous histiocytoma of spermatic cord: a case report. Hinyokika Kyo; 42(6):469-71. 1996.
17. Raimoldi A, Berti GL, Canclini L, Giola V, Leidi GL, Maccaroni A. Papillary cystadenoma of the epididymis. 2 case reports. Arch Ital Urol Androl; 69(5):309-11. 1997.
18. Ushida H, Hayashida H, kim CJ, Park KL. Bilateral synchronous multilocular epididymal cysts: a case report. Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi; 90(7):692. 1999.
19. Eraso CE, Vrachliotis TG, Cunningham JJ. Sonographic findings in testicular sarcoidosis simulating malignant nodule. J Clin Ultrasound; 27(2):81-3. 1999.
20. Chen C, Cen H, Huang L. Primary epididymal tumors: a case report. Chung Hua Wai Ko Tsa Chih; 34(11):655-6. 1996.
21. Alapont Perez FM, Galvez Calderon J, Lemberg Lapaco PM, Varea Herrero J. Adenomatoid tumor of the epididymis. Actas Urol Esp; 23(7):613-6. 1999.
22. Toda T, Sadi AM, Kiyuna M, Tamamoto T, Toyoda Z. Acta Cytol; 42(3):775-80. 1998.
23. Ikinge U, Westrich M, Bersch W, Bottinger K. Malignant fibrous histiocytoma of the epididymis. Sace report and review of the literature. Urol Int; 62(2);106-9. 1999.
24. Nistal M. Regadera J, Jareno E, Paniagua R. Inflammatory malignant fibrous histiocytoma of the spermatic cord. Urol Int;43(3):188-92 1998.
25. Miyagi T, Ohtaki M, Rin S, Matsubara F. Intrascrotal malignant fibrous histiocytoma: a case report and review of the literature. Hinyokika Kyo; 31(3):527-32 1985.



Emilio E. Lozano S.*
Carlos G. Bellorín**
Jose R. Torrealba***

Resumen

La endometriosis es un diagnóstico ginecológico muy común. Esta interesante enfermedad puede observarse virtualmente en cualquier Órgano y sistema del organismo, planteando dificultades para el diagnóstico y tratamiento.

Se describe un raro caso de endometriosis extrapélvica de localización inguinal, con el objeto de enfatizar la importancia de incluir a esta enfermedad dentro de los diagnósticos diferenciales en la práctica quirúrgica general.

Palabras clave

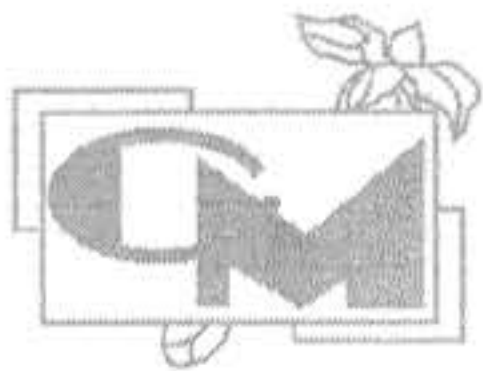
Endometriosis inguinal, Glándula endometrial, Endometrioma, Terapia Hormonal.

Abstract

Endometriosis is a common gynecologic diagnosis. This interesting disease may occur in virtually any organ system of the body, causing unusual symptoms and diagnostic dilemmas. One rare example of extrapelvic inguinal endometriosis is described to highlight the importance for the general surgeon, to include this disease in the differential diagnosis.

Key words

Endometriosis, Endometrial Gland, Endometrioma, Hormonal therapy.



- * Médico Cirujano, Investigador Asociado, Departamento de Medicina, Universidad de Wisconsin. Madison Wisconsin USA.
- ** Adjunto del Servicio de Cirugía II, Hospital Vargas de Caracas.
- *** Residente de Anatomía Patológica, University of Wisconsin Hospital and Clinics, Madison Wisconsin USA.

Introducción

Clásicamente se ha definido a la endometriosis como la presencia de glándulas endometriales funcionales y estroma fuera de la cavidad uterina. Esta entidad fue descrita por primera vez por Rokitansky en 1860⁽¹⁾. Se conocen dos variedades de endometriosis: la endometriosis interna, conocida también como adenomiosis, que consiste en la presencia de tejido endometrial benigno dentro del miometrio; y la endometriosis externa, que es la presencia del tejido endometrial fuera de la cavidad uterina y del miometrio, bien sea de localización pélvica o extrapélvica⁽²⁾. La endometriosis ocurre en aproximadamente un 8% a 15% de todas las mujeres en edad reproductiva y es un hallazgo incidental en un 15% a 20% de todas las laparotomías realizadas por indicación ginecológica⁽³⁾. La endometriosis de localización extrapélvica es una entidad nosológica poco frecuente, de difícil diagnóstico y tratamiento. De las diversas formas descritas, la localizada en la región inguinal es muy poco usual. En el presente reporte, describimos un raro caso de endometriosis inguinal en una paciente atendida en el Servicio de Cirugía II del Hospital Vargas de Caracas.

Caso clínico

Se trata de paciente femenino, de 34 años de edad, quien consultó por presentar nódulo en región inguinal izquierda, de cuatro años de evolución, acompañado de dolor en la zona, que se irradiaba a región interna del muslo izquierdo, exacerbándose con la menstruación. En ocasiones la piel suprayacente se tornaba de color violáceo. Consultó en centros hospitalarios en varias ocasiones, indicándosele tratamiento sintomático con antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos, sin obtener mejoría. Entre los antecedentes de importancia, refirió menarquia a los 9 años, ciclos menstruales regulares e infertilidad primaria no estudiada. Desde hacía 4 años presentaba dismenorrea incapacitante y dispareunia. No refirió antecedentes quirúrgicos. A la palpación se evidenció nódulo en región inguinal izquierda, a nivel del tercio medio de la arcada inguinal, de aproximadamente 2 cm. de diámetro, renitente, muy doloroso y que impresionaba estar adherido a planos profundos. Se toma biopsia excisional de la lesión (fig. 1). El diagnóstico anatomopatológico fue de endometriosis (fig. 2). Se indica tratamiento a base de anticonceptivos orales durante 4 meses, sin obtener mejoría clínica. Se decide entonces realizar exploración quirúrgica de la región inguinal izquierda y durante el mismo acto operatorio una laparoscopia pélvica. Como hallazgo operatorio se obtuvo un tumor de aproximadamente 2 cm. de diámetro, de color pardo, en estrecha relación con el ligamento redondo. Ambas estructuras fueron resecadas. El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue el de endometriosis, con presencia de estroma y glándulas endometriales funcionales en contacto con el ligamento redondo, el cual no presentó lesiones. En el resto de la pelvis se evidenciaron múltiples focos de endometriosis con siembra dispersa y un endome-

trioma en el ovario izquierdo, el cual también fue reseado (fig. 3). La paciente continuó recibiendo tratamiento hormonal supresor, obteniéndose notable mejoría del cuadro clínico.

Conclusiones

Los síntomas más comunes de la endometriosis pélvica son: dismenorrea progresiva, irregularidad en el ciclo menstrual, dispareunia e infertilidad⁽⁴⁾. En la endometriosis extrapélvica, la localización de los focos endometriósicos determina los síntomas con los que se expresará la enfermedad. Los endometriomas han sido confundidos con hernias inguinales, umbilicales y ventrales, linfadenopatías y tumores de tejidos blandos⁽⁵⁾. Se han establecido tres posibles explicaciones acerca del origen de este tipo de lesiones, ninguna de las cuales se excluye recíprocamente:

1- Teoría de la Regurgitación Transtubárica: Sostiene que la menstruación retrógrada a través de las trompas de Falopio se produce regularmente incluso en mujeres sanas, y bien podría participar en la diseminación del tejido endometrial a la cavidad peritoneal.

2- Teoría de la metaplasia: Plantea que el endometrioma podría formarse directamente a partir de focos metaplásicos remotos de epitelio celómico, que es el origen del propio endometrio dentro de la cavidad uterina.

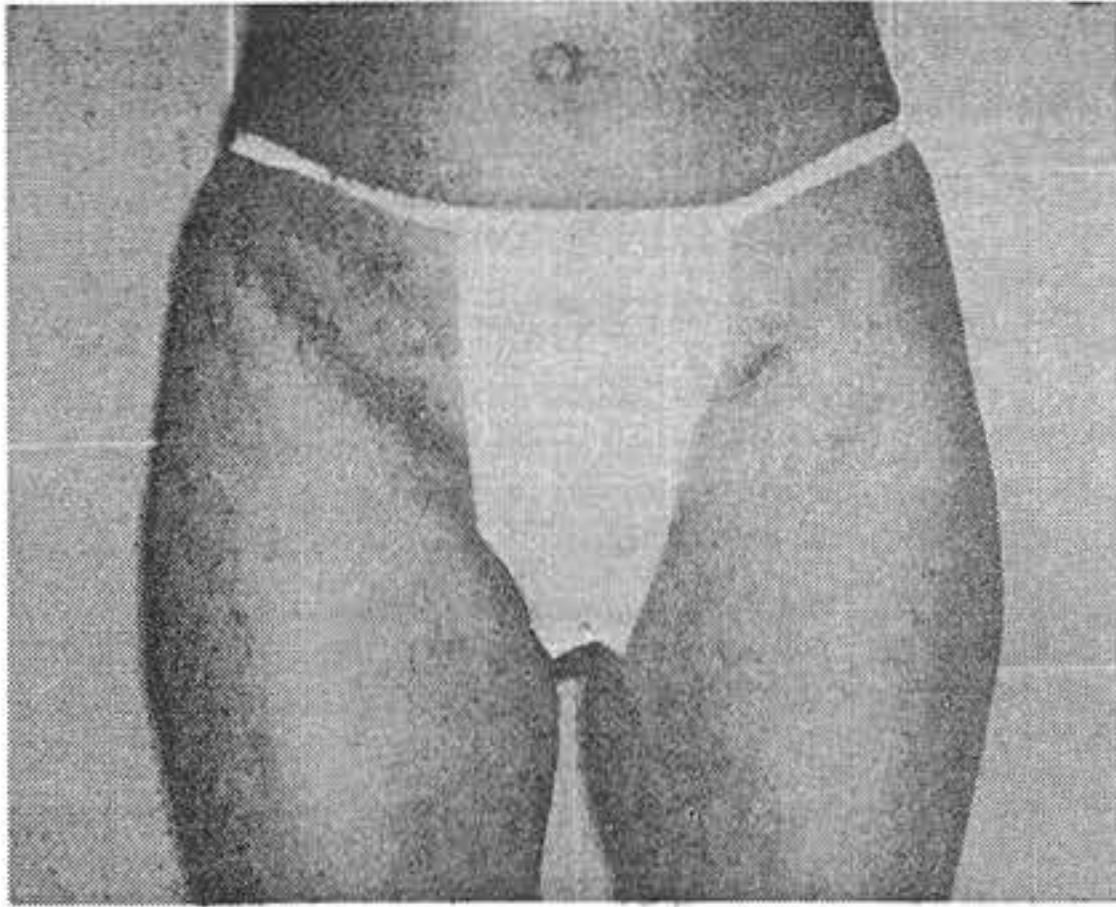
3- Teoría de la diseminación vascular o linfática: Esta pretende dar explicación a la presencia de lesiones de endometriosis en localizaciones como pulmón o ganglios linfáticos, fenómeno que difícilmente puede ser explicado por las otras dos teorías. Se han planteado factores genéticos, hormonales y hereditarios que pudieran dar explicación a la diferente predisposición de las mujeres a la endometriosis⁽⁶⁾.

La endometriosis en el área inguinal es muy poco frecuente. Fue descrita por primera vez por Allen en 1896 y desde entonces sólo 24 casos han sido reportados, todos en mujeres en edad reproductiva⁽⁷⁾. Solo 2 casos han estado relacionados con sacos herniarios; el resto de los casos estuvo en relación con el ligamento redondo^(8,9). Se plantea que esto se debe a la diseminación de la endometriosis intrapélvica hacia el área inguinal a través de dicho ligamento⁽¹⁰⁾. El diagnóstico preoperatorio correcto fue hecho en aproximadamente el 38% de los casos, siendo los diagnósticos presuntivos más frecuentes los de hernia encarcelada, linfadenitis e hidrocele del canal inguinal⁽⁷⁾. Según el consenso actual, el tratamiento para la endometriosis extrapélvica de localización inguinal es fundamentalmente quirúrgico^(2,10,11). Si de forma simultánea la paciente presenta endometriosis intrapélvica difusa, corroborada mediante diagnóstico clínico o laparoscópico, el tratamiento hormonal supresor puede estar indicado⁽⁹⁾. El tratamiento médico de la endometriosis, en la actualidad, es fundamentalmente endocrino, utilizando progestágenos, danazol, análogos de los agonistas de la GnRH, análogos de la LHRH, gestrinona, y los antiprogestágenos (RU-486), que aún se encuentran en etapa de investigación^(12,13).

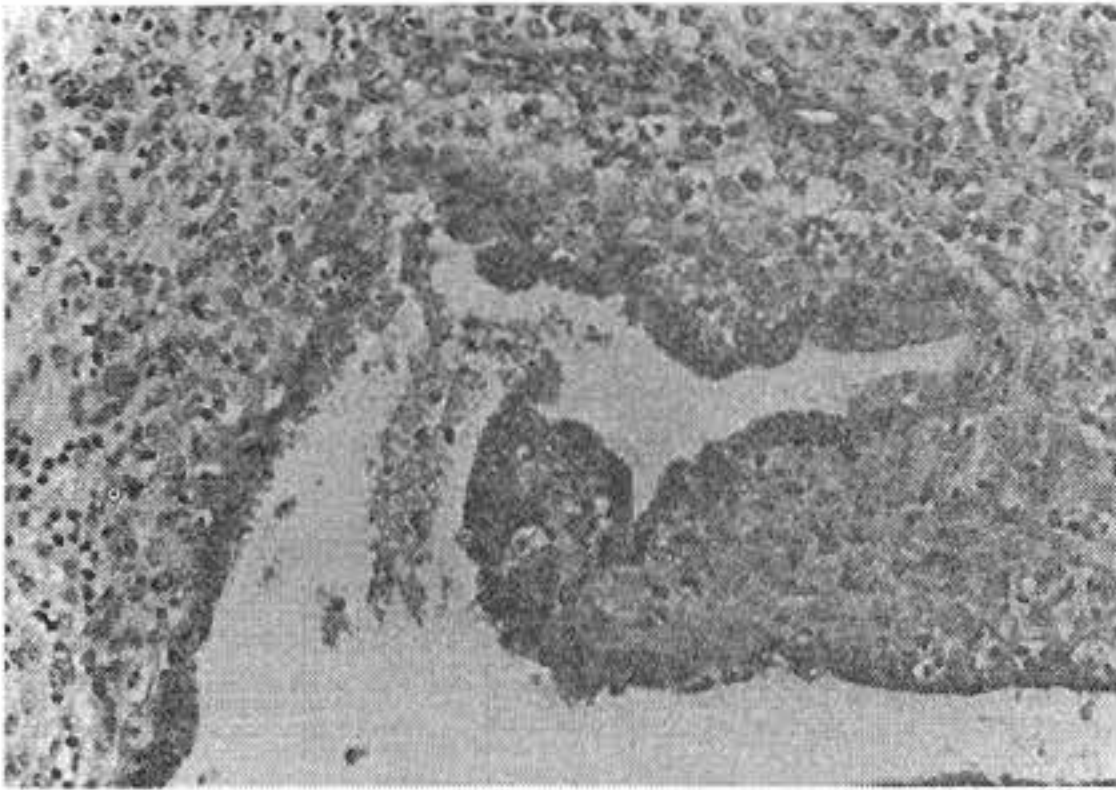
Dichas opciones terapéuticas son complejas y deben ser manejadas de forma individual, tomando en cuenta los efectos metabólicos y colaterales de cada compuesto. Los regímenes terapéuticos de adición (add-back therapy) son los mejores disponibles en la actualidad para el manejo médico de los síntomas de la endometriosis^(13,15). Consisten en la combinación de varias drogas para lograr el control de los síntomas de la enfermedad, evitando o reduciendo la aparición de efectos adversos debidos al hipoestrogenismo. Se ha demostrado definitivamente que ningún tratamiento médico disponible es citoreductor; ninguno provoca reabsorción de los implantes endometriales, solo supresión temporal de los mismos⁽¹⁴⁾. Cuando existe enfermedad localizada, susceptible a tratamiento quirúrgico, sólo esta modalidad terapéutica logra la curación definitiva.

Referencias bibliográficas

1. Molgaard CA, Golbeck AL, Gresham L. Current concepts in endometriosis. *West J Med*; 143:42-6.1985.
2. Jubnyik KJ, Comite F. Extrapelvic endometriosis. *Obst Gyn Clin North Am.* 24(2):411-40. 1997.
3. Boyd ME. Endometriosis. *Can J Surg* 1985;6:471-473.
4. Luciano AA, Pitkin RM. Endometriosis approaches to diagnosis and treatment. *Ann Surg*;16:297-312. 1984.
5. Gitelis S, Petasnik JP, Turner DA, Ghisell RW, Miller AW. Endometriosis simulating a soft tissue tumor of the thigh. *J Comput Assist Tomogr*, 9:573-576. 1985.
6. Cotran, Kumar, Collins, Robbins, *Pathologic Basis of Disease*, 6 Ed. Mc Graw Hill, 1986
7. Demetriades D, Levy NB, Posen JA. Endometriosis of the inguinal canal. *S Afr J Surg* 1983;21:16-62
8. Brzezinski A, Durst A, Endometriosis presenting as an inguinal hernia. *Am J Obstet Gynecol*;146:982-3.1983.
9. Quagliarello J, Goppa G, Bigellow B. Isolated endometriosis in an inguinal hernia. *Am J Obstet Gynecol*;152:688-9.1983.
10. Sataloff DM, La Vorgna KA, Mc Ferland MM. Extrapelvic endometriosis presenting as a hernia: Clinical reports and review of the literature. *Surg*.;109-112. 1989.
11. Adamson GD, Nelson HP. Surgical Treatment of Endometriosis. *Obst Gyn Clin North Am.* 24(2).375-402. 1997
12. Cirkel U. Medical treatment of symptomatic endometriosis. *Human Reproduction.* 11 Suppl 3:89-101, Nov 1996.
13. Kettel LM, Hummel WP. Modern medical management of endometriosis. *Obst Gyn Clin North Am.* 24(2):361-73, 1997.
14. Vercellini P, Crosignani PG. Long term treatment of endometriosis? (Letters to the Editor). *Fertil Steril.* Vol66(4): 666. 1996.
15. Surrey ES. Steroidal and nonsteroidal add-back therapy: extending safety and efficacy of gonadotropin-releasing hormone agonist in the gynecologic patient. *Fertil Steril*: 64:673-85. 1995.



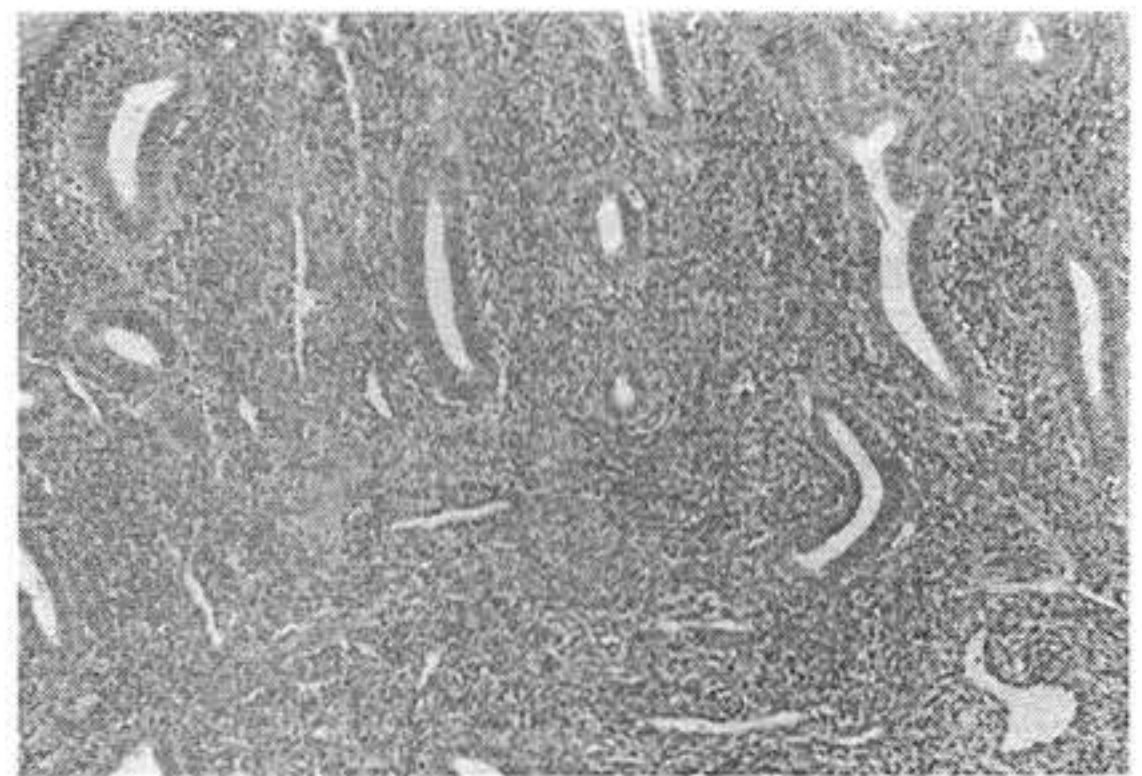
Fig#1: Localización de la lesión en la región inguinal.



Fig#3: Naturaleza del espécimen: Ovario izquierdo. Descripción macroscópica: Formación de 7x3.8x0.8 cms. superficie abollonada blanquecina, alternando con rojizo, con cuerpo amarillo y dos quistes uniloculares de contenido achocolatado, de 0.5 cms. aproximadamente. Se incluye completo. Descripción microscópica: Estroma ovárico con presencia focal de glándulas endometriales y abundantes macrófagos cargados de hemosiderina; signos de hemorragia antigua.



Fig#2: Naturaleza del espécimen: Material de biopsia incisional de tumor en región inguinal izquierda. Descripción macroscópica: Fragmento de tejido pardo amarillento, homogéneo irregular, de 1x1.5x0.5 cm. Descripción microscópica: Glándula dilatada revestida por epitelio cilíndrico alto y estroma endometrial, inmersos en estroma de tejido fibroconectivo. localizada en la unión de la dermis reticular con el tejido subcutáneo. Se observan macrófagos cargados de hemosiderina, evidencia de hemorragia antigua.



Fig#4: Descripción microscópica: Endometrio normal en fase proliferativa, se observan glándulas de lumen regular con epitelio columnar alto, sin secreción luminal y estroma celular con abundantes mitosis.

RECIBIDO POR E-MAIL

1. Cuento para mis nietos que tanto quiero

Había una vez un niño que estaba por nacer y le pregunto a Dios:

Por qué me vas a mandar a la tierra si yo aquí estoy muy bien, soy muy feliz y puedo jugar bastante? y Dios le dijo: es que allí también vas a poder jugar y tendrás muchos amiguitos.

Dijo el niño: Pero es que allá me han dicho que hay peligros y yo no podría hablar con ellos porque no sé su idioma, además, cuando hay frío ¿cómo me voy a calentar?

No te preocupes, dijo el Señor, que yo te he puesto un ángel allá que te va a proteger, te dirá como entenderte con tus amiguitos y te dará calor.

Y el niño insistió: Pero y si me enfermo y estoy en peligro ¿cómo puedo hablar contigo estando tan lejos?

Dios sonrió y le dijo: el ángel te enseñara a orar y así podrás comunicarte conmigo cuando quieras; además él te cuidará para que sanes pronto.,

Bueno papá Dios, me convenciste, pero dime una cosa: ¿cómo se llama el ángel para poder buscarlo?

Dios respondió: muy sencillo pues ese ángel es tu mamá.

Abuelo Andrés

2. Las reglas de oro

Si abriste, cierra.

Si encendiste, apaga.

Si conectaste, desconecta.

Si desordenaste, ordena.

Si ensuciaste, limpia.

Si rompiste, arregla.

Si no sabes arreglar, busca al que sepa.

Si no sabes qué decir, cállate.

Si debes usar algo que no te pertenece, pide permiso.

Si te prestaron, devuelve.

Si no sabes cómo funciona, no toques.

Si es gratis, no lo desperdicies.

Si no es asunto tuyo, no te entrometas.

Si no sabes hacerlo mejor, no critiques.

Si no puedes ayudar, no molestes.

Si prometiste, cumple.

Si ofendiste, discúlpate.

Si no sabes, no opines.

Si opinaste, hazte cargo.

Si algo te sirve, trátalo con cariño.

Aquí viene la mejor, ¡anota!

Si no puedes hacer lo que quieres, trata de querer lo que haces.

¡Éxito!

Tres e-mail con cultura etimológica

1 • Trabajo y ocio

Negocio que no da para dedicar tiempo al ocio digno, como leer un libro, mirar un cuadro o paisaje, escuchar una sonata o asistir a una comedia, conversar sin trivialidad y sin degradación, nunca pasará de ser un mal negocio aunque éste sea pródigamente lucrativo.

Este pensamiento, dicho por Pedro Laín Entralgo, hombre al que admiro por sus escritos y su filosofía, me inspiraron a escribir sobre los conceptos de trabajo y ocio, que, a pesar de su significado, son poco entendidos por la generalidad.

Dicen por allí, que el trabajo fecundo y creador es la antítesis del ocio improductivo generador de todos los vicios. Esto es absolutamente falso y voy a intentar demostrar que estos conceptos no son de ninguna manera antagónicos, y que tan loable es trabajar como disfrutar de la sagrada recompensa de estar ocioso.

Falsamente entendemos que el trabajo, en su concepto social, implica siempre la retribución económica por un servicio prestado cualquiera que este sea. Obviamente, esta interpretación dejaría fuera a todo aquel que trabaja intensamente y no recibe un salario previamente contratado; tal es el caso de las amas de casa o del esposo que arregla un desperfecto casero.

Si analizamos el trabajo en su sentido moral, diremos que es: Toda actividad humana en lo artístico y en lo moral, que sin perseguir remuneración alguna, lleva al ser humano a actualizar sus potencialidades espirituales y de conocimiento.

Hace tiempo, Carlile, famoso historiador y pensador ingles, expresó: "Trabajar es orar".

- Muy cierto, y esto lo compruebo cuando veo a mi esposa trabajar en las labores cotidianas del hogar, dando todo con amor a sus convivientes y convividos. Ello me infunde un profundo sentimiento de respeto y me hace avergonzar de mis fingidas fatigas del trabajo remunerado. Ella está orando en activa actitud y actualizando su potencial espiritual.

Mala sangre de aquel que diga: ...Mi esposa no trabaja, es solo una ama de casa. Mala conciencia de aquel que diga: ...Yo trabajo para procurarme una ociosa esposa que me atienda.

Para aquellos que no lo saben, la palabra trabajo deriva del vocablo latino "trepalium".

El trepalium equivalía a un instrumento de tortura que convertía al que lo sufría en un sujeto de redención. Ya los poetas del siglo XIX aludían a este concepto en sus versos:

"Trabaja joven, sin cesar trabaja. Frente honrada que en sudor se moja. Jamás ante otra frente se sonroja, ni se rinde servil a quien la ultraja".

Hay quien dijo: "Se necesita trabajar mucho para poder

descansar". Es aquí donde se acomoda la palabra OCIO, que al decir de los ignorantes, es la cloaca donde nacen los vicios.

Al OCIO los griegos le dieron el nombre de SKHOLE, de donde deriva el término latino SCHOLA (Escuela). Esto no en el concepto de no hacer nada, sino por el contrario, implicaba un quehacer intenso en el ocio para poner en actividad a lo más noble del espíritu humano: su inteligencia y creatividad, y con ello elevar su potencial artístico e intelectual.

Los Romanos llamaron OCTIUM (ocio) a la escuela Griega, y llamaban NEC OCTIUM (Negocio) a la negación del ocio para satisfacer las necesidades humanas del trabajo remunerado.

Muchos dicen todavía: Mis hijos, no trabajan...Estudian.

Aquél que diga que el estudio no es trabajo, anda despistado en el dédalo de los codiciosos.

Ejercitar los músculos del espíritu (suponiendo que los tuviera), resulta más fatigoso que jalar la carreta. El que estudia se está preparando no para jalar, sino para empujar y dirigir la carreta de su vida por el sendero de las grandes satisfacciones.

Tanto el trabajo como el ocio digno exigen esfuerzo y dedicación. PER ASPERA AD ASTRA (Por lo áspero se llega a las estrellas) decían los antiguos. El trabajo y el ocio son caminos que se unen y complementan hasta que se llega a la incertidumbre de si el ocio es trabajo o el trabajo es ocio. Estos caminos están sembrados de espinas que torturan, pero también redimen. Así lo señala una frase del Upanishad que dice: "Si bien es cierto que están en las tinieblas los que viven en la ignorancia, en peores tinieblas se adentran los que toman el camino de la sabiduría y el conocimiento".

Y bien, espero haber podido demostrar que el trabajo digno es tan saludable como el ocio digno. Para terminar, quiero recordar el pensamiento de Gibrán Jalil Gibrán cuando escribe:

"Amo al que trabaja con el pensamiento y crea en el éter de su fantasía formas nuevas, útiles y bellas."

2 • Del Origen de "Carajo"

Según la Real Academia Española, "CARAJO" es la palabra con la que se nominaba a la pequeña canastilla que se encontraba en lo alto de los mástiles de las carabelas (navíos antiguos) y desde donde los vigías oteaban el horizonte en busca de señales de tierra.

El CARAJO, dada su ubicación en un rea de mucha inestabilidad (en lo alto del mástil es donde se manifiesta con mayor intensidad el rolido o movimiento lateral de un barco) también era considerado un lugar de "castigo" para aquellos marinos que cometían alguna infracción a bordo. El castigado era enviado a cumplir horas y hasta días enteros en el CARAJO y cuando bajaba lo hacia tan mareado que se mantenía tranquilo por un buen par de días. De allí viene la expresión "mandar al carajo" y las variantes que abajo se detallan.

El carajo es una institución. Es la palabra que define toda la gama de sentimientos humanos y todos los estados de animo.

Cuantas veces, al apreciar que una cosa es buena o te gusta, no has exclamado:

"Esto está mas bueno que el carajo".

Si la forma de proceder de una persona te causa admiración, entonces dices:

"Ese tipo es del carajo"

Si un comerciante se siente deprimido por la situación actual y por el estado de su negocio, exclama: "Si esto sigue así nos vamos a ir pa'l carajo".

Cuando uno se encuentra con un amigo que hace mucho tiempo que no ve, le saluda así: "Carajo chico, qué es de tu vida, dónde carajo te habías metío to' este tiempo?"

Si te habla un extranjero y no entiendes lo que dice, le preguntas al intérprete: "¿Que carajo es lo que dice este?"

Si te molestas con alguien lo mandas "pa'l carajo".

Si algo te importa poco, te importa un carajo.

Si ese algo te importa mucho, entonces te importa más que el carajo.

Esa mujer (ese hombre) está más buena (o) "que'l carajo".

3 • Restaurante

La Real Academia Española registra en su diccionario las palabras "restaurante" y "restorán". "Restaurante" es el participio pasivo del verbo "restaurar", pero de hecho ambas se utilizan para designar un establecimiento donde se vende comida para ser consumida en el mismo lugar.

Aunque ambas palabras provienen del vocablo francés "restaurant", que se pronuncia "restorán", lengua de la cual llegan al Castellano, su raíz primigenia es latina, pues derivan del verbo "restaurare", que en ese idioma significa "restablecer", "renovar", "reparar", "reconstruir", en el sentido de volver algo a su estado anterior. De ahí la aplicación del verbo castellano "restaurar" a la operación de limpieza y reparación de obras de arte, y también en su connotación histórico-política: la "Restauración" de la monarquía después de la derrota definitiva de Napoleón, y en Venezuela la "Revolución Liberal Restauradora" que, en 1899, acaudilló Cipriano Castro.

Dicen que el primer "restaurante" moderno fue abierto por un francés de apellido Boulanger, quien en 1765 abrió una casa de comidas en París, en cuya puerta mandó a instalar un letrero en latín vulgar que decía: *Venite ad me omnes qui stomacho laboratis et ego restaurabo vos* ("Venid a mí, hombres de estómago débil, que yo os restauraré vuestras fuerzas perdidas").

La idea de comer para "restaurar" las fuerzas perdidas corrió con fortuna, y a partir de entonces aquellos establecimientos empezaron a llamarse "restaurantes".

Mas sobre el Derelicto de la Salud (IV)

Sobre el tema de la salud

1 • Carta de un médico venezolano al Embajador Cubano

Al Embajador cubano:

Excelentísimo señor Embajador:

Debería usted bien conocer que es de ética elemental el que un embajador no se inmiscuya en los asuntos internos del país que le acoge como huésped. Sus insolentes de claraciones sobre los médicos y no desmentidas, recogidas en la edición de este diario del 18 de febrero retropróximo, me obliga moralmente a enmendarle. "El sistema de valores" que usted nos endilga, según el cual, "nuestra intención al estudiar Medicina es obtener un título y una acción en una clínica privada", además de insultar nuestra dignidad, con aviesa intención nos expone al desprecio público y nos desacredita ante nuestros enfermos. Después de todo, somos sus médicos y sus miserias todo cuanto poseen. Usted emplea el procaz léxico del Presidente para dividirnos en "oligarcas" y "proletarios", epítetos para agraviarnos nunca por nadie utilizados. Siendo antipático hablar en primera persona, debo expresarle que como muchos de mis colegas, y aunque a usted le duela, recibí en LIBERTAD una excelente formación moral, ética y académica que coloca al paciente como principio y fin del acto médico, paradigma que he tratado de inculcar a mis numerosos alumnos. Como tantos, por cerca de 40 años y por un magro sueldo hemos trabajado con tesón la mitad de nuestros tiempos en un hospital público subsidiándolo con nuestro ejercicio privado. Este último, lo hemos ejercido como profesión liberal en clínicas privadas en LIBERTAD, con honestidad, mística y orgullo. Pero además debe usted saber que en lo personal he visitado Cuba en tres ocasiones. No lo hice por curiosidad o turismo y le confieso que no conozco Varadero. He sido y he continuado siendo un invitado de sus médicos. Por respeto a ellos, nunca hice uso de cuanto vi u oí en su país. Su irritante intromisión me indica que es tiempo de hacerlo. En mayo de 1993, cuando su gobierno al fin dio a conocer al mundo una epidemia que, a pesar de sus adversas consecuencias, había mantenido en secreto desde 1991 y amenazaba con dejar en la umbra visual a más de 40 mil sufrientes, formé parte de una misión humanitaria que visitó la isla.

En compañía de colegas cubanos y de diversas procedencias, examiné personas afectadas, ayudé a definir el paciente-tipo y a esclarecer las causas de lo que se dio en llamar Neuropatía Óptica Cubana, y que en resumen, a despecho de que se haya invocado un factor multifactorial, fue trasfondo de miseria y hambre. En cinco ocasiones me reuní con su Comandante para discutir estrategias diagnósticas de la epidemia, hoy por cierto trocada en endemia. En una de estas reuniones y aunque parezca una pretensión el decirlo, una de mis colegas cubanas dijo públicamente que la neuro-oftalmología cubana se dividía en dos períodos, antes y después de las visitas docentes del doctor Muci. A pedido de su Señor, hice mi último viaje

a Cuba. Les comuniqué todo cuanto sabía, guiados de mi mano aprendieron nuevas técnicas, mis diapositivas fueron copiadas, mis charlas videogradas. No pedí nada a cambio. Mucho me fue ofrecido, pero el olvido es traicionero. Una simple esquila de agradecimiento me fue regateada. Regresé con la satisfacción del deber cumplido y un rictus de dolor al recordar la mirada famélica de mis colegas, trasunto de hambre de LIBERTAD, hambre biológica, pero también hambre intelectual al carecer de los instrumentos básicos para adquirir conocimientos: libros y revistas científicas.

Mientras tanto, Cuba exportaba su revolución con los dineros de un pueblo miserable. Pude apreciar allí dos clases de médicos. Unos, "los olvidados", a lo peor, distanciados del partido comunista, que ocupan los escaños más bajos de la pirámide médica sin esperanzas de ascender. Esos no asistieron a mis charlas. En mi universidad asisten a mis cursos, en LIBERTAD y por libre albedrío quienes así lo deseen, sean médicos, estudiantes y aun miembros de otras profesiones. La otra clase, que llamaré la "nomenclatura", los ubicados en el vértice, tenían acceso a la escasa tecnología y eran celosos guardianes de los libros, depositarios del poder que da el conocimiento. Esos, privilegiados del sistema, tienen acceso a los banquetes, viajan al exterior con dólares, olvidando aquellos pobres colegas que se quedaron en casa. La sociedad cubana es una sociedad triste donde se habla calladito para no ser escuchados por el Estado policial, donde se asciende siendo fiel y denunciando; en fin, trepando por sobre las cabezas de otros. La medicina de avanzada que ostentan, está apoyada en una ingeniosa propaganda, pero en realidad es una triste farfolla. Los delineamientos de su "mar de felicidad" han encontrado eco en un gobierno antinacionalista, formado por una chusma precaria de talentos.

Por ello, con la creatividad castrada y a un coste de 1,3 millones de dólares diarios, prefieren buscar "asesorías" y enviar enfermos a la isla. Su nulidad y estulticia les impide tomar medidas de contingencia para ayudar a tanto necesitado que clama en nuestros hospitales por la resolución de sus problemas. Como usted declara, traer "1.500 profesionales" de sus fábricas de médicos, es otro inaudito ejemplo de traición a la Patria, de desnudez neuronal, un intolerable insulto, una incomprensible medida si se toma en cuenta, por una parte, el desempleo local y, por la otra, el que apenas son necesarios menos de 59 médicos para llenar las medicaturas vacantes para las que, estoy seguro, hay voluntarios. Las erradas políticas de salud no es culpa de los médicos. Son exclusiva competencia del Estado venezolano. Hago mío el eco lastimero de mis pacientes y reclamo para ellos el dinero que injustamente se regala a ustedes. Esos pobres seres han visto empeorar sus dolencias a lo largo de cuarenta años de apatía, pero a no dudar, ahora se encuentran peor, desde que "el proceso", trata de rasarnos con ustedes, por lo bajo. Hay en la isla de Cuba demasiados aspectos que mueven a vergüenza y dolor para que usted cínicamente nos censure. Se puede engañar a alguien una vez, pero no a todos todo el tiempo.

Dr. Rafael Muci-Mendoza

2 • Mi experiencia con un médico cubano

Ante todo hago llegar mis saludos. Permítanme presentarme, mi nombre es Andreína Vegas Carbonell, médico recién graduada de la Universidad Central de Venezuela, Escuela Luis Razetti. Les explico mi situación actual.

Actualmente estoy cumpliendo con el artículo 8 que es la pasantía rural. Estoy trabajando en un pueblito en la costa que se llama Todasana, ubicado en el Estado Vargas, lugar que escogí con LIBERTAD. Aquí en Todasana cuento con un ambulatorio rural tipo I con los insumos necesarios y con un buen personal de enfermería; hasta aquí todo va muy bien, el pequeño detalle es que también "trabaja" un médico cubano. Este médico está en Venezuela desde Enero del presente año, dice ser médico familiar y tiene 9 años de graduado. La primera labor que me asignaron fue cambiarle las llaves a todo el ambulatorio debido a que estaban habiendo irregularidades con equipos y medicamentos; pues, desde ese momento comenzó la guerra. No sé si será en particular este señor pero solo tengo experiencia con este médico cubano. Este señor es un altanero, para él hay dos medicinas: la Cubana y la Venezolana; cree firmemente que él está aquí para salvar a los venezolanos de la Medicina Venezolana (valga la redundancia). No emplea términos médicos en sus diagnósticos, tengo el registro de la morbilidad del ambulatorio donde es increíble ver lo que él hace, sus diagnósticos son: "dolor fuerte de barriga", "neumopatía inflamatoria" (sin ni siquiera tener un microscopio); usa abreviaciones sin estar muy claro qué está abreviando, por ejemplo, abrevia IRA y le es indiferente que sea Infección respiratoria alta o aguda, total; para qué, si siempre usa el mismo tratamiento y hablando de tratamiento, ojalá solo los errores fueran de diagnósticos pero, por ejemplo, de las dosis pediátricas no tiene ni idea, cree que es algo que se usa solo en la Medicina Venezolana, para él todo es media cucharadita o una cucharadita ("según el tamaño del nene"); los antiasmáticos son antigripales, no se conoce los espectros de los antibióticos, ya vi un niño con los dientes negros por el abuso de las tetraciclinas; las virosis las trata con penicilina. Lo último que vi fue cómo hidrataba a un paciente que no estaba deshidratado con 3500 cc a goteo rápido, cuando le pregunté de dónde había sacado ese cálculo no me supo responder y le dije que eso lo sacamos en base a la Regla de Holliday. Me respondió que como estábamos en Venezuela lo iba a hacer como se hacía aquí. No tiene la menor idea de cómo manejar las dosis de insulina de un paciente diabético. No sabe cuántas veces se debe nebulizar a un asmático. No hace citologías porque según él, en Cuba se encargan las enfermeras, no sé, para mí que no a prendió nunca a hacerlas.

Pero creo que lo peor no son los errores (aunque es preocupante la cantidad de errores que comete y lo seguido), si no que al intentar hablar con él y plantearle las cosas que está haciendo y las que está dejando de hacer, le explica a uno en un tono muy convincente como si el de la duda fuera uno. Todo lo que yo no estoy de acuerdo lo reviso en literatura, tanto en español como en inglés, antes de hacerle cualquier observación a este "doctor".

Ahora se vuelve a plantear la misma pregunta ¿Será necesario que sigan mandando a Venezuela médicos cubanos para "salvar," a la medicina venezolana y para que ocupen los pocos cargos de rural?.

Como les dije antes, en mi caso yo escogí con LIBERTAD el lugar de mi pasantía rural, esta pasantía es un requisito académico que todo médico recién graduado debe cumplir para trabajar en Venezuela; créanme, somos muchos los que aspiramos en continuar formándonos en el exterior, pero realmente son muy pocos los que se van del país sin haber cumplido la pasantía rural. Esta parte como que no la sabe el embajador de Cuba, todos los recién graduados necesitamos trabajar y nuestro trabajo se lo están dando a médicos cubanos que ni siquiera tienen licencia para ejercer en Venezuela, y creo que tampoco tienen los conocimientos. No sé que puedo hacer, pero como yo hay muchos recién graduados que están trabajando con médicos cubanos y da mucha tristeza cuando vemos que a estos médicos cubanos les ofrecen todas las comodidades (casa, transporte y comida entre otras) y a nosotros los médicos venezolanos recién graduados solo nos ofrecen los puestos, yo tengo que costear parte de mi comida y mi pasaje de jeep, carrito y metro para poder llegar a un lugar donde sé que necesitan a un médico venezolano, o simplemente a un médico; por eso me quedé a pesar de las tantas cosas negativas.

No sé por dónde hay que empezar a luchar, lo primero es que las personas sepan lo que está pasando, que aquí los médicos no corren a las clínicas privadas, que hay muy buenas intenciones pero muchas dificultades, que nos están quitando nuestro territorio, pareciera que estamos perdiendo parte de nuestra libertad....

Dra. Andreína Vegas Carbonell

3 • Nuestra experiencia como médicos de Sanitas

Dr. Francisco Tortoledo R

Dr. Leonardo Izaguirre B.

Tuvimos la oportunidad de prestarle servicios en nuestra especialidad, Cardiología Intervencionista, a los pacientes de Sanitas Venezuela durante aproximadamente 6 meses, tiempo durante el cual pudimos apreciar los siguientes aspectos:

1. Relación con el Paciente

1. Los insumos indispensables para la realización de cateterismos cardíacos, tales como catéteres, introductor, guía, etc., no son reconocidos, aduciendo que es un material reesterilizable. Esto hace pensar que *este material debe haber sido previamente utilizado en otro paciente que si lo canceló, reesterilizado y reusado en un paciente de Sanitas. Por favor, quieren someter a estos pacientes a riesgo de enfermedades transmisibles, entre otras la hepatitis, etc.*

2. Hay una discriminación entre los pacientes. Así, los que son españoles, o afiliados por la Hermandad Gallega o desde España o Colombia tienen cobertura más completa y les cubren las prótesis o stents en el caso de la Cardiología Intervencionista.

centro médico

Dr. Federico Fernández Palazzi

3. Alegan que después de un siniestro no eliminan al paciente del seguro. Esto es falso, tenemos 2 pacientes plenamente identificados a quienes eliminaron de Sánitas luego de haber sido explorados por nosotros y haberse diagnosticado enfermedad coronaria.

II. Relación con el cuerpo médico

1. Las comunicaciones escritas a los médicos directores de Sánitas no son respondidas por escrito.

2. Una vez suscrito el contrato con Sanitas, su directiva decide en forma unilateral la forma como se deben hacer los procedimientos, por ejemplo: sin ayudante, sin materiales o con material reesterilizado, obligando a los médicos a proveer un servicio basado en lo que ellos suponen debe ser y no en lo que el paciente realmente se merece.

3. Se le promete al cuerpo médico incrementar el pago por concepto de honorarios profesionales periódicamente, para comenzar muy por debajo de los honorarios convencionales. Esta comunicación es verbal y nunca se cumple.

4. Prometen cancelar los honorarios de ayudantes en los procedimientos, lo cual nunca se cumple.

5. Los honorarios aceptados por procedimientos sufren de "ajustes", lo cual en la práctica son reducciones arbitrarias a los montos acordados.

6. La contratación de nuevos médicos se hace con honorarios menores que los acordados con los médicos iniciales y posteriormente se les pide a todos los médicos que deben hacer un ajuste, con el cual todos los médicos quedan tasados a honorarios más bajos.

7. Existe discriminación entre los centros que prestan servicio a Sanitas, por ejemplo, en algunos centros no cubren los gastos concernientes al material descartable mínimo indispensable para la realización de cateterismo cardíaco, tampoco los honorarios de médico ayudante. Estos recursos sí son cubiertos en otros centros.

8. *Dicotomía.* Sí, hay dicotomía en los honorarios profesionales pues tenemos conocimiento que en otros centros *cancelan honorarios a los médicos tratantes, inscritos en Sanitas, que llevan pacientes a cateterismo cardíaco. Este sistema fomenta la dicotomía, penada por el código de Deontología Médica, en la distribución de los honorarios profesionales.*

III. Conclusión

• Este sistema de prestación de salud tiene como base de su negocio la explotación de los honorarios médicos y su disminución progresiva en base a la creación de una competencia de precios entre los profesionales, en detrimento de la calidad del servicio médico y de la atención al paciente.

• Induce a una reducción global de los honorarios profesionales pues sienta el precedente ante compañías de seguros de honorarios más bajos y con tendencia al descenso.

4 • Sanitas Venezuela

Me parece realmente alentador, comenzar a intercambiar ideas de la visión y experiencias, que se puedan tener con estas empresas que prestan servicios de salud. Para comenzar yo creo que debemos analizar quienes son ellas, de donde vienen y hacia donde van. Es necesario antes de firmar algún contrato, averiguar cuáles son las ventajas para los pacientes y para los entes o profesionales que van a estar alrededor del servicio.

Quiero precisar la información con respecto a Sanitas Venezuela, que se confunde con una empresa de seguros. Esta es una empresa prestadora de servicios de salud prepagados, no está registrada en la Superintendencia de Seguros, porque no es una compañía de seguros. Es simplemente una compañía anónima prestadora de servicios, como cualquier compañía de este tipo, pero en este caso de salud; creo que se aprovecha del limbo legal que existe actualmente porque no están definidas y claras las leyes de Seguridad Social y su Subsistema de Salud, como consecuencia de esto, creo que no tienen ningún tipo de control. Se rigen por la oferta y la demanda y contratan sus servicios con el interés que es obvio, de la mayor ganancia para el negocio que están haciendo. Por lo tanto ofrecen muchas cosas, entre ellas para los médicos: el volumen de pacientes que estos van a manejar, pero todos sabemos que esto es falso y si fuera verdad con lo que pagan por consulta, jamás el médico tendrá unos ingresos dignos para vivir decentemente, por lo tanto se aprovechan de la necesidad económica de muchos colegas para sus fines económicos y a otros médicos (un muy reducido número) les pagan lo que valen, para utilizarlos como carnadas para pescar tanto afiliados como a médicos. Ellos han considerado que controlando los honorarios profesionales y con un férreo control sobre los costos de los materiales y exámenes que se utilizan en la atención de un paciente, su negocio puede ser redondo, es decir, que no importa la calidad del servicio sino cuanto les cuesta y cuanto se van a ganar.

Esto es comprensible desde el punto de vista de un negocio económico, pero hay que recordar que lo que estamos manejando es la salud de un conglomerado de personas, donde lo humano está alterado. Aparte, que son sistemas, que en los sitios donde han sido implementados como lo están haciendo aquí, han tenido un fracaso rotundo, que ha llevado a su revisión profunda, porque han demostrado que no proporcionan felizmente las herramientas para mejorar el sufrimiento de una familia con un problema de salud, siempre hay una tranca para que el servicio que se presta termine bien, como lo han demostrado los colegas, en sus observaciones y experiencias.

Es una empresa transnacional española, con agencia en Colombia y ahora en Venezuela, ha sido muy criticada en el vecino país, como empobrecedora de la atención en salud pero que da muy buenos dividendos económicos para sus dueños, pero no así para los que giran alrededor del servicio de salud. El servicio lo venden con algunas ventajas para los pacientes, como la cobertura, lo deducible, el

monto asegurado, la edad para la afiliación, la preexistencia de exclusiones, descuentos y clínicas afiliadas.

Cada uno de estos puntos deberían discutirse para ver si es verdad que son ventajas. Las desventajas es que tiene muchas exclusiones, los cupones para consultas médicas, solicitan exámenes a las personas de la tercera edad para aceptarlos, no cubre en el exterior, a menos que sea un accidente, sinó hay que comprar una tarjeta MIC, encajonan al paciente a médicos afiliados a ellos, el paciente no decide quien es su médico, el médico además trabaja pensando en costos, por lo tanto, ha crecido la rabia de los médicos hacia esta compañía por lo bajo que tasan los honorarios, además del desprestigio que quieren someter a este gremio, creando una matriz de opinión generalizada tal como que "hay médicos que estafan con la salud".

Esta es una empresa que vende servicios, por lo tanto no tiene agentes de seguros, que es la figura intermediaria entre el paciente una compañía de seguros, utiliza ejecutivos vendedores, por lo tanto no hay la información profesional completa que se requiere en estos casos. Creo que con intereses obvios.

Por último, creo que deberíamos estar pendiente de la aprobación de las leyes de Seguridad Social, la Ley Orgánica de Salud, establecer una gran discusión de la gestión de estas empresas y tener mucho cuidado en la afiliación a estas compañías que creo que son pan para hoy y hambre para mañana. Estas compañías mercantilizan en grado extremo, los servicios de salud, alejando el verdadero fin del médico que es su vocación, para prestar un servicio digno y de alta calidad al enfermo que lo amerite.

Dr. Eduardo Mata Ruiz

5 • Relación de Agencia entre los seguros o prestadoras de salud (los que ganan dinero) con paciente-médico (que es el que cura).

Cuando alguien compra una cosa o un servicio se establece una relación entre el comprador y el vendedor. Es la relación de agencia. Se supone que normalmente el comprador y el vendedor tienen una información semejante sobre lo que se adquiere. El comprador se informa antes o durante la compra. Si le interesa lo compra y sino lo deja. Es una relación de agencia normal o perfecta. Pero en medicina el paciente que busca salud para su enfermedad contrata un servicio sabiendo muy poco de lo compra. Hay una asimetría entre el vendedor, el médico que sabe mucho de lo que vende u ofrece y el enfermo que sabe muy poco de lo que compra. o necesita. Es una relación de agencia imperfecta. Esto no es deseable, pero las cosas están cambiando tan rápidamente que nadie sabe como será la relación de agencia en unos meses o en muy próximo futuro.

Una de las condiciones de "mercado perfecto" es que el vendedor y el comprador tengan un conocimiento completo sobre los productos (precios, alternativas, características de calidad, etc.). Sin embargo, está condición ideal se cumple pocas veces y en general suele existir una "asimetría de información" entre el comprador y el vendedor (es decir, el comprador conoce peor que el vendedor lo que quiere comprar). Precisamente es por esta asimetría de información por lo que se establece la "relación de agencia". En esta relación el comprador (al que se denomina principal), como no tiene buena información sobre el producto que quiere comprar, pone la compra en manos de una tercera persona (que se denomina agente), quien sí que tiene conocimientos sobre el productos para que compre por él al vendedor. Es decir, existirían dos tipos de relaciones de compra:

1. Compra sin "relación de agencia" (cuando compras manzanas en el super).

Comprador → Vendedor

2. Compra con "relación de agencia" (cuando vas a la Agencia de viajes y el "agente" de la "agencia" contrata por ti el avión, el hotel, etc.)

Comprador → Agente → Vendedor

Se llama relación de "agencia perfecta", cuando el agente actúa solo a maximizar el beneficio del principal (el comprador que se pone en sus manos) (el de la agencia de viajes te busca el mejor hotel, al mejor precio, el mejor vuelo).

Se llama relación de "agencia imperfecta" cuando el agente actúa en contra (o no totalmente a favor) de lo que busca el principal (el de la agencia te busca un hotel cutre porque es de un amigote que le paga una comisión).

En sanidad, el paciente (principal) establece una relación de agencia con el médico porque desconoce lo que quiere comprar y supone que el médico sí lo conoce. Por ejemplo: el paciente que tiene que operarse de una prótesis de rodilla, deja en manos del cirujano, la elección del tipo y modelo de prótesis (cementada, no cementada, cabeza metálica. o de cerámica, marca tal o cual) pensando obviamente que éste elegirá la que maximice su beneficio (la mejor para él). Si el cirujano lo hace así, se establece una relación de agencia perfecta. Ahora bien, puede ser que el cirujano, en lugar de ponerle una prótesis de rodilla, le haga una osteotomía, aún a sabiendas de que la rodilla "está pasada" para la osteotomía, debido a que en el convenio que tiene para operar la lista de espera en la privada, factura como una prótesis y además se ahorra el implante y lo soluciona con dos grapas. Evidentemente esto es una relación de agencia imperfecta porque el cirujano no busca maximizar el beneficio del principal (paciente).

No siempre la relación de agencia imperfecta debe entenderse como un sinvergonzonería. Posiblemente el ejemplo que puse sea un poco exagerado. Generalmente la relación de agencia imperfecta se da cuando hay una diferencia entre los intereses del agente y el principal. El paciente (principal) tiene unos intereses diferentes a los

centro médico

Dr. Federico Fernández Palazzi

que tiene el médico (agente) e incluso diferentes de los que tiene el financiador (administración). El interés fundamental del paciente es efectivamente recuperar la salud, pero sin reparar en gastos (generalmente le da igual lo que se gaste), sin embargo el interés del médico es recuperar la salud del paciente pero al precio más razonable posible y posiblemente a la administración lo que más le interesa es el precio y no tanto la recuperación de la salud. Aquí se da un conflicto de intereses entre los agentes y principales, que lleva a una relación de agencia imperfecta.

Pongamos un ejemplo de nuestra especialidad: Un paciente de 75 años que tiene que ponerse una prótesis de cadera. Indudablemente el paciente desearía que se le pusiera la prótesis más cara del mercado (no cementada, modelo americano que vale 600.000 pesetas), sin embargo el traumatólogo cree que con una Charnley cementada tendría los mismos resultados o mejores en su condición (150.000 pesetas). La administración estaría encantada que se le pusiera una Moore (30.000). Al final se impone el criterio del traumatólogo y se pone la Charnley. Se produce una relación de agencia imperfecta. El traumatólogo como

agente del paciente, elige una prótesis que no es la que desearía el paciente (no actúa totalmente siguiendo el criterio del paciente). El traumatólogo, como agente del financiador, también se da una relación de agencia imperfecta (no actúa maximizando el objetivo del financiador que es el mínimo gasto).

Mi opinión es que la relación de agencia en sanidad tiene importancia en tanto en cuanto, el médico, debido a esta relación, es el principal gestor del gasto, es el que genera la mayor parte de la demanda (el paciente solo genera demanda en la primera consulta) y por tanto las medidas de racionalización deben ir dirigidas sobretudo al médico y no tanto al paciente, como se estipuló en otros tiempos al intentar introducir copagos, coseguros, ticket moderadores, etc.

"Aquí, en este Consultorio, ejercemos la Medicina correctamente. No atendemos a pacientes de Sanitas".

Alonso Quijano



Derelicto de la salud . ¡Ahora gráfico!

"Entonces dale de alta y mándalo a su casa antes de que se despierte"

URGENTE

Al Cuerpo Médico del Centro Médico de Caracas

De nuevo recibimos una comunicación de la Junta Directiva de nuestra querida Institución, en donde de alguna manera se percibe un mensaje que sugiere la conveniencia de establecer una relación formal con la empresa Sanitas, anexando, bendita democracia, una planilla en donde los accionistas deben expresar su opinión: "¿Está Ud. de acuerdo que la C.A. Centro Médico de Caracas, suscriba el contrato con SANITAS para la prestación de los servicios hospitalarios?"

¿A qué contrato se refiere? Pareciera que ya "el contrato" existiera. ¿En qué consistirá ese contrato? ¿Por qué tanto alboroto con Sanitas, y no con las demás? ¿Será que ya hemos oído de lo ocurrido en países vecinos, con relación a esta empresa?

Claro que estaríamos de acuerdo, la respuesta debería ser sí. Sí nos interesaría prestarle servicios de salud a los pacientes de Sanitas, y a todo el que los pudiera necesitar; pero no "el contrato", que no sabemos que contiene. Obviamente ellos propondrán un contrato que convenga a sus intereses, como es natural, y que probablemente no convenga a los nuestros. ¿Desconfiado? Sí. Porque hemos sabido del mal rato que están pasando, nuestros vecinos, por haberse dejado empalagar por propuestas muy seductoras.

Estuve revisando la tabla anexa a la comunicación enviada, y los números no son demasiado impresionantes. En 15 de las 18 compañías que tienen relación con el Centro Médico, en las cifras del 2000 comparadas con 1999, se observó un incremento en el número de pacientes atendidos, y en el monto facturado. Es fácil entender que Sanitas, presente un incremento interanual particularmente llamativo, porque apenas estaba empezando a ofrecer sus servicios, y venía con cierta experiencia, y con mucho empuje, por una campaña de captación de clientes, muy agresiva. Lo cierto es que en el año 2000, para el CMC, ocupó el 4to. lugar en pacientes atendidos, pero la número 6, en monto facturado; y en cirugía ambulatoria, fue la que mas pacientes cubrió, pero ocupó el 5to. lugar en monto facturado. Estos números dejan ver, que proporcionalmente Sanitas, deja menos dinero a nuestra Institución, que otras compañías. Cuando se suman los ingresos del año 2000, Sanitas representó sólo el 6.64 % de la facturación total de nuestro Hospital.

¿Por qué tanto empeño en hacerle la corte a una empresa, tan clara en sus intereses, con antecedentes de haber puesto a trabajar a los médicos el doble o el triple, para ganar lo mismo? (según refieren buenos amigos colegas colombianos.) Por cierto estos mismos amigos me

han comentado, que tal ha sido el beneficio económico de Sanitas, explotando a los médicos, que actualmente no sabiendo que hacer con tanto dinero, se han metido en el negocio inmobiliario !!!

En el pasado la Institución hizo una importante campaña, para que los médicos cobráramos nuestros honorarios a través del departamento de cobranzas, porque esto representaría una fuente importante de ingresos para la Institución, por el porcentaje que te correspondería por la tramitación de cobranzas (de por lo menos un 5 %). Hoy la Institución ve con beneplácito (y lo promueve) que los amigos empleados de Sanitas cobren sus honorarios directamente, sin dejar nada para la Institución. Hablando de empleados, supongo que los susodichos deberían esperar prestaciones, aguinaldos, utilidades, bonos, etc. etc. de la empresa en cuestión, tanto al final de cada año, como el final de esta feliz relación. ¿Que hay de facilidades mobiliarias o inmobiliarias? Por cierto, en defensa los intereses económicos de mis amigos, yo debo exigir justicia, ya que el personal que necesitan para trabajar, lo debería pagar el empleador.

Ayer, estaba yo de guardia por mi especialidad, mi secretaria, para confirmarlo, llamó a emergencia, y preguntó quién estaba de guardia por traumatología; y la enfermera en el otro extremo le respondió: "¿Por el Centro Médico, o por Sanitas?" Me pregunto yo ¿Será que en la misma estructura física están funcionando dos hospitales? Entiendo que este hospital pertenece a una compañía anónima de la cual yo soy accionista, y no sé de ningún artículo en el reglamento de esta compañía que apruebe la utilización de este activo, en forma discriminatoria hacia mí!!!

¿Será esto, tan solo el comienzo del final?

Estando en el ambiente de la emergencia de nuestro Hospital, he sido testigo de una triste situación en la cual un médico de Sanitas ha sido llamado telefónicamente para atender a un paciente de esa empresa, y aquél ha sugerido que se llame a otro médico, sin mediar ninguna explicación a su negativa ... Igualmente he sabido, que esos pacientes deben esperar al final de la consulta para ser atendidos, por los galenos adscritos a este sistema. ¿Es éste, el modelo de ejercicio profesional que queremos?

Por lo pronto, los colegas que han hecho relación con esta empresa, han aceptado tarifas de atención por debajo de sus honorarios habituales; me puedo imaginar la situación que se plantea, en la sala de espera del consultorio, cuando un fiel paciente de dicho galeno intercambia un diálogo con un cliente de Sanitas; lo tonto que se sentirá el primero al enterarse que el otro paga (con cesta ticket) por la misma consulta, una fracción (entre una tercera y una cuarta parte) !!!! Los principales promotores de Sanitas son esos galenos (sin recibir ninguna bonificación por cliente conquistado), quienes se llenan la boca con el negocio que están haciendo (¿?), y poniendo en contacto los pacientes de siempre, con estos protegidos. Es muy probable, que la próxima vez que el paciente de siempre venga a la consulta, traerá consigo su ticket, y en lugar de pagar el precio correspondiente a la consulta, te deje un vale. Los colegas que hacen cirugía,

centro médico

Dr. Federico Fernández Palazzi

dicen que los honorarios pagados por ese concepto son razonables (por ahora), pero ellos están contribuyendo con la explotación de sus colegas que actúan de ayudantes, ya que por ese concepto pagan un insulto.

Muchos médicos (197), de nuestra querida Institución han solicitado colaborar con la destrucción del ejercicio médico digno; y muchos de éstos han sido rechazados por el genio de esta idea !??... No entiendo... Algunos médicos con una práctica muy exitosa se han agregado a la lista de privilegiados, supongo yo que movidos por la avaricia; es sabido que éste es uno de los pecados capitales, y que los pecados capitales son mortales... Se ha producido un pánico por una avalancha que estamos provocando nosotros mismos.

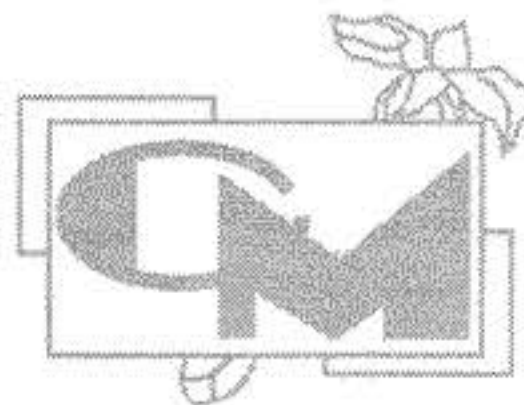
Se me ocurre, que deberíamos hacernos preguntas, tales como: ¿Cuál es la medicina que queremos ejercer? ¿Queremos tener pacientes por nosotros mismos, o que los pacientes sean ajenos? ¿Queremos ejercer libremente, prevaleciendo un criterio médico, en cuanto a la práctica clínica y paraclínica; o decidir de acuerdo a los intereses económicos del "dueño" de los pacientes? ¿Queremos cobrar de acuerdo con nuestro sano criterio, o que otro decida cuánto debemos ganar? ¿Dónde queda nuestro mérito, nuestro esfuerzo, nuestro empeño en hacer las cosas bien hechas? ¿Aceptaremos ser discriminados en nuestro propio medio? En nuestro ejercicio privado estamos para resolver los problemas de salud, no los problemas económicos de los pacientes; y si fuera el caso, lo haríamos por nuestra propia decisión, como de hecho lo hacemos con muchísima frecuencia.

Nuestras decisiones de hoy, indefectiblemente van a determinar lo que será nuestra práctica en el futuro.

¿Pan para hoy, hambre (humillación) para :nañana...?

Caracas 4 de abril del 2001

Dr. Pedro Carvallo





Servicios de Internet



En Wise-Net nos dedicamos a hacerle al cliente la vida más fácil. Póngase en contacto con nosotros para comenzar a hacer la publicidad de sus productos de manera profesional, sencilla y con resultados exitosos.

¿Buscando información médica en línea? Visite el Directorio Médico Venezolano en Internet, revise consejos semanales, noticias de la salud, Teléfonos de Emergencias, Farmacias, Bomberos, Segunda Opinión de médicos especialistas, y muchos más servicios... donde?

www.directorio-medico.com

Además revise en línea la revista científica del Centro Médico de Caracas

www.directorio-medico.com/revistacmc

¿Desea conexión a Internet?
En Wise-Net somos
agentes autorizados



Visite la Página Web
de la SVCOT

www.svcot.org



Ahora puede realizar sus compras en línea!



www.compu tienda.net



Ave. Universidad,
Sociedad a Traposos,
Edif. Reyes Piñal, piso 1, ofic. 202
Telefax: 58 2 5423886
USA Fax: 1-209-821-7447

Web Site: <http://www.directorio-medico.com>
E-Mail: wisenet@directorio-medico.com

