

centro médico

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

ISSN 1010 - 7290

DEPOSITO LEGAL pp 76 - 0323

1



VOLUMEN 41



MAYO 1996

Quinodis[®]
fleroxacin
1x día

midazolam
DORICUM[®] i.v.-i.m.

ampollas de 15 mg / 3 ml

LA SEDACION BAJO SU CONTROL

Tilcotil[®] tenoxicam

INYECTABLE IV / IM
1 VEZ AL DIA

PODER ANALGESICO EN EL DOLOR AGUDO

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 Privado Centro Médico de Caracas" que se tituló: PUBLICACIONES DEL CENTRO MEDICO DE CARACAS, y de la cual se publicaron 18 números hasta Junio de 1963

VOLUMEN 41 N° 1

CUERPO DIRECTIVO

Director - Editor

Dr. Federico Fernández Palazzi

Director - Editor Adjunto

Dr. César Pru

Comite de Redacción

Dr. Oscar Agüero

Dr. Salvador Rivas

Dr. Pedro Andrade

Dr. Jon Barriola

Dr. Carlos Cuervo

Productor Administrativo

Dr. Julio Potenziani B.

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA

Presidente

Dr. Carlos Torrealba (E)

Secretario

Dr. Juan Baltar

Tesorero

Dr. José Guerrero

Vocal

Dr. Carlos Cuervo

Dirección

Centro Médico de Caracas

Plaza El Estanque, San Bernardino, Caracas.

Tefs.: 52 2222 - Ext. 190 y 52 7309

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 esté impresa.

Composición Gráfica

Art 3 Gráfico Est. de Diseño, C.A.

Impresión Digital

Copy prag, C.A.

MAYO 1996

SUMARIO

NOTA DEL DIRECTOR - EDITOR

Dr. Federico Fernández Palazzi 1

CARTA DEL PRESIDENTE DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL C.M.C.

Dr. Juan Godoyol Rovira 2

EDITORIAL

Dr. Oscar Agüero 3

ARTICULOS ORIGINALES

Cura de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IOE) por

Técnica de Raz Modificada en 125 Pacientes. 5

Dr. Julio César Potenziani B., Dr. Leonardo G. Borragales C.

Aspectos Clínicos-Epidemiológicos de la Paracoccidioidomicosis

en Venezuela de 268 casos. 15

Dr. Ignazio Taronna, Dr. Alessandro Incerto, Dra. Sofía Mata, Dr. Romano Masi,

Dra. María Eugenia Reymundez, Dr. Antonio Iannelli

Lactancia Materna: Caracterización de la Población del Sur de

Aragua. Ago./Sep. 1993. 20

Br. Sue I. Antúnez C., Br. Ma. Teresa Marbán L., Br. Fátima R. Torquemada D.,

Br. Víctor O. Jiménez., Dr. Juan Luis Montero

Enfermedad de Alzheimer. Comunicación Preliminar.

Presentación de 9 casos. 28

Dr. Abraham Krivoy, Dr. Jaime Krivoy, Dr. Mauricio Krivoy, Lic. Francis Krivoy

La Hipertensión Arterial en la Población Escolar del

Estado Nueva Esparta 34

Dr. Ovidio Antonio Pérez, Dr. Andrés José Rodríguez, Dr. Guillermo José Rodríguez,

Dra. Laura Del Valle Soria

REVISIONES

Dolor de Rodilla en Adultos, Enfoque Diagnóstico 41

Dr. Oscar A. Dib B., Dr. Federico Fernández Palazzi

REPORTE DE CASOS

Malformaciones Congénitas Mayores del Tubo Digestivo - Atresia de Esófago

Asociada a Obstrucción Duodenal por Páncreas Anular. A propósito de un caso. 60

Dr. Trejo Scorsa, E., Dr. D' Elia Gil, P., Dr. Calderón Salas, E., Dr. Trejo Scorsa, C. J.

Dr. Arias, M., Dr. Palmeiro, M. I.

Primeros Casos de Colecistectomía y Adherenciólisis Laparoscópica en Niños. 66

Dr. Barba Flores, Jorge, Dr. Cudemus M., Gastón. Dr. Romero, Gabriel, Dr. Gil, Armando

NOTAS DE CONGRESOS Y REUNIONES

Conclusiones y Recomendaciones del XVI Encuentro Anual de Editores de

Revistas Biomédicas Venezolanas - Caracas, Julio 29, 1995 69

CARTAS A LA REDACCION

Normas para la publicación de la revista Centro Médico

INFORMACION 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, socio-económicos, 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 por el Director y por 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 escrito 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, symposia, 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 especialmente a la Dirección de la revista, y el autor sufragará el aumento en el costo de la publicación, de acuerdo a las tarifas vigentes. Igual pasará si el trabajo excede de 15 páginas en total.

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

1.4 Las referencias deben ser citadas en el texto como números encerrados en paréntesis, en la misma línea de escritura. Al final del artículo las referencias deben ser señaladas en orden alfabético 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 página y año. Las referencias del libro serán: autor(es), Título, capítulo, editorial, lugar, año y página(s). Cada cuadro, figura y fotografía debe tener especificado al reverso: título, nombre de autores, del anexo, leyendas y ubicación en el texto.

1.5 Las fotografías deberán entregarse en copia, positiva, brillante, en blanco y negro y de caracteres nitidos. 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 mencionado.

3. Presentación de casos clínicos:

Se publicarán únicamente casos de particular interés seguidos de una revisión corta del problema. Se dará preferencia a aquellos casos con comprobación anatomopatológica. El resumen del caso debe ser 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 Congreso, Cursos, Simposia 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 considerase conveniente, someterá a los originales a revisión, por especialistas consultantes de nuestra revista.

El Comité Editorial 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 publicación en ninguna otra revista.

Además se acepta por los autores que el material presentado es original, siendo el autor o autores responsables de dicho artículo.

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 "Periódica" (Méjico)

Miembro de ASEREME (Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas).

Estamos afiliados a:

Asociación Venezolana de Hospitales	American Hospital Association	Internacional Hospital Federation
---	-------------------------------------	---

Junta Directiva de la Sociedad Médica

Dr. Carlos Torrealba
Presidente (E)
Dr. Juan Baltar
Secretario

Dr. José Guerrero
Tesorero
Dr. Carlos Cuervo
Vocal

Miembros Activos

Abecasis, Dr. Nissim
Abreu, Dr. Alejandro
Abreu Barreto, Dra. Alice
Acquatella, Dr. Harry
Acquatella, Dr. Maxime
Aguero, Dr. Oscar
Aguilar de Pertit, Dra. Olivia
Alonso Trejo, Dr. Ramon
Alvarez, Dr. Emilio
Andrade, Dr. Pedro
Aranaga, Dra. Nayesca
Arellano, Dr. Samuel
Arends, Dra. Anabels
Arevalo, Dr. Gaston
Arreaza, Dr. Nestor
Aure Tulene, Dr. Cesar
Aure Tulene, Dra. Mercedes
Ávila, Dr. Juan José
Bacalao, Dra. Cristina
Bacalao, Dr. Roman
Bacci, Dr. Santiago
Baiz, Dr. Carlos
Balda, Dr. German
Baltar, Dr. Juan
Baptista, Dr. Peter
Baquero, Dr. Gustavo
Baralt, Dr. Tulio
Barba, Dr. Jorge
Barreto, Dr. Roman
Barriola, Dr. Jon
Beker, Dr. Bernardo
Beker, Dr. Simon
Benhamú, Dr. Miguel
Bermúdez, Dra. Ana Maria
Berroteran, Dra. Olga

Besso, Dr. José
Bibbo, Dr. Salvatore
Bilbao, Dr. Josefa
Blanco, Dr. Jorge
Blondet, Dr. José
Bonet, Dr. Haray
Bonilla, Dr. Rodrigo
Bóveda, Dr. Juan
Brandt, Dr. Pacheco
Brandt, Dr. Francisco
Brito Arreaza, Dr. Edgar
Bruno, Dr. Burger
Burmicky, Dr. Matias
Caballero, Dr. Fernán
Calatrava, Dr. Fernando
Calvet, Dra. Ana Maria
Calles, Dr. Gabriel
Campos, Dr. Geronimo
Capriles, Dr. Amaldo
Cárdenas, Dr. Leopoldo
Carvalho, Dr. Pedro
Casas, Dra. Lilian
Castañón, Dr. Andres
Castellano, Dra. Monica
Castillo, Dr. Rafael
Castro, Dra. Maria
Cedeño, Dr. Douglas
Cifuentes, Dr. Bernardo
Cirac, Dr. Alberto
Cisneros, Dr. Jose Antonio
Ciobataru, Dr. Silica
Colina, Dr. Oscar
Condado, Dr. José Antonio
Comejo, Dra. Silvia
Cova, Dr. Ramon

Cudemos, Dr. Gaston
Cuervo, Dr. Carlos
Chacón, Dra. Ana Judith
Daantje, Dra. Ashely
Daboin, Dr. Nelson Paul
Daoud Said, Dra. Georgette
Delgado Gutierrez, Dr. Raul
Del Reguero, Dr. Antonio
Diaz, Dr. Jesus
Diaz Patin, Dr. Carlos
Diaz Pietri, Dr. Gustavo
Dona, Dr. Francisco
Dreyer, Dra. Monica
D'Escriban, Dr. Julio
Edger, Dr. Manuel
Emmanueli, Dr. Armando
Erminy, Dr. Arquiles
Escalona, Dra. Olivia
Essenfeld, Dra. Evelin
Fantes, Dr. Francisco
Fernandez, Dr. Federico
Ferro, Dr. Raúl
Fleury, Dr. Andres
Fleury, Dra. Cristina
Fraga, Dra. Olga
Francisco, Dr. José
Fuenmayor, Dr. Jairo
García, Dra. Belkis
García, Dr. Gustavo
García, Dr. Matilde
Garriga, Dr. Esteban
Garriga, Dr. Esteban
Gil, Dr. Armando
Godayol, Dr. Juan
Goldstein, Dr. Carlos

CENTRO MÉDICO

Gordils , Dr. Antinio
 Gómez , Dr. Luis Gonzales
 Gómez , Dr. Manuel
 Gonzáles , Dr. luis
 Gonzáles , Dr. Marcos
 Gonzáles , Dra. Mireya
 Gonzáles , Dr. Serva Luis
 Grossman , Dr. Victor
 Guedez , Dr. Miguel
 Guglielmelli , Dr. José
 Guinand , Dr. Alberto
 Guinand , Dr. Carlos
 Gutierrez , Dr. Armando
 Gutierrez , Dr. Emerson
 Guzmán de Fleury , Dra. Mary
 Guzmán , Dr. Manuel
 Haiek , Dr. Paul
 Herize , Dr. Miguel
 Hernández , Dr. Alonso
 Hernández , Dr. Francisco
 Hernández , Dra. María
 Hernández , Dr. Pablo
 Hidalgo , Dr. Ezequiel
 Hoffman , Dr. Federico
 Hopkins , Dr. Henry
 Istúriz , Dr. Raúl
 Itriago , Dr. Luis
 Iturriaga , Dr. Enrique
 Izquierdo de , Dra. Elisa
 Jacir , Dr. Alfonso
 Jaén Centeno , Dr. Ruben
 Jaén , Dr. Domingo
 Jaén Urrutia , Dr. Ruben
 Jiménez , Dr. Carlos
 Kenneth , Dr. Gibbson
 Kisser , Dr. Saul
 Koelzow , Dr. Adolfo
 Koury Chidac , Dr. Pablo
 Krivoy , Dr. Abraham
 Krivoy , Dr. Jaime
 Krulig , Dr. Leopoldo
 Lairer , Dr. Andres
 Lairer , Dr. Felix
 Lander , Dr. Bernando
 Lander , Dr. Rafael
 López Novel , Dr. Roberto
 Loretto , Dr. Francisco
 Lozano , Dr. Jose Ramon
 Leamus , Dr. Luis
 Lecuna , Dr. Vicente
 Levy , Dr. Alfredo
 Levy , Dr. Marcos
 Linares , Dr. Jesus
 Lizarraga , Dr. Pedro
 López , Jose luis
 Machado , Dra. Ana
 Machado , Dr. Octavio

Manzo , Dr. Augusto
 Marcos , Dr. Amadeus
 Márquez , Dr. Armando
 Márquez , Dr. Carlos
 Márquez , Dr. David
 Márquez , Dr. Enrique
 Márquez , Dr. Francisco
 Manrique , Dr. Jesus
 Martelo , Dra. Maria del P.
 Martinelli , Dr. Antonio
 Martínez , Dra. Ana C.
 Martínez , Dr. Luis
 Martínez , Dr. Roberto
 Mata , Dr. Eduardo
 Medrano , Dr. Gustavo
 Mendoza , Dr. Milton
 Mijares , Dr. Carlos
 Miklos, Dra. Magda
 Mijares , Dr. Carlos
 Millán , Dr. Alberto
 Molino , Dr. Jesus
 Monserrat , Dr. Luis Raul
 Montbrun , Dr. Enrique
 Montbrun , Dr. Francisco
 Montes de Oca , Dr. Israel
 Morales , Dr. Eduardo
 Morales , Dr. Jesus
 Morales , Dr. Jorge
 Morales , Dr. Julian
 Morales , Dr. Julian
 Morales , Dra. Maria G.
 Morgado Nieves , Dr. Pedro
 Morgado S. , Dr. Pedro
 Moron , Dr. Orlando
 Mosquera , Dr. Issac
 Mugarra , Dr. Xavier
 Murillo , Dr. Jorge
 Navarro , Dr. Luis
 Nordmann , Dra. Silvia
 Nouel , Dr. Alfredo
 Nuñez , Dr. Diego
 Ochoa , Dr. Jose
 Ochoa S. , Dr. Jose
 Orrá , Dra. Maritza
 Ortega , Dr. Manuel
 Padrón Corao , Dra. Carolina
 Padrón , Dr. Jose Alberto
 Padua , Dr. Arnobio
 Padula , Dr. Hector
 Padula , Dr. Victor
 Paris , Dr. Alberto
 Paz , Dr. Guillermo
 Pecirep , Dr. Dragan
 Peñaloza , Dr. Alí
 Pereiro , Dr. Manuel
 Pérez , Dr. Armando
 Pérez D. , Dr. Vicente

Pérez Gimenez , Dr. Gustavo
 Pérez , Dra. Lisbeth
 Pérez O. , Dr. Francisco
 Pérez Rojas , Dr. Manuel
 Pérez , Dr. Vasco
 Petit , Dr. Guido
 Pieretti , Dr. Rafael
 Pimentel , Dr. Ivonne
 Pineda , Dr. Antonio
 Plaz , Dr. Jose Francisco
 Plaza , Dr. Rodrigo
 Ponce , Dr. Francisco
 Postalian , Dr. Krikor
 Pontenciani , Dr. Julio
 Pontenciani , Dra. Rosella
 Pru , Dr. Cesar
 Puigbo , Dr. Arnaldo
 Quenza , Dra. Tania
 Quintero , Dr. Hernan
 Quintero , Dr. Manuel
 Ramirez , Dr. Guillermo
 Ramón Zapata , Dr. Sirvent
 Requena , Dr. Alvaro
 Restrepo , Dr. Cesar
 Rios , Dra. Ana Maria
 Riskey , Dr. Jorge
 Rivas , Dr. Salvador
 Rivero , Dr. Eduardo
 Rodriguez , Dra. Angela
 Rodriguez , Dra. Jose Maria
 Rodriguez , Dr. Otto
 Rojas , Dr. Orlando
 Romero , Dr. Gabriel
 Rossister , Dr. Guillermo
 Rot , Dr. Raymond
 Russo , Dr. Salomon
 Salas , Dr. Aquiles
 Salazar , Dr. Jose
 Sanabria , Dr. Tomas
 Sánchez , Dr. Jose
 Sánchez , Dr. Jose
 Sánchez , Luis Miguel
 Sánchez , Dra. Maria
 Sánchez Q. , Dr. Alvaro
 Sánchez Quijano , Dr. Jorge
 Sánchez Silva , Dr. Jose
 Sánchez Vega , Dr. Luis
 Sánchez , Dr. Williams
 Schmitz , Dra. Gisela
 Sierralta , Dr. Asdrubal
 Sigurani , Dra. Kesia
 Silard , Dra. Doris
 Solis , Dra. Cristina
 Soto Sanchez , Dr. Ramon
 Stolk , Dr. Gustavo
 Stopello , Dra. Gioconda
 Suárez , Dra. Janina

Suárez , Dr. Jose Angel
Sukerman , Dr. Moises
Surkeman , Dra. Vivian
Tobio , Dr. Ricardo
Torrealba , Dr. Carlos
Torres , Dr. Guillermo
Trejo , Dr. Ezequiel
Troconis , Dr. Carlos Julio
Troconis De Q. , Dra. Maria

Troconis , Dra. Maria Ylayaly
Troconis , Dr. Orangel
Urdaneta , Dra. Maria
Urosa , Dr. Claudio
Valeri , Dr. Jorge
Valongo , Dr. Gastone
Vegas , Dr. Armando
Velázquez , Dra. Elinka
Ventura , Dra. Maira

Viloria , Dr. Guillermo
Vivas , Dra. Josefa
Wefer , Dr. Rene
Yáñez , Dr. Gonzalo
Yrausquin , Dra. Elizabeth
Zaitman , Dra. Mary
Zamacona , Dr. Mikel
Zilgenboim , Dr. Itic
Zubillaga , Dr. Rafael

Médicos Internos 1995 - 1996

Dr. Kenneth Scope
Dra. Morella Lascurain
Dra. Shiley Tozzi
Dra. Linette Pulgar
Dra. Beatriz Marcano
Dra. Martha Alfonzo

Dra. Ruth Alvarez
Dr. Fernando Godayol
Dra. Clementina Rodriguez
Dr. Roberto Benatuil
Dr. Ricardo Gómez
Dr. Marco Liszka

Dra. Carolina Manzo
Dra. Rosalinda Parra
Dr. Angel Ponte
Dra. Alicia Villegas

In Memoriam

Dr. Francisco Herrera Guerrero
Dr. Andrés Gutiérrez Solís
Dr. Fermein Diaz
Dr. Domingo Lucca Romero
Dr. Rafael Ernesto López
Dr. Pedro A. Gutiérrez Alfaro
Dr. Armando Castillo Plaza
Dr. H. Castillo Neuman
Dr. Roland Curiel
Dr. Juan Pablo Parilli
Dr. Manuel Morillo Atencio
Dr. Juan Colmenares Pacheco
Dr. Ramón A. Mayobre
Dr. Jesús Millares
Dr. Félix Lairer, hijo
Dr. Domingo Collado
Dr. Cruz Lepage

Dr. Moisés Diamante
Dr. Francisco Baquero González
Dr. Luis Peña
Dr. Rafael Campo Moreno
Dr. Franz Conde Jahn
Dr. Germán Viana Rodriguez
Dr. José Domingo Leonardi
Dr. J. Graterol Monserrate
Dr. Victor Baquero A.
Dr. María de los Angeles Gómez
Dr. Ricardo Baquero González
Dr. Ezequiel Trejo Padilla
Dr. Jerry Avella
Dr. Hernán Quintero Uzcátegui
Dr. Francisco Díaz Rodriguez
Dr. Hernán Hedderich
Dr. Rafael Bencosme

Dr. Joel Valencia Parpacén
Dr. Enrique Hedderich
Dr. Roberto Lucca Escobar
Dr. Eduardo Quintero Muro
Dr. Héctor Padula Falci
Dr. Antonio Mota Salazar
Dr. Román Chalbaud Troconis
Dr. Pablo Luis Gonzalo Leonardi
Dr. Victor Brito
Dr. Rafael Andrade Niño
Dr. Guillermo Tovar
Dr. Noé Matheus Méndez
Dr. Nelson Sarmiento
Dr. Luis Alberto Velutini
Dr. Francisco Hernández Navarro

Miembros Honorarios

Dr. Roberto A. Hongson

Dr. Jorge Soto-Rivera

Dr. Neal Owens

centro médico

Nota del Director - Editor

...Lazaro ...Levantate y anda
Juan 1:1 : 1-46

A LA TERCERA VA LA VENCIDA

A lo largo de su historia, desde que con el nombre de PUBLICACIONES del Centro Médico que apareció por primera vez en 1947, la revista CENTRO MEDICO ha pasado por muchas crisis. La más grave en 1991 en que por diversas razones principalmente económicas, estuvo dos años sin aparecer, reviviendo en Enero de 1993 en que para actualizarse salió el volumen 37 correspondiente al año 1991 en un solo número englobando los tres correspondientes a Enero, Mayo y Septiembre; ésta situación fue explicada en Nota del Editor en la primera página del volumen. En 1992 y 1993 salió regularmente para finalmente en el volumen 40 de 1994 solo salir el número 1 del mes de enero y ...después "morir". Esta situación que parecía definitiva se aborta por la recientemente elegida nueva Junta Directiva del Centro Médico de Caracas, que tras estudiar la importancia de una trayectoria, la más antigua de las revistas de Instituciones Privadas del País, toma la decisión de "resucitar" a Centro Médico. De ésta forma empieza otra etapa, la tercera, si bien con sustanciales cambios en contenido, periodicidad y hasta con una nueva portada y presentación.

Para la nueva etapa de la revista se diseñó el siguiente esquema:

Dos números cada año que saldrían en Mayo y Noviembre, con 6 meses entre números para dar tiempo a recogida, selección y recomendación de material.

El contenido de Centro Médico será:

Editorial

Artículos Originales en número de 5 o 6.

Reporte de casos en número de 1 o 2.

Revisiones. Por colegas solicitados por la dirección de la revista.

Subespecialidades, con temas o artículos importantes según la especialidad.

Anatomo Clínica. Escogiendo una presentada en las reuniones mensuales.

La nueva directiva de Centro Médico quedó integrada por:

Dr. Federico Fernández Palazzi (Director - Editor)

Dr. César Pru (Director - Editor Adjunto)

Comité Editorial :

Dr. Oscar Agüero (Obstetricia y Ginecología)

Dr. Salvador Rivas (Traumatología)

Dr. Pedro Andrade (Medicina)

Dr. Jon Barriola (Cirugía)

Dr. Carlos Cuervo (Pediatria)

A fin de mantener la periodicidad de Centro Médico se consultó con FUNDA SINADIB - Fundación Sistema Nacional de Documentación e Información Biomédica - donde recomiendan continuar con la numeración de los volúmenes haciendo caso omiso del año 1995 y empezar por volumen 41 número 1 mayo 1996 al que seguirá el número 2 de noviembre 1996.

De esta forma empezamos esta resurrección y esperamos tener de propios y extraños una cordial acogida y envío de trabajos y colaboraciones para nuestra revista.

Nuevamente parafraseando a Machado terminamos diciendo ¡CENTRO MEDICO... sigue haciendo camino! .

Dr. Federico Fernández Palazzi
DIRECTOR - EDITOR

Carta del Presidente de la Junta Directiva del Centro Médico de Caracas

Dr. Federico Fernández Palazzi
Director de la Revista Centro Médico de Caracas
Distinguidos Accionistas del Centro Médico de Caracas
Distinguidos colegas y amigos
Señoras y señores.-

Me honra nuevamente la Revista "CENTRO MEDICO" al permitirme en mi condición de Presidente de la Junta Directiva de la C.A. Centro Médico de Caracas, resaltar y apoyar de manera enfática, la iniciativa de reiniciar la edición de nuestra revista que mi buen amigo y colega Dr. Federico Fernández Palazzi meritoria y tenazmente ha dirigido por más de 20 años acompañado actualmente por un distinguido COMITE DE REDACCION, integrado por valiosísimos hombres comprometidos con la ciencia y su divulgación y de manera muy especial por el Dr. OSCAR AGÜERO por su inestimable aporte a la ciencia de la medicina y a nuestra Institución.

Por demás loable y comprometedor para todos los accionistas de la C.A. CENTRO MEDICO DE CARACAS y en especial para su Junta Directiva, es la labor de apoyar desde todo punto de vista, el esfuerzo científico, técnico, humano y económico del equipo que editará y colaborará nuevamente con la edición de la revista "CENTRO MEDICO" que tiene la distinción, la honra y el compromiso de haber sido la primera Revista Científica de tipo médico, que divulga un Centro Hospitalario Privado en el país y rememorando palabras del primer editor de la revista "no se trata de editar un primero y hasta un segundo número de mejor causa, sino de asegurar en el futuro la continuidad de la publicación, lo cual es digno de encomio en nuestro medio".

Pues bien, apreciados colegas, con la iniciativa del Dr. Federico Fernández Palazzi y del Comité de Redacción de reiniciar la edición de la Revista y el que haya logrado de nuevo su internacionalización, actividades que por diversas causas se habían perdido, y que no debemos permitir que ocurran de nuevo, estaremos honrando a los pioneros y fundadores, y a nosotros mismos como herederos y continuadores de una obra sin igual y formadora.

Por otra parte, agradezco a Johnson y Johnson, Laboratorios Roche, Bayer y Pfizer, quienes con su patrocinio, hicieron posible la circulación de nuestra revista.

Deseo finalmente transmitirles mi agradecimiento por haberme permitido estas palabras y reiterarles que a la distancia de CUARENTA Y DOS (42) años de fundada la Revista "CENTRO MEDICO", este acto es de suma importancia para nuestra Institución, para todo el gremio médico venezolano, ya que si comenzar fué difícil, reiniciarla es a todas luces creer en nuestra capacidad, tezhón, esfuerzo y compromiso con la historia de la medicina de nuestra Venezuela.

DR. JUAN GODAYOL ROVIRA
PRESIDENTE
C.A. CENTRO MEDICO DE CARACAS

Editorial

Dr. Oscar Agüero

En un editorial nuestro (1), publicado en la Gaceta Médica de Caracas, hicimos una revisión de algunas de las revistas médicas de hospitales privados de Venezuela. Estas publicaciones se inician en 1931, con la "Revista de la Policlínica Caracas", la cual tuvo la duración de 28 años. El Hospital Privado Centro Médico de Caracas comienza, en marzo de 1954, o sea seis años después de su inauguración en Octubre de 1947, la edición de "Publicaciones del Centro Médico", nombre que fue cambiado en septiembre de 1964, por el actual "Centro Médico".

Escribimos en el editorial citado: "Con altibajos, es la revista de hospital privado que más tiempo ha durado"; y luego expresamos, "Su último número corresponde al volumen 40, número 1, año 1994".

A pesar de la insistencia de su Director, desde 1977, Dr. Federico Fernández Palazzi, una serie de problemas de diversa índole estuvieron impidiendo la aparición de la revista. En relación con este cese temporal, escribimos: "Actualmente se hacen esfuerzos para mantener su publicación". Estos esfuerzos han dado sus frutos, ya que una de las primeras medidas de la nueva Junta Directiva del Centro Médico, elegida en mayo de 1996, ha sido apoyar la continuación de la edición de la revista, mediante la ratificación de su Director y de un cuerpo de Redactores propuestos por éste.

Esta decisión es loable, porque "Centro Médico" tiene una trayectoria definida y destacada en la historia del periodismo médico venezolano, primero, por ser la publicación de centro privado de más larga vida y, segundo, por haber sido la primera, dentro de su grupo, en elaborar un índice acumulativo de autores y materia, que abarcó los años 1954 a 1987, cuya lectura suministra información sobre la amplitud e importancia de los temas que tuvieron cabida en sus páginas.

No obstante los problemas económicos que el país confronta a todo nivel, confiamos en que la Junta Directiva del Hospital Privado Centro Médico de Caracas y el Comité Editorial, harán todo lo posible por rescatar su revista y mantenerla en niveles, aún más elevados, que los que llegó a alcanzar.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

(1) . Agüero O. Revistas médicas en hospitales privados en Venezuela (editorial).
Gac Méd Caracas 1966 ; 104 : 1 - 4 .

Cura de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IOE) por Técnica de Raz Modificada en 125 pacientes 1984 - 1994

Dr. Julio César Potenziani B.*

Dr. Leonardo G. Borregales C.*

Este trabajo optó por el Premio Nacional de Medicina "Luis Razetti" año 1.996

RESUMEN

Se realiza un trabajo prospectivo de diez años con un Universo de 125 mujeres que presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo.

Se expone una sistemática de estudio con enfoque resaltando aspectos neurológicos, anatómicos y fisiopatológicos.

Se propone una clasificación propia para pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

Se dan las conclusiones del trabajo y sus resultados a 10 años.

ABSTRACT

A ten years prospective study is made on 125 females with urinary incontinence upon effort.

A personal classification is proposed.

The results over 10 years period is exposed.

PALABRAS CLAVE

Incontinencia - Reconstrucción vaginal

*Urólogo, Hospital Privado Centro Médico de Caracas

DEFINICION

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo es la pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical supera la máxima presión uretral, pero en ausencia del detrusor, objetivamente demostrable y con repercusiones higiénicas y sociales de grado variable.(26,51,56)

INTRODUCCION

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IOE) se origina por un defecto en el soporte anatómico de la unión vesicouretral (cuello vesical) y frecuentemente afecta a mujeres multiparas por encima de treinta años, afectando de manera significativa su calidad de vida.(1,9,11-14,18,20,21,26,41,42,51,55,64)

Se han creado innumerables técnicas quirúrgicas, más de 100, así como otros tipos de tratamiento para su corrección, por cuanto ninguna de ellas ha dado el 100% de éxito terapéutico.(1,3,4,20,26,30,33,51,59,61,62,67,69). Se han ideado técnicas retropúbicas, técnicas vaginales, técnicas por agujas ideadas inicialmente por Pereyra en Estados Unidos el año de 1.959 y modificaciones a ésta técnica como por ejemplo la de Raz, todas ellas con rata de éxito del 45 al

96% . (9 , 10 , 13 , 17 , 18 , 22 - 27,30,31,34,36,39,45,46,48,50,52,54,57,59,60,66,67)

El reporte de éxitos a largo plazo (5 años) de la técnica por agujas, son excelentes, como también las obtenidas por las técnicas retropúbicas. Sin embargo la facilidad y excelente recolocación de la zona uretrocervical en zonas más altas (retropúbicas abdominales) hacen de la técnica de agujas, la más adecuada para la solución quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo, patología altamente frecuente y con consecuencias individuales y sociales importantes.(17,22,30,31,36,48,50,52-54,60,66,67)

OBJETIVOS

Demostrar la utilidad de la técnica quirúrgica utilizada (suspensión del cuello vesical y uretra) por la técnica de Raz modificada, demostrar los resultados exitosos en el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en la mujer.

MATERIALES Y METODOS

Realizamos un trabajo prospectivo de diez años (1.984-1.994) con un universo de 125 mujeres que presentaban IOE (incontinencia de Orina al Esfuerzo). Valoramos nuestros resultados a diez años.

Se descartaron pacientes con Incontinencia urinaria de otra índole que no fuera exclusivamente por problemas de soporte anatómico de la unión uretrovesical. Por lo tanto quedaron fuera pacientes con vejiga neurogénica (Hiperreflexia del detrusor), vejigas de bajo compliance (escasa distensibilidad) por etiologías diversas, vejigas con detrusor hipoactivo con RPM(residuo postmiccional) alto, observadas con frecuencia, en pacientes diabéticos. Se descartaron también pacientes con incontinencia urinaria por fístulas o ureteres ectópicos.(1,5,13,20,26,35,38,44,49,51,56,62,63,68,69,71)

El estudio prospectivo incluyó a 125 mujeres desde 30 a 69 años (media etaria de 49.5 años). El 28% (35 pts) tenían antecedentes previos de cirugía para incontinencia, de las cuales, 20 habían sido por técnicas vaginales Kelly-Kennedy y 15 habían sido por técnicas retropúbicas (MMK 10 y Burch 5). El 72% (90 pts) no tenían cirugías previas para IOE.

Se tomaron en cuenta puntos fundamentales como: historia urológica completa, la cual consideramos el aspecto más importante de la evaluación debido a que conocer los eventos que circundan la ocurrencia de incontinencia urinaria en la mujer son trascendentales para enfocar de manera correcta la

precisa terapéutica a seguir.(1,20,26,51,58,61,62,68)

Precisamos la relación de la IOE con actividad física, así como desencadenantes de otros tipos, antecedentes quirúrgicos del área ginecológica, pelviana o de cirugías sobre columna vertebral. Precisamos la presencia de inestabilidad del detrusor con su incontinencia de urgencia característica debido a contracciones no inhibidas del detrusor (CNI). Investigamos los antecedentes de enfermedades pulmonares (tosedores crónicos, asmáticos, EBPOC) las cuales tanto por el aspecto de aumento de presiones intraabdominales súbitas, como por los fármacos que toman, pudieran tener efecto negativo sobre la esfera de la continencia urinaria.

Clasificamos la Incontinencia Urinaria desde el punto de vista clínico en Grado I: Incontinencia a grandes esfuerzos; Grado II: a esfuerzos medianos como reír, toser, estornudar o realizar ejercicios físicos tipo aeróbicos; Grado III: con esfuerzos muy leves, inclusive con sólo colocarse de pie.

Se clasificó también la IOE según la Clasificación de Blaivas (4) Tipo I: hipermovilidad uretral típica con el esfuerzo (Valsalva) sin cistocele. Tipo IIa: hipermovilidad uretral típica con el esfuerzo (Valsalva) con cistocele grado I-II. Tipo IIb: hipermovilidad uretral típica con el esfuerzo (Valsalva) pero con cistocele grado III. No se encontraron en nuestra casuística IOE tipo O ni III (por daño uretral intrínseco).

Hicimos una Clasificación propia (Potenziani et al) apoyados en la presencia o no de cistocele y/o rectocele con o sin residuo postmiccional importante (RPM significativo) por cuanto consideramos que no es sólo la debilidad de la pared vaginal anterior lo que debe tomarse en cuenta, sino todo tipo de debilidad de las paredes vaginales, así como la cantidad de orina que queda en la vejiga después de haber orinado, lo que se traduce en una función miccional efectiva. Tenemos entonces: el **Tipo O** cuando a la paciente no se le demostraba fuga de orina durante el estudio. **Tipo I** cuando hay descenso uretrocervical con maniobra de Valsalva sin la presencia de Prolapsos. **Tipo II** cuando hay descenso uretrocervical con maniobra de Valsalva con cistocele grado I sin residuo postmiccional significativo. **Tipo III** cuando hay descenso uretrocervical con maniobra de Valsalva con cistocele grado II-III con RPM significativo. **Tipo IV** cuando hay descenso uretrocervical con o sin maniobra de Valsalva con cistocele grado II-III y rectocele asociado grado I-II ó III, u otro tipo de prolapso con RPM significativo. **Tipo V** cuando se tiene una paciente con cuello vesical y uretra proximal abiertos en reposo en ausencia de contracciones del detrusor. Puede tener o no presencia de prolapsos y existe un daño intrínseco del mecanismo esfinteriano.

El examen físico en nuestras pacientes con IOE se hizo de manera acuciosa abarcando los siguientes puntos: Examen abdominal, examen de espalda y columna, examen neurológico (periné y extremidades inferiores), examen rectal (tono esfinteriano, reflejo bulbocavernoso), examen vaginal (capa-

cidad vaginal, estado de trofismo de las mucosas, presencia de prolapsos (cistocele, rectocele, enterocele, histerocele), presencia de fistulas, determinación de la movilidad uretral, y la presencia o no de cicatrices periuretrales con historia de pasadas cirugías (tanto a nivel urológico como ginecológico). El examen uroginecológico es de importancia primordial por cuanto las anomalías de la pared anterior y posterior de la vagina (prolapsos) tendrían que ser reparadas al mismo tiempo que la cura de IOE, para obtener así, el mejor resultado posible a corto y a largo plazo. Es importante realizar el examen ginecológico en posición de litotomía y en posición de pie. Precisar muy bien la posición uterina, por cuanto se pudiera agravar un histerocele, hasta entonces insignificante desde el punto de vista clínico, al corregir el eje vaginal con las cirugías de IOE más colpoperineoplastia.

Consideramos que la IOE es una manifestación más de la deficiencia del soporte pélvico. No olvidemos que las 3 causas principales de deficiencias del soporte pélvico en mujeres con IOE son: Histerectomía, deprivación hormonal y trauma obstétrico.(5,8,11,12,16,20,33,37,40-43,55,68,69)

Realizamos una **Evaluación Urodinámica** cuyo principal propósito es determinar la etiología precisa de la IOE. Enfocamos 6 renglones en la evaluación de mujeres con IOE. A saber:

Precisamos la función del detrusor, a través de la cistometría, para determinar la presencia o no de inestabilidad del detrusor, vejiga de bajo compliance, vejiga hipersensible y de baja capacidad funcional. **Evaluamos el trayecto de salida vesical**, el cual nos ayudó a identificar las pacientes con marcada debilidad uretral intrínseca. Se hace a través del perfil uretral, que no tuvimos que hacer por cuanto no hubo pacientes con IOE tipo III según clasificación de Blaivas, o Tipo V según la clasificación de Potenziani et al. **Evaluamos la función miccional**, investigando historias previas de retenciones urinarias posteriores a cirugías, infecciones o enfermedades neurológicas. Precisamos el RPM para llevar a dichas pacientes a test complejos uroneurológicos, si hubiera sido necesario. **Identificamos la presencia o no de Neuropatía**, objetivo básico del estudio urodinámico que se alcanza con delicadas y complicadas técnicas de electromiografía, que tampoco tuvimos necesidad de realizar. Es muy rara la paciente que teniendo IOE tenga causas neurológicas puras subyacentes. (3,4,23,26,29,35,38,44,47,49,51,56,62,63,70,71)

Estudios radiológicos: practicamos Cistouretrografía miccional semilateral no erecta, estudio que nos ayudó demostrar las anomalías de la movilidad uretrovesical (hipermovilidad) y la competencia del cuello vesical y uretra, en relación a su posición en el estudio. Si la paciente al interrogatorio y examen físico demostraba síntomas o signos posibles de patología urinaria superior se le hacía ecografía renal o urografía de eliminación.

Evaluación endoscópica: Observamos el comportamiento

del cuello vesical al esfuerzo (Valsalva), así como otros detalles que pudieran ser de importancia. Es un estudio muy controversial en pacientes con IOE (1,4,12,13,20,47,51,58,61,62,68,69)

La importancia del estudio urodinámico en pacientes con IOE radica en que nos da la información para saber que pacientes se podrán someter o no a cirugías de IOE, sin ser tratadas de una patología uroneurológica asociada y que pacientes se comportarán de una manera anómala (retenciones urinarias postquirúrgicas, o disfunciones miccionales) y con esto, motiva al médico, para que seleccione la cirugía más conveniente y con el mínimo potencial obstructivo cuidándose además de no sobre corregir a la paciente. (3,4,11,12,13,18,23,25,26,33,37,38,59,65-67)

Es importante mencionar que la única contraindicación de cirugía la determina el perfil urodinámico, al evidenciar hiperreflexia del detrusor. Por otro lado la Inestabilidad del Detrusor la cual se produce hasta en un 44% de los casos de IOE no se considera una contraindicación para la cirugía de IOE por cuanto tiene tratamiento médico e inclusive con la reparación quirúrgica puede resolverse la inestabilidad hasta en un 80%, así como presentarse de novo si hay una sobre corrección. (26)

En nuestras pacientes se presentó la Inestabilidad del Detrusor en 42.4% (53/125) con todo su cortejo sintomático de frecuencia, nocturia, urgencia e inclusive incontinencia de urgencia la cual pudiera confundirnos al momento del diagnóstico. A éstas pacientes se les completó su terapéutica con la administración tanto en el preoperatorio como en el periodo postoperatorio, de cloruro de oxibutinina (Ditropan) 5 mgs una o dos veces por día. Además de reeducación vesical, para obtener del paciente los mejores resultados clínicos. (6,7,8,16,19,37,39,43,51,55,70,71)

Otras alteraciones urodinámicas fueron vejigas de gran capacidad, las cuales se comportaban como vejigas hipotónicas con aumento considerable del RPM, 12% (15/125) ejemplo de esto lo vemos tanto en pacientes sin otra patología subyacente como en las vejigas diabéticas (paréticas sensoriales) las cuales sin embargo presentaban alteración de los ángulos de continencia, el ángulo UVA (uretrovesical anterior o uretrovertical) mayor de 45° con Valsalva y ángulo UVP (uretrovesical posterior) mayor de 125° con Valsalva, demostración evidente del descenso anatómico del cuello vesical y uretra proximal, así como de pérdidas de orina al esfuerzo y grados diversos de cistocele y rectocele. En 13.6% (17/125) tenían vejigas de bajo compliance y 32.5% (40/125) eran cistométricamente normales.

Se determinó el PPF (punto de presión de fuga) que es la presión necesaria para que se fugara la orina durante el estudio de cistometría a baja presión o en cistometría de llenamiento rápido (Cistometría de provocación). En los 125 casos fue superior a 60 cm H₂O, lo que es normal y característico en las

pacientes con IOE, para diferenciarlo además de pacientes con deficiencia intrínseca esfinteriana. (1)

La Uroflujometría urinaria al igual que la cistometría se hicieron con un equipo LIFE TEACH Mod.1151 M (Urolab Micro) y la Uroflujometría fue satisfactoria en 45 pacientes (36%), en 15 pacientes (12%), presentaban Flujo Pico o Q.Max, borderline, con morfología bimodal en algunos casos y la explicación era que tenían vejigas hipotónicas (detrusor con escasa capacidad contractil). En 65 pacientes (52%) el Uroflujo fué de características obstructivas con morfología irregular en mesetas y flujo pico ó Q. Max normal o bajo, que creemos se deba a un fallo en la transmisión de presiones por parte del detrusor al presentar estas pacientes cistoceles de III grado.

En lo referente al estudio radiológico practicado en nuestras pacientes la Cistografía miccional semilateral no erecta (CUM) fué el estudio más practicado. En 100 pacientes (80%) dió resultados bastante controversiales. Solamente en 70 casos (70%) se pudo demostrar alteraciones de los ángulos uretrovesicales y en 30 casos (30%) la CUM era normal.

La Cistografía miccional postoperatoria fué de difícil ejecución por la idiosincracia de nuestras pacientes, pudiéndose completar la misma solamente en 30 pacientes (24%) siendo su resultado también bastante controversial, por cuanto resultaron ser del grupo de los ángulos uretrovesicales alterados en el preoperatorio y de éstos solamente se corrigieron 20 pacientes desde el punto de vista cistográfico.

Se les hizo Uretrocistoscopia para visualizar el comportamiento de la uretra proximal y cuello de la vejiga con la maniobra de Valsalva y documentar la calidad de cierre del cuello vesical con la maniobra antes mencionada. Las 125 pacientes presentaron cierre incompleto del cuello vesical con el esfuerzo, sin embargo en reposo tenían cierre del mismo (caso contrario sucede en las IOE tipo III de Blaivas o Tipo V de Potenziani, con daño uretral intrínseco).

Todas las pacientes fueron seguidas periódicamente con investigación de su patrón miccional así como de su estado de continencia y de su satisfacción con el tipo de Cirugía aplicada. A las pacientes que presentaron IOE recurrente se les sometió a nuevos estudios uroneurológicos completos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

DISTRIBUCION ETARIA

30-39 años	5/125	4%
40-49 años	15/125	12%
50-59 años	95/125	76%
60-69 años	10/125	8%

Media etaria 49.5 años. Se demuestra en nuestro trabajo que los grupos etarios más afectados fueron de 40 a 59 años con un 88% (110 pacientes). Son en los grupos extremos (más jóvenes y más ancianas, donde deberemos agudizar nuestra

pesquisa diagnosticada, ante la posibilidad de diagnóstico diferencial con patologías uroneurológicas y de otra naturaleza.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

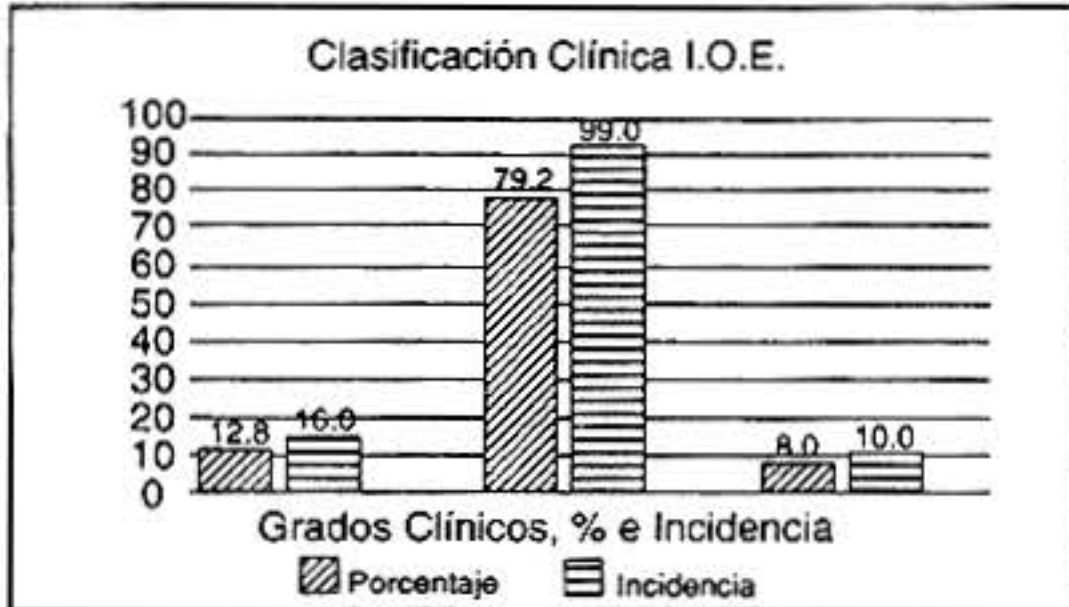
- 43.2% (54/125) habían tenido 5 partos por vía vaginal
- 31.2% (39/125) habían tenido 4 partos por vía vaginal
- 20 % (25/125) habían tenido 3 partos por vía vaginal
- 5.6 % (7/125) habían tenido 2 partos por vía vaginal

No hubo ninguna paciente con menos de 2 partos como antecedente obstétrico.



El trauma obstétrico y la multiparidad, son factores importantes en la etiopatogenia de la IOE al ocasionar alteraciones de considerable magnitud en la anatomía y fisiología del piso pélvico, punto fundamental en la etiopatogenia de la IOE, frecuentemente mencionado en los numerosos trabajos de investigación sobre incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer. (4,5,12,13,18,20,37,53,62,68)

CLASIFICACION CLINICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA



Grado I: 12.8% (16/125); **Grado II:** 79.2% (99/125); **Grado III:** 8% (10/125)

Vemos con frecuencia que son las mujeres ubicadas en el grupo Clínico II (IOE con esfuerzos moderados, al reír, toser, estornudar o hacer ejercicios tipo Aerobics), las que forman

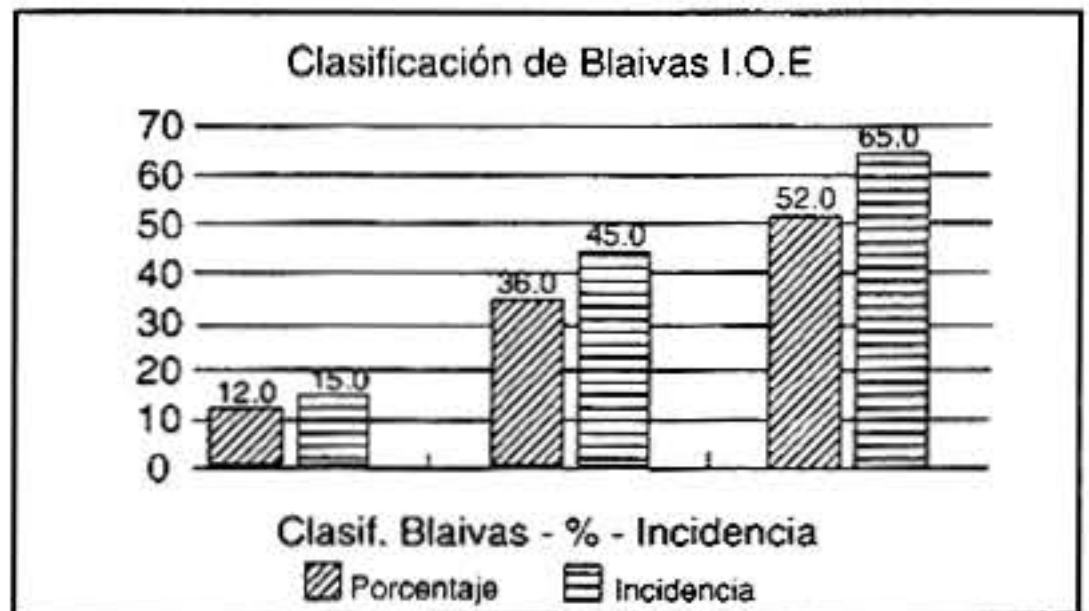
el grupo más importante de nuestra casuística. Son también las que más acuden al especialista para su evaluación. Esto a pesar de que en general, las mujeres consideran como "normal", leves pérdidas urinarias, retardando con esto la incursión del urólogo en el diagnóstico.

Posteriormente utilizamos la Clasificación de Blaivas en nuestras pacientes:

- 12% (15/125) pertenecían al Tipo I
- 36% (45/125) pertenecían al Tipo IIa
- 52% (65/125) pertenecían al Tipo IIb

No hubo pacientes ni del tipo O ni del tipo III. También según la Clasificación de Blaivas nos conseguimos con que las pacientes con prolapsos vaginales son las más frecuentes, en total 110 pacientes. Las diferentes Clasificaciones, Blaivas, Snyder-Lipsitz y otras, toman en cuenta la hiperactividad de la unión uretrocervical (descenso rotacional de la uretra según Raz y Leach), así como la presencia de prolapso de vejiga.

Sin embargo nuestra experiencia con más de 200 pacientes nos indica que con inusitada frecuencia se presenta la Incontinencia urinaria unida a cistocele y rectocele o a otras patologías del piso pélvico por lo cual hicimos nuestra Clasificación tomando en cuenta la vagina en su totalidad, así como la presencia de micciones eficaces o no, evidenciado por la cantidad de residuo urinario postmiccional (RPM). (1,11,12,13,18,26,32,33,37,51,53,56,61,62,68)



CLASIFICACION DE POTENZIANI et al

Consideramos la presencia o no de cistocele, rectocele, histerocele, así como de otras patologías vaginales, enfocando el status vaginal como un todo del cual dependerán los resultados finales el el postoperatorio y de la presencia o no de Residuo Postmiccional (RPM), el cual se consideró significativo al superar el 12.5% de la capacidad vesical total. (1)

Según nuestra Clasificación las pacientes se ubicaron en los siguientes grupos:

Tipo O: Pacientes con IOE que no se les pudo demostrar fuga

de orina durante el estudio.

Tipo I: Descenso uretrocervical con maniobra de Valsalva, sin presencia de prolapsos. No hay RPM significativo.

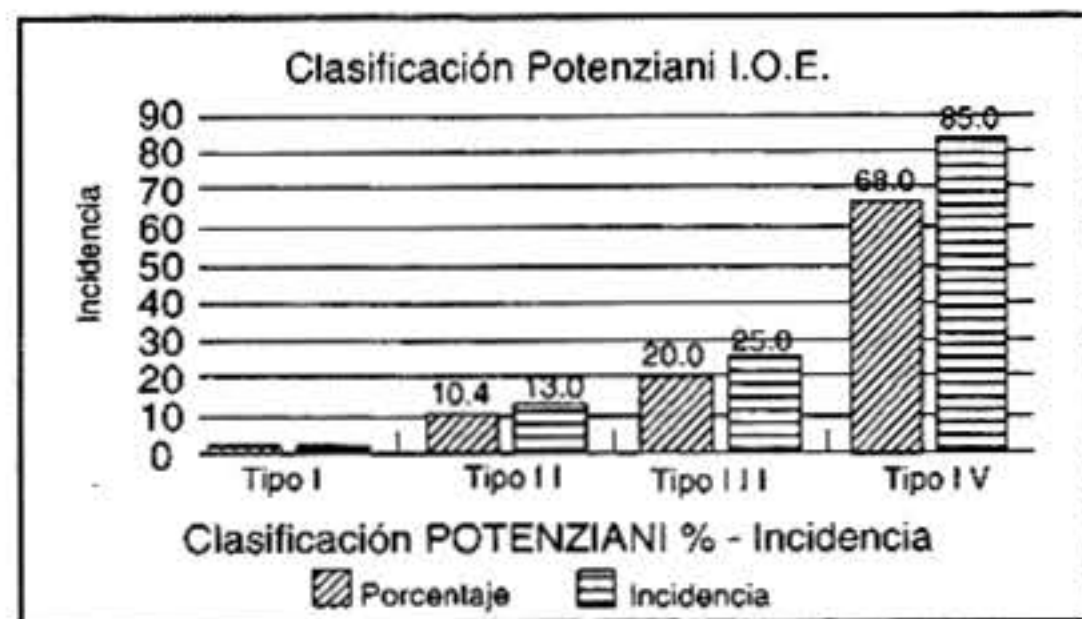
Tipo II: Descenso uretrocervical con maniobra de Valsalva, con cistocele Grado I, sin RPM significativo.

Tipo III: Descenso uretrocervical con maniobra de Valsalva, con cistocele Grado II-III, con RPM significativo.

Tipo IV: Descenso uretrocervical con o sin maniobra de Valsalva, con cistocele Grado II-III y rectocele asociado Grado I-II o III, u otros prolapsos, con RPM significativo.

Tipo V: Cuello vesical y uretra proximal están abiertos en reposo, en ausencia de contracciones del detrusor. Pueden o no tener presencia de prolapsos. Presenta daño intrínseco del mecanismo esfinteriano.

El gráfico es por demás demostrativo en lo referente al tipo más frecuente, que son los pacientes con Colpocistorectocele, con descenso rotacional de la unión uretrocervical y RPM significativo.



TONO MUSCULO-FASCIAL (en pacientes con IOE)

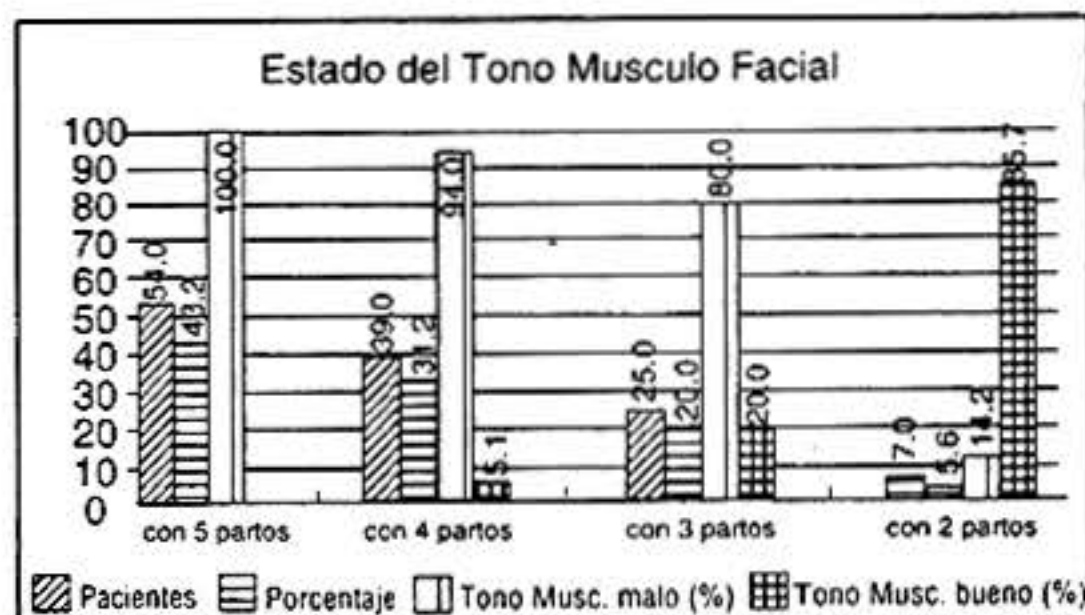
54/125 pacientes (43.2%) tenían 5 partos por vía vaginal y el tono muscular era malo en un 100% de los casos.

39/125 pacientes (31.2%) tenían 4 partos por vía vaginal y el tono muscular era malo en 37/39 (94%) y era bueno en 2/39 (5.12%).

25/125 pacientes (20%) tenían 3 partos por vía vaginal y el tono muscular era malo en 20/25 (80%) y era bueno en 5/25 (20%).

7/125 pacientes (5.6%) tenían 2 partos por vía vaginal y el tono muscular era malo en 1/7 (14.28%) y era bueno en 6/7 (85.71%).

Es evidente la definitiva relación de trauma obstétrico con la calidad en el tono musculofascial del piso pélvico, expresado en la gráfica a continuación. (8,11-13,20,26,33,37,41,42,43,51,68)



EVALUACION URODINAMICA

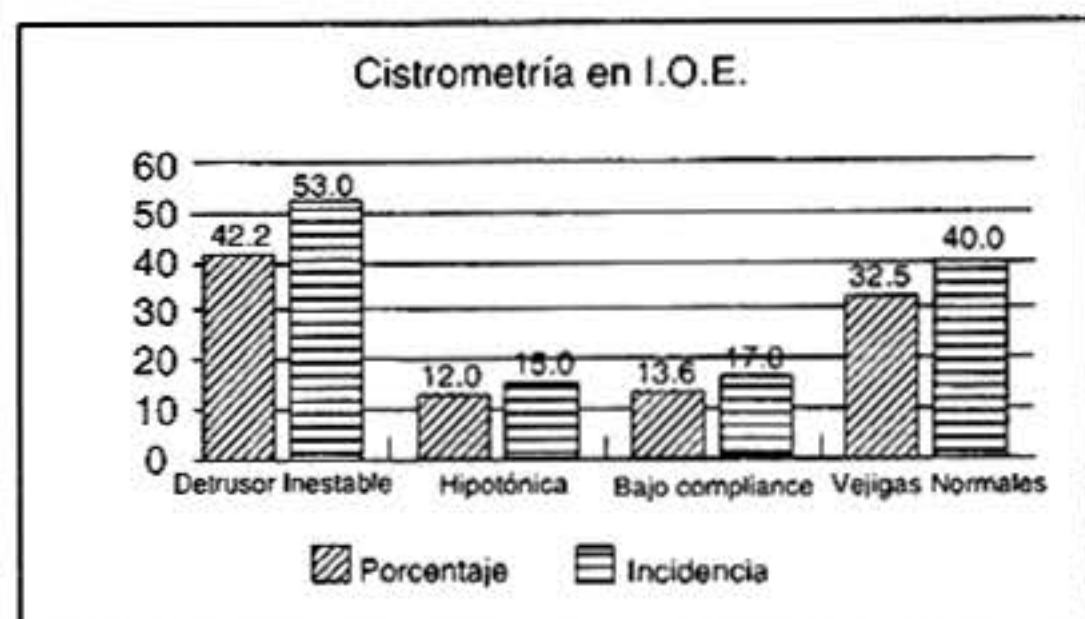
En la **Cistometría** los hallazgos fueron:

42.2 % (53/125) tenían Inestabilidad del Detrusor.

12% (15/125) tenían Vejigas Hipotónicas.

13.6% (17/125) tenían Vejigas de bajo compliance.

32.5% (40/125) tenían Vejigas Normales urodinamicamente.



Nuestros resultados están acordes con la casuística internacional. Debemos agregar que el hallazgo de vejigas inestables así como de vejigas de bajo compliance se hizo bajo cistometría de provocación o con cistometría de llenado rápido y con la paciente en posición acostada y de pie.

En la **Uroflujometría** los hallazgos fueron:

Normal 45/125 (36%)

Q. max. limitrofe (Borderline) 15/125 (12%). Con curva bimodal, en algunos casos.

Q. max. obstructivo 65/125 (52%). Curva irregular.

ANTECEDENTES PREVIOS DE CIRUGIA

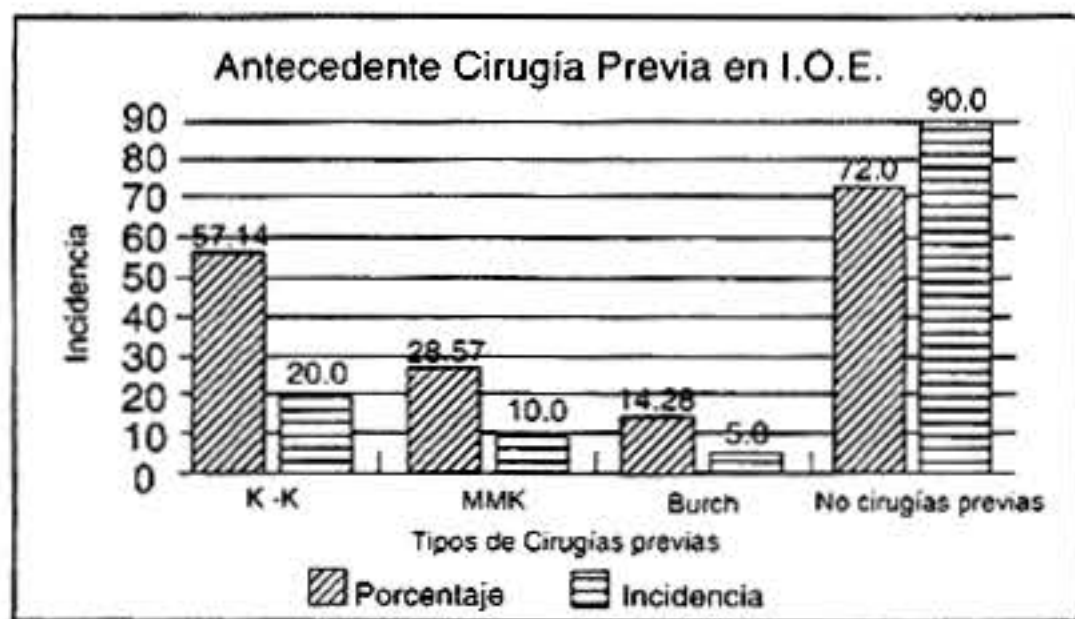
28% (35/125) tenían antecedentes de Cirugía para IOE.

16% (20/125) tenían antecedentes de Kelly-Kennedy.

12% (15/125) tenían antecedentes de técnicas retropúbicas abdominales (MMK 10/125 y Burch 5/125).

72% (90/125) eran pacientes que no tenían cirugías previas para IOE.

A pesar de que las técnicas de Colporrafia anterior (K-K) dan desde un 34 a un 80% de tasa de éxitos y que las técnicas de Cistouretropexia anterior retropúbica reportan hasta un 90% de éxitos, creemos firmemente que no son técnicas que toman en cuenta el estado del piso pélvico y por ello no son confiables a largo plazo, dado que irremediamente las pacientes recurrirán en su incontinencia. En la literatura urológica mundial no han aparecido trabajos científicos con tasa de éxitos a 10 años en estas técnicas, por lo cual recomendamos la modificación de la Técnica de Raz para IOE, por nosotros expuesta en éste trabajo.



CIRUGIAS EFECTUADAS EN PACIENTES CON IOE

Al 68% de nuestras pacientes (85/125) se les hizo Colpoperineoplastia anterior y posterior más Cura de IOE por técnica de Raz modificada.

Al 20% de nuestras pacientes (25/125) se les hizo Cura de cistocele más Cura de IOE por técnica de Raz modificada.

Al 10.4% de nuestras pacientes (13/125) se les hizo solamente Cura de IOE por técnica de Raz modificada.

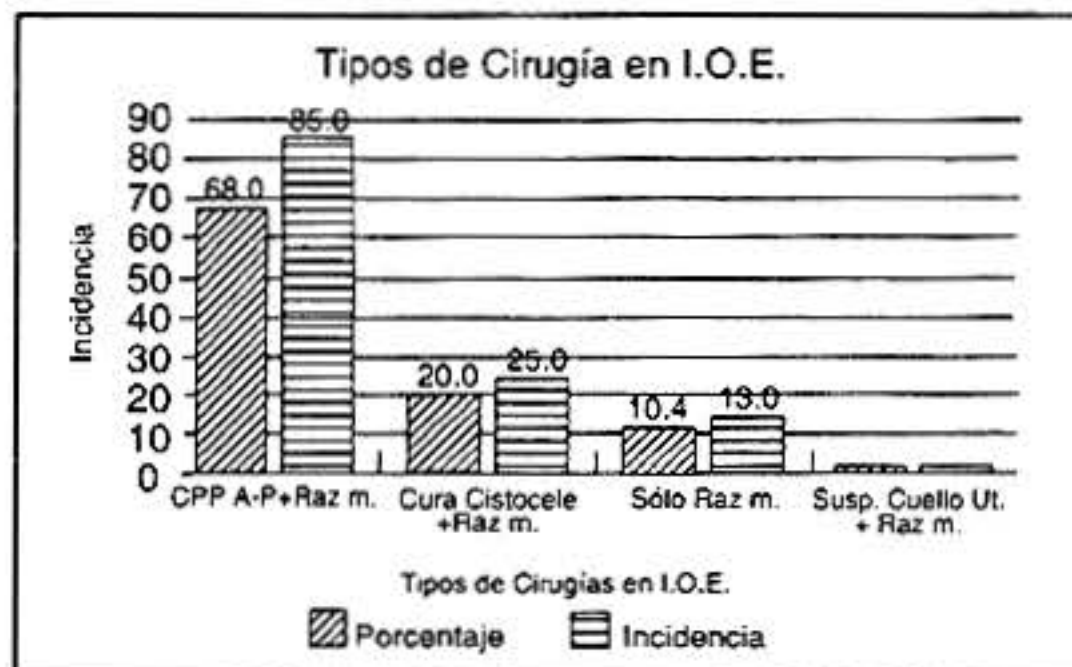
Al 1.6% de nuestras pacientes (2/125) se les hizo Suspensión de cuello uterino más Cura IOE por técnica de Raz modificada.

Como vemos, a 112 pacientes de nuestra casuística les hicimos cirugías múltiples, por la alta frecuencia de patologías vaginales asociadas, que ocasionan deficiencia del soporte pélvico. Creemos de manera definitiva que para una excelente tasa de éxito a corto y largo plazo es menester corregir todos los defectos del piso pelviano asociados a la Incontinencia urinaria de esfuerzo (IOE) (37,48,51,53)

Del mismo modo deberemos mejorar al máximo el trofismo de las mucosas por cuanto en un alto porcentaje de pacientes éstas presentan moderada a severa deprivación estrogénica en las mucosas de vagina, uretra y trigono vesical (zonas urológicas dependientes de la acción estrogénica).

También debemos ayudar a una buena reeducación vesical

pre y postoperatoria (con guías especiales que le damos a nuestras pacientes) y de manera coadyuvante con fármacos adecuados que actúan sobre la esfera urinaria miccional. (6,7,8,16,19,37,39,43,51,55,55,70,71)



RESULTADOS DE LA TECNICA DE RAZ MODIFICADA

Para nuestro trabajo utilizamos la siguiente clasificación en base a los resultados obtenidos:

Excelente: Ningún episodio de IOE posterior a cirugía y no uso de pañales.

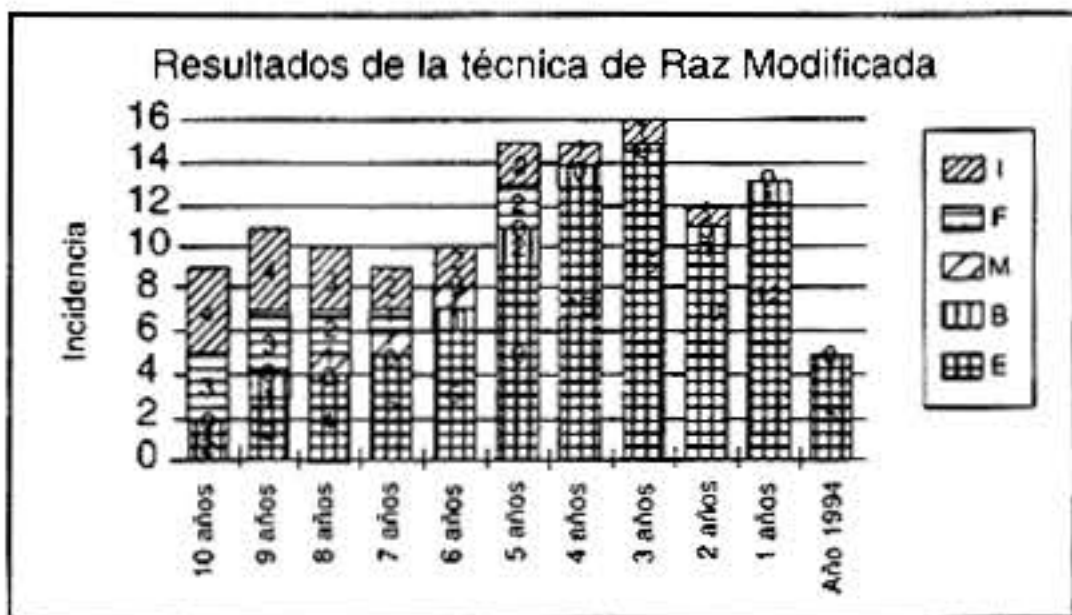
Buenos: Raros episodios de IOE (1 a 2 por mes) posterior a cirugía y no uso de pañales.

Mejoría: Ocasionales episodios de IOE (más de 2 por mes) posterior a cirugía y pañales usados ocasionalmente.

Fallida: Severa IOE, posterior a cirugía, con o sin pañales.

Indeterminado: Aquellos pacientes que no pudieron contactarse en un momento dado del estudio.

Nuestros resultados se muestran a continuación, de manera detallada:



RESULTADOS DE LA TECNICA DE RAZ MODIFICADA

Como vemos en el gráfico anterior hubo 84 resultados Excelentes, 7 resultados Buenos, 3 resultados con Mejoría, 11 resultados Fallidos y 20 resultados Indeterminados.

De manera más detallada tenemos:

1984..9 casos..Excel: 2	Buenos: 0	Mejoría: 0	Fallidos: 3	Indeterm: 4
1985..1 casos..Excel: 3	Buenos: 1	Mejoría: 0	Fallidos: 3	Indeterm: 4
1986..0 casos..Excel: 4	Buenos: 0	Mejoría: 1	Fallidos: 2	Indeterm: 3
1987..9 casos..Excel: 5	Buenos: 0	Mejoría: 1	Fallidos: 1	Indeterm: 2
1988..0 casos..Excel: 6	Buenos: 1	Mejoría: 1	Fallidos: 0	Indeterm: 2
1989..5 casos..Excel: 9	Buenos: 2	Mejoría: 0	Fallidos: 2	Indeterm: 2
1990..15 casos..Excel: 13	Buenos: 1	Mejoría: 0	Fallidos: 0	Indeterm: 1
1991..16 casos..Excel: 15	Buenos: 0	Mejoría: 0	Fallidos: 0	Indeterm: 2
1992..12 casos..Excel: 10	Buenos: 1	Mejoría: 0	Fallidos: 0	Indeterm: 1
1993..13 casos..Excel: 12	Buenos: 1	Mejoría: 0	Fallidos: 0	Indeterm: 0
1994..5 casos..Excel: 5	Buenos: 0	Mejoría: 0	Fallidos: 0	Indeterm: 0

Las Tasas de Exito fueron 84 resultados excelentes (67.2%) a los 10 años, 90.16% de resultados excelentes a los 5 años, 7 resultados buenos (5.6%), 3 resultados con mejoría (2.4%), 11 casos con resultados fallidos (8.8%) y 20 resultados indeterminados (16%).

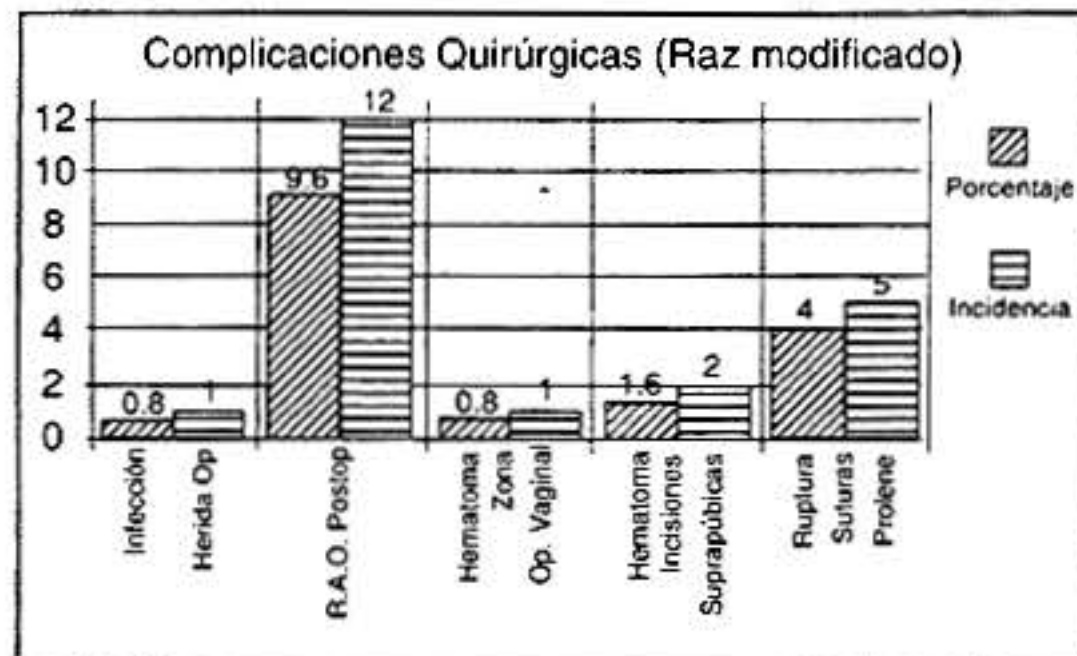
COMPLICACIONES DE LA TECNICA DE RAZ MODIFICADA

Infección de la herida operatoria: 1/125 (0.8%)
 Retención urinaria Postoperatoria: 12/125 (9.6%)
 Hematoma de la zona operatoria vaginal: 1/125 (0.8%)
 Hematoma de incisiones suprapúbicas: 2/125 (1.6%)
 Ruptura de suturas de Prolene al momento de anudar 5/125 (4%)

Al principio tuvimos la ruptura de las suturas de prolene por utilizar Prolene O y no 1.

Las retenciones de orina en el periodo postoperatorio las tuvimos en 12 pacientes (9.6%) lo cual no es significativo. En ningún momento tuvimos que utilizar cistostomías percutáneas para el manejo de dicha complicación. Sólo hicimos nuevo cateterismo uretrovesical por 7 días más y esto fue más que suficiente.

La normalización de sus micciones (es decir, eficacia miccional sin RPM significativa) la tuvieron al cabo de 2 meses. A pesar de esto no tuvimos infecciones urinarias postoperatorias. Dejamos sin embargo por el residuo urinario alto, quimioprofilaxis prolongada a baja dosis con fluorquinolonas. (17,23,30,31,36,54,59,60,65,66,67)



DISCUSION

Cuando el Urólogo enfoca una paciente con incontinencia Urinaria de Esfuerzo deberá hacerse siempre las siguientes preguntas: ¿Es correcto el diagnóstico? ¿Aplicaré a la paciente terapia Conservadora o Cirugía? y si en caso se decide por cirugía ¿Qué operación deberé escoger? (26)

Gracias a la experiencia alcanzada podemos recomendar con certeza una Cirugía que nos ha dado resultados equiparables con equipos de trabajo del mundo entero. Tener 67.2% de Tasa de éxitos en 10 años y 90.16% en 5 años es excelente. Se han disminuído considerablemente la morbilidad y el tiempo de recuperación, facilitando ésto el regreso a las actividades normales de la paciente. A pesar de que el procedimiento de Agujas sobre la modificación de Raz requiere una disección amplia del espacio retropúbico, también tiene la más alta tasa de éxitos entre los procedimientos transvaginales con aguja. Esta disección no solo permite eliminar previas adherencias de procedimientos fallidos, pero también nos asegura mejor fijación debido a nuevas adherencias formadas. (67)

Desde el punto de vista Fisiopatológico, los procedimientos con Aguja para el tratamiento de la IOE, son los que más se acercan a restituir la uretra proximal y el cuello vesical a su posición adecuada dentro de la cavidad abdominal, es decir, más altas y retropúbicas, debido a que es precisamente este "descenso rotacional" de ambas estructuras lo que ocasiona la pérdida de una adecuada transmisión de presiones, hacia la uretra proximal y el Cuello vesical, lo que se traduce a su vez en incontinencia urinaria, al sobrepasar las presiones intraabdominales y vesicales las presiones que se generan dentro de la uretra. (51,55,68)

Es un procedimiento con una Curva de Aprendizaje muy corta. Con los recientes aportes anatómicos aportados por el Dr. Raz en UCLA, en relación a la Anatomía del Piso Pélvico, el Urólogo tendrá un profundo conocimiento anatómico de la zona, además de los conocimientos Urodinámicos que ya posee, lo cual conducirá a una mejor atención al paciente y mejores resultados postoperatorios. Debemos recordar que

estas pacientes aquejadas de IOE representan aproximadamente el 25% de la población femenina adulta (26). Debemos recordar también, que aproximadamente el 45% de éstas mujeres presentan Inestabilidad del Detrusor y que con la Cirugía de IOE se curan hasta un 80% de las mismas y que del 2 al 7% de las pacientes operadas de IOE desarrollaran Inestabilidad del Detrusor "de novo", por lo cual se hace indispensable que el Urólogo conozca en el Pre y a veces también en el Postoperatorio, Estudios Urodinámicos para no operar a la paciente con el desconocimiento total de una posible Inestabilidad del Detrusor cursando con la IOE, o para saber a quien en el período postoperatorio necesitará anexarle terapia farmacológica para solventar el problema. Esta técnica tiene la gran ventaja que a través de su abordaje pueden ser corregidas patologías no urológicas que coexisten con la IOE (histerocele, enterocele, cistocele, rectocele), lo cual redundará en un mejor resultado de la Cirugía, así como una Terapia más completa y precisa.

No tuvimos que realizar derivaciones percutáneas suprapúbicas, para solventar el habitual hallazgo de orinas residuales altas (RPM). Debemos recordar que el objetivo de la Cirugía de IOE, desde el punto de vista urodinámico es, aumentar la Presión de salida vesical, con lo cual es normal tener RPM alto. Esto se normalizará aproximadamente en 60 días. Desde el punto de vista de calidad de postoperatorio es excelente, con un rápido regreso a las actividades habituales del paciente, en menos de 10 días.

Como parte fundamental del trabajo proponemos una Clasificación propia de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo tomando en cuenta no solamente el estado de descenso de la Vejiga (cistocele) sino también del estado de debilidad que pueda tener la pared vaginal posterior (rectocele) así como la presencia o no de Residuo Postmiccional (RPM) urinario, como parte de un todo que debe ser tomado en cuenta.

Con el presente trabajo alertamos que el enfoque de la IOE deberá ser dirigido hacia el tipo de Calidad de Vida que logre tener la paciente en relación a su problema primario. Alertamos que es el primer trabajo sobre IOE que tiene un seguimiento a 10 años, lo cual aportará datos de gran importancia.

CONCLUSIONES DE LA TECNICA DE RAZ MODIFICADA

1. Fácil de realizar. Tiene una Curva de aprendizaje muy corta (Learning Curve).
2. Optima en restituir la región uretrocervical a una posición más alta (retropúbica), punto crucial en la Cura Quirúrgica de la IOE.
3. Es la técnica que mejor enfoca la Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en la mujer.
4. Es una Técnica Quirúrgica que no altera la inervación uretrovesical.

5. Fuerte soporte de la pared vaginal, sin interferir con el delicado mecanismo esfinteriano uretral (componente proximal o distal), colocación de las suturas adyacentes pero a distancia del Cuello vesical reduciendo el riesgo de obstrucción y con ello reduciendo la aparición de Inestabilidad del Detrusor (de novo).

6. Aplicable en vaginas de pequeña capacidad. (Vaginas atróficas con o sin deprivación estrogénica).

7. Excelente como alternativa en cirugías fallidas de IOE.

8. Morbilidad mínima, casi nula.

9. Util cuando otras patologías del piso pélvico están presentes (cistocele, rectocele, enterocele y prolapsos uterinos).

10. Ocurrencia de RAO (retención aguda de orina) postoperatoria en menos del 10% de los pacientes (12/125=9.6%) los cuales se manejaron con un nuevo periodo de cateterismo por 7 días más y no tuvieron ulteriores problemas.

11. No hay necesidad de realizar Cistostomía suprapúbica (clásica o percutánea).

12. Los tejidos utilizados para fijar la operación son la fascia uretropical, fascia pubocervical y vagina, lo que garantiza una suspensión segura y adecuada con lo que a su vez se asegura una mayor tasa de éxitos.

13. Puede darse de alta a las 24 ó 48 horas e inclusive pudiera realizarse como un procedimiento de cirugía ambulatoria, sin riesgo alguno para la paciente.

14. Tasa de éxitos a los 10 años del 67.2% (84 pacientes) y a los 5 años del 90.16% (55 pacientes).

15. Gran aceptación por parte de la paciente. Resultados subjetivos excelentes (la sensación total de continencia fué mejor o mucho mejor después de la cirugía).

16. Rápido reintegro a las actividades diarias normales de la paciente (1 semana).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Appell RA. A Practical Approach to Urinary Incontinence in the Female. IC Course (579) AUA Annual Meeting 1995. Las Vegas.
2. Beckingham IJ, Wemyss-Holden G, Lawrence WT. Long Term Follow-up of women treated with periurethral teflon injections for Stress Incontinence. Br.J.Urol. 1992 Jun 69(6): 580-83.
3. Blaivas JG. Difficult Problems in Urodynamics. PG Course (46). AUA Annual Meeting 1992. Washington DC.
4. Blaivas JG. A modest proposal for the diagnosis and treatment of Urinary Incontinence in women. J Urol 1987. 138:597-598.
5. Brocklehurst JC. Urinary Incontinence in the Community. Analysis of a MORI Poll. BMJ 1993. March 27; 306 (6881):832-834.
6. Burgio KL, Robinson C, Engel B. The Role of Biofeedback in Kegel Exercises training for Stress Urinary Incontinence.

- Am J. Obstet & Gynecol. 1986 Jan 154(1): 58-64.
7. Burgio KL. Behavioral Therapy. Practical Approach to Urinary Incontinence. Contemporary Urology 1994. Feb 6(2): 24-41.
 8. Caminiu H, Van Nylen M. Pelvic Floor Muscle Exercise. Five years later. Urology. Jan 1995; 45(1): 113-118.
 9. Cobb OE, Radge H, O'Connor V. Simplified Correction of Female Stress Urinary Incontinence. J Urol 1978. Oct; 120(4): 418-420.
 10. Couillard DR, Deckard Janatpour KA, Stone AR. The Vaginal Wall Sling. A compressive Suspension procedure for recurrent Incontinence in elderly patients. Urol. 1994. Feb; 43(2): 203-208.
 11. De Lancey JO. Structural support of the urethra as it relates to Stress Incontinence. The Hammock Hypothesis. Am J. Obst & Gynecol. 1994 Jun; 170(6): 1713-1720.
 12. Dmochowski R, Miyazaki F, Leach GE. Vaginal Anatomy and Preoperative Preparation for Vaginal Surgery. Atlas of Urol. Clin of North Am. 1994 April 2 (1): 1-12.
 13. Dmochowski R, Zimmern P, Leach GE. Urinary Incontinence in the Female. Practical Cases in Urology 1994. Series XVII. Course #1: 15-168.
 14. Elia G, Kraemer J, Bergman A. Personality changes after AntiIncontinence operations in women. Int Urogynec. J. 1994; 5:141-145.
 15. Fall M, Lindström S. Electrical Stimulation. A Physiologic approach to the Treatment of Urinary Incontinence. Urol. Clin North Am. 1991 May; 18(2): 393-407.
 16. Flynn L, Cell P, Luisi E. Effectiveness of Pelvic Muscle Exercises in reducing Urge Incontinence among community residing elders. J. Gerontol-Nurs. 1994 May; 20(5): 23-27.
 17. Golomb J, Goldwasser B, Mashiach S. Raz Bladder Neck Suspension in women younger than sixty-five years compared with elderly women. Three years experience. Urology 1994 Jan; 43(1): 40-43.
 18. Golomb J, Klutke C, Raz S. Surgery of female incontinence. Surgical management of urologic disease an anatomic approach. Droller MG, Mosby Year Book 1992: 1055-1091.
 19. Gormeley EA, Griffiths DJ, Mc Cracken PN, Harrison GM. Polypharmacy and its effect on Urinary Incontinence in geriatric population. Br.J.Urol 1993 March; 71(3): 265-269.
 20. Green TH Jr. Urinary Stress Incontinence. Differential Diagnosis, pathophysiology and management. Am J. Obs & Gynecol. 1975 Jun 1: 122(3): 368-400.
 21. Grimby A, Milson U, Molander U, Ekelund P, Wiklund I. The influence of Urinary Incontinence on the quality of Life in elderly women. Age Ageing. 1993 May; 72(4): 298-301.
 22. Heaton JP, Morales A, Van Cott GF, Grennel HJ. Bladder Neck Suspension for Stress Incontinence as outpatient procedure. Urol Clin North Am. 1987 Feb; 14(1): 209-215.
 23. Herbertsson G, Iosif CS. Surgical results and urodynamics studies 10 years after retropubic colpourethrocytopexy. Act Obstet Gynecol. Scand. 1993 May; 72(4): 298-301.
 24. Herschorn S, Radowski SB, Steele DJ. Early experience with intraurethral collagen injections for urinary incontinence. J. Urol 1992; 148: 1797-1800.
 25. Jarvis GJ. Surgery for Genuine Stress Incontinence. Br. J. Obst.Gynecol. 1994 May; 101(5):371-374.
 26. Jarvis GJ. Stress Incontinence. Urodynamics, Principles Practice and Application. Churchill Livingstone 299-326. 1994.
 27. Juma S, Little NA, Raz S. Vaginal Wall Sling. Four years later. Urology 1992. May; 39(5): 424-428.
 28. Kadar N, Nelson JH Jr. Treatment of urinary incontinence after radical hysterectomy. J. Obstet Gynecol. 1984 Sep; 64: 400-405.
 29. Karafin LJ, Coll ME. Lower Urinary Tract Disorders in the Postmenopausal women. Med Clin North Am 1987. Jan; 71(1): 111-121.
 30. Kelly MJ, Leach GE. Long Term Results of Bladder Neck Suspension Procedures. Problems in Urology 1991. March; 5(1): 93-104.
 31. Korman HJ, Sirls LT, Kirkemo AK. Success rate of modified Pereyra Bladder Neck Suspension determined by outcomes analysis. J. Urol 1994 Nov; 152: 1453-1457.
 32. Lam TC, Hadley HR. Surgical procedures for uncomplicated ("routine") female stress incontinence. Urol Clin North Am. 1991 May; 18(2): 327-337.
 33. Leach G. Management of Incontinence in the Female. PG Course (58). AUA Annual Meeting 1993. San Antonio, Texas.
 34. Light JK, Scott FB. Management of Urinary Incontinence in women with the Artificial urinary sphincter. J. Urol 1985 Sep; 134(3): 476-478.
 35. Lose LG. Simultaneous Recording of Pressure and Cross-Sectional Area in the Female Urethra: A Study of Urethral Closure Function in Healthy and Stress Incontinence Women. Neurourology and Urodynamics 1992. 11(2): 55-89.
 36. Mc Dougall EM, Klutke CG, Cornell T. Comparison of Transvaginal versus Laparoscopic Bladder Neck Suspension for Stress Urinary Incontinence. Urology. April 1995; 45(4): 641-646.
 37. Mc Guire EJ, Gardy M, Elkins T, De Lancey JO. Treatment of incontinence with pelvic prolapse. Urol Clin North Am. 1991 May; 18(2): 349-353.
 38. Mc Guire EJ, Lytton B, Kohorn EL, Pepe V. The Value of urodynamic Testing in Stress Urinary Incontinence. J. Urol. 1980 Aug; 124(2): 256-258.
 39. Meyer S, Dhenin T, Schmidt N, De Grandi P. Subjective and Objective effects of intravaginal electrical myostimulation and biofeedback in patients with genuine stress urinary incontinence. Br J Urol. 1992; Jun 69(6): 584-588.
 40. Montz FJ, Stanton SL. Q-Tips Test in female urinary incontinence. Obstet & Gynecol. 1986. Feb; 67(2): 258-260.

41. Mostwin J, Sotolongo J, Blaivas J. Anatomy of female incontinence. Surgical Management of Urologic Disease and Anatomic Approach. Droller MG. Mosby Year Book 1992: 1043-1054.
42. Mostwin J. Current Concepts of female Pelvic Anatomy and Physiology. 1981. May; 18(2): 175-195.
43. Mouritssen L. Pelvic Floor Exercises for Female Stress Urinary Incontinence. Int Urogynec. J. 1994; 5: 44-51.
44. Neurogenic Bladder. Methods in Clinical Urodynamics. 1993. Aug; 2(1): 1-14.
45. Orgondipe A, Rozenzweig BA, Karram MM, Blummenfeld D, Bhatia NN. Modified suburethral sling procedure for treatment of recurrent or severe stress urinary incontinence. Surg. Gynec. Obstet. 1992 Aug; 175(2): 173-176.
46. Politano V. Transurethral polytef injection for post-prostatectomy urinary incontinence. Br. J. Urol. 1992. Jan; 69(1): 26-28.
47. Potenziani JC. Protocolo de Estudio Urodinámico en Mujeres con IOE. Rev. Soc. Ven. Urol. 1982 1,2,3,4.
48. Potenziani JC, Nuñez J. Cura de IOE por Técnica de Uretrocervicopexia transvaginal suprapúbica modificada (UCPS). Rev. Soc. Ven. Urol. 1986, Ene-Dic; 38(1,2,3,4): 31-34.
49. Potenziani JC, Martínez C. Morfología Cistométrica urinaria en diferentes patologías ginecoulógicas. Salus Militiae 1986. 11 (1 y 2): 53-59.
50. Quigley GJ, King SK. Transvaginal retropubic urethropexy. The "Revised Pereyra procedure report of 50 cases" Am J. Obstet Gynecol. 1981. Feb; 139(3): 268-272.
51. Raz S. Female Urology. Philadelphia WB Saunders 1983.
52. Raz S. Modified Bladder Neck Suspension for Female Stress Incontinence. Urol 1981. Jan; 18(1) 82-85.
53. Raz S. Vaginal Reconstructive Surgery. PG Course (44) AUA Annual Meeting. 1993. San Antonio. Texas.
54. Raz S, Sussman EM, Erikson DB, Bregg KJ, Nitti VW. The Raz Bladder Neck Suspension: Results in 206 patients. J. Urol 1992, 148: 845-850.
55. Resnick M, Yalla SV, Laurino E. The pathophysiology of Urinary Incontinence among institutionalized elderly persons. N. Eng J. Med. 1989. Jan; 320(1): 551-554.
56. Bates P, Bradley WE, Glenn E, Griffiths D, Hansjorfg M, Rowan D, Sterling A, Zinner N, Hald T. The Standardization of terminology of lower urinary tract function. J. Urol 1979. May; 121(5): 551-554.
57. Santarosa RP, Blaivas JG. Periurethral injection of autologous fat for the treatment of sphincteric incontinence. J. Urol 1994. March; 151(3): 607-611.
58. Snyder JA, Lipsitz DU. Evaluation of female urinary incontinence. Urol. Clin North Am. 1991. May; 18(2): 197-209.
59. Spencer J, O'Connor V. Comparison of procedures for stress urinary incintinence. AUA Update Series. Lesson 28 (VI). 1987.
60. Stamey TA. Endoscopic Suspension of the Vesical Neck for urinary Incontinence in females. Report in 203 consecutive patients. Ann Surg. 1980; 192(4): 465-471.
61. Stamey T, Dairiki L. Urinary Incontinence in the Female. Stress Urinary Incontinence. Câmpbells Urology. Philadelphia WB Saunders, 1986: 2272-2293.
62. Symposium on Female Urology. Urol Clin North Am. 1985. May; 12(2): 205-379.
63. Thind P, Lose G, Colstrup H. Initial Urethral Pressure increase during stress episodes in genuine stress incontinent women. J. Urol. 1992 Jun; 137(69): 1521-1523.
64. Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, McClish DK, Fanti JA and the Continence Program for Women Research Group. Short Forms to Assess Life Quality and Symptom Distress for Urinary Incontinence in women: The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Neurourology and Urodynamics, 1995; 14(2): 131-139.
65. Wahle GR, Young GPH, Raz S. Vaginal Surgery for Stress Urinary Incontinence. Urol. 1994. April; 43(4): 416-419.
66. Walker GT, Texter JH Jr. Success and Patient satisfaction following the Stamey procedure for Stress Urinary Incontinence. J. Urol 1992. Jun; 147(6): 1521-1523.
67. Waxman SW, Webster GD. Open Surgery versus minimally invasive alternatives un the management of Stress Incontinence. Current Opinion in Urology 1994, 4:201-204.
68. Webster GD, Stone A. Problems in Urology. Urinary Incontinence. 1990. March 4(1): 1-173.
69. Webster GD. Incontinencia Urinaria Femenina. Cirugía Urológica. Glenn J. Salvat 1986: 669-683.
70. Wein AJ. Lower Urinary Tract Function and Pharmacology of lower urinary dysfunction. Urol Clin North Am. 1987. May; 14(2): 273-296.
71. Wein AJ. Practical Urodynamics. PG Course.(10) AUA Annual Meeting. 1993. San Antonio. Texas.

Aspectos Clínicos-Epidemiológicos de la Paracoccidioidomicosis en Venezuela: Revisión de 268 casos.

Dr. Ignazio Taronna*

Dr. Alessandro Incerto**

Dra. Sofía Mata***

Dr. Romano Masi****

Dra. María Eugenia Reymundez*****

Dr. Antonio Iannelli*****

RESUMEN

Analizamos algunas variables clínico-epidemiológicas de la paracoccidioidomicosis en Venezuela como: sexo, edad, procedencia por estado, ocupación, hábitos psicobiológicos, clínica, diagnóstico y evolución de la enfermedad. Se realizó un estudio retrospectivo y multicéntrico revisando las historias clínicas de 311 casos con diagnósticos de paracoccidioidomicosis, archivada en los hospitales de las zonas endémicas del país, durante el decenio 1979 - 1989. Del total de historias evaluadas, 43 fueron descartadas debido a que no hubo un diagnóstico de certeza de la enfermedad. Se encontró una relación hombre/mujer de 11: 1. El pico de mayor prevalencia fue entre el quinto y sexto decenio de la vida. La forma mixta fue la más frecuente en 147 casos. El largo período de incubación de la enfermedad explica el pico de prevalencia por edad. Se han implicado a los estrógenos como factor de resistencia en las mujeres en desarrollar la enfermedad junto con su menor exposición al hongo. Queda la interrogante de si la enfermedad se adquiere en el campo ya que más de la mitad de los casos tenía ocupaciones citadinas. Es frecuente en adultos y rara en niños, siendo crónica (pulmonar y/o muco-cutánea u otras localizaciones) y aguda/disseminada (fiebre, hepato-esplenomegalia, síndrome adenomegálico), respectivamente.

ABSTRACT

We analyzed several aspects of Paracoccidioidomycosis in Venezuela evaluating diverse clinical-epidemiological variables, such as: sex, age, source by states, occupation, psychobiological habits, clinical diagnostic and illness evolution. A retrospective and multicentered study was performed revising 311 cases of clinical histories with diagnostic of Paracoccidioidomycosis filed in the endemic zones hospitals of the country, during the decade of 1979 - 1989. Of 311 evaluated histories, 43 were discarded due to a lack of diagnostic certainty of the illness. The male/female ratio was 11/1. The major peak prevalence was between the fifth and sixth life decade. The mixed form was the most frequent in 147 cases. The long period of incubation of the disorder

explain the prevalence peak by age. Estrogens has been implicated as a resistance factor in women to contract the illness, together with less exposure to the fungus. An interrogation point is left open as to whether the illness is contracted in the country, since more than half of the cases had city occupation. It is frequent in adults and rare in children, being chronic (pulmonary and mucous-cutaneous or localized elsewhere) and acute-disseminated, respectively.

PALABRAS CLAVE

Paracoccidioidomicosis - Epidemiología de la paracoccidioidomicosis.

*Médico Residente del Hospital Privado Centro Médico de Caracas

**Médico Residente de Cirugía del Hospital Guaremas-Guatire M.S.A.S.

***Instructora por Concurso de la Cátedra de Microbiología, departamento de micología. Instituto de Medicina Tropical. U.C.V.

****Médico Residente de Cirugía. Hospital Municipal Médico Quirúrgico "Dr. Ricardo González".

*****Médico Interno. Hospital "Dr. Domingo Luciani" I.V.S.S.

*****Médico rural. Centro de Salud de Río Chico. M.S.A.S. Instituto de Medicina Tropical "Dr. Félix Pifano". Departamento de Micología. Universidad Central de Venezuela.

INTRODUCCION

La Paracoccidioidomicosis Brasiliensis es una enfermedad granulomatosa progresiva, casi siempre crónica. Afecta a los hombres con mayor frecuencia que a las mujeres en una proporción de 13:1, (15) y se piensa que los estrógenos, al inhibir la conversión de conidias a levaduras del Paracoccidioides brasiliensis, podrían intervenir para hacer más resistente a la mujer (35,40).

La enfermedad es común en los adultos y rara en los niños con su máximo pico de prevalencia entre 40 y 50 años de edad. (19,38) En niños generalmente se manifiesta en forma aguda y diseminada.

Esta micosis está restringida a un solo continente. Se le encuentra distribuida en Centro y Sur-América, en donde el

mayor número de casos reportados fue en Brasil, Venezuela y Colombia, respectivamente. (14, 15, 17, 18,20,23,32,34).

En Venezuela las áreas de mayor incidencia están localizadas en los Estados Aragua, Carabobo, Miranda, Dtto. Federal, Monagas, Táchira, Trujillo, Falcón, Bolívar, Barinas y Lara, sin embargo la enfermedad no presenta una distribución geográfica homogénea en dichos estados.

A pesar de ser conocidos los factores climáticos determinantes de la extensión del área endémica de ésta micosis, aún no ha sido posible la distribución precisa. Esto es debido a que los estudios realizados, en relación a la ecología del *P. brasiliensis* no son concluyentes, sin embargo la delimitación de las áreas endémicas se puede determinar mediante el estudio de sensibilidad intradérmica a la paracoccidioidina.(5).

Aún cuando este hongo ha sido aislado del suelo (1,10,16,27), de comida para perro contaminada con el hongo (12) y del contenido intestinal de murciélago, estos aislamientos han sido esporádicos (15). Por otra parte no se han observado infecciones naturales en animales. Borelli (6) sugiere la posible existencia de un animal heterotermo nativo del área endémica, que serviría como reservorio del hongo y presume que éste tiene un microhábitad externo en el suelo, lo cual no ha sido demostrado. El mismo autor (7) creó el concepto de "reservárea" que se define como: "los lugares donde existen y actúan los factores que condicionan la infección", o sea las áreas donde los individuos se infectan. Estas reserváreas estarían delimitadas por factores ligados al ecosistema tales como: altitud, temperatura, pluviosidad, características del suelo y la vegetación.

No se sabe a ciencia cierta, cual es la puerta de entrada del hongo en el humano. Anteriormente se pensaba que era a través de las mucosas nasales, bucales y/o anorrectales; sin embargo no existen evidencias suficientes que respalden esto. Actualmente se sugiere como puerta de entrada a la inhalación de esporas, lo cual se traduciría en una infección pulmonar primaria seguida o no de diseminación (15,22,24,33). Además de esta vía como puerta de entrada, existen algunas publicaciones sobre penetración del hongo por vía cutánea a expensas de un traumatismo (3).

En Venezuela se desconoce la prevalencia exacta de esta micosis sistémica, ya que no es de denuncia obligatoria y por lo tanto existe un sub-registro, aunado al hecho de que muchos pacientes con Paracoccidioidomycosis son diagnosticados y tratados erróneamente como Tuberculosis pulmonar (15). Tomando en cuenta éstos argumentos, realizamos un estudio retrospectivo y multicéntrico, revisando las historias clínicas con diagnóstico de egreso de Paracoccidioidomycosis de los principales hospitales ubicados en las zonas endémicas del país, con la finalidad de realizar un análisis clínico-epidemiológico de esta enfermedad en Venezuela.

MATERIALES Y METODOS

Se elaboró un cuestionario de recolección de datos, utilizando como fuente de información primaria las historias clínicas con diagnóstico de egreso de Paracoccidioidomycosis, archivadas en los hospitales de las zonas endémicas de Venezuela, revisando el decenio comprendido entre 1979-1989.

Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, procedencia por Estados, ocupación, hábitos psicobiológicos, aspectos clínicos, métodos, diagnósticos y evolución de la enfermedad.

Los criterios de inclusión fueron: 1) Todo paciente con diagnóstico etiológico de Paracoccidioidomycosis sea por biopsia de las lesiones y/o examen directo de esputo o secreciones. 2) Aquellos pacientes con clínica sugestiva de la enfermedad y/o pruebas serológicas específicas positivas, que a pesar de no haberse aislado el hongo, evolucionaron satisfactoriamente al tratamiento específico.

Los resultados obtenidos fueron analizados mediante porcentaje y proporciones, siendo presentados en gráficos y tablas.

RESULTADOS

De 311 historias evaluadas, 43 fueron descartadas debido a que no hubo un diagnóstico de la enfermedad y la evolución al tratamiento específico fue difícil de precisar.

De 268 pacientes, 264 (91,8%) pertenecían al sexo masculino y 22 (8,2%) al femenino, en una proporción de 11 a 10. La prevalencia fue baja en pacientes con menos de 19 años (3%) y máxima entre los 40 y 59 años (51,9%). 57 casos (21,3%) eran mayores de 60 años.

Los Estados venezolanos de donde más frecuentemente provenían los casos analizados fueron: Miranda, Aragua, Monagas, Distrito Federal y Lara, respectivamente.

Estas zonas tienen una altitud sobre el nivel del mar entre 500 - 1.500 mts., con una pluviosidad media anual de 800 - 1.300 mm., una Temperatura media anual de 22 a 24 grados C y un pH ácido del suelo.

En cuanto a la ocupación, 118 pacientes (44%) eran agricultores y 140 (52,2%) tenían otras ocupaciones.

Evaluamos los hábitos psicobiológicos pensando en relacionar el mascar chimó u otras hojas y tallos, a nivel de agricultores, como probable fuente de infección por contacto con el hongo, pero esto fue mal interrogado en las historias revisadas. Más de la mitad de la muestra tenían hábitos tabáquicos y alcoholismo acentuados.

La forma mixta de la enfermedad, que incluye manifestaciones muco-cutáneas y/o pulmonares con o sin otras localizaciones asociadas, fue la más frecuente en 147 casos (55%). En 10 casos con afectación única del sistema retículoendotelial, hubo 5 con edades menores de 7 años, los cuales tenían síndrome adenomegálico, fiebre, pérdida de peso, masa abdo-

minal y hepato-esplenomegalia. Según la literatura, ésta es la forma clínica de presentación más frecuente en infantes (21).

En 24 pacientes encontramos lesiones poco frecuentes: sistema nervioso central, glándulas suprarrenales (demostrado por insuficiencia suprarrenal clínica y/o necropsia), hueso, articulaciones, globo ocular, cuello uterino, testículos y recto. En 15 casos (5.6%) se encontró la tuberculosis pulmonar como enfermedad concomitante.

Las lesiones de piel y/o mucosas aumentan su frecuencia con la edad, mientras que con las del sistema retículo-endotelial ocurre todo lo contrario, observándose una afectación del 100% de los casos en menores de 25 años. Las lesiones pulmonares se distribuyen similar a la curva de las mucocutáneas.

De 253 biopsias de las lesiones y/o exámenes directos de secreciones, 159 casos (63%) fueron positivos y 29 (12%) negativos. El resto no se encontró en las historias. El diagnóstico serológico se hizo por diferentes métodos (fijación de complemento, inmunodifusión en gel e inmunoelectroforesis), siendo útil en aquellos casos donde no se pudo aislar el hongo para iniciar un tratamiento precoz.

219 casos (81.7%) evolucionaron satisfactoriamente al tratamiento específico, mientras que solamente 11 pacientes fallecieron (4.1%). En el resto no pudo precisarse la evolución.

DISCUSION

Datos obtenidos por un buen número de autores, indican que la enfermedad afecta a los hombres con mayor frecuencia que a las mujeres, en una proporción de 13 a 1 (15). Esta observación se confirmó en el presente trabajo.

Suponiendo que el micro-hábitat del hongo se encuentra en el suelo, ésta diferencia en cuanto al sexo podría explicarse por el mayor contacto que tienen los hombres con la tierra al realizar sus labores agrícolas en el medio rural, en donde la enfermedad parece ser más frecuente (17). Sin embargo, esto no parece ser tan valedero, ya que las mujeres también desempeñan labores agrícolas en el medio rural.

Restrepo demostró en un estudio de sensibilidad intradérmica a la paracoccidioidina en una población colombiana, que no hay diferencia significativa en la incidencia de reacciones positivas según el sexo, por lo que entra en juego varios factores (36).

Estudios "in vitro" han demostrado que los estrógenos inhiben la transformación de micelio y conidia a levadura del *P. brasiliensis* (35,40) y esto probablemente tenga que ver con cierta resistencia en contraer la enfermedad en las mujeres. Esta inhibición pudiera "in vivo" reducir la propagación del inóculo inhalado inicial, aumentando la capacidad del huésped a prevenir la progresión de la infección y/o desarrollar una respuesta inmune adecuada (35).

La enfermedad es común en los adultos y rara en los niños. Hay reportes que indican que la frecuencia por grupos etarios es baja en menores de 10 años y alta entre los 40 y 50 años de edad, en países endémicos (15). Nosotros obtuvimos la mayor prevalencia (52%) entre los 40 y 59 años de edad y solamente encontramos 5 casos en menores de 10 años.

Esta peculiar distribución podría explicarse por: 1) la naturaleza reconocidamente crónica de la enfermedad así como su prolongado periodo de latencia; 2) la menor exposición de los niños al hongo y 3) las pruebas de sensibilidad cutánea a la paracoccidioidina tienden a ser positivas con la edad.

Según la procedencia por Estados endémicos en Venezuela, en promedio, las características fisiográficas y climatológicas se corresponden con las consideradas favorables para la adquisición de la enfermedad (36).

Originalmente se creyó que la enfermedad estaba restringida a los trabajadores del campo, sin embargo Giraldo y Restrepo (13,15) señalaban la presencia de esta micosis en habitantes del área urbana con ocupaciones ciudadanas, tales como: comerciantes, estudiantes, albañiles, mecánicos, trabajadores de industrias, administradores, obreros, etc. Reafirmando esto se obtuvo que en un 52% de los casos evaluados tenían ocupaciones ciudadanas. Nos fue difícil precisar, por falta de información de las historias clínicas revisadas, si éstas personas desempeñaron en algún momento de sus vidas labores agrícolas. La falta de conocimiento sobre el hábitat natural del hongo impide dar una respuesta categórica sobre el tema y queda la interrogante de si realmente la enfermedad se adquiere solamente en el campo.

En cuanto a los hábitos psicobiológicos, sugerimos interrogar el mascar chimó u otras hojas de tallos en aquellos casos sospechosos o que tengan la enfermedad, con la idea de relacionar lesiones oro-faríngeas y el posible contacto directo del hongo con éstas mucosas. Esto surge debido a que se han reportado 4 casos infectados por contacto directo cutáneo con el hongo (3).

En éste estudio, clínicamente la forma mixta de la enfermedad fue la más frecuente (55%). Actualmente, la tendencia de muchos autores acerca de la petogenia de la enfermedad es defender la vía inhalatoria como puerta de entrada del hongo en el humano, lo cual se traduciría en una lesión pulmonar primaria seguida o no de diseminación. A pesar de haber encontrado 51 casos (19%) únicamente con lesiones mucocutáneas sin afectación pulmonar (ni clínica ni radiológica), Restrepo et al (37) demostraron afectación pulmonar asintomática o sub-clínica en pacientes infanto-juveniles, aislando el hongo en secreciones bronquiales y esputo. Además Angulo y Ortega (4) observaron afectación pulmonar en el 100% de pacientes autopsiados por esta entidad y se han

visto pacientes que desarrollan paracoccidioidomicosis pulmonar al recibir tratamiento inmunosupresivo. Estos argumentos que evidencian una lesión pulmonar primaria ponen en duda la existencia de una localización muco-cutánea pura. Recientemente, varias publicaciones han informado acerca de pacientes con regresión espontánea de lesiones pulmonares (22).

El haber encontrado 61 casos sólo con lesiones pulmonares, apoya a la vía inhalatoria como puerta de entrada del hongo en el huésped.

Minguetti y Madalozzo reportaron un caso de paracoccidioidomicosis cerebral diagnosticado por TAC, demostrando el *P. brasiliensis* en las lesiones muco-cutáneas ulceradas (28). Hasta el año 1962 solamente se habían reportado 28 casos con compromiso del sistema nervioso central, y varios casos aislados han sido diagnosticados en la últimas dos décadas.

En esta revisión se encontraron 9 casos, los cuales fueron diagnosticados por estudios serológicos positivos en el líquido céfalo-raquídeo y hallazgo microscópico del *P. brasiliensis* en las lesiones ulcerativas.

Estudios de autopsia reportan afectación de las glándulas suprarrenales en un 85-90% de los casos. El hongo produce lesiones granulomatosas con o sin micro-abscesos de naturaleza supurativas o caseosa, pudiendo comprometer a una o ambas glándulas (usualmente comienza de forma asimétrica). Esto puede diagnosticarse con ultrasonografía y/o TAC, cuya combinación aumenta la sensibilidad en un 85% (41).

Estos autores demostraron la falta de correlación entre la respuesta de las glándulas a la estimulación con ACTH (medición de cortisol en suero u orina) y los cambios morfológicos en las adrenales, revelados por TAC y ultrasonido. El bajo número de casos encontrados con afectación de las glándulas suprarrenales podría explicarse por no haberse practicado estos métodos diagnósticos a todos los pacientes de la casuística.

Otras localizaciones raras de la enfermedad tales como: articular/óseo, globo ocular, cuello uterino, testículo y tracto gastrointestinal que encontramos, han sido reportados por otros autores (8,9,26,29,39).

El 100% de los casos menores de 25 años tenían afectación del sistema retículo-endotelial y en muy bajo porcentaje se veía afectado el pulmón. Giraldo et al.(13) obtuvieron resultados similares, exceptuando las manifestaciones pulmonares que se presentaron en todos los grupos etarios. Esta diferencia podría explicarse por la existencia de infección pulmonar subclínica no diagnosticada en edades tempranas (37).

El diagnóstico etiológico de la enfermedad debe hacerse en lo posible, sin embargo en los casos con afectación pulmonar u otras localizaciones poco frecuentes sin afectación cutánea, el hallazgo del agente causal se hace difícil. En estos casos es de gran ayuda el diagnóstico serológico para iniciar un trata-

miento precoz y evaluar la respuesta terapéutica.

Actualmente, la paracoccidioidomicosis es una micosis sistémica de buen pronóstico cuando se instaure un régimen terapéutico adecuado y un seguimiento del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alborno, M. Isolation of *P. brasiliensis* from rural soil in Venezuela. *Sabouradia*, 9:248-250. 1971.
2. Alborno, M. & Alborno R. Estudio de la sensibilidad específica en residentes de un área endémica a la Paracoccidioidomicosis en Venezuela. *Mycopathologia*. 45:65-69. 1972
3. Alborno, M. & Fuenmayor F. Paracoccidioidomicosis cutánea. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo*. 25 (2): 82-82. 1983.
4. Angulo-Ortega, A. & Pollak, L. Paracoccidioidomycosis In: Baker, R. D.; ed. *The pathological anatomy of the mycoses. Human Infections with fungi, actinomycetes and algae*. Berlin, Springer Verlag. p. 507-560 1970.
5. Angulo-Ortega, A. Calcification in paracoccidioidomycosis: Are they the morphological manifestations of sub-clinical infections. In: *Paracoccidioidomycosis. Proc. First Panamer. Symp. PAHO, Washington. (Scientific Pub Num 254)*. p. 129-133. 1972.
6. Borelli, D. Hipótesis sobre la ecología de la Paracoccidioidomicosis. *Rev. Dermatol. Venez.* 3:130-132. 1963.
7. Borelli, D. Concepto de reservárea. La reducida reservárea de la Paracoccidioidomicosis. *Rev. Dermatol. Venez.* 4:71-77, 1964.
8. Campos, E.P.; Torchio, L.N., Lima, P.R.L.; Gómez, F.C.B.; Feracin, A.C.M.; Shellini, R.C. & Bacchi, C.E. Paracoccidioidomycosis genital femenina, descripción de un caso clínico. *Rev. Inst. med. Trop. Sao Paulo*. 28(1): 56-60. 1986.
9. Cechella, M.S.; Melo, S.I.; Londero, A.T.; Berreto, S.M. & Geirge, A.M. Paracoccidioidomycosis genital masculina. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo*. 24(4): 240-245. 1982.
10. Chaves-Vatista, A.; Shome, S.K. & Santos, F.M. Pathogenicity of *P. brasiliensis* isolated from soil. *Pub. Inst. Micol. Recife*, 3:373-377, 1962.
11. Farinas, L.M.; Hospedales, A.; Torres, E. & Villarreal, J. Estudio de la sensibilidad cutánea a la paracoccidioidina e histoplasmina en la población estudiantil de Caripe y sus alrededores. *Rev. Dermatol. Venezol.* 11:329-334. 1972.
12. Ferreira, M.S.; Freitas L.H., Lacaz, C.; del Negro, M.; de Melo, N.T.; García, N.M.; de Asis, C.M.; Salebian, A. & Heinesvaccari. Isolation and characterization of a paracoccidioides *brasiliensis* strain from a dogfood probably contaminated with soil in Uberlandia. Brazil. *Journal of Medical and Veterinary Mycology*. 28:253-256. 1990.
13. Giraldo, R.M.D. & Restrepo, A., Pathogenesis of Paracoccidioidomycosis: A model based on the study of 46

patients. *Mycopathologia* 58 (2): 63-70, 1.976.

14. Greer, D.L. & Estrada, D. Dermal sensitivity to paracoccidioidina and histoplasmin in family members of patients with paracoccidioidomycosis. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 23:87-91, 1.974.

15. Greer, D.L. & Restrepo, A. la epidemiología de la Paracoccidioidomycosis. *Boletín de la Oficina Panamericana Sanitaria.* 82(5): 429-443. 1.977.

16. Grose, E. & Tamsitt, J.R.P. *Brasiliensis* recovered from the intestinal tract of three bats. (*A. lituratus*) in Colombia. *Sabouradia.* 4:124-127. 1.965.

17. Lacaz, C.S. Aspectos clínicos e epidemiológicos das micoses profundas na América do Sul. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo.* 1:150-155, 1.959.

18. Lacaz, C.S. - Compendio de Micología médica. Sao Paulo. Edit. Univ. Sao Paulo, p. 110-135, 1.967.

19. Lacaz, C.S.; Porto E. & Martins, J.E.C. , Paracoccidioidomycosis On: *Micología médica*, séptima edición. Seravia, Sao Paulo. p:189-213, 1.984.

20. Londero, A.T. Aspectos de la blastomycosis sud-americana en Rio Grande do Sul, Brasil, *Tórax* 17:56-60, 1.968.

21. Londero, A.T. Paracoccidioidomycosis in childhood. *Mycopathologia* 82:49-55. 1.983.

22. López, R.C. & Restrepo, A.M. Spontaneous regression of pulmonary paracoccidioidomycosis. *Mycopathologia* 83:187-189. 1.963.

23. Machado Filho, J. & Miranda, J.L. Consideraciones relativas a blastomycosis sudamericana; evolución, resultados terapéuticos y molestias asociadas en 394 casos. *Hospital Río* 60:375-381. 1.961.

24. Mackinnon, J. Blastomycosis Sud-americana experimental evolutiva por vía pulmonar. *Anales de la Facultad de Medicina.* Montevideo Tomo 44, Núm 3-4. 1.959.

25. Mackinnon, J. E. Geographical Distribution and prevalence of paracoccidioidomycosis. *Proc. Symp: Paracoccidioidomycosis, PAHO Núm. 254.* p. 83-92. 1.972.

26. Martínez, R. & Rossi, M.A. Paracoccidioidomycosis duodenal con sangramento digestivo. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo.* 26(3):160-164. 1.984.

27. Mendelovi, M. & Salferder, K. Intento de aislamiento del *P. brasiliensis* del suelo. *Mycopathologia. Mycol. Appl.* 52:65-70, 1.974.

28. Minguetti, G.M.D. PhD & Madalozzo, L.E. Paracoccidioidial granulomatosis of the brain. *"Arch. Neurol.* 40:100-102, 1.983.

29. Morales, S.M.R.; Poncio, M.R.; Lastorica, J.C.; Barraviera, B., Márquez, S.A. & Kamegasawa A. Paracoccidioidomycosis: Study of six cases with ocular involvement. *Mycopathologia* 102:87-96, 1.988.

30. Muchmore, H.G., Mckown, A.B. & Mork, J.A. Effect of steroid hormones on the growth of *P. brasiliensis*. *Proc.*

Symp. Paracoccidioidomycosis, Paho, Núm. 254. p. 132-141. 1.972.

31. Negrón, P. Estudios sobre la ecología del *P. brasiliensis* en la Argentina. *Tórax.* 17:20-26, 1.968.

32. Pollak, L. & Angulo-Ortega, A. las micosis broncopulmonares en Venezuela., *Tórax.* 16:135-139. 1.967.

33. Restrepo, A. Algunas consideraciones ecológicas sobre Paracoccidioidomycosis en Colombia. *Antioquia médica.* 18 (6): 63-69, 1.968.

34. Restrepo, A. & Robledo, M. Paracoccidioidomycosis (South American blastomycosis); a study of thirty-nine cases observed in Medellín, Colombia, *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 19:68-73, 1.970.

35. Restrepo, A., Salazar, M. E.; Cano, L.; Stover, E.; Feldman, D. & Stevens, D, Estrogens Inhibit mycelium-to-yeast transformation in the fungus paracoccidioides brasiliensis. Implications for resistance of females to Paracoccidioidomycosis. *Infection and Immunity.* 46(2): 346-353. 1.984.

36. Restrepo, A.M. -The ecology of Paracoccidioides brasiliensis: a puzzle still unsolved. *Sabouradia: Journal of Medical and Veterinary Mycology,* 23:323-334. 1.985.

37. Restrepo, A.M.: Trujillo & Gómez, I. Inapparent lung involvement in patients with the sub-acute juvenil type of Paracoccidioidomycosis. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo.* 31(1):18-22. 1.989.

38. Rodríguez, C. & Piñate F. M.-La paracoccidioidomycosis brasiliensis en Venezuela. Estudio de 120 casos. Observaciones clínicas. *Gac. Médica.* 74:101-139, 1.966.

39. Rosario Filho, N.A.; Telles Filho f.Q.; Costa, O. Marinoni L.P. Paracoccidioidomycosis in children with different skeletal involvement. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo.* 27(6):337-340. 1.985.

40. Salazar, M., Restrepo, A. & Stevens, D. Inhibition by estrogens of conidium-to-yeast conversion in the fungus Paracoccidioides brasiliensis. *Infection and Immunity.* 56(3):711-713. 1.988.

41. Tendrich, M.; De Luca, V., Tourinho, E.K.; Wanke, B.; Cuba, J.; Buescu, A.; Vaisman, M.; Pereira, A.A.; El Andere, W. & Waschenberg, B.L. Computed Tomography and ultrasonography of the adrenals gland in Paracoccidioidomycosis. Comparison With cortisol and aldosterone responses to ACTH stimulation. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 44(1):83-92. 1.991.

Lactancia Materna: Caracterización de la Población del Sur de Aragua. Ago./Sept. 1993.

Br. Sue I. Antúnez C.*

Br. Ma. Teresa Marbán L.*

Br. Fátima R. Torquemada D.*

Br. Víctor O. Jiménez.*

Dr. Juan Luis Montero.**

RESUMEN

Este estudio busca describir las características de la lactancia materna en las mujeres en edad fértil del Sur de Aragua. Se tomó una muestra de 210 mujeres, cuyas edades estaban comprendidas entre 15 y 44 años, seleccionadas mediante el método de muestreo por conglomerados, siendo aleatoria la selección de casas a encuestar. No se encontró correlación alguna entre las variables en estudio ($p < 0,05$). Se encontró que las nulíparas reciben información predominante de madre y familiares (40%) al igual que las mujeres de San Sebastián que habían gestado, contrastando con las de San Casimiro, cuya fuente principal son los médicos. La mayoría (90,95%) tiene una buena opinión sobre la lactancia materna. El 61,8% de las madres dió lactancia exclusiva. La causa de la no exclusividad fue la poca cantidad de leche según referencia de las madres. El tiempo de duración de la lactancia fue menor de 6 meses (47,10%). La tendencia en dicha zona hacia la práctica de la lactancia materna es alta, pero no adecuada.

ABSTRACT

This study was carried out in order to describe the characteristics of breast-feeding in fertile age females from Southern Aragua. Our sample was based on 210 females (15-44 years) selected by conglomerates, using the random method to choose the house surveyed. No correlation whatsoever was found between the variables studied (Gtaffar scale, age, information source and breast feeding) ($p < 0,05$). The information source among the nulliparous women was mainly mother and relatives (40%), just as the multiparous women from San Sebastian. On the contrary, most of the multiparous women from San Casimiro had a medical information source. Most of them (90,95%) had a good opinion concerning breast-feeding 61,98% breast-fed their babies exclusively. The main reason for adding bottle-feeding was the scarce amount of milk 47,10% breast-fed exclusively during less than 6 month. The tendency towards breast-feeding is high in this population, but done in an unsuitable manner.

PALABRAS CLAVE

Lactancia Materna - Sur de Aragua - Graffar - Edad de la Madre

* Estudiantes de Medicina. Escuela José Ma. Vargas. U.C.V.

** Médico Pediatra. Hospital Ntra. Señora de la Caridad, San Sebastián de los Reyes, Edo. Aragua.

INTRODUCCION

En Venezuela, al igual que a nivel mundial, se ha visto en forma alarmante para los profesionales del área de la salud, la acentuada disminución de la lactancia materna, con sus nefastas consecuencias a nivel de la salud infantil en especial la del lactante. Esta tendencia coincide con la que se evidencia a nivel mundial, en especial en los países en vías de desarrollo, sin importar el estrato socio-económico al que pertenece la madre (2). Los efectos negativos de este fenómeno, tanto sobre la salud de los niños y de las madres como sobre el poder adquisitivo de la familia, se registra principal y fundamentalmente a nivel de las clases económicas de bajos recursos, como lo demuestran las tasas más altas de morbimortalidad infantil, constituyendo éste un problema de salud pública a nivel mundial.

Como tal, es fundamental que existan posibilidades de acción y es por eso que en nuestro país se ha elaborado el "Plan Nacional para el Rescate de la Lactancia Materna", a implementarse en el Edo. Aragua, circunstancia que actuó como incentivo para evaluar latipificación de la lactancia materna en las poblaciones de San Casimiro de Guiripa y San Sebastián de los Reyes, las más representativas del Sur de Aragua. A través de los resultados obtenidos se pretenden resaltar los aspectos que ameritarían mayor atención por parte del personal multidisciplinario que se encargará de llevar a cabo dicho plan (1,5).

En Venezuela para la década de los 60 según estudios realizados se encontró una alta tendencia hacia la lactancia materna exclusiva, evidenciándose que a mayor edad de la madre mayor empleo de la lactancia materna (4).

Otros estudios llevados a cabo durante los años 70, concluyeron que la multiparidad favorece la lactancia materna y que ésta predomina en la madre de más bajos recursos (4), llamando la atención que no hubo diferencia significativa en relación a la lactancia elegida entre las madres que recibieron información de los beneficios de la lactancia materna y las que no

recibieron, ni entre las que tuvieron control prenatal y las que no.

Para los años 80 se comprueba, según el estudio piloto de Fundacredesa, (3) que las causas más frecuentes de destete son la escasez de leche de la madre y el rechazo del pecho por parte del niño, atribuidas a la escasa información que se da a las madres sobre el mecanismo de instalación de la lactancia, lo cual es reflejo directo de la poca importancia que la mayoría del personal médico y paramédico había dado hasta ese momento a la lactancia materna, quedando además demostrado que la actitud del personal de salud es el principal factor determinante del tipo de alimentación que recibe el niño.

En base a los puntos anteriormente mencionados surgió la iniciativa de buscar una posible correlación entre el Graffar de la madre y la lactancia materna, dado que en la bibliografía revisada se señalaba una mayor tendencia a mantener por más tiempo en los estratos sociales extremos de Venezuela: mujeres pobres del medio rural y mujeres de las clases pudientes (2).

En lo que respecta a una posible relación entre lactancia materna y edad de la madre, fue seleccionada ya que después de una exhaustiva revisión bibliográfica no se encontró ninguna referencia respecto a una posible explicación entre la edad de la madre y el hecho de que diera o no lactancia materna.

Por último, se intentó caracterizar la variable lactancia materna vs. fuente de información de la madre, dado que llama la atención, luego de haber revisado las referencias bibliográficas, el hecho de no encontrar ninguna información con respecto a este punto, el cual puede ser importante para que una madre tome la decisión de dar o no el pecho a su hijo.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Describir las características particulares de la lactancia materna en la población femenina en edad reproductiva de San Casimiro de Güiripa y San Sebastián de los Reyes.

Objetivos Específicos

1.-Precisar la existencia o no de correlación significativa entre las siguientes variables estudiadas:

- Graffar de la madre vs. lactancia materna.
- Edad de la madre vs. lactancia materna.
- Fuente de Información sobre lactancia materna vs. lactancia materna.

2.-Aprovechar el contacto con las madres y futuras madres para incentivar y educar en lo relativo a los beneficios de la lactancia materna.

3.-Evaluar los conocimientos sobre la lactancia materna en la población del sur de Aragua, tomando como localidades características San Casimiro de Güiripa y San Sebastián de los

Reyes.

4.-Diagnosticar los puntos a reforzar por el programa de lactancia materna próximo a ser implementado en sur de Aragua.

5.-Establecer las recomendaciones necesarias a realizarse en los centros de salud materno-infantil que induzcan al afianzamiento y perfeccionamiento de la lactancia materna en el sur de Aragua.

MATERIALES Y METODOS

Actividades Realizadas:

a) Selección de la muestra a partir de un universo conformado por las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años), nulíparas o que ya hubieran gestado.

b) Selección por el método por conglomerados de la población a encuestar, numerando en un mapa de la localidad todas las manzanas de norte a sur y de oeste a este. Del total de manzanas en cada localidad se escogió el 50% de las mismas (36 para San Sebastián y 15 para San Casimiro). En vista de que los mapas utilizados no incluían las casas de cada manzana, se procedió aleatoriamente a seleccionar cada cuantas casas sería una de ellas encuestadas, obteniendo el número 4, iniciando el conteo en sentido horario. En total se encuestaron 165 casas (102 en San Sebastián y 63 en San Casimiro) y un total de 210 mujeres (110 en San Sebastián y 100 en San Casimiro).

c) Instrumento de trabajo: se escogió un modelo de encuesta cerrada para evitar influir en las repuestas dadas por las mujeres entrevistadas. En la mismas se incluyeron los datos personales de la mujer entrevistada, Graffar (evaluado en los ptos. III al VII de la misma), antecedentes obstétricos (pto II y los puntos correspondientes a los datos estudiados en este trabajo. El tiempo promedio invertido en cada encuesta fue de 10 minutos.

En primer lugar se relacionaron las variables independientes en estudio: Graffar de la madre, edad y fuente de información sobre lactancia materna con la variable dependiente lactancia materna, las cuales, por tratarse de variables cualitativas, fueron analizadas con el método Chi cuadrado, cuyos cálculos fueron realizados con la ayuda de una hoja de cálculo (Lotus 123 release 3) en la cual se introdujeron las fórmulas pertinentes. Los datos restantes fueron analizados a través de conteo y cálculo de porcentajes lo cual se realizó en función del número total de mujeres encuestadas, del número de mujeres que habían o no gestado y del número de mujeres que habían amamantado, dependiendo del punto estudiado. Estos cálculos se realizaron para las dos localidades por separado y en conjunto.

RESULTADOS

A continuación se resumen las características específicas

de las mujeres consideradas en esta investigación.

En cuanto a los grupos etarios se evidenció que la mayor parte de la muestra correspondía a población joven: 23,8% adolescentes (15 a 19 años) y un 19,04% correspondía a adultos jóvenes (20-24 años).

Al analizar la clasificación socio-económicas, se detectó que la mayoría de las mujeres pertenecen al Graffar IV (49,52%) y al Graffar III (28,57%).

Evaluando la información sobre lactancia materna recibida por las mujeres entrevistadas, el 51,28% de las nulíparas refirieron haber recibido información por parte de la madre y otros familiares y un 37,2% de las mujeres que habían gestado refirieron haber recibido información de esa fuente. Llama la atención que el 25,64% de las nulíparas no habían recibido ningún tipo de información, contra un 8,52% de las mujeres que habían gestado.

Al analizar los datos de ambas localidades por separado, llama la atención la existencia de una diferencia importante en cuanto a la fuente de información: mientras que para San Sebastián la fuente principal sobre el tema fue la madre y otros familiares, en San Casimiro la fuente principal de información fue el médico, lo cual contrasta con los datos referidos a control del último embarazo, porcentajes muy similares para ambas localidades.

Evaluando la opinión que las mujeres de ambas localidades tenían sobre la lactancia materna, un 90,95% expresó tener una buena opinión; igualmente fue buena la opinión que dijeron tener la pareja y/o familiares(85,74%).

Otro punto donde hubo diferencias notables entre las comunidades estudiadas se refiere a la exclusividad de la lactancia materna: al estudiar los datos en conjunto se obtiene que un 61,98% de las madres encuestadas expresaron haber dado lactancia exclusiva, pero al analizar los datos de San Sebastián se observa que un 66,67% de las madres dieron lactancia mixta mientras que en San Casimiro un 93,10% de las mujeres dieron lactancia exclusiva. La causa principal de la no exclu-

sividad de la lactancia para ambas localidades fue la poca cantidad de leche producida por las madres según referencia de las mismas, expresado por ellas como "el niño no se llena" o "es muy poquito para el".

En lo que se refiere al tiempo de duración de la lactancia materna, obtuvimos que un 47,10% dió lactancia por menos de 6 meses seguido por un 28,94% que lacto por más de 12 meses.

En cuanto a la técnica de amamantamiento, la mayoría de las mujeres manifestó que amamantaba a sus hijos sentada(55,37%), con ambas mamas (95,05%) y con la boca del bebé abarcando sólo el pezón (58,67%).

Al evaluar las variables en estudio, encontramos que en todas las causas, la correlación entre las variables fue explicada por azar, ya que los valores correspondientes de Chi cuadrado para cada relación son menores que el mínimo significativo correspondientes al grado de libertad para cada relación de variables, como vemos a continuación:

Relación	Chi	Grado Libertad	Chi min sig
Graffar vs LM	1,09	3	7,82
Edad vs LM	2,43	5	11,07
Fuente Inf vs LM	3,9	3	7,82

$p < 0,05$

Para la variable Lactancia-Graffar se observó que del total de mujeres que gestaron y lactaron un 56,58% se encontraban ubicadas en el Graffar IV (Tabla 1). En lo que se refiere a Lactancia-Edad es de destacar que de las mujeres que lactaron un 23,25% se encontraba en el grupo etario de 30-34 años seguidos por un 20,15% cuyas edades oscilaban entre los 40 y 44 años (Tabla 2). Por último al analizar la variable Lactancia-Información se evidencia que de 121 mujeres que lactaron 49,80% obtuvo información sobre el tema del médico y el 35,68% la obtuvo de la madre: llama la atención el hecho de que 3,3% de las mujeres, aún sin poseer información dieran lactancia (Tabla 3).

RELACION LACTANCIA - GRAFFAR
TABLA 1

Graffar	LACTANCIA		TOTAL	%
	Si	No		
II	11	1	12	9.3
III	28	2	30	23.25
IV	68	5	73	56.58
V	14	-	14	10.37
TOTAL	121	8	129	100,00

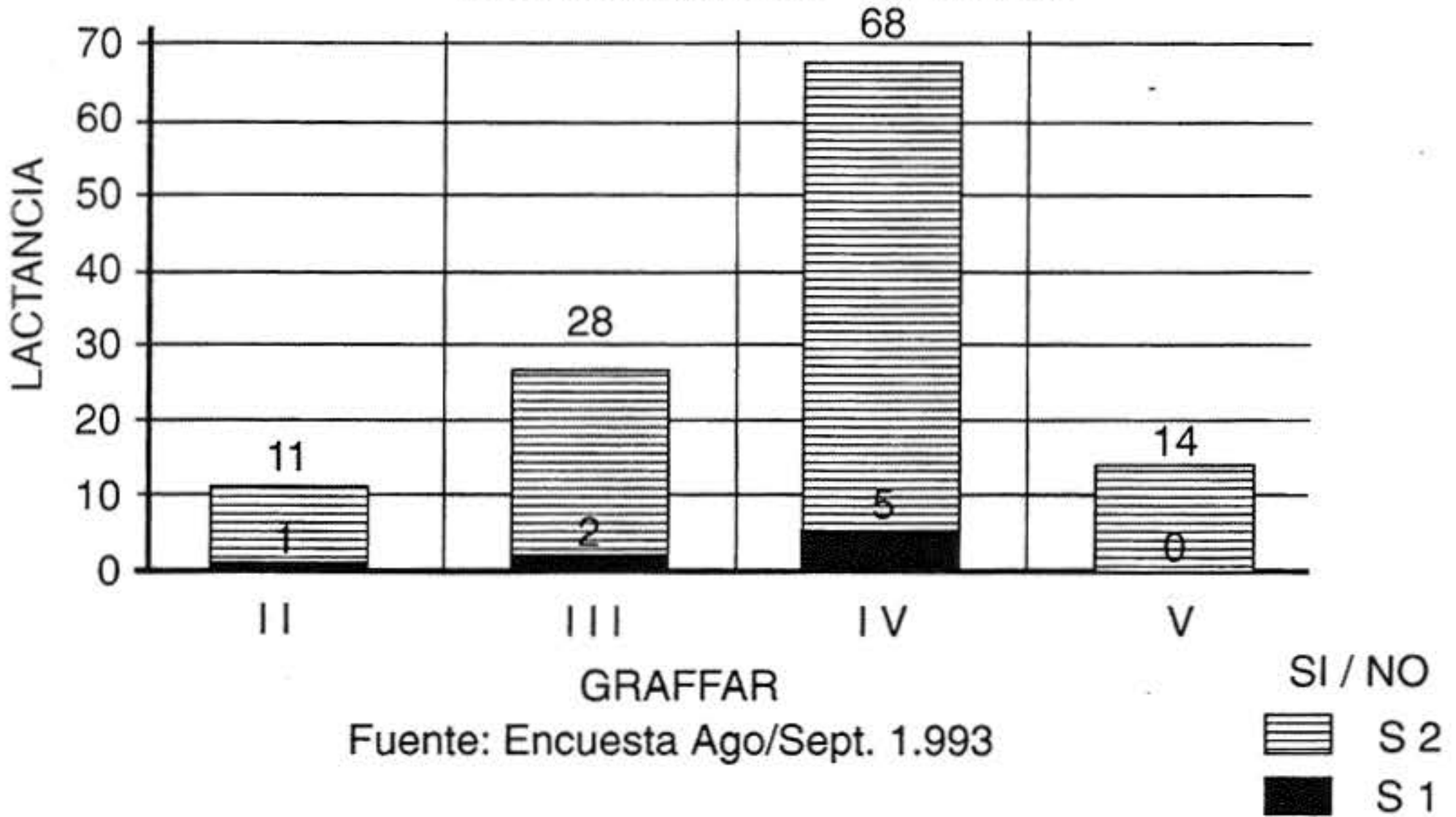
RELACION EDAD -LACTANCIA
TABLA 2

Edad	LACTANCIA		TOTAL	%
	Si	No		
15 - 19	6	-	6	4.65
20 - 24	18	2	20	15.50
25 - 29	18	1	19	14.72
30 - 34	30	1	31	24.03
35 - 39	23	1	24	18.60
40 - 44	26	3	29	22.50
TOTAL	121	8	129	100,00

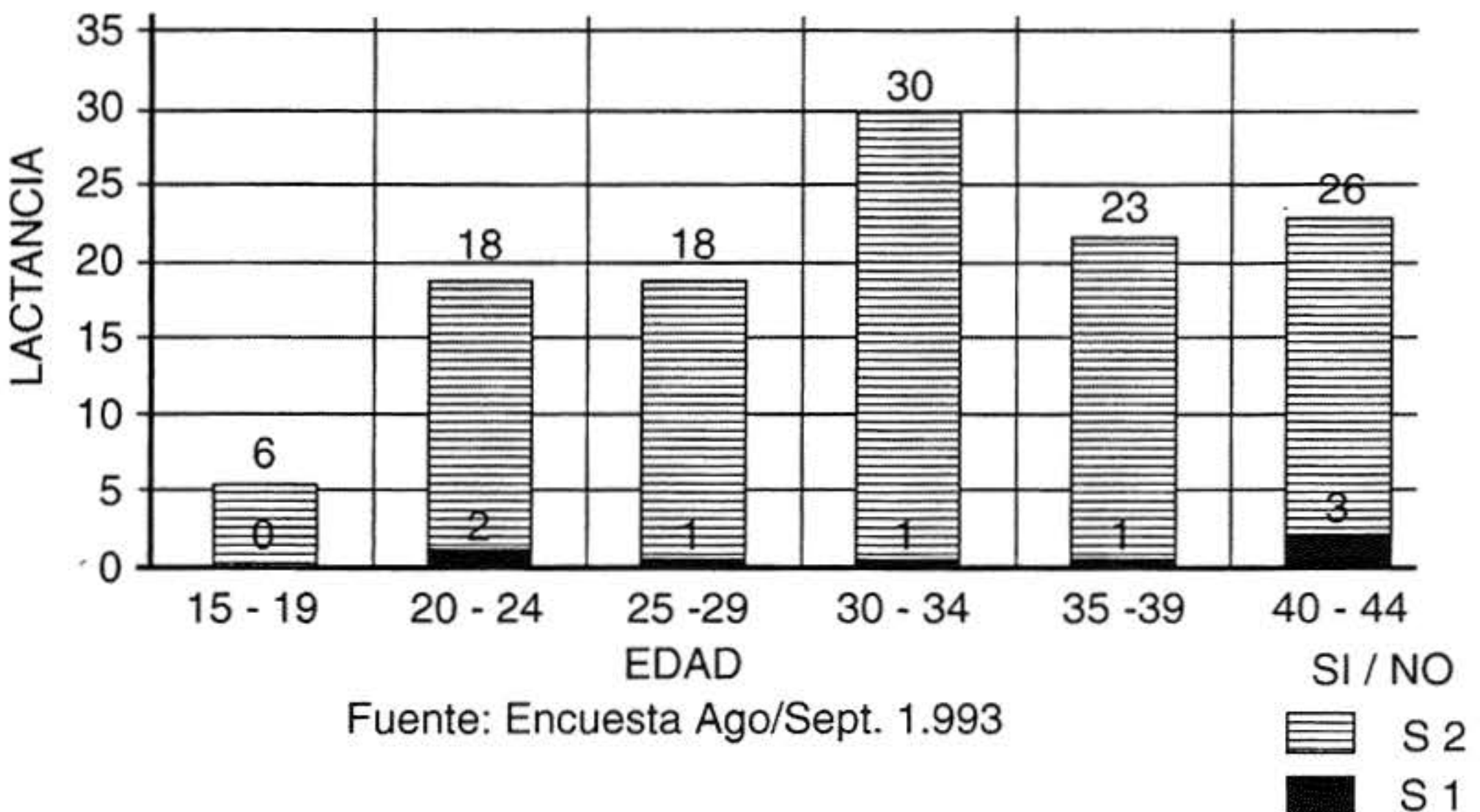
RELACION FUENTES DE INFORMACION - LACTANCIA
TABLA 3

Información sobre lactancia materna	LACTANCIA		TOTAL	%
	Si	No		
Médico	54	4	58	44.96
Madre y familiares	46	2	48	37.20
Otras fuentes	12	-	12	9.30
No información	9	2	11	8.54
TOTAL	121	8	129	100,00

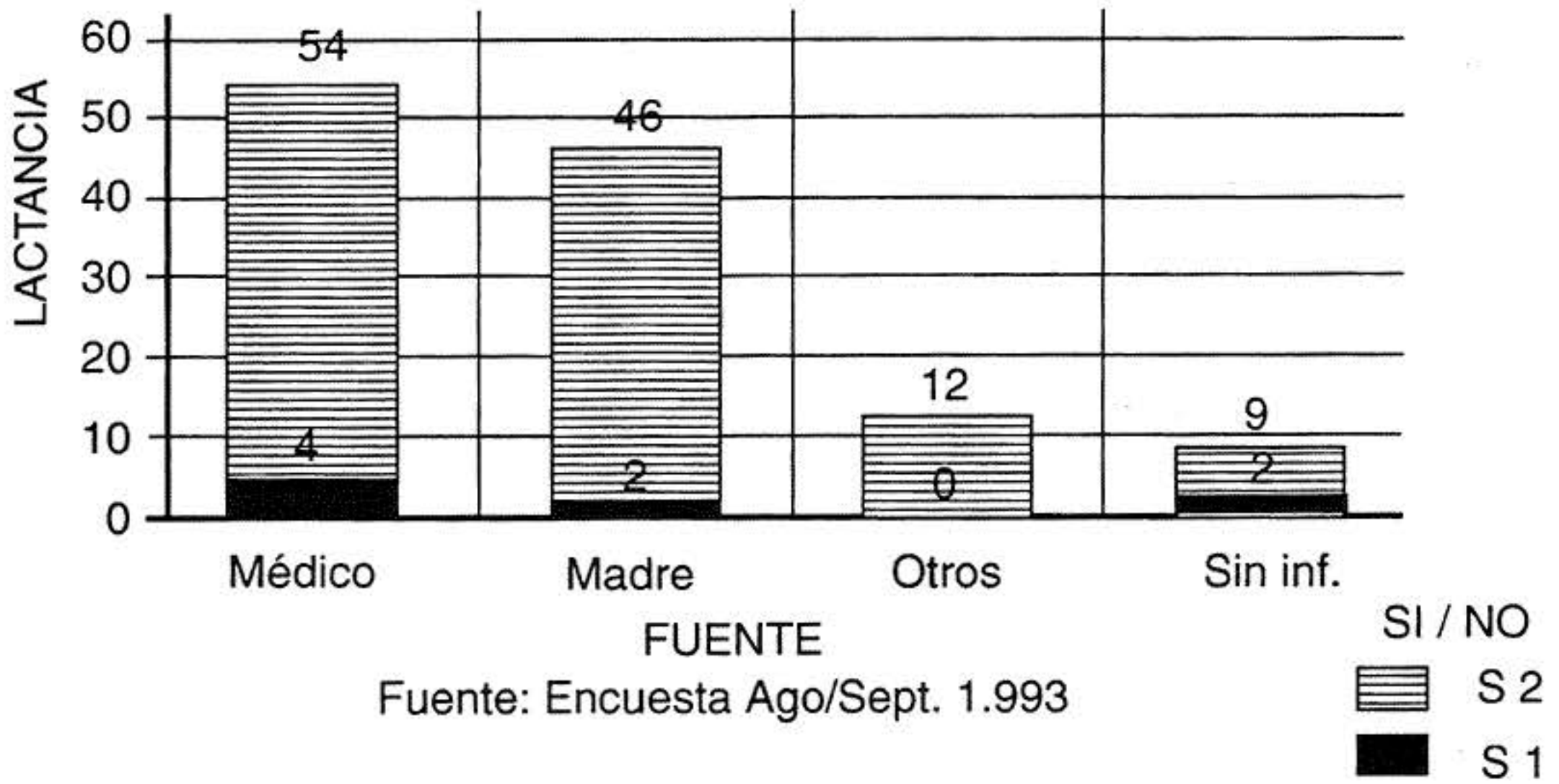
LACTANCIA MATERNA CARACTERIZACION EN EL SUR DE ARAGUA RELACION GRAFFAR - LACTANCIA



LACTANCIA MATERNA CARACTERIZACION EN EL SUR DE ARAGUA RELACION EDAD - LACTANCIA



LACTANCIA MATERNA CARACTERIZACION EN EL SUR DE ARAGUA RELACION FUENTE DE INFORMACION - LACTANCIA



ANÁLISIS DE RESULTADOS

Al referirnos a las variables en estudio, encontramos que en todos los casos, la correlación entre las variables fue explicada por azar, ya que los valores correspondientes de Chi cuadrado para cada relación son menores que el mínimo significativo correspondientes al grado de libertad para cada relación variables. Esto indicaría que no hay relación estadística entre la pertenencia de la madre a un determinado estrato socioeconómico, la edad y la fuente de información sobre lactancia materna, con el hecho de que se practique la lactancia materna en la población femenina estudiada. En cuanto a los resultados correspondientes a la relación Graffar vs Lactancia Materna no se puede establecer comparaciones con las referencias revisadas (2) (6), donde la tendencia predominante es el mayor hábito de lactar en las madres pertenecientes a los extremos de la clasificación socioeconómica, es decir las clases más altas y las más desposeídas. En este trabajo, la discrepancia de resultados podría explicarse por lo reducido de la muestra y su homogeneidad en cuanto a Graffar.

Respecto a la fuente de información se observa que al considerar ambas localidades, aparece como fuente principal de información el médico, pero si se evalúan los datos por separado, vemos que esto no sucede en San Sebastián, donde la fuente de información preponderante son la madre y familiares. Esto podría deberse al congestionamiento de la consulta prenatal del Hospital "Nuestra Señora de la Caridad" de dicha localidad, donde los recursos humanos y de infraestructura la mayoría de las veces no son suficientes para la demanda de la consulta, lo cual ocasiona que el tiempo dedicado a cada paciente sea menor del mínimo satisfactorio para establecer una relación médico-paciente adecuada, lo que se traduce en oportunidades perdidas, ya que de acuerdo a los resultados, las mujeres en San Sebastián sí acuden a la consulta prenatal.

Por otra parte, también en lo relativo a fuente de información, es de notar que el porcentaje de nulíparas sin información sobre lactancia materna es más elevado con respecto a las mujeres que habían gestado, lo cual sería indicativo de que la proyección de la información sobre lactancia a la comunidades insuficiente, tomando en cuenta que este grupo de mujeres son madres potenciales.

Vale resaltar que la opinión tanto de las mujeres estudiadas como de su pareja y/o familiares fue positiva en una gran mayoría de los casos, lo que se traduce en un buen terreno sobre el cual educar más a fondo a la comunidad.

Otro punto de interés es el relativo a la exclusividad de la lactancia, donde se evidencia que aunque es preponderante al analizar los datos en conjunto, no sucede así en la comunidad de San Sebastián, donde predomina la lactancia mixta, lo cual pudiera ser explicado por las mismas razones expuestas en el apartado fuente de información principal para ambas localidades.

En lo referente al tiempo de duración de la lactancia, se

observa que la mayoría de las madres amamantaron por un período mayor de seis meses. Por otro lado, el principal argumento esgrimido por las madres de San Sebastián para no dar lactancia exclusiva fue la poca cantidad de leche producida por ellas, sabiendo que la hipogalactia verdadera es sumamente infrecuente, se induce que la disminución de la cantidad de leche pudiera ser más subjetiva que objetiva, y que estuviera condicionada en parte por el mismo hecho de dar tetero, lo cual aumenta el intervalo intermamada, con la consiguiente disminución de la producción de leche, creando así un círculo vicioso.

Por último, en lo relativo a la técnica de amamantamiento, se encontró que la mayoría de las mujeres lo realizan correctamente en lo concerniente al número de mamas a utilizar y posición de la madre al hacerlo, más no en lo relativo a la colocación de la boca del bebé, lo cual puede deberse a creencias erróneas de la madre no corregidas a través de la información médica adecuada.

CONCLUSIONES

- a) No existe relación significativa estadísticamente entre la variable dependiente lactancia materna y las variables independientes Graffar al que pertenece la madre, edad y fuente de información sobre lactancia materna.
- b) La fuente principal de información sobre lactancia materna es el médico.
- c) Un grupo importante de mujeres nulíparas en su mayoría carecen de información sobre lactancia materna.
- d) En general, la opinión que maneja la población sobre lactancia materna es buena.
- e) En las mujeres de las poblaciones estudiadas existe un predominio de la lactancia materna exclusiva sobre lactancia mixta, aún cuando la principal razón de aplicación de esta última sea la poca cantidad de leche.
- f) En lo que respecta a la técnica de amamantamiento, es correcta con respecto a posición y número de mamas, pero incorrecta en cuanto a la colocación de la boca del niño sobre el complejo areola-pezones.

RECOMENDACIONES

- a) La realización de estudios posteriores que incluyan una muestra mayor y más heterogénea, realizada en un mayor lapso de tiempo a fin de complementar este estudio.
- b) Descongestionar la consulta prenatal en el Hospital de San Sebastián para así mejorar la relación médico-paciente, y de esta manera suministrar una información personalizada adecuada a las necesidades y características de cada paciente.
- c) Proyectar la información sobre lactancia materna a la comunidad, dirigida especialmente a las adolescentes y adultas jóvenes nulíparas puesto que estas representan las futuras madres. Esto puede realizarse fundamentalmente mediante charlas en los liceos y dictadas por personal calificado.

d) Hacer énfasis en la consulta de Higiene Infantil en los aspectos referentes a exclusividad, duración y técnica de la lactancia materna.

e) Eliminar o disminuir en lo posible toda publicidad referente a la promoción de la lactancia artificial en los centros de salud de las localidades estudiadas.

f) Educar al personal paramédico de las localidades estudiadas con el fin de crear conciencia en relación con los beneficios de la lactancia materna y sus ventajas sobre la artificial, y que a la vez sirvan de agentes multiplicadores de información, ya que ellas representan el contacto directo con la madre en el puerperio inmediato, lográndose a mediano plazo la eliminación del tetero de las salas de recién nacidos.

g) Involucrar a la mujer embarazada mediante su participación en programas educativos que incluyan charlas, afiches, videos y/o folletos.

h) Hacer énfasis en la consulta prenatal en lo que respecta al examen de las mamas, de esta forma diagnosticar a tiempo cualquier patología o alteración anatómica que en su momento pudiera entorpecer la lactancia materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Dehollain, P., Molina, E., Aizman, A. Caracterización de la Lactancia Materna en un grupo de Mujeres de Alto Nivel Social. Anales Venezolanos de Nutrición. 1991. Vol 4:11 - 5 p. 11 - 14.

2.- Henriquez, G. Situación Actual de la Lactancia en Venezuela IV Congreso Médico-Social: Lactancia Materna. Mérida, Venezuela 1986. Tomo II. Cap. 8.

3.- FUNDACREDESA: Proyecto Venezuela. Estudio Piloto Carabobo. Caracas, Venezuela. 1981.

4.- Osorno, J., Hacia una Feliz Lactancia Materna. Texto Práctico para Profesionales de la Salud. UNICEF. 1992. Colombia.

5.- Castaneda, E., Danna, I. Lactancia Materna: Manual para el Trabajador de Salud. UNICEF. 1992. Editorial Guadalupe L.T.D.A. Colombia P. 39 - 45, 60 - 61.

6.- Cameron, M. Hofvander, Y. Manual sobre Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación. Segunda Edición. 1980. Cap. 2: p 17 - 19. Cap. 3: p. 21 - 25.

7.- Suskind, R. Tratado de Nutrición en Pediatría. Salvat Editores. 1985. Cap. 4.

8.- Sánchez, N. Lactancia Materna e Inmunidad. IV Congreso Médico Social: Lactancia Materna Mérida, Venezuela 1986. Tomo 1. Cap.4.

9.- Borges, H. Aspectos Socioeconómicos de la Lactancia Materna. IV Congreso Médico Social: Lactancia Materna. Mérida, Venezuela. 1986. Tomo 1. Cap. 2.

10.- Velázquez, G. Aspectos Nutricionales de la Lactancia Materna. IV Congreso Médico Social: Lactancia Materna. Mérida, Venezuela. 1986. Tomo 1. Cap.3.

11.- Fuenmayor, J., López, M. Trascendencia Emocional de la Lactancia Materna. IV Congreso Médico Social: Lactancia Materna. Tomo 1. Cap. 5.

12.- Cárdenas, M., Pérez, M. Dehollain, P. Impacto de la Estimulación a Madres Embarazadas en los Patrones Alimentarios de sus Hijos. Anales Venezolanos de Nutrición . Vol 1. p. 111 - 118. 1988.

Enfermedad de Alzheimer. Comunicación Preliminar. Presentación de 9 casos.

Dr. Abraham Krivoy *
 Dr. Jaime Krivoy **
 Dr. Mauricio Krivoy **
 Lic. Francis Krivoy **

RESUMEN

Se presentan 9 casos de enfermedad de Alzheimer diagnosticados en base clínica y paraclínica que involucra perfil psico-orgánico, tomografía computada o resonancia magnética. Un escaso número de ellas pueden beneficiarse temporalmente de la terapéutica quirúrgica cuando coexiste el hidrocefalo normotenso, mediante el procedimiento de derivación.

ABSTRACT

Nine cases of Alzheimer disease were presented. The diagnosis, was made on clinical bases and paraclinical test: psico-organic test, computed tomography and magnetic resonance. A limited number of cases with normotensive hidrocephalus could temporary improve with shunt.

PALABRAS CLAVE

Demencia - Arterioesclerosis Cerebrales - Demencia Multi-infarto.

* Jefe de la Cátedra - Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario.

** Laboratorio de Neurodiagnóstico.

INTRODUCCION

Alois Alzheimer (14-06-1884 - 19-12-1915) nació en Marktbreit, al norte de Baviera, Alemania. Hace su publicación original en 1907 sobre una peculiar enfermedad de la corteza cerebral en una mujer de 51 años de edad que comenzó inicialmente por celos patológicos, pérdida de la memoria y desorientación. Tras un curso progresivo de cuatro años y medio murió. Los peculiares hallazgos de la autopsia delinearon una patología demencial nueva en su concepción que hoy ocupa los primeros lugares de la demencias y que Emil Kraepelin propuso el nombre de demencia de Alzheimer.

El DSM-III-R, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1988), distingue entre síndromes mentales orgánicos y trastornos mentales orgánicos: "Síndrome mental orgánico es un concepto que se utiliza en referencia a un conjunto de signos y síntomas psicológicos o conductuales, sin tener en cuenta su etiología (por ejemplo: síndrome de

ansiedad orgánico, demencia); trastorno mental orgánico designa un síndrome mental orgánico en particular, del que se conoce o presume su etiología (por ejemplo, delirium por abstinencia alcohólica, demencia por infarto múltiple)".

Por otro lado establece que "La sintomatología esencial de todos estos trastornos comprende anomalías psicológicas o conductuales asociadas a una disfunción cerebral transitoria o permanente ... La causa orgánica responsable de un trastorno mental orgánico puede ser una enfermedad primaria del cerebro o bien una enfermedad sistémica que afecte secundariamente al cerebro".

Los criterios para el diagnóstico de demencia de la misma obra (5) podemos resumirlo en:

- A) Deterioro a corto y largo plazo.
- B) Acompañantes como: alteración de la abstracción, de juicio, afasias, agnosias, apraxias, exacerbaciones de las manifestaciones de la personalidad pre-mórbida.
- C) Alteración de la esfera laboral y social habitual por las mismas dificultades anteriores.
- D) No aparece durante un delirium.
- E) Demostración de exámenes complementarios que pueden señalar la alteración orgánica, o suposición si no se demuestra y se descartan trastornos no orgánicos como una depresión mayor que es el responsable del deterioro cognitivo.

Los criterios de gravedad de la demencia están establecidos en el DSM-III-R.

Leve: Se mantiene la capacidad de autonomía, higiene y juicio intacto con deterioro de actividades laborales o sociales.

Moderado: Autonomía alterada y peligrosidad, si no hay control externo.

Grave: Deterioro global con necesidad de control continuo.

MATERIALES Y METODOS

Se ha estudiado 9 casos de demencias de ambos sexos tomándose en cuenta las siguientes variables:

Edad: osciló entre 46 y 75 años.

Sexo: 6 femeninos y 3 masculinos.

Procedencias: 4 extranjeros y 5 venezolanos.

Motivo de consulta y síntomas actuales: trastornos de memoria: 7 casos a predominio de tipo anterógrado; trastornos de lenguaje: 5 casos a predominio de afasia amnésica y disartría; una agrafia. Deterioro intelectual: 6 casos. Trastor-

nos motores que comprendieron 3 casos: con trastorno de la marcha dos casos y uno con temblor de miembros superiores.

Desorientación: 2 casos.

Manifestaciones depresivas: trastornos del sueño y apetito.

Cafaleas: 3 casos.

Agresividad: 2 casos.

Alucinación, Labilidad emocional, Mareos, Atención dispersa, 1 caso de cada uno.

La evolución en todos fue inexorablemente progresiva en el seguimiento entre 1 y 7 años de evolución.

El examen físico neurológico fue esencialmente normal, exceptuando los casos citados de trastornos motores.

Exámenes complementarios:

En el área afectiva las pruebas de riesgos de suicidio (18) no estaban alteradas. Los rasgos obsesivos compulsivos se encontraron alterados en los 4 casos que se evaluaron (4).

La escala de ansiedad del Mass General Hospital (MAS) se encontró alterado en 3 a 5 evaluados.

La escala de Cornell mostró componentes hipocondríacos en 5 casos evaluados. (8)

En cuanto al área intelectual y cognocitiva la prueba de memoria de Benton (forma C), 3 casos evaluados, los 3 alterados (2).

En 2 casos con Wechsler, uno con un C.I. 69 y el otro 109. En ambos está mejor el área de ejecución que el área verbal (19).

Las matrices progresivas de Raven se evaluaron en 4 casos, con uno deficiente, otro inferior al término medio y otro superior al término medio. (19)

La atención, medida a través del Test de Bourdon, en 3 casos; el primero, grave solo 3%, el otro 51% y el tercero 84% de preservación.

El tiempo de reacción asociativa de Jung en dos casos evaluados, ambos lentos, alterado.

La prueba de praxia se evaluó en 5 pacientes solo 1 fue normal y los otros alterados en las diferentes escalas de 5 niveles (11).

El tiempo de reacción motora a través de Taping Test, 3 casos evaluados, hubo 2 normales y uno alterado.

La prueba visomotora de Bender en 4 casos administrados, los 4 estaban alterados. (1)

Los otros exámenes complementarios, no psicométricos, fueron los siguientes:

La reoencefalografía (flujo cerebral por impedancia) fue practicado en 5 casos: dos casos alterados y los otros adecuados a la edad. (13-15-16-17-21)

La ecoencefalografía tipo A de localización de la línea media fueron normales en 2 casos y otro no atravesó el cráneo. (14)

El electroencefalograma (EEG) practicado en 4 casos, dos fueron leídos como normales, otro lento difuso y el cuarto desorganizado con ritmo de base lento. (12)

Angiografía y Pneumoencefalografía: 1 caso normal.

Tomografía Computada y Resonancia Magnética: se practicó en 6 casos y todos mostraron atrofia cortical moderada frontotemporal, con mínima dilatación ventriculomegalia.

Los valles silvianos eran discretamente amplios, los surcos corticales profundos. En ninguno se observó imágenes hiperintensas de infartos o isquemia encefálica.

Dejamos constancias de 3 casos que presentaron patologías concomitantes respectivas siguientes: cardiopatía, diabetes y reumatismo, otro hipertensión arterial y 1 con neo-lingual que produjo la muerte en 7 años.

El grado de autonomía o a la inversa, el grado de incapacidad la evaluamos con la escala de Karnofsky (10) que detalla adecuadamente su estado de actividades, pero puede usarse la clasificación simple del DSM-111-R de leve, moderado y grave. (5)

En nuestros casos, los números 2 y 8 son graves, los demás oscilaron entre leves y moderados.

He aquí la escala de Karnofsky. (10)

DISCUSION:

El problema del envejecimiento cerebral está sin resolver. Se proponen ideas que se desarrollan por diversos caminos para encontrar la verdad. El código genético de cada célula tiene un "Eros y Tanatos", como dirían los psicoanalistas, es decir, su desarrollo potencial y su fecha de muerte predeterminada.

Los trabajos experimentales (3) muestran como cultivos celulares se duplicaban sistemáticamente hasta cierto número de veces y allí morían.

Este fenómeno ha sido atribuido a un plásmide de vejez.

La precocidad de la vejez se ha encontrado asociado a factores exógenos tipo stress, enfermedades, traumatismos y en otras ocasiones a factores hereditarios como se observó en el Hutchinson.

Envejecimiento sería lo contrario de crecimiento y desarrollo. Se habla de un envejecimiento primario, intrínseco al sujeto, como es el caso genérico que uno de los elementos anatómicos que comienzan a envejecer precozmente, es el intervertebral a los 20 años de edad.

El envejecimiento secundario depende exclusivamente de los factores adversos del ambiente.

Desde el punto de vista práctico y terapéutico la pérdida de las células post-mitóticas cerebrales, aunado a la presencia de tejido graso substitutivo de la masa muscular, producen cambios farmacocinéticos tales, que los medicamentos a dosis habituales no tiene los efectos esperados ya que las células cerebrales remanentes suelen comportarse más refractariamente a la medicación, al mismo tiempo que el tejido graso absorbe buena parte de los medicamentos neutralizando sus efectos. La disminución de peso cerebral con el envejecimiento está alrededor del 8% de su peso a predominio de la

substancia gris cortical y subcortical como lo demuestra la tomografía.

En las hemorragias aracnoideas por su ruptura de aneurismas cerebrales, una de las sustancias más devastadoras la constituyen radicales libres que tienen poder destructivo marcado y puede localizarse en cualquier parte del organismo; son moléculas con un electrón no apareado. Su concentración en las mitocondrias es muy alta como subproducto de procesos metabólicos normales y de las enzimas que defienden la célula contra este fragmento molecular nocivo (6).

Vigilancia y protección son las tareas del sistema inmunitario que se afectan en el envejecimiento y de allí la presencia de la diabetes no insulino-dependiente, amiloidosis, enfisema y el Alzheimer (E.A).

La alta jerarquía cerebral, dentro del concierto de órganos corporales, queda establecida en la relación que tiene su peso, 2% del peso corporal en relación al consumo de oxígeno que es la cuarta parte del consumo total del organismo.

Las características histopatológicas de la E.A. la constituyen los cambios neurofibrilares y las placas seniles, aunque ni una ni otra son elementos patognomónicos de la E.A., pero es importante señalar que su peculiar localización sugiere una selectiva vulnerabilidad de las neuronas a niveles regionales de los hemisferios cerebrales, entre otras el hipocampo con degeneración gránulo-vascular de neurona, zonas

subcorticales, núcleos del tallo cerebral. La composición química de los helicoides filamentosos a nivel ultra-estructural no se conoce.

Estas sustancias amiloideas en las placas y en vasos que contienen un polipéptido, beta amiloide codificado en un gene del cromosomas 21.

El criterio histológico actual de diagnóstico de (9) E.A. es paciente menor de 50 años con un número de placas y mallas más de 2 a 5 por campos.

Pacientes entre 50 y 65 años	8 o más placas por campo
Entre 66 y 75 años	10 o más placas por campo
Mayores de 75 años	15 o más placas por campo

El criterio diagnóstico de E.A. se basa en (9).

- 1.) Demencia clínica
- 2.) Comienzo entre 40 a 90 años
- 3.) Déficit en dos o más esferas cognitivas
- 4.) Deterioro progresivo de memoria y funciones cognitivas
- 5.) No hay alteraciones de consciencia
- 6.) No hay patologías demenciales concomitante conocida.

Hachinski (7) estableció una simple escala cuya suma de 7 puntos o más refiere a demencia multi-infarto, cuatro puntos o menos se refiere a la E.A, la tabla es la siguiente:

Inicio abrupto.....	2
Deterioro general.....	1
Curso fluctuante.....	2
Confusión nocturna.....	1
Preservación relativa de la personalidad.....	1
Depresión.....	1
Quejas somáticas.....	1
Incontinencia emocional.....	1
Historia de hipertensión.....	1
Historia de accidentes cerebro vasculares.....	2
Evidencia de arterioesclerosis asociada.....	1
Focalización Neurológica Sistemática.....	2
Focalización de signos neurológicos.....	2

En resumen podemos decir que en cuanto a demencias, la más frecuente es la E. A. y no como se suponía antes que era la mal llamada arterioesclerosis cerebral, cuyo nombre correcto es demencia multi-infarto.

En Venezuela no poseemos estadísticas sobre las demencias y recién en esta década ha comenzado la concientización de la E.A.

Se estima que entre los 65 a 70 años de edad la prevalencia de E.A. está 3 y 5% y que se duplica por cada 5 años de

aumento de la edad, o sea que por encima de los 80 años, alcanzan entre 25 y 30%.

En USA prevalece en el sexo femenino, distinto a Japón, existiendo más afectación en el grupo étnico negro en USA.

En una muestra de 600 cerebros de ancianos autopsiados 22% eran de lesiones vasculares, 35% de E.A. y 43% mixtas.

En cuanto a la etiología ya mencionamos que la discusión persiste y entre otros se ha mencionado el factor hereditario, los mecanismos inmunológicos, metales tipo aumento de

hierro, aluminio y disminución del zinc, calcio y silicón. Trauma craneano (boxeadores o demencia pugilística), neurotóxicas tipo semillas de la planta, *Cycas circinalis* o la que produce Parkinson experimental M.P.T.P. (1 metil - 4 fenil - 1,2,5,6 tetrahidropiridina). Los agentes infecciosos: encefalitis a herpes simplex, panencefalitis esclerosante subaguda, rabia, kurú, enfermedad de Creutzfeldt - Jakob, síndrome de Gerstmann - Straüssler muchos de ellos atribuidos a virus lentos (9).

Se habla de neuromediadores implicados e hipoactividad, particularmente los relacionados con la acetil-colina.

En la línea genética de la E.A. existen las formas familiares de la enfermedad, la relación con el síndrome de Down y un gene del cromosoma 21 que maneja la formación de la sustancia amiloidea que se observa también en el síndrome de Down, y que en la E.A. a veces lo ubican en un gene del cromosoma 14.

Verdadero tratamiento para la enfermedad, aún no existe y mientras la neurobiología hace su progreso en la terapéutica de la E.A., actualmente se usan productos que mejoran el nivel de la acetil-colina tipo piritinol, piracetam, bloqueadores de los canales de calcio.

El consejo genético es un factor importante en la profilaxia de la E.A. para los que piensan procrear.

Los pocos casos de E.A. con hidrocefalia normotensa son susceptibles de mejoras temporales con tratamiento quirúrgico.

El resto del problema de la E.A. es muy grave ya que implica cuidados de 24 horas que esclaviza y stressa a familias aparte de la problemática económica que ello involucra y lo que se ha logrado en el mundo es la fundación de Centros de Alzheimer en los diferentes países para procurar un alivio y orientación a la familia a través de centros diagnósticos, con fisioterapia, laborterapia, psicoterapia familiar, que alivie el grave problema del manejo del familiar con E.A., mientras surgen otras alternativas.

En Venezuela recientemente se creó la Fundación Alzheimer de Venezuela que está desarrollando planes concretos en esta dirección, uniendo especialistas multidisciplinarios, familiares con pacientes que sufren la E.A. y grupos humanos de apoyo con metas precisas de concientización del problema a todos y a las autoridades y a la fundación de centros de atención especializada.

El estudio de las demencias constituyen un desafío a la ciencia médica y a las autoridades sanitarias de los países.

Sin embargo, dada a las limitaciones actuales de un diagnóstico certero de comienzo, el diagnóstico se basan hoy: a) en evaluación clínica, b) la evaluación psicométrica, c) y los exámenes paraclínicos, donde la Resonancia Magnética, método de mayor difusión que otros integran los pilares diagnósticos de la enfermedad de Alzheimer.

En cuanto a tecnología avanzada, como el emisor de posi-

trones (PET), éste permite visualizar una disminución del metabolismo glucosado en regiones parietal, frontal y temporal desde sus formas incipientes, usando la tasa local de metabolización de glucosa con Fluorodesoxiglucosa (F.D.G.), el mapeo cerebral, bien con fuentes de EEG que convierte el registro eléctrico en análogo-digital, en Fast Fourier y de allí a la pantalla con espectros de voltaje y amplitudes, con referencias computadas a los modelos normales pueden destacar la disminución de la actividad alfa claramente disminuida en polos occipitales en relación a los ancianos sanos y se observa disminución del ritmo beta, con aumento de actividades lentas.

También puede utilizarse los potenciales evocados para el mapeo cerebral donde la llamada P.300, onda positiva con una latencia pico de 300 milisegundos, propio del proceso intelectual se pierde en el Alzheimer, en el Parkinson y demencias multi-íntaros.

La tomografía computada y la Resonancia Magnética permite el diagnóstico diferencial entre las demencias multi-íntaro y la enfermedad de Alzheimer al mismo tiempo que puede descubrir cualquier otra etiología actuante.

Al jerarquizar los diferentes métodos asequibles a nuestro país, en cuanto a grado de sensibilidad para el diagnóstico de las demencias, la neuropsicología es la más sensible de todas puesto que las primeras manifestaciones observables, en la E.A. son de tipo psicológico (pérdida de la memoria, deterioro de las capacidades intelectuales, desorientación), pudiéndose completar con la Resonancia Magnética que ayuda al tipo de etiología que se busca.

La reoencefalografía se muestra más sensible que el EEG, el Doppler-Duplex, la gammagrafía isotópica y las mismas angiografías en cuanto a participación del componente vascular encefálico en la demencia multi-íntaro.

Por otro lado, el Doppler-Duplex se muestra como el método más valioso, no invasivo de la evaluación directa del árbol carotídeo cervical, las vertebrales y las inferencias intracraneanas que permiten deducirse del estudio dinámico de la circulación y de la resistencia periférica, aunado estas alteraciones se ha hecho mensurables.

El Doppler ultrasonográfico transcraneal encontró un espacio diagnóstico en el monitoreo del vaso-espasmo cerebral post-hemorragia aracnoidea desde su introducción en 1982, siendo no invasivo, sencillo, mide la velocidad del flujo cerebral sanguíneo que aumenta en la proporción en que los vasos se estensan hasta 6 veces más su velocidad normal. Un aumento agudo de la velocidad en uno o más vasos, corresponde a un desarrollo de un accidente cerebro-vascular (22).

Mientras las diferentes líneas de investigación de la terapéutica de la E.A. se desarrollan, la situación actual predominante en la asistencia de esta enfermedad es la constitución de grupos multidisciplinarios que atiendan en forma integral a paciente y familiares.

centro médico

Enfermedad de Alzheimer. Comunicación Preliminar. Presentación de 9 casos.

Nº	Nº. HIST.	NOMB.	SEX.	EDAD	FECH. NAC.	LUGAR NAC.	FECH. CONS.	MOTIVO CONS.	T.EVOL.	EVOLUCI. - PROEST MES	SINTOMAS ACTUAL	CONCOMI- TANTE
1	21016	A. C.	F	75	12-11-13	CARUPANO	12-07-89	OYE VOCES	2 m.	X	DOLOR DE CABEZA ANSIEDAD DISMIN. SUEÑO ALUCINAC. (visual - aud.) MAREOS	REUMA DIABETES CARDIPATIA
2	19697	C. G.	M	55	-----	CARACAS	24-04-87	TRASTORNO DE MEMORIA DESORIENTACION	3 a.	X	AGRESIVIDAD DETERIORO IATELECTUAL	
3	21173	I. G.	F	56	-----	NVA. ESP.	24-10-89	NERVIOSA	1 a.	X	TEMBLOR EN MIEMBROS SUPERIORES NO PODER ESCRIBIR	
4	20247	C. R.	M	65	-----	ECUADOR	20-04-88	MAREOS	10 a.	X	INTELECTUAL AMNESIA PARCIAL DEPRESION LEVE	AFASIA CORTICAL
5	19687	R. B.	M	54	01-04-32	ESPAÑA	09-04-87	HABLA LENTA MOV. TORPES	6 m.	X	USO DE CURSO. LENTO AGRESIVIDAD TRAST. MARCHA TRAST. MEMORIA DEP. FALTA DE APETITO	HIPERTENSA
6	7484	O. J.	F	46	-----	VALENCIA	27-09-74	RUIDO EN OIDO IZQUIERDO	4 a.	X	CRISIS DE INC. DISARTRIA MEMORIA REC. ALTERADA.	
7	20852	E. C.	F	59	-----	FALCON		DISMINUC. DE MEMORIA E INTELECTO	2 a.	X	PERDIDA DE MEMORIA Y DIFICULTAD PARA HABLAR.	
8	328	E. H.	F	57	-----	POLONIA		AFASIA EXP. MANTIENE LENGUA MATERNA (POLACO)	7 a.	X	ATENCION DISPERSA TRAST. DE LA MARCHA LABILIDAD EMOCIONAL ALTERADO: JUICIO, CALCULO, ORIENTADO, TRASTORNO DE MEMORIA	CANCER BUCAL QUE CAUSA MUERTE
9	21357	I.E.S.	F	68	-----	YUGOESLAVIA		PERDIDA DE MEMORIA RECIENTE, DE INICIATIVA, ASTENIA	8 m.		PERDIDA DE MEMORIA RECIENTE DESGANO. DEPRESION, RIGIDEZ EN LA MARCHA, LE AFECTA MUCHO LO QUE SE SALE DE LA RUTINA.	HISTERECTOMIA 1973

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bender, L.: Test Gestaltico Psicomotor. Editorial Paidos. Buenos Aires. 1955.
2. Benton A.L. Revised Visual Retention Test. The psychological corporation N.Y. Fourth Edition. 1974.
3. Busse E.W. Cerebro y Envejecimiento. Acta Clínica 1990 (1) 21-31 Venezuela.
4. Cooper, J. The Leyton Obsessional Inventory. Psychological Medicine, 1970, 1, 48-64.
5. D S M-III-R, Masson, S.A. 1988. 117-199.
6. Friedovich I. The two faces of oxygen: benign and malignant. Durham, N.C., Duke University Letters. (1)-4 1979.
7. Hachisky V. Multi-Infarct Dementia. Neurologic-Clinics 91) 27-36. 1983.
8. Hamilton M. - A rating Scale for Depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1960 - (23): 56-62.
9. Herderson V.W. and Finch C.E.: The Neurobiology of Alzheimer disease J. Neurosurg. 70:335-353, 1986.
10. Krivoy A., Krivoy J. y Krivoy m.: Historia Mínima Recomendada para la evaluación del trauma. Bol. Hosp. Universitario Caracas 1989 (2) 50-59.
11. Krivoy A.: Afasias, Agnosias y Apraxias. Rev. Centro Médico 1977 (16) 1-11.
12. Krivoy A., Boscan E.L., Russo, S. y Echerman J.: Reo y Electroencefalografía. Tribuna Médica de Venezuela. 10: 33-38 1976.
13. Krivoy A., Russo S. Y Echerman J.: Experiencias Clínicas con Reoencefalografía, Gaceta Médica. (83) 515-529 1975.
14. Krivoy A., Russo S. y Echerman J. : Ecoencefalografía. Gaceta Médica (83) 537-549: 1975.
15. Krivoy A. : Reoencefalografía. Revista Centro Médico (13) 87-98. 1974.
16. Krivoy A. : Aspectos biofísicos de la reoencefalografía y del comportamiento del tejido sanguíneo. Revista Centro Médico. 15: 26-27. 1976.
17. Krivoy A. : Lo nuevo en el diagnóstico neurológico. La reoencefalografía por impedancia. Tribuna Médica de Venezuela. (44) 29-32 1976.
18. Poldinger W. : Tratamiento con drogas en los estados depresivos con referencia especial a la prevención del suicidio. Rev. Soc. Argent. Psicofarmac. 3,6 1966.
19. Raven J.C. : Test de matrices progresivas de Raven. Edit. Paidos (3). Buenos Aires, Argentina: 1950.
20. Rey, A. : L'Examen Psychologique : Arch. Psychol Chicago (28) : 286-339. 1942.
21. Szponka, M. Krivoy A. : Aspectos eléctricos básicos de la reoencefalografía. Tribuna Médica (11) 33-36 1977.
22. Tyson, G.W. What's New in surgery 199'. 21-23.

La Hipertensión Arterial en la Población Escolar del Estado Nueva Esparta.

Dr. Ovidio Antonio, Pérez Puyarena.*
 Dr. Andrés José, Rodríguez Meza.**
 Dr. Guillermo José, Rodríguez Rojas.***
 Dra. Laura Del Valle, Soria Brito.****
 Dr. José Avilan.*****

RESUMEN

Como consecuencia de una observación empírica concerniente a lo que parecía una ingesta elevada de sodio en la población neoespartana; los autores nos preguntamos si un fundamento estadístico podía sustentar una correlación entre el consumo elevado de sodio (si realmente existía) y una mayor incidencia de hipertensión arterial. El estudio se dirigió a la población escolar; puesto que es bien conocida la historia natural de esta patología en adultos de la región insular de Venezuela. 299 escolares fueron seleccionados aleatoriamente de tres poblaciones del Edo. Nva. Esparta: El valle del Espiritu Santo 106 (35.45%), los Millanes 98 (32,77%) y la Isla de Coche 95 (31,77%). Se les realizó una encuesta alimentaria a los representantes de los niños y se controlaron las medidas de tensión arterial con un tensiómetro automático por método oscilométrico. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la composición de la muestra (edad, sexo) según el análisis de varianza. En las tensiones arteriales diastólicas se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la población del Valle del Espiritu Santo con respecto a las otras poblaciones ($p < 0.01$). El consumo de sal no obtuvo diferencia significativa estadísticamente.

ABSTRACT

Like consequence of the observation empiric concerning to the one which like to elevated ingest from sodium in the neospartacus population, the authors wondered if a statistical foundation could sustain a correlation between the elevated consumption from sodium (if really it existed) and a great incidence of arterial hypertension. The study went to the scholar population, although it is very well-known the natural history of this pathology in adults of the region insular from Venezuela. 299 scholars were selected aleatorily of three populations of the State New Esparta: The Valley of the Sacred Spirit 106 (35.45%), The Millanes 98 (32.77%) and The Island of Coche 95 (31.77%). Carried out a survey alimentary to the representatives of the children and were controlling the measurements of arterial tension with an automatic tensiometer for methods oscillometric. It didn't meet difference statistically significant in the composition of the pattern (age,sex) according to the analysis of varianza. In

the tensions diastolics arterial met a difference statistically significant in the population of the Valley of the Sacred Spirit with concerning to the others populations ($P < 0.01$). The consumption of salt didn't get difference statistically significant.

PALABRAS CLAVE

Escolares - Hipertensión Arterial - Consumo de sal.

* Médico Interno Hospital "Dr. Luis Ortega" Porlamar

** Médico Jefe Ambulatorio Rural Tipo II - El Valle del Espiritu Santo

*** Médico Interno Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño" - Caracas

**** Médico Jefe Ambulatorio Rural Tipo II - Los Millanes

***** Profesor Titular de la Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Cátedra de Medicina Preventiva y Social

INTRODUCCION

Sobre el tema de la HTA hay varios hechos altamente conocidos por el médico así como por el público en general. Son conocimientos ampliamente difundidos tanto por las publicaciones científicas como por los medios de comunicación de masas. Uno de éstos hechos es la evidente relación entre un elevado aporte de sodio en la dieta y la aparición de HTA. Existe importante relación entre un elevado aporte de sodio en la dieta y la aparición HTA. Hay abundante evidencia científica que incluye modelos animales que desarrollan HTA tras grandes sobrecargas de sodio en individuos genéticamente sensibles (6). Así mismo hay muchas evidencias epidemiológicas que relacionan la ingesta elevada de sodio con las cifras tensionales (5,6,3). Se sabe que en personas cuya ingesta diaria de sodio es igual o mayor que 50 a 70 mmoles, la posibilidad de desarrollar HTA es escasa o nula. Si mantienen una ingesta superior al umbral de 100 a 150 mmoles/día, presentan cierta frecuencia elevada de HTA que no aumenta con ingestas superiores a 150 mmoles/día (3). Se conoce el hecho de que cuando grupos de personas estudiadas aumentan su ingesta de sodio sus cifras tensionales también tienden a elevarse (6). Por otro lado en pacientes con cifras tensionales elevadas se logra un descenso de éstas de 5 a 10 mmHg con una disminución de la ingesta de sodio. Así mismo

centro médico

Dr. Ovidio Antonio Pérez Puyarena - Dr. Andrés José Rodríguez Meza - Dr. Guillermo José Rodríguez Rojas
Dra. Laura Del Valle Soria Brito - Dr. José Avilan.

se conoce la aparición de HTA como consecuencia de retención de sodio producida por administración de exógena de mineralocorticoides (4). Conocemos así mismo el efecto de la administración exógena de sodio en niños provenientes de familias con historia de HTA en los cuales se produce una elevación significativa de las cifras tensionales a la vez que retienen sodio en períodos de stress (5).

Con respecto a la aparición de HTA en pacientes en edades escolares, ha cambiado el modo de enfocar el problema en los últimos 30 años. En la década de los '60 se consideraba que en la mayoría de los escolares hipertensos, la aparición de la patología era secundaria a otro proceso subyacente. Es decir, que en la mayoría de los casos la HTA en escolares, y en edades pediátricas en general, se consideraba secundaria.

Actualmente se sabe que la mayor parte de los pacientes en edades pediátricas, en especial en la adolescencia, presentan un riesgo mayor de desarrollar HTA como adultos, si han

presentado cifras tensionales elevadas, o bien cercanas al límite superior durante las edades tempranas de la vida (1). Es por ésta razón que la determinación de la presión arterial en las consultas pediátricas debe ser práctica rutinaria. Si las cifras se encuentran por encima del percentil 95 para la edad del paciente, esto debe alertar al pediatra de que se encuentra ante un individuo con elevado riesgo para desarrollar HTA durante su vida adulta. Si además el niño proviene de una familia con historia positiva de HTA, el estudio del paciente se hace imperativo (4).

Se conocen muchas entidades nosográficas que producen o cursan con elevación de las cifras tensionales y son las que deben entrar dentro del diagnóstico diferencial de la HTA esencial (ver tabla 1).

Para comparar las cifras tensionales encontradas, se utilizaron las tablas de tensión arterial normal de HORAN M.J.(2).

TABLA NUMERO 1
ENFERMEDADES ASOCIADAS A HTA CRONICA EN LA INFANCIA

NEFROPATIAS

PIELONEFRITIS CRONICA
GLOMERULONEFRITIS CRONICA
HIDRONEFROSIS
RIÑÓN DISPLASICO CONGENITO
RIÑÓN POLIQUISTICO
QUISTE RENAL SOLITARIO
REFLUJO VESICOURETERAL
HIPOPLASIA SEGMENTARIA
(RIÑÓN DE ASK-UPMARK)
OBSTRUCCION URETRAL
TUMORES RENALES
TRAUMATISMOS RENALES
POST TRANSPLANTE
POST IRRIDIACION

VASCULARES

COARTACION DE AORTA TORACICA O ABDOMINAL
LESIONES DE ARTERIA RENAL
CATETERISMO DE ARTERIA UMBILICAL
NEUROFIBROMATOSIS
TROMBOSIS DE VENA RENAL
VASCULITIS
SHUNTS ARTERIOVENOSOS

ENDOCRINOPATIAS

HIPERTIROIDISMO
HIPERPARATIROIDISMO
HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGENITA
SINDROME DE CUSHING
FEOCROMOCITOMA
HIPERALDOSTERONISMO
HIPERALDOSTERONISMO SENSIBLE
A DEXAMETASONA
OTROS TUMORES DE CRESTA NEURAL

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

LOEs INTRACRANEALES
HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA
TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

ESCENCIAL

HIPORRENINEMICA
NORMORRENINEMICA
HIPERRENINEMICA

MODIFICADO DEL NELSON TEXTBOOK OF PEDIATRICS 13 va. EDICION 1989 PAG. 1111-1115

MATERIALES Y METODOS

La población estudiada comprendió todos los escolares de tres centros poblados del estado y sus respectivas zonas de influencia. Estos tres centros poblados son:

- 1).- El Valle del Espíritu Santo - Las piedras del Valle
- 2).- Los Millanes - Las Cabrerías
- 3).- Isla de Coche

Se seleccionaron estas tres poblaciones por las diferencias aparentes de los hábitos alimentarios de sus moradores. Por su propia situación relativamente aislada del centro del estado y por la gran importancia que reviste la actividad pesquera en la economía de la región, es de esperarse que los productos marinos, con su elevado aporte de sodio, constituye parte importante de la dieta de los pobladores de la Isla de Coche. En el otro extremo del espectro, tenemos la población del Valle del Espíritu Santo compuesta en su mayoría por comerciantes y profesionales y cuyo poder adquisitivo les permite imprimir una mayor variedad a su dieta diaria incluyendo alimentos procesados tal vez en mayor proporción que en las otras dos poblaciones. Como elementos de equilibrio se incluye la población de Los Millanes que gozan de una situación económica que si bien no les permite ciertos lujos, si logran imprimir un cierto grado de variedad dietética aparte de los productos marinos.

Cada una de éstas poblaciones se encuentra en un distrito sanitario diferente. El Valle del Espíritu Santo pertenece al distrito sanitario número 1. En éste distrito hay un total de 895 niños inscritos en centros educativos de educación primaria. Si a éstos restamos los 181 cursantes del preescolar tenemos un total de 710 escolares a estudiar. A éste total hay que sumar el número de niños en edad escolar que no acuden a clases para tener el total real de escolares del distrito. En la Isla de Coche, que pertenece al mismo distrito, se cuentan un total de 927 niños en centros educativos del estado. Si a esto le restamos los 154 cursantes de preescolar tenemos un total de 763 escolares con la misma salvedad que en el caso anterior. Por último en Los Millanes, que pertenece al distrito sanitario número 3 tenemos un total de 582 inscritos en centros educativos de los cuales 78 son de preescolar en lo que nos deja un total de 504 escolares en ésta población.

Remitiéndonos a los anuarios de Epidemiología y Estadística Vital (AEEV) nos encontramos con los siguientes datos:

Dtto N°3 Los Millanes	1857 escolares
Dtto N°1 El Valle del Espítu Santo	1436 escolares
Dtto N°1 Isla de Coche	1320 escolares
TOTAL	4313 escolares

Nuestra muestra de 299 escolares representa un 6.48% del total de escolares existentes en las tres poblaciones. Desglosándolo por población tenemos:

Dtto N°3 Los Millanes	098 escolares (5.30%)
Dtto N°1 El Valle del Espítu Santo ..	106 escolares (7.40%)
Dtto N°1 Isla de Coche	095 escolares (7.20%)

MUESTRA

La muestra se seleccionó entre los escolares de las tres poblaciones ya descritas. Se tomaron 98 escolares de Los Millanes, 106 de El Valle del Espíritu Santo y 95 de la Isla de Coche para un total de 299 escolares encuestados. Las encuestas se realizaron entre los escolares que acudían a las consultas de las medicaturas respectivas, en visitas a los centros educativos y en visitas casa por casa. Se excluyeron aquellos escolares que presentaron antecedentes positivos para asma bronquial, y que estuviesen recibiendo o hubiesen recibido tratamiento con agentes betamiméticos en los dos meses previos a la realización de la encuesta. Así mismo se excluyeron todos aquellos niños que presentasen antecedentes de HTA ya diagnosticada y tratada y con cualquier entidad nosográfica que pudiese alterar las cifras tensionales (ver tabla N° 1).

MATERIALES

Encuesta:

Los datos se recogieron por medio de encuestas que se realizaron bien a las madres de los niños o a las personas encargadas de la compra de alimentos del grupo familiar. Como se explicó en otro apartado, las encuestas se aplicaron bien en consultas preventivas o curativas, en los colegios o en los domicilios de los escolares.

Esfigmomanómetro:

Se utilizó un tensiómetro automático digital para evitar cualquier error que pudiera surgir de la utilización de tres tensiómetros manuales de mercurio o aneroides, empleados por tres operadores distintos. La elección recayó sobre un OMRON modelo HEM-400 que realiza las mediciones por método oscilométrico, lo que ofrece la ventaja adicional de no verse afectado por ruidos extremos cosa que si ocurre con los aparatos con medición por micrófono.

METODOS ESTADISTICOS

Se procedió inicialmente a verificar si había variación estadísticamente significativa en la composición de la muestra en lo que a edad y sexo se refiere, a través del método de X^2 , tanto las tensiones sistólicas como las diastólicas fueron estudiadas con un análisis de la varianza, así como los hábitos dietéticos.

RESULTADOS

Al realizar la comparación estadística para determinar las posibles diferencias en la composición de la muestra por edad o sexo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa. Esto reviste especial importancia pues elimina el riesgo de hallar diferencias significativas que luego pudiesen imputarse a diferencias etarias o de sexo.

Con respecto a las tensiones arteriales sistólicas, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las tres poblaciones. Sin embargo, al comparar las tensiones diastólicas, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en las tensiones de El Valle del Espíritu Santo con respecto a las otras dos poblaciones que no mostraron diferencia estadística entre sí.

Al comparar el consumo de sal entre las tres poblaciones no se encontró diferencia estadísticamente significativa en los resultados aportados por la encuesta. Estas cifras de consumo de sal se obtuvieron al dividir la cantidad de sal comprada durante el mes (en gramos) entre el número de personas que componen el grupo familiar. Con respecto a los otros componentes de la dieta resultó particularmente difícil de cuantifi-

carlos debido a la poca precisión obtenida por la encuesta. Sin embargo, se pudo calcular el consumo semanal promedio de pescado entre las tres poblaciones evidenciándose una diferencia altamente significativa a favor de la Isla de Coche seguido por Los Millanes y en último lugar por El Valle del Espíritu Santo (ver cuadros y gráficos anexos).

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos se puede concluir que los niños de El Valle del Espíritu Santo presentan un riesgo mayor de HTA que los de las otras tres poblaciones sin que esto pueda imputarse a diferencias en los hábitos dietéticos o a una elevada ingesta de sodio. No se puede relacionar la ingesta de sodio como sal común o como parte de algún otro alimento en la diferencia de tensiones observadas en las tres poblaciones. Hace falta realizar estudios más profundos que permitan detectar cual es el factor o factores que inciden en la presencia de mayor número de niños con cifras tensionales muy cercanas al percentil 95 en la población escolar del Valle del Espíritu Santo.

CUADRO NUMERO 1

Distribución de los escolares por edades en las tres poblaciones estudiadas.

EDADES	VALLE DEL ESPIRITU SANTO	LOS MILLANES	COCHE	TOTAL
6 años	13	07	15	35
7 años	15	09	18	42
8 años	17	08	09	34
9 años	13	25	13	51
10 años	17	27	06	51
11 años	17	10	10	47
12 años	14	12	24	46
TOTALES	106	98	99	299

CUADRO NUMERO 2

Distribución de la tensión arterial sistólica en las tres poblaciones estudiadas

TENSION SISTOLICA	VALLE DEL ESPIRITU SANTO	LOS MILLANES	COCHE
71 - 75	01	01	00
76 - 80	04	01	02
81 - 85	04	03	03
86 - 90	10	09	06
91 - 95	17	12	18
96 - 100	18	22	13
101 - 105	17	18	18
106 - 110	13	14	17
111 - 115	09	08	08
116 - 120	04	03	06
121 - 125	03	00	02
126 - 130	00	01	00

CUADRO NUMERO 3

Distribución de la tensión arterial diastólica en las tres poblaciones estudiadas

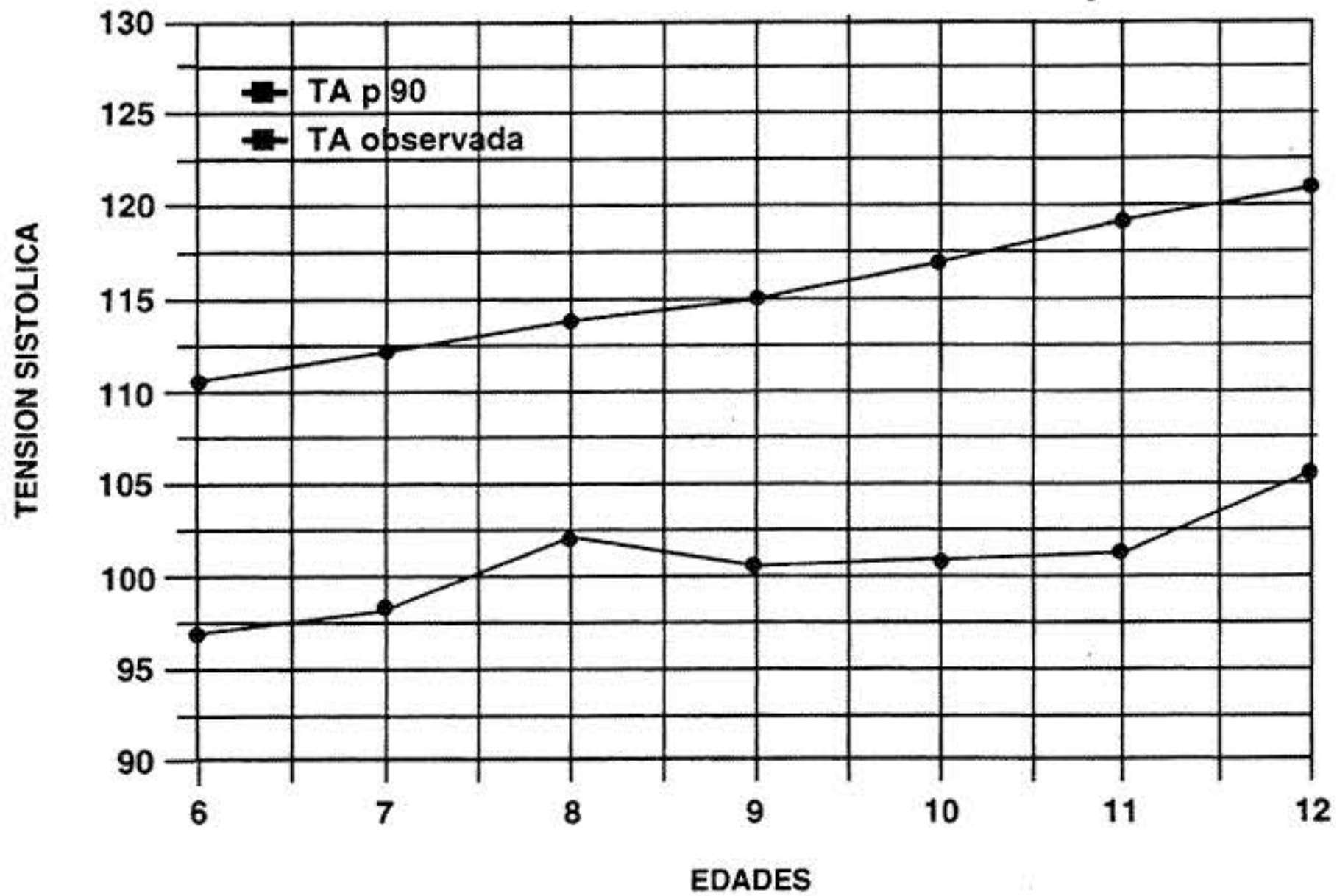
TENSION DIASTOLICA	VALLE DEL ESPIRITU SANTO	LOS MILLANES	COCHE
36 - 40	02	00	01
41 - 45	07	07	04
46 - 50	10	17	08
51 - 55	17	17	17
56 - 60	23	28	29
61 - 65	23	18	20
66 - 70	09	09	15
71 - 75	06	02	04
76 - 80	05	00	01
81 - 85	03	00	00
86 - 90	00	00	00
91 - 95	00	00	00
96 - 100	00	00	00
101 - 105	01	00	00
TOTALES	106	98	99

CUADRO NUMERO 4

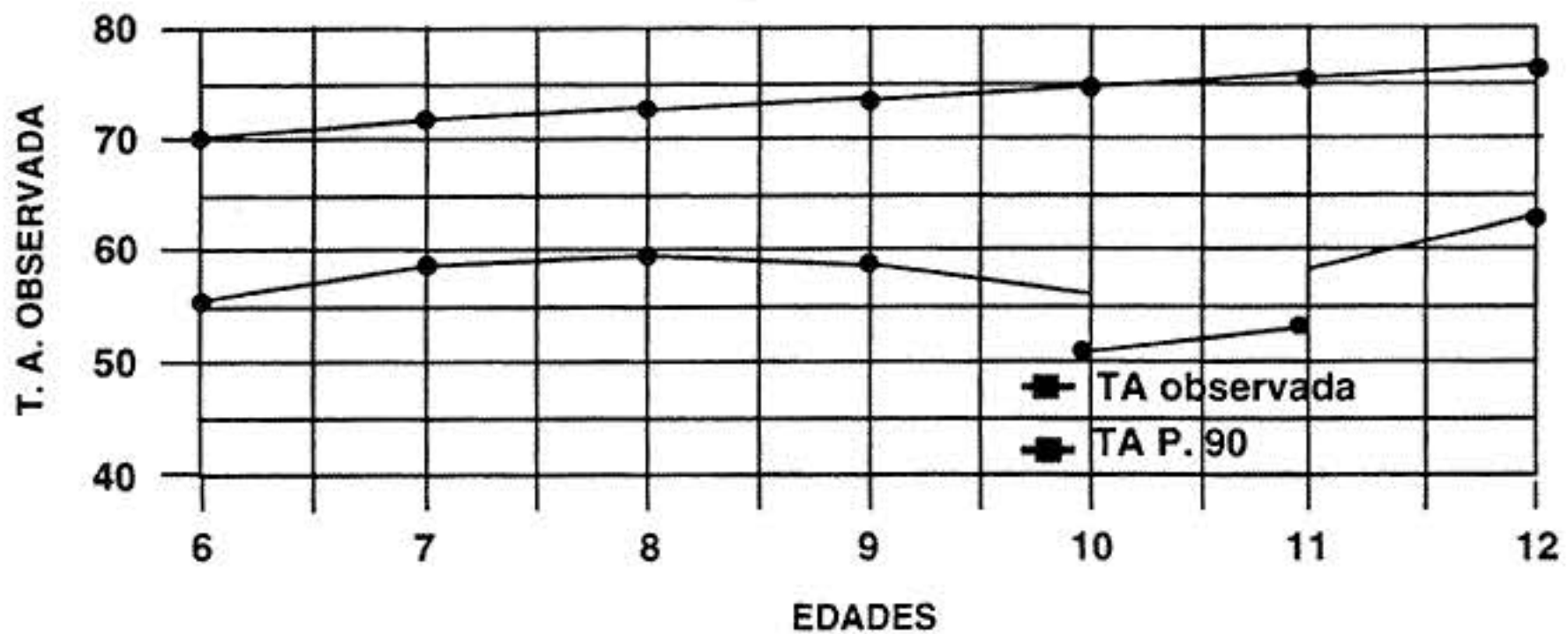
Composición de la dieta en los escolares estudiados (los números representan veces por semana excepto donde se indique lo contrario)

COMPONENTE DE LA DIETA	NUMERO DE VACES POR SEMANA
Pescado fresco	6.518
Vísceras	0.746
Cerdo y derivados	1.770
Productos lácteos	8.900
Frituras	9.800
Carnes rojas	2.500
Huevos	2.700
Gramos de sal por día	6.970

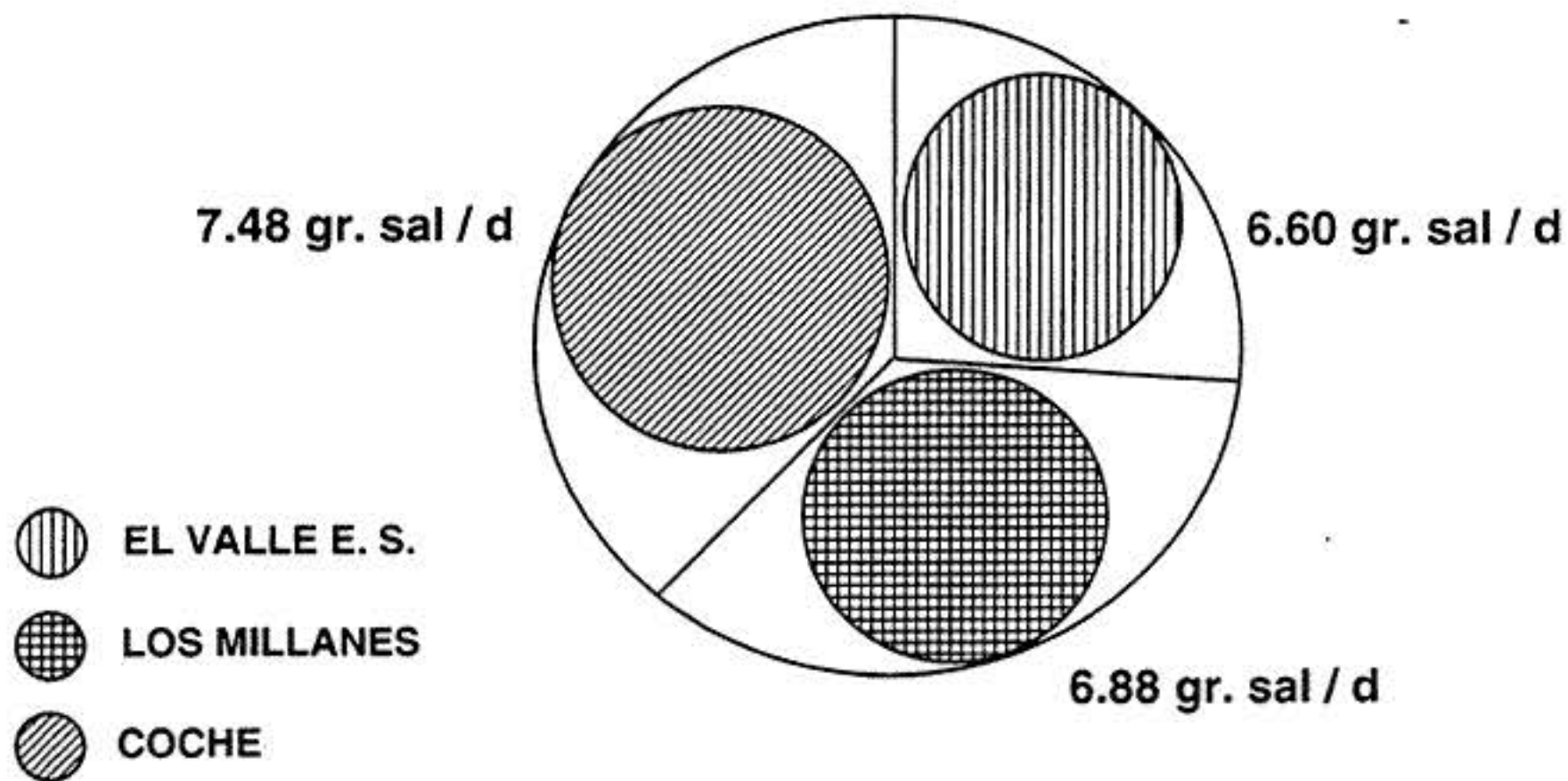
COMPARACION DE TENSIONES SISTOLICAS OBSERVADAS
CON TENSIONES NORMALES SEGUN HORAN M. J.



COMPARACION DE T. A. DIASTOLICAS OBSERVADAS
CON T. A. DIASTOLICAS NORMALES SEGUN HORAN M. J.



CONSUMO DIARIO DE SAL EN LAS TRES POBLACIONES ESTUDIADAS



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Horan M. J. Pediatrics; Primary hypertension in adolescents, facts and unresolved issues. 1975, 1; 1-25.
2. Lauer R. M. Anderson A. R. Beaglehole. Factors related to tracking of blood pressure in children. Hypertension. 1984, 6:307.
3. Behrman R.E. Vaughan V.C. Nelson textbook of pediatrics. editorial interamericana. 13era Edición. Capt 18. 1989, 1111-1115.
- 4.- Gruskin A.B. Salt and hypertension. J. Lab. Clin. Med. 1989, 19;64 (16) 35f - 40f.
5. Pearlman S.A. Salt intake and blood pressure in general population. J. Hypertens. 1988,6; (12): 965 - 973.
6. Baluarte H.T. Salt intake and myocardial hypertrophy in essential hypertension. Jama 1989, 1: 262(9) 1187 -1188.

Dolor de Rodilla en Adultos

Enfoque Diagnóstico

Dr. Oscar A. Dib B.*

Dr. Federico Fernández Palazzi**

RESUMEN

En éste trabajo se hace un enfoque diagnóstico de las patologías dolorosas de la rodilla en adultos.

Por medio de diagramas de flujo se plantean los diagnósticos diferenciales y tratamiento.

ABSTRACT

An overview of the different diagnostic possibilities of an adult painful knee is reviewed.

* Residente de Ortopedia, 3er año, Hospital San Juan de Dios, Caracas.

** Jefe del Servicio de Ortopedia "C", Hospital San Juan de Dios, Caracas.

PALABRAS CLAVE

Dolor de Rodilla - Rodilla en Adultos - Diagnóstico Rodilla

DOLOR DE RODILLA EN ADULTOS ENFOQUE DIAGNOSTICO

El dolor en la rodilla es una causa frecuente de consulta en pacientes adultos sobre todo aquellos que mantienen una vida activa desde el punto de vista deportivo. Son muchas las patologías que pueden ocasionar sintomatología en esta articulación y por eso es importante que el ortopedista sepa orientar el diagnóstico de acuerdo al grupo etario, actividades del paciente y mediante el examen clínico para poder indicar el tratamiento adecuado.

Una buena historia y examen clínico pueden, en muchos casos revelar al ortopedista la causa del dolor en la rodilla del paciente. Si se le da la oportunidad, el paciente con mucha frecuencia nos revela el problema: "Se me salió la rótula" o "sentí que algo se desgarró dentro de la rodilla". Similarmente, un examen clínico sistemático y detallado es invaluable. Por ejemplo, algunas veces se omite la observación de como el paciente se para y camina. Por lo tanto una sutil deformidad en varo no se aprecia mientras está en posición supina y por lo tanto, una laxitud concomitante del ligamento medial, la cual es secundaria a la erosión ósea, podría ser erróneamente diagnosticada como una lesión primaria del ligamento.

Es igualmente importante que el ortopedista conozca que patologías son más frecuentemente encontradas en un determinado paciente de acuerdo a su edad y a las actividades que realiza. Esta información puede afectar la dirección del interrogatorio, la interpretación de las respuestas y el enfoque del examen físico. De ésta manera, por ejemplo, la realización

de maniobras meniscales o de estabilidad ligamentaria son inapropiadas para un paciente de 70 años con una gran y obvia osteoartrosis.

Es evidente que un problema orientado hacia el examen físico, tomando en cuenta la variabilidad de patologías que afectan en los diferentes grupos etarios, puede ser extremadamente útil y ahorrarnos tiempo.

Vamos a comenzar esta revisión considerando el examen físico de la rodilla en dos diferentes tipos de pacientes: por encima de los 45 años y por debajo de los 45 años. Con esto no se quiere decir que no existan causas comunes de dolor en los dos grupos, sino enfatizar el enfoque a probables causas y dirigir el examen hacia un diagnóstico en el menor tiempo posible minimizando el costo y la incomodidad del paciente.

Luego evaluaremos esquemáticamente las posibles causas de dolor de rodilla en los diferentes compartimientos y su enfoque terapéutico.

PACIENTES POR DEBAJO DE LOS 45 AÑOS DE EDAD

Consideraciones Diagnósticas Generales:

Las patologías más frecuentemente encontradas en pacientes por debajo de 45 años que producen dolor de rodilla son las lesiones meniscales, las lesiones de ligamentos y los síndromes paterales (dolor e inestabilidad).

Lesiones meniscales y ligamentarias:

Las lesiones meniscales y ligamentarias son producidas por traumatismos y son más frecuentemente unilaterales. Una lesión por torsión de la extremidad generalmente lesiona bien sea el menisco, el ligamento cruzado anterior o ambos. Es importante que el paciente de una descripción precisa del mecanismo de la lesión. La sensación de un "pop" puede ser característico de un desgarro del ligamento cruzado anterior. Este tipo de lesión ocurre con frecuencia en deportes como basket-ball y el esquí. Muchas de esas lesiones podrían parecer relativamente triviales y ocurrir en el transcurso de actividades diarias comunes. Por ejemplo, mientras se está de cuclillas en una posición difícil, podría desgarrarse el menisco. Otras lesiones severas que ocurren en deportes de contacto sugieren lesión de los ligamentos colaterales y posiblemente del ligamento cruzado posterior. Un trauma severo en un accidente de carro debe hacer sospechar la posibilidad de una lesión del ligamento cruzado posterior.

Luxación de rótula:

Traumatismos similares a los que producen lesión en los meniscos o en los ligamentos, también pueden producir

luxación de la rótula. En pacientes jóvenes puede ser particularmente difícil diferenciar una lesión del ligamento cruzado anterior de una luxación aguda de la rótula solamente con la historia. En ambas instancias el paciente puede quejarse de que "la rodilla se salió". Por lo tanto, más típicamente, la inestabilidad patelar así como los síndromes de dolor patelar son de comienzo insidioso y con frecuencia son bilaterales. La bilateralidad sugiere una etiología anatómica y un problema patelar debe ser sospechado hasta que se pruebe lo contrario.

Síntomas:

Dolor: Mientras que el sitio del dolor puede ayudarnos en el diagnóstico, también con frecuencia puede engañarnos. Por ejemplo, desgarros del menisco interno producen dolor en la línea articular medial y con frecuencia está estrictamente localizado. Por otro lado, pacientes con trastornos rotulianos, con frecuencia perciben el dolor en la misma zona.

Inestabilidad: El paciente con frecuencia está consciente de lo que está pasando y hace descripciones como: "se me sale la rótula". Una frase como "la rodilla se me disloca" o una descripción de sensación de torsión son dadas por pacientes que presentan inestabilidad ligamentaria, particularmente con insuficiencia del ligamento cruzado anterior. La inestabilidad puede ocurrir diariamente, pero más frecuentemente es episódica, al realizar alguna actividad determinada, particularmente deportes.

Derrame Articular: Con frecuencia el derrame articular de la rodilla es sólo una sensación subjetiva que no puede ser objetivamente confirmada. El verdadero derrame articular es mayormente palpable por encima de la rótula, mientras que un derrame subjetivo usualmente es descrito en la región infrapatelar. Una rápida inflamación luego de un traumatismo generalmente indica que hay una hemartrosis. Las lesiones del LCA, los desgarros periféricos meniscales, las fracturas intrarticulares y las luxaciones traumáticas de la rótula están más comúnmente asociadas con hemartrosis. El derrame articular que ocurre muchas horas después de la lesión, es causado más comúnmente por desgarros meniscales o por subluxación rotuliana.

Bloqueo: Causas mecánicas como un fragmento interpuesto de menisco, puede causar bloqueo de la rodilla y podría marcarse como un rasgo diagnóstico característico. Por ejemplo, un bloqueo transitorio, en el cual el paciente está consciente de la presencia de un cuerpo libre intrarticular e incluso hasta es capaz de palparlo, es difícilmente confundido con otra causa. Así mismo, un bloqueo asociado con un chasquido palpable del menisco no puede ser mal interpretado. El bloqueo puede ser causado por cualquier anomalía que interfiera con el sistema de movimientos de deslizamiento y rotacionales de la articulación. De manera que, la interpretación del bloqueo articular debe ser hecha con precaución. Similarmente, uno debe diferenciar el verdadero bloqueo con

la sensación de bloqueo en la rodilla flexionada que puede ser referida en pacientes con desórdenes rotulianos.

PACIENTES POR ENCIMA DE LOS 45 AÑOS DE EDAD

Consideraciones Diagnósticas Generales:

Dentro de este grupo etario, predomina la osteonecrosis y la degenerativa. Los desgarros agudos de menisco también ocurren, pero las lesiones meniscales son más comúnmente de etiología degenerativa. Los síntomas patelares son consecuencia de osteoartrosis más que de problemas de malalineación. El dolor y la limitación funcional para la marcha son los síntomas más comunes.

Síntomas:

Sintomatología Inicial: Una descripción precisa del inicio de los síntomas es útil, particularmente en relación a la lesión. Los desórdenes degenerativos son usualmente bilaterales y son de comienzo insidioso. La osteonecrosis se presenta dramáticamente de repente, está bien localizada y el paciente recuerda muy bien el instante en que aparecieron los síntomas ("estaba cruzando la calle cuando..." "me levanté de la cama y sentí este dolor terrible...").

Dolor: A diferencia de los pacientes jóvenes, la localización del dolor no siempre es útil. Por ejemplo, la artrosis patelofemoral, con frecuencia causa dolor poplíteo, si además, hay la presencia de un quiste poplíteo, el dolor y el quiste podrían ser erróneamente conectados. El fenómeno de la artrosis de cadera que se presenta como dolor de rodilla es bien conocido. Se presenta un dolor similar referido en la rodilla del mismo lado y el sitio de la sensación dolorosa no es una buena indicación de su localización.

Inestabilidad y Bloqueo: En este grupo etario los síntomas menos comunes son los de inestabilidad y bloqueo. Cuando ellos ocurren, usualmente son causados por ratones intrarticulares. El paciente está consciente de la presencia de un cuerpo libre y puede sentirlo moverse dentro de la rodilla. Los cuerpos libres intrarticulares son frecuentemente vistos en rodillas artrósicas y normalmente no son significativos. Deben ser ignorados a menos que el paciente refiera molestia y esté consciente de la presencia del fragmento. La suposición de que el cuerpo libre causa dolor sin que el paciente sienta su presencia, es errónea.

Evaluación de la Incapacidad:

En articulaciones artrósicas, debe realizarse una evaluación de la incapacidad tomando en cuenta la distancia que camina, la habilidad para ponerse de pie, subir escaleras, pasarse a una silla, ir de compras y el uso de bastón. La severidad del dolor es evaluada durante la actividad y el reposo.

Dentro de esta población, debe considerarse problemas en otras articulaciones. Una radiculopatía lumbar o una artrosis de cadera pueden referir el dolor a la rodilla. En la artritis

reumatoidea, el dolor en pie y el tobillo limitan la actividad, lo que puede reflejarse en la rodilla. La rigidez e inflamación de los dedos puede significar una sinovitis de origen reumática en la rodilla.

PRUEBAS ESPECIALES

Alineación: La alineación es mejor apreciada con el paciente de pie y caminando; de esta manera las deformidades en varo o valgo y la asimetría entre las piernas puede ser mejor evaluada que con el paciente acostado. Anormalidades torsoniales como la anteversión femoral, torsión externa de la tibia y malalineación rotuliana son mejor apreciadas cuando el paciente se para con los pies juntos.

Derrame Articular: Un derrame articular siempre es visible como una plenitud e inflamación de la bolsa suprapatelar. Esto es confirmado por palpación y choque rotuliano contra la tróclea femoral.

Meniscos: Se han descrito numerosas maniobras de rotación para diagnosticar las lesiones de los meniscos. El propósito de éstas es atrapar el menisco móvil o sus fragmentos desgarrados entre las superficies articulares, causando dolor y/o chasquido. Las tres pruebas más ampliamente utilizadas son la de McMurray, la de Apley y la de Steinmann.

Rótula: Las pruebas para la rótula incluyen la evaluación de su superficie articular y su alineación, así como de las estructuras blandas que la rodean.

Ligamentos: La laxitud de la rodilla puede variar de una persona a otra, de modo que debe utilizarse como control la rodilla contralateral que presumiblemente está sana. Dentro de las pruebas más utilizadas para evaluar la integridad del ligamento cruzado anterior tenemos la prueba de Lachman, la prueba del cajón anterior y la prueba de movimiento en pivote hacia afuera (prueba de Machintosh o de Lemaire).

La integridad del ligamento cruzado posterior debe realizarse con la prueba del cajón posterior. Para evaluar la integridad del complejo ligamento posteroexterno el examinador debe evaluar el desplazamiento posterior y la rotación axial del platillo tibial. Para valorar la inestabilidad rotatoria posteroexterna, las pruebas más comúnmente utilizadas incluyen la prueba de rotación externa en recurvatum, la prueba del cajón posterolateral y la maniobra del cambio de pivote invertido. La integridad del complejo ligamentario posterointerno se evalúa mediante el signo del tirón posterointerno y posteroexterno de Hughston. Otra forma de explorar los ligamentos colaterales internos y externos es mediante la producción de valgo o varo con la rodilla con 20 a 30° de flexión.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Radiografía Simple: Debe tomarse siempre Rx de las dos rodillas para poder comparar. Las proyecciones más utiliza-

das son la anteroposterior con el paciente de pie, la lateral con la rodilla en semiflexión y las axiales de rótula.

Radiografía en Estrés: El estrés en valgo o en varo nos permite cuantificar objetivamente el grado de lesión de los ligamentos.

TAC: Permite evaluar problemas de malalineación patelofemoral, presencia de tumores y cuando se utiliza con contraste las lesiones condrales.

RMN: Permite la evaluación no invasiva de lesiones en los meniscos, ligamentos y condrales.

A continuación expondremos de manera esquemática las posibles causas de dolor en los diferentes compartimientos de la rodilla y su enfoque terapéutico:

DOLOR EN EL COMPARTIMIENTO MEDIAL

El dolor en el compartimiento medial de la rodilla, se presenta con mucha frecuencia en los adultos. Este puede ser debido a varias causas incluyendo problemas de hiperpresión rotuliana, lesiones meniscales, lesiones del ligamento medial y enfermedad degenerativa articular. Algunas veces el problema no puede diagnosticarse. Es necesario un examen cuidadoso para establecer la presencia de hallazgos objetivos.

DIAGNOSTICO

Debe obtenerse una historia cuidadosa donde se asocie el dolor a determinadas actividades como subir escaleras, correr, girar o agacharse; determinar si los síntomas se alivian con el reposo. En individuos de mediana edad, comúnmente el dolor es debido a problemas de hiperpresión rotuliana, lesiones del menisco o enfermedad degenerativa del compartimiento medial.

El examen físico debe concentrarse en la documentación de evidencia objetiva de patología articular. La atrofia del cuádriceps, la inflamación, el derrame articular, disminución en los rangos de movimiento y los signos de atrapamiento meniscal son indicadores confiables de problemas en el compartimiento interno de la rodilla. Los cambios degenerativos tempranos no deben ser asociados con hallazgos objetivos. Los pacientes con síntomas persistentes deben ser observados por un período de tiempo hasta que la patología de base se descubra por ella misma. Deben realizarse Rx con proyecciones anteroposterior y lateral para descartar enfermedad degenerativa del compartimiento medial, así mismo como proyecciones tangenciales de la rótula para los problemas femoropatelares.

Un examen cuidadoso de la rodilla puede distinguir entre una discreta hipersensibilidad del retináculo medial, por encima de la línea articular medial, y un verdadero dolor localizado en ésta. La hipersensibilidad del retináculo medial es análogo al síndrome de hiperpresión rotuliana externa, comúnmente asociado a un problema de malalineación

patelofemoral. El dolor difuso en la línea articular medial es más consistente con la enfermedad degenerativa, mientras que el dolor específico en esta misma área es causado más frecuentemente por lesión del ligamento medial o por patología meniscal. Las maniobras de producir un valgo forzado de la rodilla y de atrapamiento meniscal pueden ayudar a diferenciar si la lesión es del ligamento medial o del menisco. El dolor del ligamento medial puede deberse a una continua tracción por deformidad en valgo durante la deambulación o por lesiones repetidas del mismo. En esta última situación, se puede observar una calcificación sobre el tubérculo del vasto interno radiográficamente (enfermedad de Pellegrini-Stieda). (Ver diagrama 1).

DOLOR EN EL COMPARTIMIENTO LATERAL

El dolor en la línea articular lateral es menos común que en la medial. Las causas más comunes de dolor en este sitio incluyen lesión meniscal, enfermedad degenerativa articular del compartimiento lateral e irritación de la bursa del cóndilo femoral lateral.

DIAGNOSTICO

Preguntar si hay antecedente previo de lesión o de actividades específicas como subir escaleras, lo cual empeora el dolor. El bloqueo es menor que cuando se producen desgarros del menisco medial. Los quistes meniscales usualmente se incrementan de tamaño después de una actividad y se reducen durante el reposo.

Debe palparse el cóndilo femoral lateral durante la flexión y extensión, buscando crepitación y sensibilidad sugestivas de un síndrome de banda iliotibial. Un signo de cajón positivo es indicativo de una inestabilidad anterolateral rotatoria y sugiere un desgarramiento del menisco lateral.

Los hallazgos objetivos consisten en atrofia del cuádriceps, derrame articular, quiste en la línea articular, signo positivo de atrapamiento meniscal con limitación para la flexo extensión completa y un signo de cajón antero-posterior combinado con pruebas de inestabilidad positivas.

El síndrome de banda iliotibial es causado por fricción entre el cóndilo lateral femoral y la banda iliotibial que se desplaza hacia atrás y hacia adelante durante los rangos de movilidad de la rodilla. El síndrome aparece típicamente después de un incremento súbito en la actividad. Una larga caminata o un incremento en la rutina del trote puede provocar este síndrome. La modificación de la actividad, incluyendo reposo y antiinflamatorios normalmente son suficientes para controlar los síntomas.

La enfermedad articular degenerativa del compartimiento lateral es típica después de un traumatismo o de una larga deformidad en valgo secundaria a una lesión o cirugía. La necrosis avascular del cóndilo femoral lateral, también puede producir este problema.

Otras causas comunes de dolor en la línea articular lateral son ratones intrarticulares o lesiones meniscales. Una rodilla con bloqueo intermitente, síntomas referidos al lado externo de la rodilla y una protrusión visible en la piel sobre la línea articular sugiere un ratón intrarticular. Una radiografía común frecuentemente confirma el diagnóstico.

Los quistes del menisco externo usualmente son consecuencia de un traumatismo del menisco. Generalmente el paciente no recuerda un traumatismo en particular, pero una tumoración gradual en la línea articular lateral que desaparece con la flexión y extensión máximas, es patognomónico. Si esta lesión se deja mucho tiempo, puede ocurrir erosión del cóndilo lateral. El tratamiento de elección es la meniscectomía. (Ver Diagrama 2).

DOLOR EN EL COMPARTIMIENTO ANTERIOR

El dolor del compartimiento anterior de la rodilla usualmente es causado por anomalías en la articulación femoropatelar (más comúnmente asociado a problemas de malalineación), cuerno anterior del menisco y de la bolsa suprarrotuliana. La articulación femoropatelar es un delicado sistema balanceado muy susceptible ante cambios en el tipo y nivel de la actividad física. Un incremento en la rutina del trote o un cambio en el sitio de trabajo, donde haya que subir más escaleras, son ejemplos típicos. Un traumatismo continuo en la parte anterior de la rodilla, como trabajar de rodillas, puede producir una bursitis prerrotuliana y otras irritaciones locales.

DIAGNOSTICO

En el interrogatorio hay que tratar de relacionar los síntomas con una lesión o actividad específica. Determinar si la rodilla se bloquea, si hay resalte o chasquido. Determinar la relación entre la sensación del paciente y su localización dentro de la rodilla.

Comenzar el examen observando la marcha y determinando la alineación del miembro. Un incremento en el ángulo Q sugiere un posible problema femoropatelar. Insall notó que un ángulo Q aumentado o una rótula alta pueden contribuir a luxación o subluxación de la rótula. Evaluar en general la firmeza del mecanismo del cuádriceps. Movilizar la rodilla y palpar sobre cada línea articular buscando crepitación. Ubicar el sitio del dolor. Deben realizarse las maniobras para meniscos.

Una hipersensibilidad en la línea articular anterior sugiere lesión del cuerno anterior del menisco o una patología del tendón rotuliano. La hiperextensión de la rodilla y las maniobras para meniscos pueden distinguir esta entidad de una tendinitis del tendón rotuliano. El dolor localizado en el polo inferior de la rótula es más consistente de una tendinitis patelar.

"La rodilla de Saltador" es sugestiva de una historia de incremento en la actividad con alto impacto. Esta es diagnos-

ticada por la presencia de dolor comúnmente localizado en la inserción del tendón rotuliano en la patela. La bursitis prerrotuliana debe ser diferenciada de una celulitis o un derrame articular. Un derrame articular produce inflamación generalizada y borramiento de los relieves de la rodilla; la bursa prerrotuliana, cuando se inflama, se presenta en un área bien circunscrita sin distorsión de las otras zonas de la rodilla. La celulitis está acompañada por inflamación y eritema extendido dentro de los límites de la rótula. El signo del tímpano y la transluminación pueden ser útiles para diferenciar estas dos entidades.

Las fracturas por estrés de la rótula se presentan típicamente con dolor mientras se trotta o se realiza una actividad deportiva. Una radiografía tangencial de la rótula puede evidenciar una irregularidad de la superficie articular y la avulsión de un pequeño fragmento. La fractura rara vez está desplazada y excepcionalmente requiere tratamiento quirúrgico.

La condromalacia usualmente se refiere al síndrome clínico caracterizado por dolor retropatelar relacionado con actividades isotónicas como el trote, subir escaleras y caminar. El paciente típico es en adulto joven que refiere dolor anterior en la rodilla. Usualmente el dolor es sordo con crisis agudas, exacerbado con actividades como subir o bajar escaleras, trote o saltos y que se alivia con reposo y hielo. El paciente puede o no estar activo deportivamente. El dolor puede presentarse estando sentado por períodos largos en un carro, avión o en el cine. Inicialmente la articulación patelofemoral puede ser lisa al examen y con apariencia normal en la artroscopia. Eventualmente la superficie articular comienza a desgastarse y hacerse irregular. El carácter del dolor no es claro. El común denominador es una tracción lateral patelar secundaria bien sea a una alineación estática o dinámica deficiente. La reducción de una rótula subluxada o luxada recurrentemente puede causar dolor por la constante presión que ejerce la faceta medial contra la tróclea lateral del fémur. La clave del hallazgo físico incluye un incremento del ángulo Q, un signo de aprehensión positivo, dolor a la compresión de la patela contra el surco intercondíleo y crepitación patelofemoral durante los rangos de movimiento. El establecimiento del sitio exacto del dolor puede ayudar en el diagnóstico. Pueden estar involucradas estructuras como el retináculo, el tendón rotuliano, la sinovial, la almohadilla de grasa o la superficie articular de la rótula. La crepitación no es específica y ayuda en el diagnóstico sólo cuando está asociada con dolor, en cuyo caso puede significar una condromalacia o una plica sinovial. El signo de aprehensión positivo indica una potencial subluxación de la rótula. La subluxación recurrente implica una anomalía en el mecanismo extensor. Cuando el dolor patelofemoral es debido a una malalineación, el paciente típico es menor de 17 años con un inicio insidioso del dolor, con frecuencia bilateral. El paciente puede o no haber expe-

rimentado subluxación recurrente. Los hallazgos más comunes al examen físico son incremento en el ángulo Q, torsión tibial interna, inestabilidad patelar, pie plano y dolor cuando la rótula es presionada contra el surco intercondíleo. Un signo de Ober positivo indica que hay tensión en la banda iliotibial. También es común tensión en los isquiotibiales. Tanto los isquiotibiales como la banda iliotibial tensos pueden contribuir a una malalineación.

En el dolor patelofemoral debido a condromalacia, el paciente tiende a estar en una edad comprendida entre 20 años o más y generalmente refiere una historia de inflamación o trauma. Los hallazgos físicos son muy similares a los de la malalineación, pero podría haber además derrame articular. De cualquier modo, es importante notar que la condromalacia rotuliana es un diagnóstico patológico y por lo tanto debe ser reservado por hallazgos artroscópicos o radiológicos.

Cuando el dolor patelofemoral se debe al sobreuso, generalmente es secundario a una mala tracción, tendinitis rotuliana y condromalacia. Las personas que sufren un fuerte traumatismo patelofemoral usualmente desarrollan condromalacia, aunque los pacientes jóvenes pueden ser más resistentes.

Los individuos que han sido sometidos a cirugía de la rodilla o han estado inactivos con pérdida del tono muscular del cuádriceps, desarrollan un componente transitorio de este síndrome durante el retorno a sus actividades normales.

Jones y colaboradores, encontraron mediante realización de TAC en pacientes con dolor anterior de rodilla secundario a malalineación patelofemoral que estos tenían una significativa lateralización del tubérculo tibial en comparación a otros grupos de pacientes con rodilla asintomática, con otras causas de dolor anterior de rodilla y con respecto a un grupo control. Con esto concluyen que la TAC para determinar la posición del tubérculo tibial es muy útil en el diagnóstico de una malalineación patelofemoral con una especificidad de 95% y una sensibilidad de 85%.

El tratamiento incluye modificación en sus actividades, reducción de maniobras isotónicas, rehabilitación del cuádriceps, cepillado patelar y varias formas de realineación del complejo patelofemoral. (Ver Diagramas 3,4,5,6,7 y 8).

DOLOR EN EL COMPARTIMIENTO POSTERIOR

El dolor en el compartimiento posterior es menos común que otras partes de la rodilla. Es más frecuentemente causado por contractura de los músculos flexores, una contractura refleja es indicativa de un trastorno de alguna estructura extrarticular que causa dolor.

DIAGNOSTICO

Determinar si el dolor es reciente o al estar parado largo tiempo y si está asociado con inflamación, limitación funcio-

nal y trauma previo. Palpar la rodilla en busca de signos de inflamación como incremento del calor, volumen y atrofia del cuádriceps. Palpar la fosa poplítea en busca de la presencia de un quiste. Si hay la presencia de una contractura en flexión, determinar si es causada por un espasmo de los flexores o por contractura de partes blandas. Un punto final firme es más típico de una contractura de partes blandas. Dolor local a lo largo de la línea articular posterior es sugestivo de una patología meniscal. Realizar las maniobras para meniscos: flexión y extensión mientras se rota la tibia. El dolor y chasquido de la línea articular posterior representa un signo positivo. Con la rodilla a 90° de flexión, realizar una prueba de cajón posterior viendo la rodilla de lado. Comparar con la rodilla contralateral y determinar si un desplazamiento posterior está presente; la lesión del ligamento cruzado posterior permite deslizar la tibia posteriormente.

Las radiografías durante las maniobras de cajón anterior y posterior permiten cuantificar la subluxación presente.

Los quistes poplíteos están clasificados como congénitos y adquiridos. Un quiste congénito no se comunica con la articulación y usualmente es causado por una prolongación de la bursa del gastrocnemio/semimembranoso. Un quiste adquirido es causado por un derrame articular prolongado bien sea por un trastorno interno o una artritis crónica. Una sinovitis crónica puede conducir eventualmente a una herniación a través de la cápsula posterior y formar un quiste poplíteo. Una artrografía podría demostrar si el quiste está comunicado con la articulación y puede ayudar a diagnosticar la presencia de un trastorno interno. Para mayor definición de la patología y su manejo definitivo, puede realizarse una biopsia de la sinovial mediante artroscopia. La excisión del quiste está indicada si el paciente presenta síntomas severos o si éste se ha incrementado notablemente de tamaño, excepto en la artritis reumatoidea ya que el tratamiento de elección es la sinovectomía anterior.

El deslizamiento tibial posterior y una prueba de cajón posterior positiva son indicativos de una lesión del ligamento cruzado posterior. Típicamente esto sigue a un trauma de la parte anterior de la tibia como la caída de una motocicleta. Uno debe preguntar y observar al paciente muy cerca para determinar si esto representa un problema funcional. Un vigoroso programa de rehabilitación para el cuádriceps y alguna modificación de sus actividades podría ser todo lo que necesita. Si la inestabilidad es muy marcada y causa limitación funcional, entonces está indicada la reconstrucción del ligamento.

La contractura de los músculos flexores es un mecanismo reflejo involuntario de protección en una condición dolorosa de la rodilla. Esto es un hallazgo físico y no un diagnóstico. Mientras que un problema inflamatorio crónico como la artritis reumatoidea constituye la causa más común, un

atrapamiento del menisco también puede conducir a una contractura. Algunas veces no se encuentra ninguna causa. En estos casos es apropiado someter al paciente a un período de observación, pero si no hay mejoría entonces puede ser necesaria la realización de una TAC, RMN o una artroscopia exploradora para determinar la presencia de una patología intrarticular. (Ver Diagramas 9, 10, 11 y 12).

DIAGRAMA 1

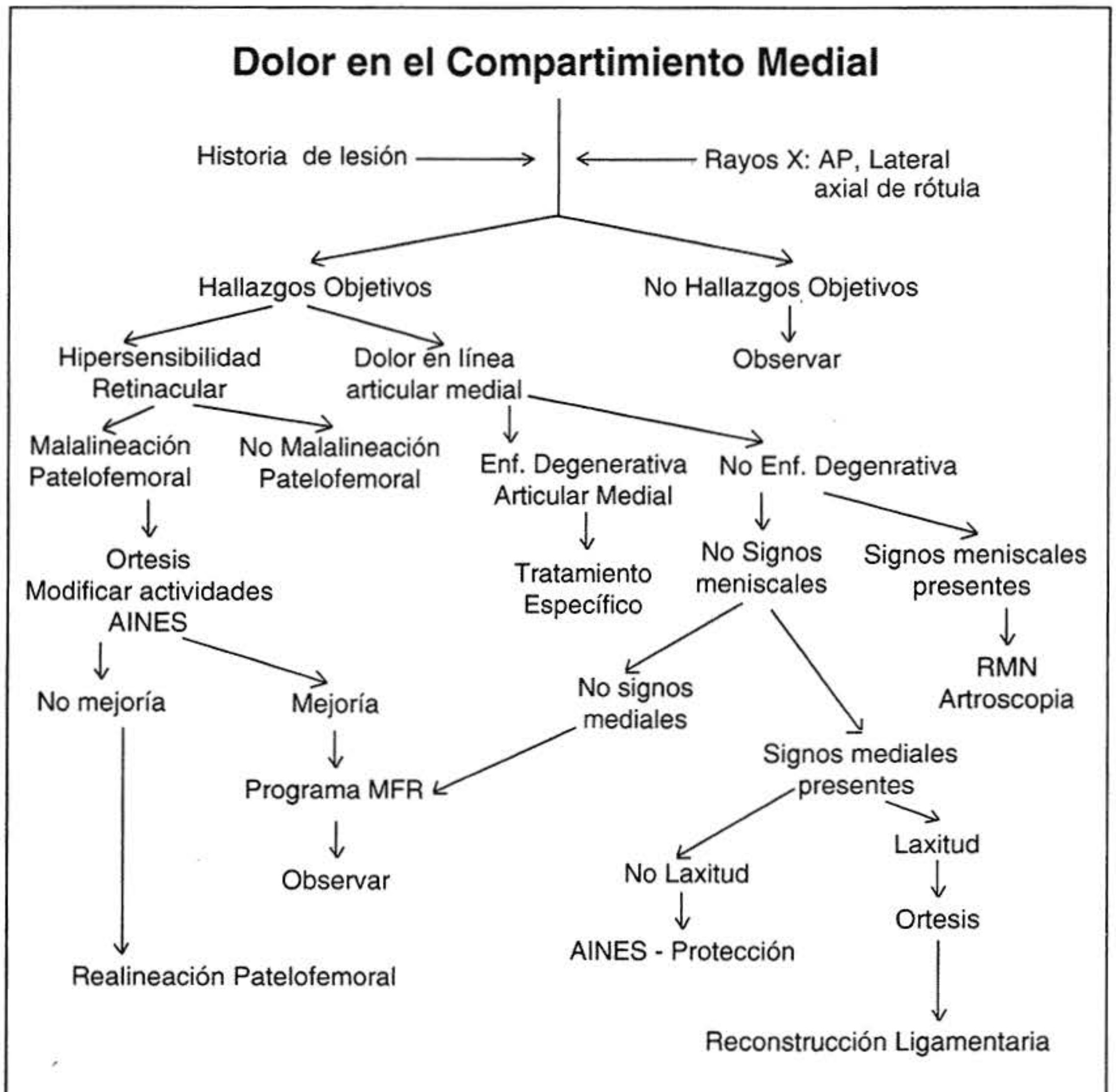


DIAGRAMA 2

Dolor en el Compartimiento Externo

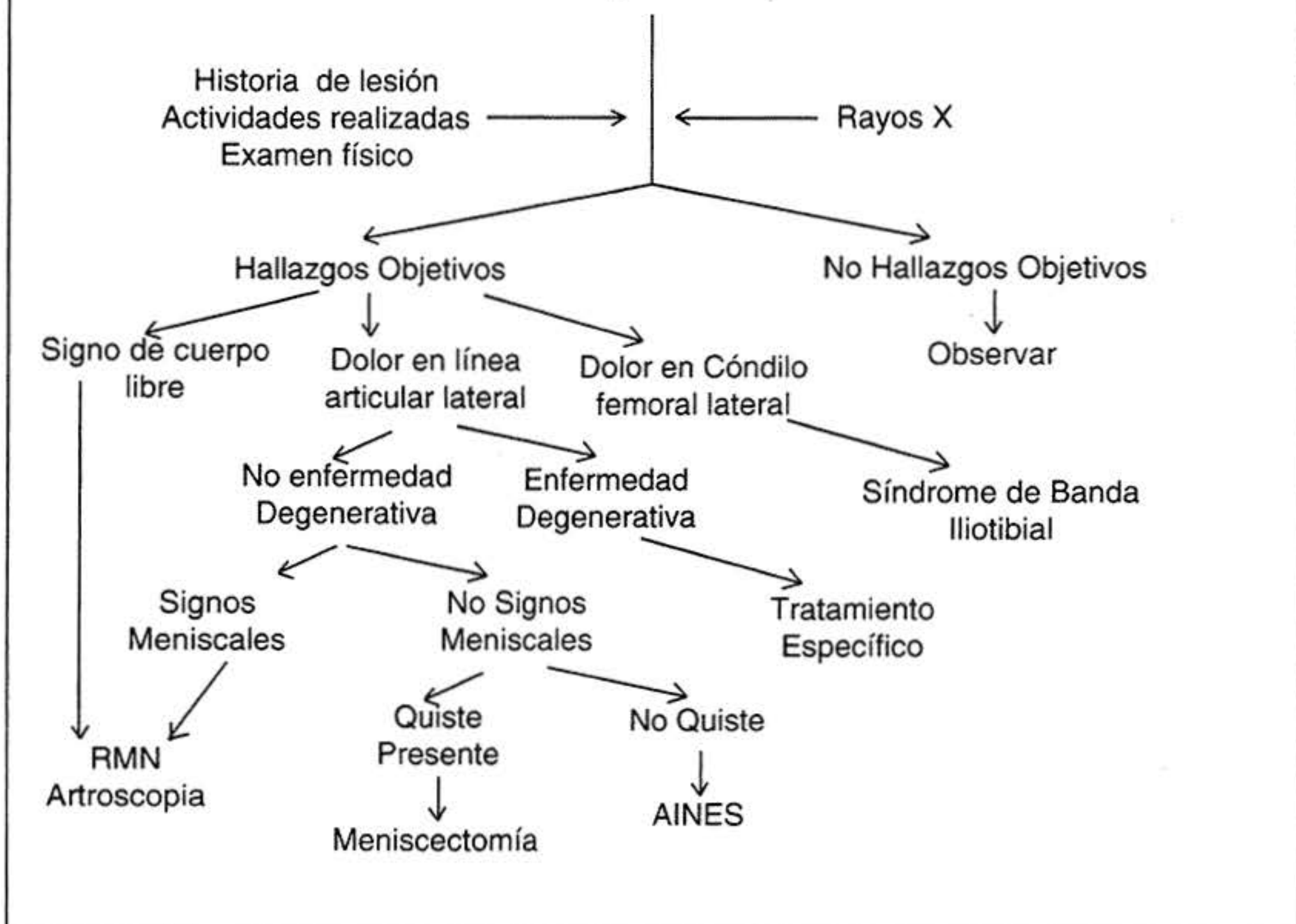


DIAGRAMA 3

Dolor en el Compartimiento Anterior

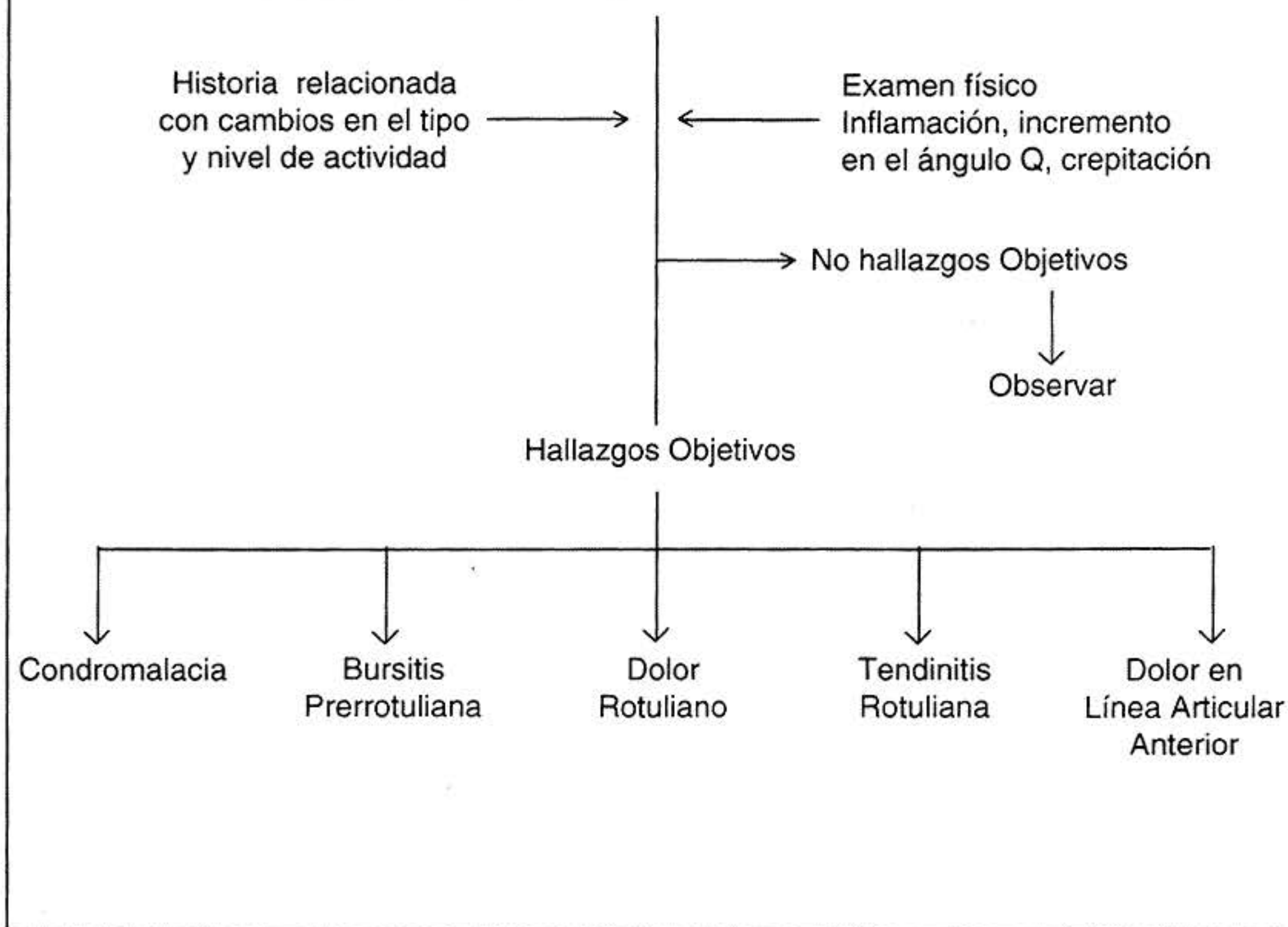


DIAGRAMA 4

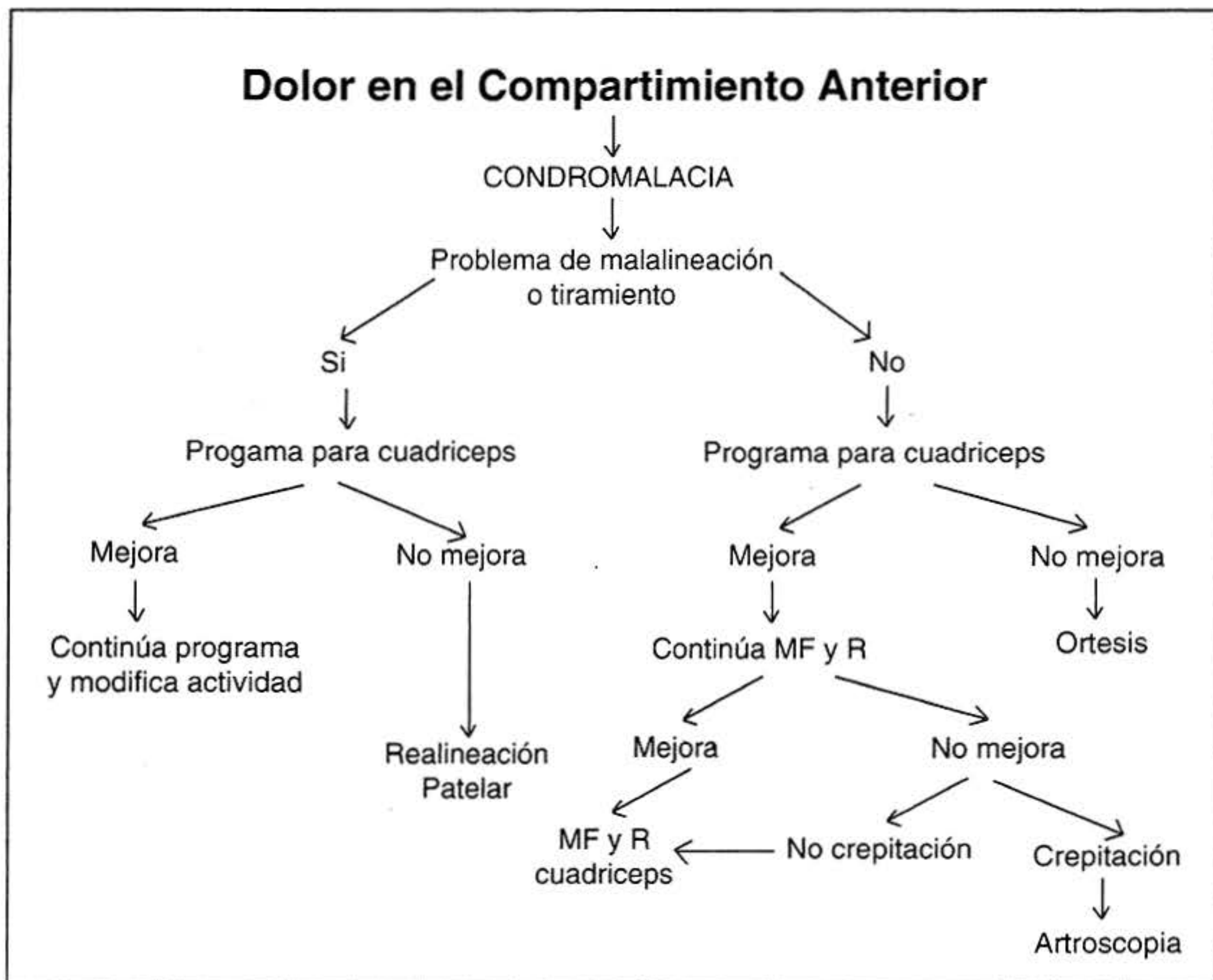


DIAGRAMA 5

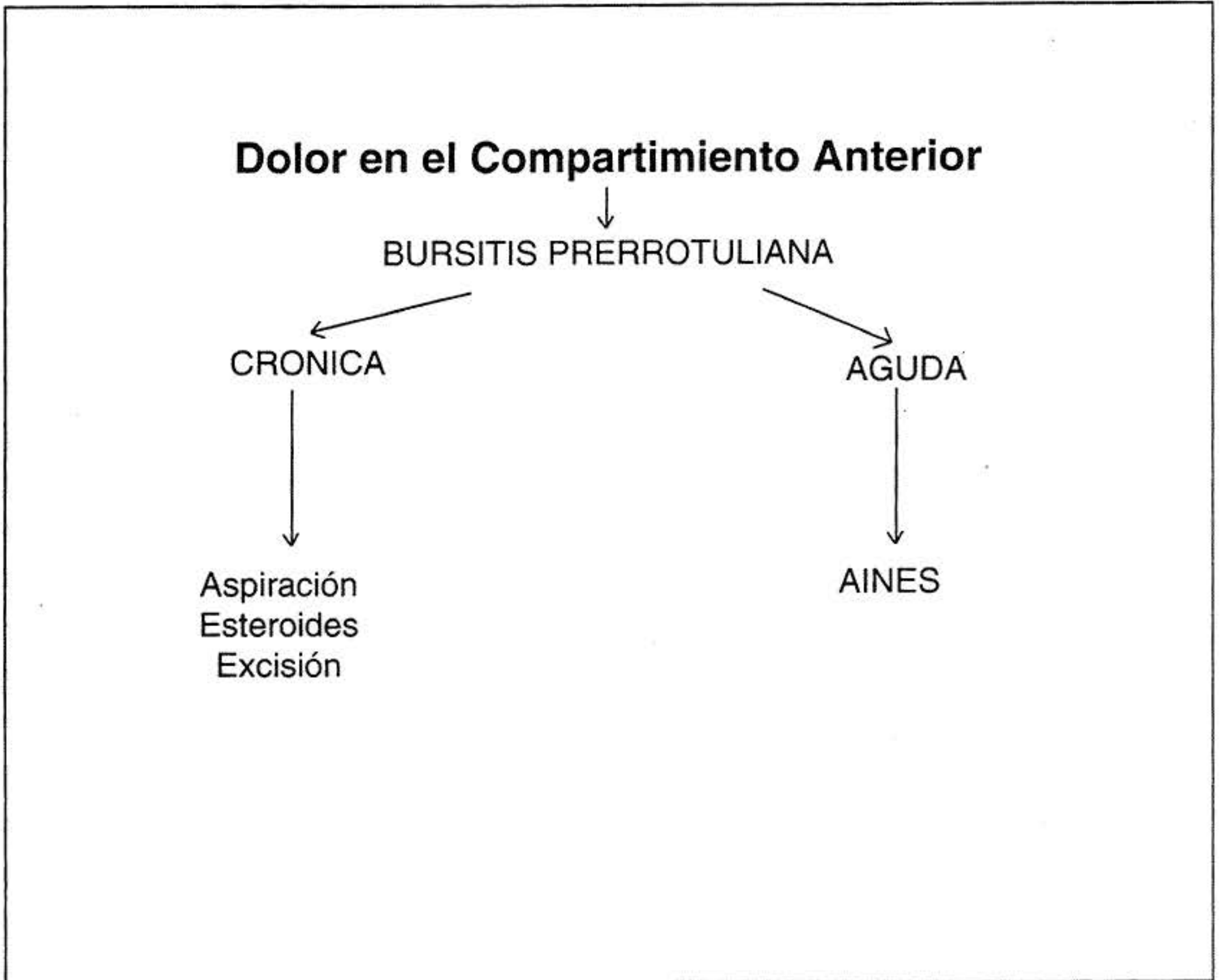


DIAGRAMA 6

Dolor en el Compartimiento Anterior

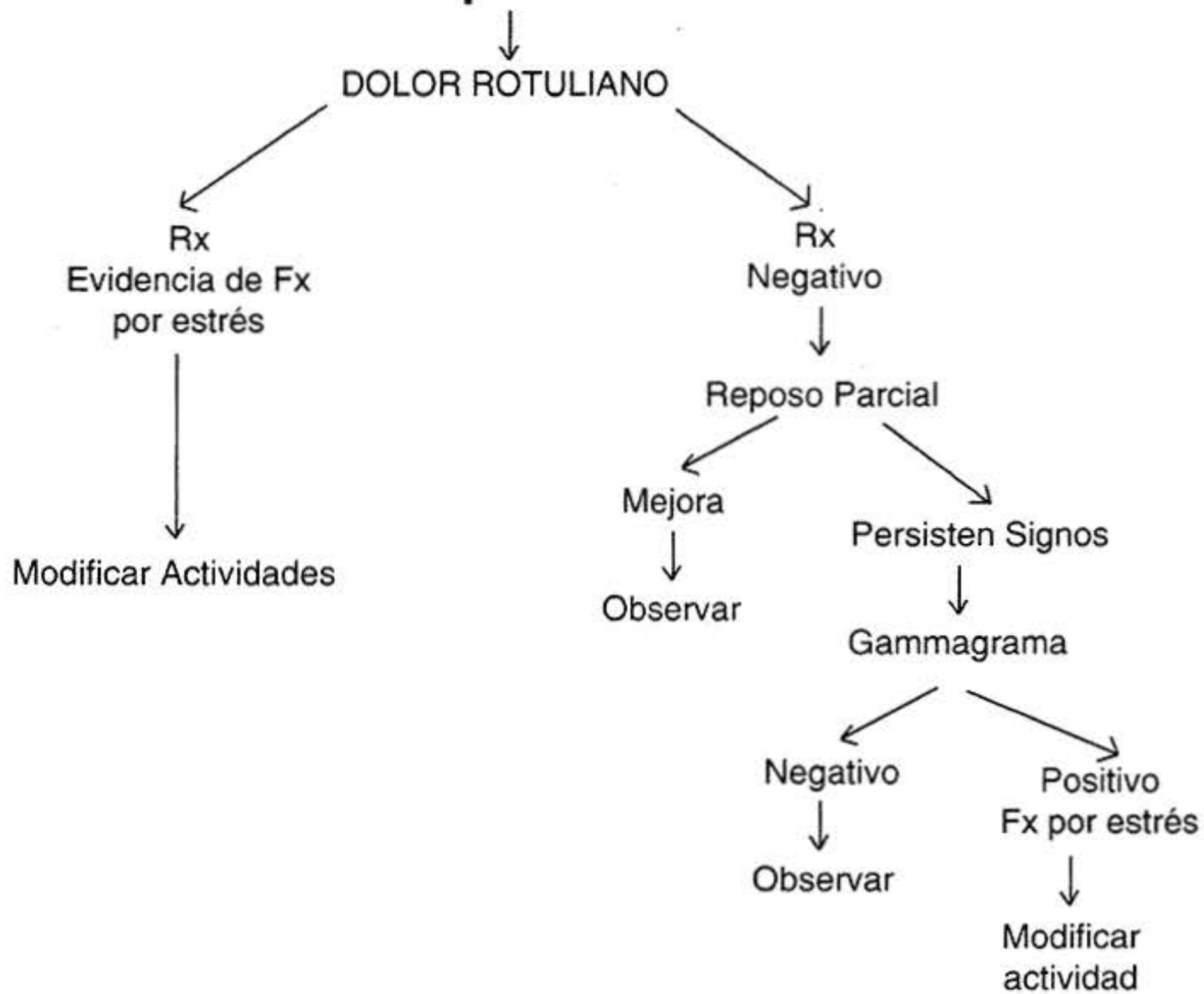
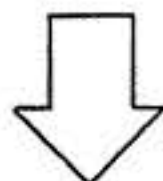
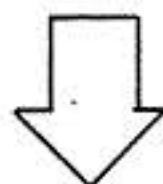


DIAGRAMA 7

Dolor en el Compartimiento Anterior



Tendinitis Rotuliana



AINES
Modificar Actividades

DIAGRAMA 9

Dolor en el Compartimiento Posterior

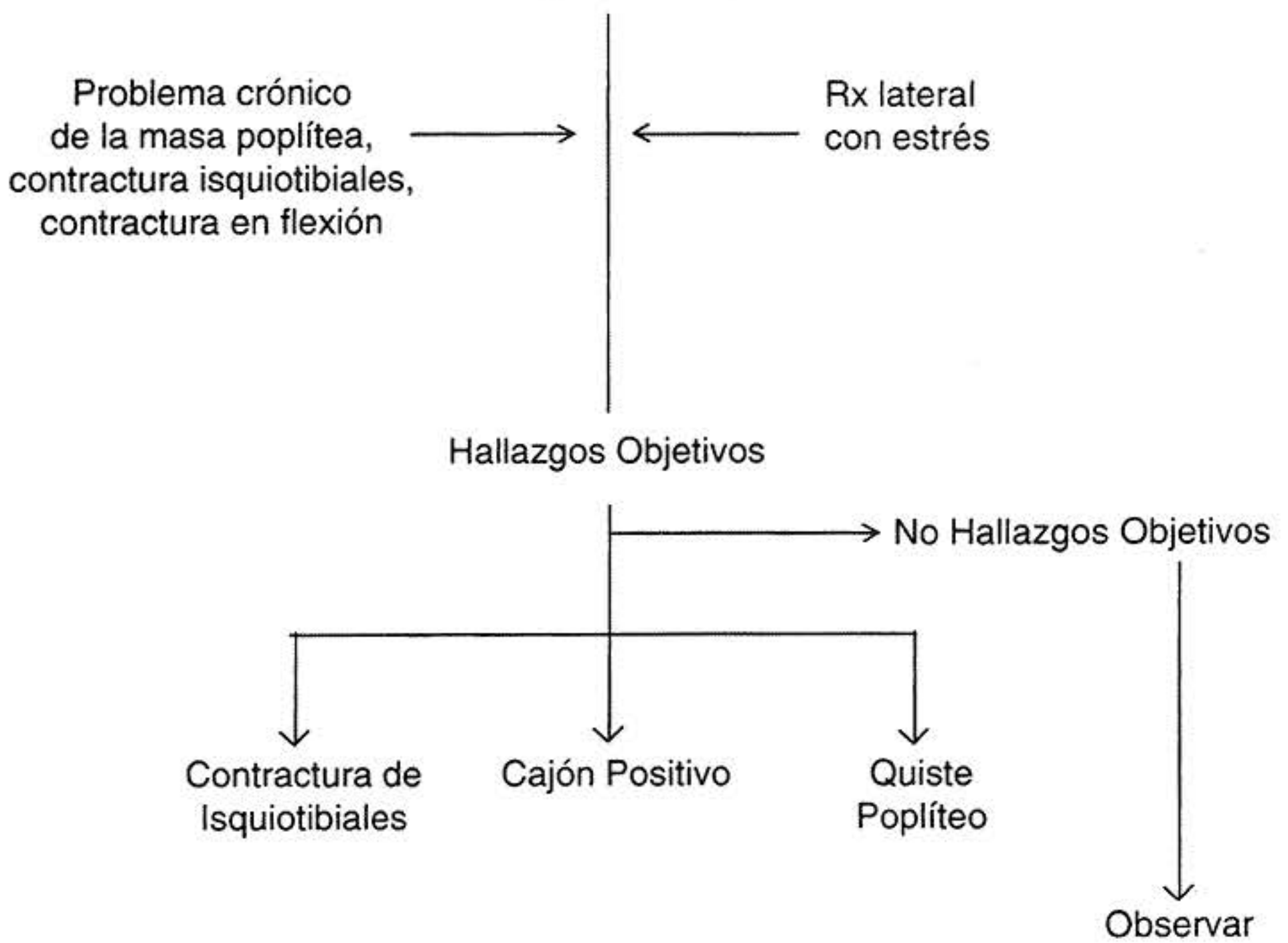


DIAGRAMA 10

Dolor en el Compartimiento Posterior

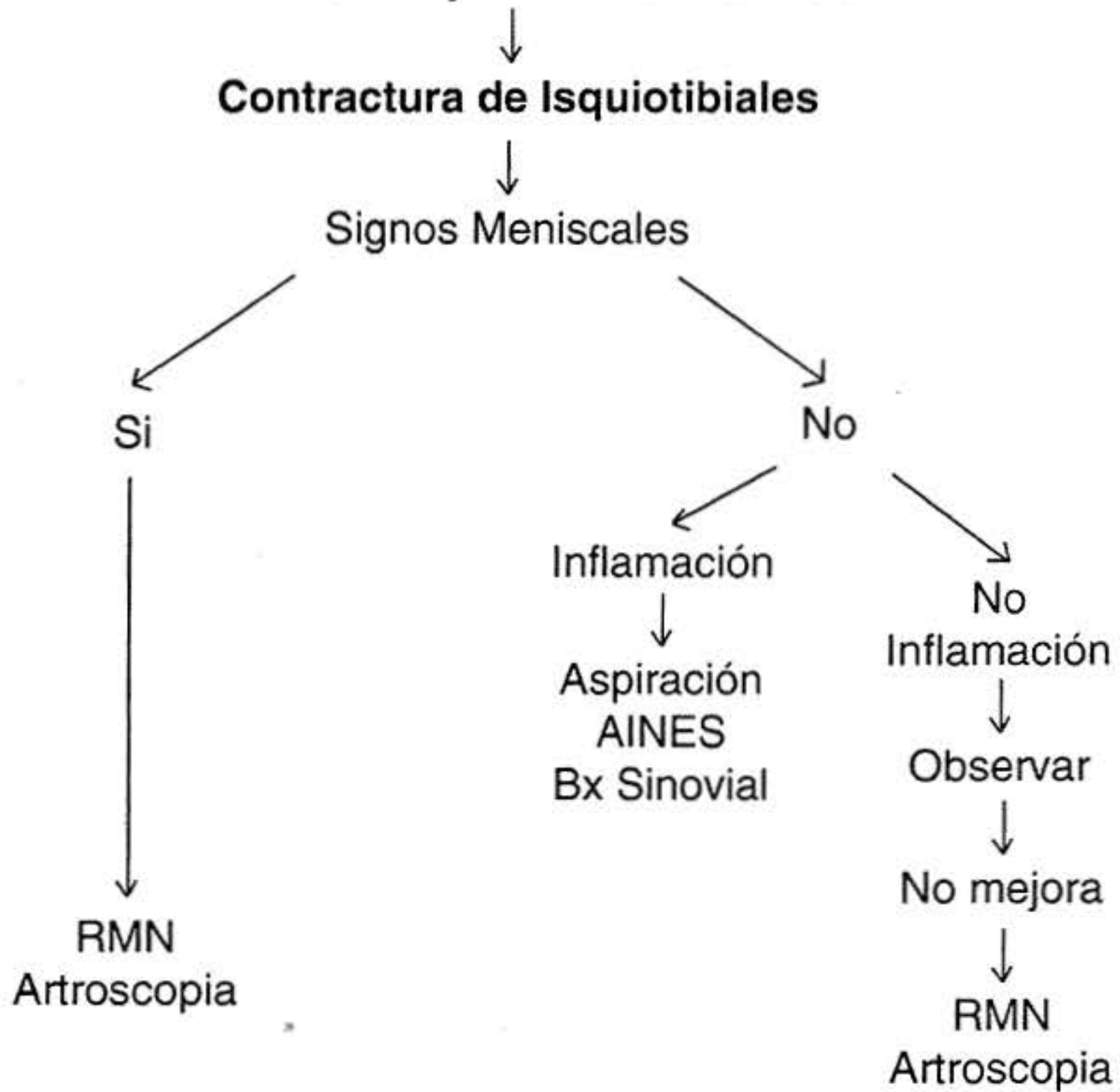


DIAGRAMA 11

Dolor en el Compartimiento Posterior

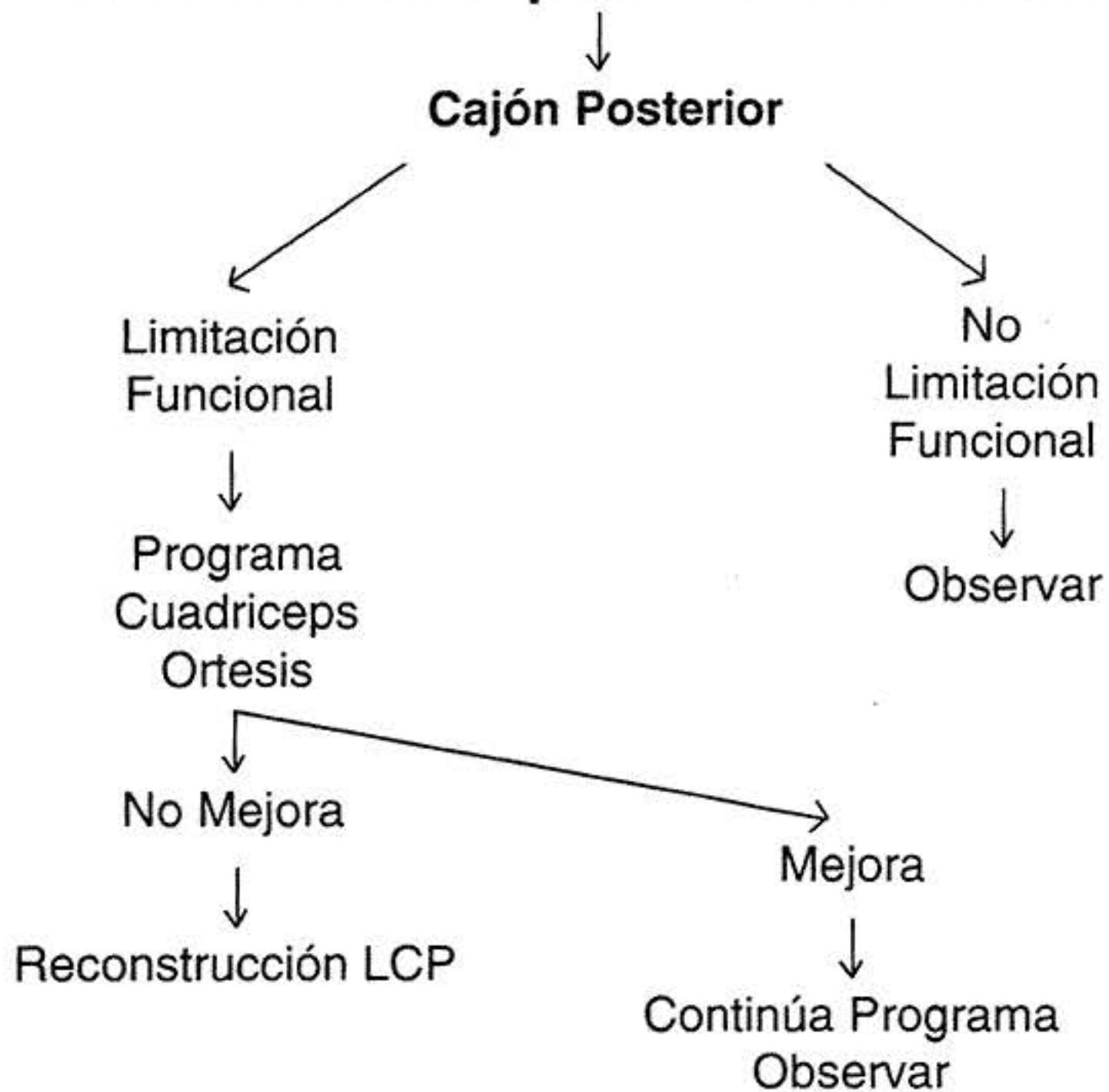


DIAGRAMA 12

Dolor en el Compartimiento Posterior



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Galea A. and Albers J: Patellofemoral Pain. *The Physician and Sportmedicine* 1994; 22: 4 48-58.
2. Eisele S: A Precise Approach to Anterior Knee Pain. *The Physician and Sportmedicine* 1991; 19:6: 126-139.
3. Jones R, Barlett E, Vainrigh J and Carrol R: Determination of Tibial Tubercule Lateralization in Patients Presenting With Anterior Knee Pain. *Skeletal Radiol.* 1995 Oct; 24:7: 505-9.
4. Kelly M. and Insall J. *Surgery of the Knee.* New York. Churchill Livingstone Inc, 1993: 63-82.
5. Lippert F: Medial Joint Line Pain. In: Bucholz R, Lippert F, Wenger D and Ezaki M. *Orthopaedic Decision Making.* Philadelphia. B.C. Decker Inc, 1984: 124-25.
6. Lippert F: Laterall Joint Line Pain. In: Bucholz R, Lippert F, Wenger D and Ezaki M. *Orthopaedic Decision Making.* Philadelphia. B.C. Decker Inc, 1984: 126-27.
7. Lippert F: Anterior Knee Joint Pain. In: Bucholz R, Lippert F, Wenger and Ezaki M. *Orthopaedic Decision Making.* Philadelphia. B.C. Decker Inc, 1984: 128-29.
8. Lippert F: Posterior Knee Joint Pain. In: Bucholz R, Lippert F, Wenger D. and Ezaki M. *Orthopaedic Decision Making.* Philadelphia. B.C. Decker Inc, 1984: 130-31.
9. Magge D: Rodilla. En: Magge D. *Ortopedia.* Philadelphia. Saunders Company, 1992: 371-445.
10. Sisk T: Knee Injuries. In: Crenshaw, A, Editor. *Campbell's Operative Orthopaedics.* St. Louis, Missouri, 1992: 1487-732.

Malformaciones Congénitas Mayores del Tubo Digestivo - Atresia de Esófago Asociada a Obstrucción Duodenal por Páncreas Anular - A propósito de un caso.

Dr. Trejo Scorza, E.*
 Dr. D'Elía Gil, P.*
 Dr. Calderón Salas, E.*
 Dr. Trejo Scorza, C.J.*
 Dr. Arias, M.*
 Dr. Palmero*

RESUMEN

Se presenta un caso de Atresia de Esófago con Fístula Traqueoesofágica Inferior (Tipo III de la Clasificación de Gross), que presentó como malformación congénita asociada Obstrucción Duodenal por Páncreas Anular, a quien no se pudo realizar anastomosis esofágica primaria por separación importante entre ambos segmentos esofágicos, practicándose en el primer tiempo quirúrgico Ligadura de Fístula Traqueoesofágica Inferior, Duodenoduodenoanastomosis laterolateral en forma de Diamante más Gastrostomía. En un segundo tiempo quirúrgico, a los tres meses de edad, se practica Anastomosis Esofágica, presentando como complicación postoperatoria, perforación esofágica por encima de la anastomosis, que requirió reintervención quirúrgica, alimentación parenteral y tratamiento con Anfotericina por presentar Cultivos de Hongos positivos para *Cándida albicans*. Actualmente paciente en buenas condiciones tolerando adecuadamente vía oral.

Se analizan las Malformaciones Congénitas más frecuentes asociadas a la Atresia de Esófago y las complicaciones postoperatorias, sus causas y manejo.

ABSTRACT

We report a case of a neonate with Esophageal Atresia and Inferior Tracheoesophageal Fistula (Type III of Gross Classification) who has associated duodenal obstruction due to Anular Pancreas. It was not possible to do surgical repair in one time due to important separation of both ends of esophagus. The first intervention was a ligation of inferior T-E fistula, anastomosis of Duodeno-duodeno laterolateral in Diamond shape and gastrostomy. In a second time, when the baby was 3 months old, we did the esophageal anastomosis but was complicated with a perforation right over the anastomosis site and was reoperated, required parenteral nutrition for 35 days and treatment with amphotericin due to sepsis by *Candida albicans*. Clinical evolution was good.

We discuss the congenital malformation associated to Esophageal Atresia and the postoperative complications managements.

PALABRAS CLAVE

Atresia de Esófago - Páncreas Anular - Fuga de Anastomosis Perforación Esofágica

* Del Servicio de Cirugía Neonatal de la Maternidad "CONCEPCION PALACIOS", Caracas, Venezuela.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Ana Morante, Jefe del Departamento de Pediatría de la Maternidad "CONCEPCION PALACIOS".

INTRODUCCION

El manejo quirúrgico de la Atresia de Esófago requiere del conocimiento de los factores pronósticos y dentro de ellos, la incidencia de Malformaciones Congénitas más frecuentemente asociadas para así poder realizar un diagnóstico precoz y un manejo apropiado.

CASO REPORTADO

Se trata de un Recién Nacido a término, producto de III Embarazo controlado, con antecedente, por Ecosonograma Antenatal a las 32 semanas de vida intrauterina, de Polihidramnios e Imagen Ecosonográfica de Obstrucción Duodenal. Al nacer por parto vaginal normal, se aprecia infante de 3070 grs. y 51 cms., quien al examen físico presenta distensión abdominal alta con ausencia de Ruidos Hidroaéreos en hemiabdomen inferior, y al intentar pasar Sonda hasta el estómago se encuentra un obstáculo que impide la progresión de la sonda, deteniéndose ésta a 9 cms. de la arcada dental. Rx Toracoabdominal de Frente y Perfil, muestran el cabo esofágico superior a nivel de la segunda vértebra dorsal e imagen de doble burbuja. En primera intervención quirúrgica se practica Toracotomía Extrapleural Derecha a nivel del quinto espacio intercostal, encontrándose Fístula Traqueoesofágica Inferior y Segmento Esofágico Superior con capa muscular común con la Tráquea. Se practica ligadura de Fístula Traqueoesofágica Inferior y disección del Segmento Esofágico Superior hasta su entrada en el Tórax, no pudiendo acercar

ambos extremos como para poder hacer una anastomosis; procediendo al cierre del Segmento Esofágico Inferior y fijación de ambos cabos a la parrilla costal. En el mismo acto operatorio, a través de Laparotomía Transversal Supraumbilical Derecha, se practica Duodenoduodenoanastomosis en forma de Diamante por Páncreas Anular y Gastrostomía Tipo Stamm, evolucionando satisfactoriamente.

Permanece con succión continua de segmento esofágico superior y a los 2 1/2 meses estudio radiológico con contraste baritado muestra ambos cabos a nivel de D5, siendo la distancia entre ambos de 1 a 1 1/2 cms. aproximadamente. Al tercer mes de vida, se practica toracotomía transpleural derecha y anastomosis término-terminal en un solo plano con Seda 3-0, presentando al tercer día postoperatorio Neumotórax y salida de saliva por Drenaje de Tórax. Esofagograma con contraste hidrosoluble isoosmolar muestra paso de contraste en cantidad importante a cavidad pleural, decidiéndose reintervención quirúrgica, siendo los hallazgos operatorios: Anastomosis indemne y Perforación de 1 cm. de diámetro a 5 cms. por encima de la Anastomosis, practicándose rafia de la perforación. Al 7º día de la tercera intervención, presenta nuevamente salida de saliva por drenaje de tórax y un nuevo esofagograma demuestra salida de contraste del esófago a la cavidad pleural, al mismo nivel que el anterior, pero de menor cuantía, por lo cual se decide dieta absoluta y se inicia Nutrición Parenteral Total, requiriendo posteriormente tratamiento con Anfotericina por presentar cultivos positivos para *Cándida albicans*.

A los 35 días del postoperatorio se practica Esofagograma que demuestra: buen paso de contraste a través de la anastomosis, ausencia de fuga de contraste y divertículo en sitio de la perforación que disminuyó con el tiempo.

DISCUSION

La Atresia de Esófago es la Malformación Congénita más frecuente de este órgano en el Neonato, y su incidencia es de 1 caso por 4000 a 5000 nacidos vivos (12).

El pronóstico de la Atresia de Esófago depende de:

1. Un diagnóstico precoz de esta entidad.
2. Del peso del niño al nacer.
3. De la presencia de malformaciones congénitas asociadas (16). La Atresia de Esófago presenta malformaciones congénitas asociadas en el 33% de los casos (10), siendo los sistemas y aparatos más frecuentemente afectados el Sistema Cardiovascular y el Aparato Digestivo, seguido por los Sistemas Genitourinarios y Musculoesqueléticos.

Dentro de las Malformaciones Congénitas del Tubo Digestivo asociadas a la Atresia de Esófago, las Malformaciones Anorectales ocupan el primer lugar con el 48%, de allí la necesidad, en todo niño en quien se confirme el diagnóstico

de Atresia de Esófago, de explorar sistemáticamente la Región Anorectal con el objeto de visualizar la presencia y ubicación del orificio anal, y la permeabilidad del mismo y del conducto anorectal. Le siguen en orden de frecuencia, las Atresias y Estenosis Intestinales con el 25%, representando las Obstrucciones Duodenales el 78% de este grupo.

El tratamiento de la Atresia de Esófago consiste en la Ligadura de la Fístula Traqueoesofágica cuando existe, y en la Anastomosis Esofágica Primaria. Sin embargo, no siempre se podrá realizar este tratamiento en un solo acto quirúrgico y esto dependerá de:

- a- Peso del niño al nacer.
- b- Presencia de Neumonitis.
- c- Presencia de Anomalías Congénitas Asociadas.
- d- Distancia existente entre ambos Segmentos Esofágicos.

Dependiendo de los tres primeros factores, el enfoque terapéutico va a ser el siguiente (12):

- 1- Categoría A de Waterston: Reparación Esofágica Primaria.
- 2- Categoría B de Waterston: Reparación Primaria Tardía, que consiste en practicar Gastrostomía, colocar un gavage en el cabo esofágico superior conectado a succión continua, y cuando mejoren las condiciones del niño con antibióticos y nutrición parenteral, se practica la Anastomosis Esofágica.
- 3- Categoría C de Waterston: Tratamiento en Etapas, que consiste en Ligadura de la Fístula Traqueoesofágica más Gastrostomía y succión continua del Segmento esofágico superior. Posteriormente, cuando las condiciones del niño mejoren, se realiza la anastomosis esofágica.

Cuando no es posible realizar la anastomosis esofágica, el cirujano tiene dos alternativas:

- 1- Practicar una esofagostomía cervical, lo que trae implícito como consecuencia en el futuro, el someter al niño a un procedimiento de sustitución esofágica.
- 2- No practicar esofagostomía y proceder a elongar el segmento esofágico superior, para en un futuro practicar una anastomosis esofágica.

Las complicaciones post-operatorias de las Anastomosis Esofágicas son:

- Las Estenosis.
- Las Disrupciones (Filtraciones y Fugas de Anastomosis).

Las filtraciones y las fugas de las anastomosis son las complicaciones de mayor gravedad, traen como consecuencias mediastinitis ó pleuritis y pueden ser fatales.

Los factores implicados como favorecedores o predisponentes de la fuga de las anastomosis en la Atresia de Esófago son:

- a- El uso de Seda como material de sutura (2,6,13).
- b- Tensión en el sitio de la anastomosis (5).
- c- Anastomosis término-terminal (14,15).
- d- Disección generosa del segmento esofágico inferior con compromiso de su flujo sanguíneo (9).

Las disrupciones de las anastomosis en la Atresia de Esófa-

go se presentan con una incidencia promedio de 15% a 20% (1,2) y clínicamente se manifiestan como:

- Salida de saliva a través del Drenaje de Tórax.
- Dificultad Respiratoria, comprobando en la Rx de Tórax, la presencia de Neumotórax/Hidrotórax, tal como sucedió en nuestro caso. La existencia de dificultad respiratoria en un post-operatorio de Atresia de Esófago es signo de Disrupción Anastomótica Mayor y generalmente ocurre entre el 2° y 4° día postoperatorio, mientras las filtraciones que ocurren durante ó después del 5° día son menores y no cursan con dificultad respiratoria.

El Esofagograma utilizando contraste hidrosoluble isoosmolar permite:

a- Confirmar y Documentar el Diagnóstico de Disrupción de la Anastomosis.

b. Evaluar la magnitud de la Fuga.

La conducta a tomar en el manejo de las Disrupciones Anastomóticas en la Atresia de Esófago va a depender de :

- 1- Del momento postoperatorio en que se presente.
- 2- De la presencia de Dificultad respiratoria.
- 3- De la magnitud de la Fuga determinada a través del Esofagograma.

Cuando las filtraciones o Fugas se presentan entre el segundo y cuarto día post-operatorio, cursan con dificultad respiratoria severa, salida abundante de saliva y moco a través del Drenaje de Tórax; generalmente son disrupciones anastomóticas mayores y requieren reintervención quirúrgica con ligadura de ambos segmentos esofágicos, esofagostomía cervical y gastrostomía.

Cuando las filtraciones se presentan durante o después del quinto día post-operatorio, y no cursan con dificultad respiratoria, generalmente son disrupciones menores y pueden ser manejadas médicamente con succión del esófago proximal al sitio de la anastomosis, gastrostomía, antibióticoterapia y Nutrición Parenteral Total. Sin embargo, son las condiciones clínicas del niño, el seguimiento radiológico seriado y el flujo de saliva a través del Drenaje de Tórax, los parámetros a evaluar para decidir continuar con el tratamiento médico o decidir reintervención quirúrgica.

En lo que respecta al material de sutura utilizado en la construcción de la anastomosis, se ha encontrado una mayor incidencia de fuga de anastomosis al utilizar Seda (33%) al compararlo con Acido Poliglicólico (19,3%) y esta diferencia es significativamente estadística (2).

Es recomendable para evitar fugas de anastomosis en la Atresia de Esófago:

- 1- No realizar anastomosis a tensión.
- 2- Practicar maniobras que disminuyan la tensión sobre la anastomosis, tales como la Miotomía en Espiral de Livaditis (8).
- 3- No utilizar seda en la construcción de la anastomosis (2,

6, 13).

4- No disecar en forma excesiva el segmento esofágico inferior, de manera de no comprometer su aporte sanguíneo.

Las Estenosis generalmente obedecen:

1- Al tipo de anastomosis utilizado, siendo frecuente en aquellas intervenciones donde se realizan anastomosis esofágica en dos planos.

2- Son secundarias a filtración de la anastomosis. Spitz (13) reporta aproximadamente en la mitad de los infantes con estenosis, el antecedente de filtraciones anastomóticas previas.

3- Se presentan con un incremento significativamente estadístico cuando el material de sutura utilizado en construcción de la anastomosis es Seda Trenzada.

4- Las Estenosis de las Anastomosis Esofágicas pueden ser secundarias a Reflujo Gastroesofágico asociado (13), y la presencia del mismo requiere un tratamiento agresivo.

Las Estenosis esofágicas son fácilmente tratables mediante el uso de dilataciones precoces.

CONCLUSIONES

1- El Pronóstico de la Atresia de Esófago depende:

a- De un diagnóstico precoz.

b- Del peso del niño al nacer.

c- De la presencia de Malformaciones Congénitas Asociadas.

2- Las Malformaciones Congénitas Asociadas más frecuentes en la Atresia de Esófago son las Malformaciones Cardiovasculares y Digestivas y dentro de las Malformaciones Digestivas, las Malformaciones Anorrectales y las Obstrucciones Duodenales son las más frecuentes.

3- El tratamiento de la Atresia de Esófago va a depender de:

a- El peso del niño al nacer.

b- La presencia de Neumonitis.

c- La presencia de Anomalías Congénitas Asociadas.

d- La distancia existente entre ambos Segmentos Esofágicos.

4- Es recomendable para evitar Fugas de Anastomosis:

a- No realizar anastomosis a tensión.

b- No utilizar seda en la construcción de las Anastomosis, porque su uso se asocia con un incremento significativo de complicaciones de las Anastomosis al compararlo con otros materiales de sutura.

c- No disecar en forma excesiva el segmento esofágico inferior.

d- Las Perforaciones Esofágicas deben ser tratadas de igual manera que las disrupciones de las anastomosis.

CUADRO Nº 1

PORCENTAJE DE PACIENTES CON ANOMALIAS CONGENITAS ASOCIADAS

SERIE	Nº DE PACIENTES	Nº de PACIENTES CON ANOMALIAS CONGENITAS
GROSS (3)	233	77(33,03%)
HAIGHT (4)	230	198 (86,08%)
		Significativas 65 (28,26%)
HOLDER (7)	1058	505 (47,73%)
MOTA Y TREJO (11)	33	18 (54,54%)

CUADRO Nº 2

ANOMALIAS CONGENITAS ASOCIADAS A LA ATRESIA DE ESOFAGO

ANOMALIAS ASOCIADAS	GROSS	MOTA Y TREJO	HAIGHT	BISHOP	TOTAL
Cardiovasculares	28	16	52	80	176 (28,61%)
Gastrointestinales	52	9	45	68	174 (28,29%)
Genitourinarias	13	10	32	46	101 (16,42%)
Musculoesqueléticas	5	2	35	35	77 (12,52%)
Pulmonares	3	0	0	15	18 (2,92%)
Genéticas	2	0	0	14	16 (2,60%)
Neurológicas	0	0	11	6	17 (2,76%)
Misceláneas	7	1	23	5	36 (5,85%)
TOTAL	110	38	198	269	615

CUADRO N° 3

MALFORMACIONES CONGENITAS DIGESTIVAS ASOCIADAS A LA ATRESIA DE ESOFAGO

Malformación	N° de Casos	Porcentaje
Malformación Anorectal	62	48,00%
Atresia ó Estenosis Intestinal	32	24,80%
Malrotación Intestinal	11	8,52%
Estenosis Pilórica	3	2,32%
Duplicación Gástrica	2	1,55%
Divertículo deMeckel	12	9,30%
Hendidura Labiopalatina	3	2,32%
Hipoplasia Vesícula Biliar	1	0,77%
No Identificado	3	2,32%

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bishop PJ, Klein MD, Philippart AI, Hixson DS and Hertzler JH: Tranapleural Repair of Esophageal Atresia without Primary Gastrostomy: 240 Patients treated between 1951 and 1983; J. Pediatr. Surg., 20: 823-828, 1985.
2. Chittmitrapap S, Spitz L, Kiely EM and Brereton RJ: Anastomotic Leakage Following Surgery for Esophageal Atresia. J. Pediatr. Surg., 27: 29-32, 1992.
3. Gross RE: The Surgery of Infancy and Childhood. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1953, p. 75-102.
4. Haight C: Congenital Esophageal Atresia and Tracheoesophageal Fistula, in Benson CD et al (eds): Pediatric Surgery. ed 1. Chicago, Year Book Medical Publishers. 1962, vol 1, p. 266-288.
5. Hagberg S, Rubenson A, Sillen U et al: Management of long-gap esophagus: Experience with end anastomosis under maximal tension. Prog Pediatr Surg 19: 88-92, 1986.
6. Holder TM, Cloud DT, Lewis JE Jr., et al: Esophageal Atresia and tracheoesophageal fistula: A survey of its members by the Surgical Section of the American Academy of Pediatrics. Pediatrics, 34: 542, 1964.
7. Holder TM, Ashcraft KM: Developments in the care of patients with esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. Surg Clin North Am 61: 1051-1061, 1981.
8. Lindahl H and Louhimo I: Livaditis Myotomy in Long-Gap Esophageal Atresia. J Pediatr Surg 22: 109-112, 1987.
9. Louhimo I, Lindahl H: Esophageal atresia: Primary results of 500 consecutively treated patients. J Pediatr Surg 18: 217-229, 1983.
10. Martin LW, Alexander F: Esophageal atresia. Surg Clin North Am 65: 1099-1113, 1985.
11. Mota Salazar A. y Trejo Padilla E.: Anomalías Congénitas del Esófago. Revisión de 36 casos. Bol. Soc. Med. Hosp. de Niños "J.M. de los Ríos" II (5 y 6): 237-252, 1961.
12. Randolph JG. Esophageal Atresia and Congenital Stenosis, in Welch KJ et al (eds): Pediatric Surgery ed 4. Chicago Year Book Medical Publishers 1986, vol. 1, p: 682-697.
13. Spitz L, Kiely E and Brereton RJ: Esophageal Atresia: Five Year Experience with 148 cases. J Pediatr Surgery 22: 103-108, 1987.
14. Touloukian RJ: Long-term results following repair of esophageal fistula. J Pediatr Surg 16: 983-988, 1981.
15. Trejo - Padilla E, Martínez L, Rojas J et al. Arch Ven Puer y Ped. XL 321-345, 1977.
16. Waterson DJ, Bonhamm - Carter RE, Aberdeen E: Oesophageal atresia: Tracheo-oesophageal fistula. A study of survival in 218 infants. Lancet 1: 819-822, 1962.

Primeros casos de Colectomía y Adherenciólisis Laparoscópica en niños. Hospital de Niños J.M. de los Ríos

Dr. Barba Flores, Jorge*
 Dr. Cudemos M., Gaston**
 Dr. Romero, Gabriel***
 Dr. Gil, Armando****

RESUMEN

Primeros casos de Colectomía y Adherenciólisis Laparoscópica en niños en el Hospital de Niños J.M. de los Ríos.

BARBA J. HOSPITAL DE NIÑOS J.M. DE LOS RÍOS. CARACAS.

Se presenta la experiencia de tres casos de niños con Litiasis Vesicular en el Hospital J.M. de los Ríos entre 1992 y 1993, a quienes se les practicó Colectomía por Laparoscopia y Adherenciólisis, sin complicaciones. En uno de estos niños cuya enfermedad de base es Anemia Hemolítica Drepanocítica y tres Laparotomías anteriores por Obstrucción Intestinal; este método representa un avance importante en la ayuda diagnóstica y terapéutica, por lo cual, dejó a consideración su utilidad en esta especialidad.

ABSTRACT

A three care experience on Laparoscopia Cholecistectomy in children from 1992 to 1993 performed in Hospital J.M. de los Ríos is exposed.

This method represents an important advance in diagnosis and therapeutic of similar problems in children.

PALABRAS CLAVE

Colectomía - Laparoscopia

* Cirujano Infantil, Centro Médico de Caracas - Hospital de Niños J.M. de los Ríos, Caracas - Prof. de la Cátedra Anatomía Normal, Escuela Luis Razetti, UCV.

** Cirujano Oncólogo Laparoscopista, Centro Médico de Caracas - Prof. de la Cátedra de Anatomía Normal, Escuela Luis Razetti, UCV.

*** Cirujano Oncólogo Laparoscopista, Centro Médico de Caracas.

**** Cirujano Oncólogo Laparoscopista, Centro Médico de Caracas.

INTRODUCCION

Desde hace dos años vemos con gran interés la necesidad de comenzar a realizar CIRUGIA ENDOSCOPICA (PERITONEOSCOPIA) a nuestros niños, específicamente en el HOSPITAL DE NIÑOS J.M. DE LOS RÍOS - CARACAS.

Conociendo que en diferentes disciplinas ligadas a la cirugía se ha logrado gran experiencia Endoscópica en adultos como es el caso de Endoscopia Gastroenterológica, Endoscopia Urológica, Laparoscopia en adultos para extraer Vesículas Biliares enfermas, curas operatorias de Hernias inguinales, Cirugía de Colon, Histerectomías, etc. Nosotros los Cirujanos Infantiles vemos que es necesario comenzar con la práctica del conocimiento Endoscópico en nuestros niños siempre y cuando tengamos a un colega amigo, disciplinado y experto en adultos para la ayuda docente en el manejo técnico, tal como lo refiere MOIR C.R. y COL. (6), y por otra parte comenzando este procedimiento, con casos fáciles, como son: sin Laparotomías anteriores, sin procesos agudos infecciosos y evaluados en las óptimas condiciones de ser intervenidos.

Tradicionalmente, la intervención quirúrgica de elección para el tratamiento de enfermedades vesiculares especialmente calculosas, aunque raras en niños, ha sido la Colectomía, la cual se requiere una incisión de 10 a 15 cm. aproximadamente y una recuperación de por lo menos cuatro semanas con una hospitalización de 8 a 10 días.

Ultimamente en países más desarrollados que el nuestro donde CRISTOPHER R. y COL. (2) afirman que por razones entre otras causas, económicas, la cirugía de la Vesícula Biliar se ha transformado en un procedimiento levemente invasivo con el uso de Laparoscopia desde hace más de dos años.

Se realiza esta presentación con el ánimo de que sea inscrita en los anales de la Cirugía Infantil Venezolana quizás como los primeros casos de COLECTECTOMIA y ADHERENCIOLISIS por LAPAROSCOPIA en VENEZUELA con sede en el HOSPITAL DE NIÑOS J.M. DE LOS RÍOS; con el apoyo del Servicio de Cirugía 1, así como también del de GASTROENTEROLOGIA del mismo hospital.

Es necesario mencionar que CERVANTES J. y COL (1) presenta el primer caso reportado en la literatura mexicana en Junio de 1992.

MATERIALES Y METODOS

Los procedimientos Quirúrgicos Laparoscópicos efectuados en tres casos de niños que presentaron cálculos en Vesículas Biliares diagnosticados por Ecosonogramas Abdominales en los que se ha realizado Colectomía Laparoscópica, fueron realizadas por el equipo quirúrgico conformado por los doctores Gaston Cudemos Márquez,

Jorge Barba Flores, Gabriel Romero, Armando Gil, y la excelente colaboración de Ethicon de Venezuela, al suministrar el material descartable necesario y prestar a su vez el apoyo tecnológico.

De éstos casos, dos niños son de sexo masculino con 12 y 14 años de edad y uno de sexo femenino de 13 años de edad cuyos números de historias son: 368532, 346174 y 119007 respectivamente; los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente el 22/11/92 el primero, y el 01/04/93 los dos siguientes. El tercer niño además con diagnóstico de Anemia Hemolítica Drepanocítica Síndrome Adherencial por Bridas y Síndrome Ictérico por Colestasis, con antecedentes de varios ingresos al hospital por cuadro clínico de obstrucción intestinal (Vólvulo Intestinal y Obstrucción por Bridas) y con dos laparatomías anteriores.

Todos fueron operados bajo anestesia general. En un solo caso (el drepanocítico) se utilizó Cefotaxima (R) 500 mgs cada 8 horas por 3 días por vía endovenosa.

Así como lo recomienda M.B. MITCHELL y COL. (5) por medio de una incisión umbilical de 1 cm. Se insertó la aguja de insuflación de VERRES para llenar la Cavidad Peritoneal con Bióxido de Carbono a baja presión 10-12 mm. Hg. Una vez comprobado que no hay obstrucción, se inició el flujo rápido. Cuando la presión intraabdominal llegó a los 14 mm. Hg. aproximadamente (y con evaluación percutánea) la aguja se retiró, y una cánula con trocar de 10 mm. se insertó a través de la misma incisión levantando manualmente la pared abdominal. Luego removido el trocar se insertó el Laparoscopio Panorámico de 10 mm. el cual se conecta a un monitor de televisión; la cavidad abdominal es examinada y se localiza la Vesícula Biliar.

Se practican dos pequeñas incisiones de 5 mm. por las cuales se insertan cánulas del mismo tamaño siendo la primera en la línea medio claviclar derecha, 2 cm. por debajo de la costilla, la segunda cánula se localiza a 3 cm. distalmente en línea axilar anterior.

Así como lo preconizan DAVIDOFF A.M. y COL. (3-6) se introducen 2 pequeñas pinzas de GRASPING para exponer la Vesícula con tracción a través de las cánulas de 5 mm., otra incisión de 1 cm. se practicó cerca del apéndice xifoideo a 3 cm. por debajo de éste, por lo que se introduce una cánula de 10 mm. esta se usó para disección del Triángulo de Calot; el conducto Cístico, y la Arteria Cística se ligaron con Clips metálicos de TITANIO, éstas estructuras fueron seccionadas con microtijeras. La Vesícula es casi removida del lecho hepático utilizando electrodo espátula para cortar y coagular. Se deja la vesícula suspendida por medio del peritoneo en borde hepático para levantar éste y comprobar la hemostasia irrigando copiosamente con solución fisiológica a través de la cánula de disección. Se colocó drenaje de Porto-vac en un solo paciente, en el 3ero. Si es necesario se puede insertar una a-

guja directamente en la Vesícula para aspirar la Bilis y descomprimir la Vesícula y así, colapsada con cálculos se retira de la cavidad abdominal por medio de agarre con pinza extractora de Vesícula a través de la incisión del Ombligo. Se permite el escape del Bióxido de Carbono y las cánulas se retiran. Las incisiones se suturan con VYCRIL 2-0 en la aponeurosis y con Dermalon 3-0 la piel.

Previamente el tercer paciente, por recomendación del servicio de hematología, se preparó con suficiente hidratación parenteral y 100% oxigenoterapia por temor de crisis hemolítica y en el mismo acto operatorio se practicó Adherenciólisis peritoneal múltiple, por adherencias laxas y fuertes entre la Vesícula Biliar, el borde anterior del hígado al duodeno, a colon transversal, pared abdominal anterior y ángulo hepático del colon, además de adherencias de la bolsa de Hardman al Colédoco.

La duración de cada intervención duró entre 30 y 70 minutos.

DISCUSION

La Colectomía Laparoscópica representa un avance importante en el tratamiento de los niños enfermos con Litiasis vesicular, según lo manifiesta VINOGRAD I, (7), aún en pacientes con enfermedades Hemolíticas siguiendo los cuidados generales pre y transoperatorios. Además, éste procedimiento es más rápido que la Colectomía tradicional, tiene otras ventajas más importantes debido a que es un método menos invasivo. Estas ventajas incluyen la reducción de la morbilidad y el dolor postoperatorio, así como cicatrices muy pequeñas.

Otro factor importante es el problema económico sufrido por la hospitalización reducida a 24 horas y el retorno rápido a sus actividades habituales. Si se encuentran problemas durante la cirugía Laparoscópica se cambiará la Cirugía Tradicional sin problema alguno.

FRANKLIN M. E. Jr. (4) relata las contradicciones relativas para la técnica endoscópica son: Colecistitis Aguda, Ictericia, Cálculos en el Conducto Común o cuando hay franca indicación para la exploración del conducto común. Sin embargo, con la Endoscopia retrograda disponible para el conducto común, estas contraindicaciones relativas se pueden ignorar y combinar los dos procedimientos endoscópicos.

Las verdaderas contraindicaciones son aquellas que prohíben la anestesia general.

En ninguno fué necesario practicar Colangiografía Transoperatoria.

RESULTADOS

Ninguno sufrió complicaciones excepto el tercer paciente, el cual permaneció 4 días hospitalizado por cuadro febril que cedió con Antibióticoterapia que luego se recuperó sin proble-

mas. Los Controles fueron a la semana, al mes y dos meses encontrándose asintomáticos todos.

Los resultados de Anatomía Patológica reportaron Colecistitis Crónica y Litiasis Vesicular.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cervantes J; Rojas G; Alvares González R; Padilla L.: Laparoscopic Cholecystectomy in Pediatrics. A. Report of the First case in the Mexican literature. Bol-Med-Hosp-Infant-Med; 1992 Jun; 49(6); p 380-3.
2. Chistopher R. Moir, John H. Donohue, and Jon A. Van Heerden: Laparoscopic Cholecystectomy in Children. Journal of Pediatric Surgery, Vol 27, No. 8 (August), 1992: p.p. 1066-1070.
3. Davidoff AM; Branum GD; Murray E.A.; Chongwk; Ware Re; Kinney TR: The Technique of Laparoscopic Cholecystectomy in Children. Ann-Surg; 1992 Feb; 215 (2); p 186-91.
4. Franklin M.E. Jr. Vancaillie T.G.; Daniel C.: Is Laparoscopic Cholecystectomy applicable to patients with acute Cholecystitis? J - Laparoendosc - Surg; 1992 Jun.; 2(3); p 159-63.
5. M.B. Mitchell, M.D., G.V. Stiegmann, M.D., and A. Mansour M. D: Improved Technique for Establishing, Pneumoperitoneum Laparoscopy. Surgical Laparoscopy and Endoscopy 1991 Vol 1. No. 3; p.p. 198-199.
6. Moir; Donohue JH; Van Heerden J.A.: Laparoscopic Cholecystectomy in Children: Initial Experience and Recomendations. J - Pediatric Surg; 1992 Aug; 27 (70); p 1966-8.
7. Vinograd I, Halevy A.: Laparoscopic Cholecystectomy in Children? Harefuah; 1992 Aug. 123(3-4); p.p. 89-91, 155.

Conclusiones y Recomendaciones del XVI Encuentro Anual de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas - Caracas, Julio 29, 1995

Compilación: Herbert Stegemann, Secretario de Actas y Correspondencia, ASEREME

En el Auditorium del Instituto de Medicina Experimental de la Universidad Central de Venezuela, concluido el proceso de inscripciones y de acuerdo con el programa establecido previamente, a las 09:10 horas se dio inicio al Encuentro con la exposición del Dr. Jorge Díaz Polanco (Sociólogo, Centro de Estudios del Desarrollo CENDES, U.C.V.): "La Producción Científica en Salud de Venezuela y América Latina. Indicaciones para el Diseño de una Política Científica. Perfil y Tendencia de la Investigación en Salud en Venezuela". Inicia su tema señalando que, a pesar de que este trabajo - patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud - concluyó hace más de 5 años con la presentación del informe correspondiente, se trataba de la primera vez que alguna institución los invitaba para presentar esta experiencia. Comprende los resultados de un estudio sobre el perfil y las tendencias de la investigación en salud realizado en Argentina, Brasil, Cuba, México y Venezuela. Algunas de las conclusiones para Venezuela de este análisis fueron:

1. Individualización de la producción científica.
2. "Feminización" del proceso, realidad que habrá que tomar en cuenta incluso en las proyecciones futuras cuando el liderazgo de este campo se "feminice" igualmente.
3. Características "asistenciales" de la investigación en el campo médico.

Lamenta mucho el expositor de que luego de la culminación de esta investigación se produjo un vacío en el seguimiento de recolección y análisis de datos hasta el presente lo cual no ha permitido mantener la correspondiente actualización. En este sentido luego de finalizada la intervención, la Dra. E. Ryder (Investigación Clínica, Maracaibo) sugirió que se establezca contacto con Fundacyte-Mérida en vista de que con toda seguridad se podrá llenar en parte el vacío de información que le preocupa al expositor.

El Dr. Díaz Polanco consigna por Secretaría el texto íntegro de su disertación.

Sobre las 10:15 de la mañana H. Stegemann (Editor Asociado, Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología) presentó el tema "Actualizaciones de las Normas de Vancouver". Realiza una rápida revisión de la situación de las Normas y señala que en la actualidad está vigente la Cuarta Edición y

las Resoluciones correspondientes que aparecieron traducidas al castellano en los números dos y seis respectivamente del volumen 116 del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de 1994.

Desde esa fecha han aparecido dos resoluciones adicionales de las cuales la primera, conocida como la de Chicago está fechada septiembre 1993. La segunda es la de Oslo y fue hecha pública en junio de 1994.

La Resolución de Chicago se ocupa de las publicaciones duplicadas o redundantes. Sienta criterios y diferencias así como las excepciones sobre las llamadas publicaciones primarias y secundarias y establece las características de cuando estas últimas son aceptables. Culmina precisando que tipo de sanciones pueden esperar los autores que incurren en duplicidad y las bases sobre las cuales se han establecido estos criterios.

Posteriormente analiza la Resolución de Oslo. En su primera parte se relaciona con la publicidad en las revistas biomédicas, tema que ya fue tratado en uno de nuestros encuentros anuales anteriores. Se establece el límite entre el material publicitario y el editorial, la responsabilidad de los editores, el contenido publicitario que debe evitarse y finalmente la recomendación de que cada revista debe establecer sus normas internas en lo concerniente al material publicitario.

En su última parte esta resolución se ocupa de los Suplementos. Los define y diferencia de los números regulares de las revistas destacando su financiamiento independiente, sus propósitos y finalmente los principios bajo los cuales debe manejarse su edición. El editor es responsable de su contenido y debe destacarse claramente cual es el origen de los recursos económicos y las características del material publicitario que los respalda.

En vista de la hora y con el objeto de respetar el horario asignado a los expositores invitados se decide alterar ligeramente el programa.

Toma la palabra el Dr. José Rafael Fariñas (Director General de la Sociedad de Autores y Compositores de Venezuela, Abogado) y presenta sus ideas en torno a "El Derecho de Autor" y su ley respectiva la cual contempla:

1. La regulación de las obras producto del ingenio creador in-

distintamente si son de índole literaria, científica o artística. Deben ser originales en su concepción.

2. Que los derechos de autor son de tipo moral y de tipo patrimonial.

3. Que el autor puede explotar su obra sobre una base de exclusividad y puede obtener beneficio de ella.

4. El derecho de autor se extiende hasta 60 años contados a partir del primero de enero siguiente a la fecha de su muerte.

Sienta criterios sobre la diferencia que existe entre la simple producción de ideas y las obras concluidas y materializadas donde las primeras son libres y no tienen protección legal en cambio las segundas si la tienen. Añade que la Ley sobre Derechos del Autor venezolana, vigente desde 1993, es internacionalmente una de las más avanzadas y se complementa con el hecho de que Venezuela es también signataria entre otros documentos internacionales, de la Convención Universal sobre Derechos del Autor.

Luego de una breve pausa para el refrigerio pasamos a la segunda parte del encuentro y se retoma el orden previsto para el programa.

Continúa H. Stegemann con sus comentarios sobre "Abreviaturas de los Títulos de las Revistas Biomédicas. Criterios "Señala los documentos que lo llevaron al tema: Index Medicus, American National Standard for the Abbreviation of Titles of Periodicals y finalmente el International Code for the Abbreviation of Titles Periodicals emanado de la International Organization for Standardization. En reciente comunicación, BIREME, dependiente de la OSP, le confirmó al expositor que se atiene a las normas ISO 4-1984 que aparece publicada en el "ISO Standards Handbook". Basado en este último documento se revisan los puntos más sobresalientes relacionados con las abreviaciones tanto de los vocablos como de los títulos de las revistas propiamente dichos: Objetivos y definiciones, reglas para las abreviaciones, métodos que se deben utilizar. Se revisa y comenta la lista de los títulos abreviados de revistas biomédicas venezolanas aparecida en la Gaceta Médica (1992) y basada en material proveniente de BIREME.

Pide la palabra el Dr. Oscar Agüero, Director de Gaceta Médica, para sugerir que debe divulgarse una lista actualizada de los títulos de las revistas biomédicas venezolanas en vista de que la conocida data de 1991.

La sesión matinal concluye con la exposición del Dr. Luis Martínez Iturriza titulada "Publicaciones Científicas. Algunos aspectos éticos. Duplicidad y Multiautoría". El Ex-Presidente de ASEREME y actual miembro del Comité de Ética describe y define los términos ética y moral. Define los conceptos de publicación duplicada y múltiple. Las relaciones entre el autor y el editor están basadas en un pacto de caballeros que obliga a la transparencia. Señala las características de las publicaciones secundarias para que sean aceptables en la comunidad científica. En cuanto a la multiautoría

la considera un hecho inadmisibles y la contrapone a la coautoría. Recomienda que en los índices internacionales aparezca únicamente la publicación primaria. Presenta un "Decálogo del Editor Biomédico Venezolano" y propone el texto de un documento que relaciona al autor principal y sus colaboradores con el editor donde los primeros se comprometen en presentar para su publicación un material inédito y no sometido a consideración para publicación en ninguna otra revista.

H. Stegemann sugiere que al documento propuesto por el Dr. L. Martínez se le añada un párrafo según el cual tanto el autor como cada uno de sus colaboradores aceptan también la responsabilidad por el contenido del texto.

ASAMBLEA ANUAL ORDINARIA

A las 13:50 horas y en Segunda Convocatoria - la primera estuvo programada para las 12:30 - se dió inicio a la Asamblea de acuerdo con los Estatutos de la Asociación y bajo la conducción del Presidente de ASEREME Dr. Federico Fernández Palazzi a quien acompañaron los siguientes miembros de la Junta Directiva: Dr. Solón Suárez (Ex-Director de la Revista de la Fundación J.M. Vargas), Dra. Ana Monzón de Orozco (Directora de Acta Científica de la Sociedad Venezolana de Bioanalistas Especialistas), Herbert Stegemann (Editor Asociado de Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología) y Lic. Alecia Acosta (Representante de SINADIB).

De acuerdo con las planillas de inscripción asistieron además a la Asamblea los siguientes Miembros de ASEREME:

1. Dr. Agüero, Oscar - Gaceta Médica.
2. Dr. Bendahan, Yoni* - Revista Hospital "San Juan de Dios".
3. Dr. Bosch, Virgilio - Archivos Latinoamericanos de Nutrición.
4. Dr. Carrera Michelli, Francisco - Boletín del Hospital de Niños.
5. Dr. Díaz Bolaños, Jaime - Revista de la Sociedad Venezolana de Cirugía y Ex-Presidente de ASEREME.
6. Dr. Fernández, Elías - Farmacia al Día, Clínica al Día.
7. Dr. Figarella, Alejandro Francisco - Medicina Crítica y Antibióticos e Infección.
8. Dr. Gahona, Ciro - Salus Militiae.
9. Dr. Guerrero, Vicente - Revista Médica Razetti.
10. Dra. Landaeta Jiménez, Maritza - Anales Venezolanos de Nutrición.
11. Dr. Martínez Iturriza, Luis - Salus Militiae y Ex-Presidente de ASEREME.
12. Dr. Oberto Machado, Carlos - Salus Militiae.
13. Dra. Ryder, Elena - Investigación Clínica.
14. Dr. Vargas Arenas, Rafael - Rev. Fed. Méd. Venez. y Ex-Presidente de ASEREME.

* Cede su voto en la persona del Dr. Federico Fernández Palazzi al tener que retirarse. En Secretaría reposa el poder correspondiente.

El Presidente invita al Secretario para que presente su informe anual. H. Stegemann hace uso de la palabra, lee el informe anual el cual en esta oportunidad presenta la novedad de estar agrupado por temas específicos. Llama la atención sobre el hecho de que la cantidad de tópicos tocados ha aumentado notablemente si se le compara con años anteriores. El informe es sometido a discusión por la Asamblea. La Dra. Ryder desea saber el efecto alcanzado por los Cursos de "Como Escribir y Publicar un Trabajo Científico". Se le informa que con base a los resultados de las encuestas realizadas entre los asistentes a los dos cursos podemos estar muy felices de los efectos logrados los cuales obviamente se reflejarán en un futuro tomando en cuenta de que la mayoría de los asistentes eran profesionales jóvenes. Por otra parte hemos tenido noticias como los asistentes a estos cursos comienzan a ejercer presión sobre sus superiores docentes en los medios académicos al punto de pedir que ellos deben asistir a estas reuniones. El Dr. Luis Martínez sugiere que en lugar del concepto Resumen Estructurado es más apropiado utilizar la frase Resumen Organizado. Añade que en la Comisión de Postgrado de la Facultad de Medicina de la U.C.V. también se están realizando cursos destinados a los profesionales jóvenes con el objetivo de mejorar su capacidad de investigativa y de publicación.

Concluida la discusión la Asamblea aprueba el informe y copia del mismo se consigna en la Secretaría.

El Presidente le pide a la Tesorería que presente su informe anual. La Dra. Monzón de Orozco hace especial referencia al atraso en las cotizaciones anuales por parte de muchos miembros. El monto de cuentas por cobrar al 29-07-95 asciende a Bs. 336.000,00. La Tesorería pide que los Miembros de ASEREME completen la "Planilla de Miembro de ASEREME" con la finalidad de actualizar los datos de archivo por una parte y por la otra posibilitar la inscripción como Miembros Asociados a aquellos colegas que así lo deseen.

Hecho el balance correspondiente. ASEREME tiene al 29-07-95 en caja la cantidad de SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO CON 26/00 BOLIVARES (Bs. 642.244,26). La Dra. Orozco consigna por Secretaría copia del informe detallado de su gestión.

El informe es sometido a consideración y la Asamblea lo aprueba sin modificaciones. H. Stegemann pide la palabra y sugiere la conveniencia que se tomen decisiones en torno a la más conveniente inversión de estos fondos con la finalidad de que no se pierda su poder adquisitivo. Sugiere a la vez - tomando recomendaciones previas de la Lic. Acosta y la Lic. Haydee Carballo - que se adquiera una computadora que permita mayor independencia de acción particularmente al

equipo de secretaria. La Asamblea aprueba unánimemente esta proposición.

A continuación el Presidente aborda el siguiente punto del programa: "Aspectos Éticos. Creación de un Documento de Normas". Hace una introducción señalando las situaciones que ASEREME ha tenido que confrontar últimamente por el comportamiento cuestionable desde el punto de vista ético de algunos miembros. Los Dres. Guerrero y Stegemann hacen referencia a pautas generales y la conveniencia de que cada revista debería tener redactadas sus normas internas. El Dr. Fernández aconseja que debe existir un documento universal para todos los miembros. El Dr. L. Martínez aconseja la conveniencia de lograr la opinión de un abogado especializado en la materia a lo cual se opone el Dr. Guerrero por temer que surjan características inquisitoriales. El Dr. J. Díaz Bolaños recuerda la experiencia acumulada cuando nos propusimos actualizar los Estatutos de ASEREME. Añade que se deberían revisar normas internacionales y lograr la colaboración de abogados que revisen el documento final que luego sería aprobado por la Asamblea. El Dr. F. Fernández propone en cambio que se nombre del seno de la Asamblea una Comisión constituida por 5 miembros: tres Ex-Presidentes de ASEREME y dos editores, uno de estos sería el Dr. Oscar Agüero, para que presenten un proyecto en el lapso de tres meses. El Dr. Vicente Guerrero se ofrece como Editor voluntario. El Dr. Díaz Bolaños considera prudente que el plazo se extienda hasta noviembre tomando en cuenta las inmediatas vacaciones. En cuenta y el Dr. F. Fernández somete a consideración de la Asamblea una Comisión compuesta por:

- Dr. Oscar Agüero - Director, Gaceta Médica
- Dr. Jaime Díaz Bolaños - Ex-Presidente, ASEREME
- Dr. Vicente Guerrero - Editor, Revista Médica Razetti, Barquisimeto.
- Dr. Luis Martínez Iturriza - Ex-Presidente, ASEREME
- Dr. Rafael Vargas Arenas - Ex-Presidente, ASEREME

Con la finalidad de que presente a la reunión de la Junta Directiva prevista para noviembre próximo un Proyecto de "Normas Éticas" que regulen la actuación de los Editores Biomédicos en Venezuela. Aprobado por unanimidad.

En lo concerniente al Punto Varios se someten a consideración de la Asamblea los pasos dados por la Junta Directiva en relación con el caso de la Revista de la Sociedad Venezolana de Cirugía, su Editor y la Implicación de varios autores en una situación irregular de duplicidad de publicación complicada con varias otras irregularidades. Se informa sobre la carta recibida del Tribunal Disciplinario de la Federación Médica Venezolana fechada 07-07-95 y la respuesta enviada por la Junta Directiva con fecha 15-07-95.

Pide la palabra el Dr. J. Díaz Bolaños, analiza sus puntos de vista y concluye que no debería sancionarse a la Revista como institución. Añade que conversó con el Presidente de la So-

ciudad Venezolana de Cirugía quien le manifestó desconocer oficialmente lo que estaba ocurriendo.

El Dr. Oscar Agüero considera la situación como grave. A su criterio hay tres faltas:

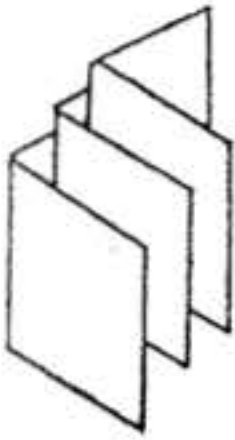
1. Duplicidad de publicación.
2. El fraude cometido por el Dr. R. Hurtado al eliminar el nombre del Dr. Milton Mendoza como autor principal y colocarse él como tal y haber eliminado el nombre del autor Dr. William Chang. Asimismo haber incluido los nombres de: Dr. Guillermo Colmenares y Dr. Franco Calderaro Di Ruggiero como co-autores quienes no participaron como tales.
3. La aceptación por parte del Dr. Guillermo Colmenares del carácter de co-autor sin haber participado como tal en la realización del trabajo.

También sostiene que la Revista como institución no tiene la culpa. H. Stegemann recuerda que hay implicaciones internacionales, que ASEREME ya fijó posición, deben sancionarse las personas involucradas y la Revista de la Sociedad Venezolana de Cirugía debe publicar una nota aclaratoria de la situación surgida. El Dr. Virgilio Bosch apoya las acciones realizadas por la Junta Directiva, insiste en que debe aplicarse el reglamento y activar las sanciones establecidas. Recuerda que el Editor es el responsable y que todavía falta por conocer la posición que al respecto tomará SINADIB quien es el organismo de enlace con BIREME.

Agotada la consideración del tema la Asamblea respalda las posiciones fijadas por el Comité de Etica de ASEREME, los pasos que al respecto ha dado la Junta Directiva e indica los siguientes pasos a seguir:

1. El respaldo a las actuaciones del Comité de Etica y de la Junta Directiva.
2. Sancionar al Editor Dr. Guillermo Colmenares y al autor Dr. Ramón Hurtado con no permitirles publicar en las revistas relacionadas con ASEREME por un periodo de dos años.
3. Comunicarle a la Sociedad Venezolana de Cirugía que si desea mantener sus relaciones con ASEREME deberá cambiar al Director-Editor de la Revista Venezolana de Cirugía.
4. La Revista de la Sociedad Venezolana de Cirugía queda suspendida en sus relaciones con ASEREME hasta tanto no publique una nota aclaratoria.

Al no haber más nada que tratar y siendo las 15:30 horas el Presidente declara concluida la reunión. Recuerda que la Junta Directiva se reunirá el miércoles 02-08-95 en el lugar de costumbre a las 12:00 horas.



ASOCIACION DE EDITORES DE REVISTAS BIOMEDICAS VENEZOLANAS

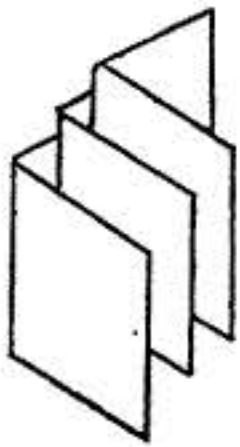
ASEREME

XVII ENCUENTRO DE EDITORES DE REVISTAS BIOMEDICAS VENEZOLANAS.

PROGRAMA

8:00am a 8:30am	Inscripción.	
8:30am a 9:30am	El fraude en las publicaciones biomédicas.	DR. HERBERT STEGEMANN Secretario ASEREME.
9:30am a 9:45am	Preguntas y respuestas.	
9:45am a 10:45am	SAGI-Sistema de Apoyo Gerencial de la Investigación-UCV.	DRA. LILIAN CRUZ. Coordinadora de SAGI-UCV.
10:45am a 11:00am	Preguntas y respuestas.	
11:00am a 11:15am	Café.	
11:15am a 12:15pm	Las Gráficas. Criterios de calidad.	DR. FABIO ARIAS. Jefe de Cátedra Salud de Pública. Escuela Med. "J. M. Vargas"-UCV
12:15pm a 12:30pm	Preguntas y respuestas.	
12:30pm a 1:00pm	Importancia de las palabras claves en la Indización.	LIC. SANDRA MAYOR. Biblioteca "Humberto Garcia Arocha". Facultad de Medicina-UCV.
1:00pm a 1:15pm	Preguntas y Respuestas.	
1:15pm a 1:45pm	Refrigerio.	
1:45pm a 2:45pm	Asamblea -Informes de: Secretaría y Finanzas. -Elección de la Junta Directiva 1996-1998. -Varios.	

LUGAR: Auleta 121, Cátedra de Bioquímica, PB. Instituto de Medicina Experimental.-UCV.



ASOCIACION DE EDITORES DE REVISTAS BIOMEDICAS VENEZOLANAS

ASEREME

Caracas, 26 de abril de 1995.

Editor de
CENTRO MEDICO.

Centro Médico de Caracas.
Plaza El Estanque. San Bernardino.
Caracas,


Nos dirigimos a usted a fin de comunicarle que la Junta Directiva de ASEREME, en su sesión del 22-03-95, aprobó el Informe presentado por el Comité de Etica de esta Asociación, en relación a la duplicación del artículo: "Controversias en el tratamiento médico-quirúrgico de las lesiones traumáticas del esófago" de los autores: Milton - Mendoza Blanco, Antonio J. Cardozo D., William J. Chang Y. y Ramón Hurtado Lara publicado en Centro Médico 1991; 37(3): 96-104 y "Lesiones traumáticas del esófago. Su importancia en la decisión terapéutica" de los autores: Ramón Hurtado Lara, Franco J. Calderaro Di Ruggiero, Guillermo Colmenares Arreaza y Antonio Cardozo, publicado en la Revista Venezolana de Cirugía, 1994; 47(4): 189-97.

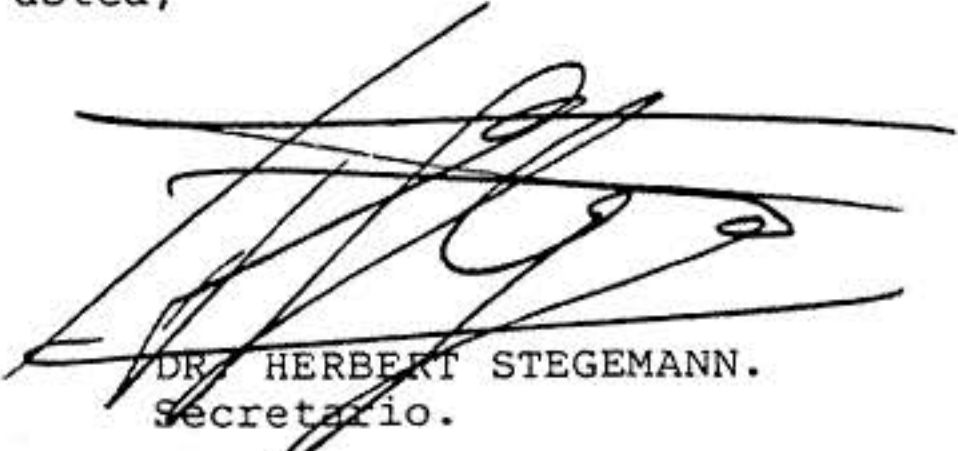
El informe del Comité de Etica dispone:

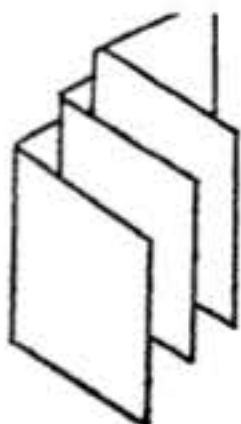
- Las dos revistas citadas anteriormente deben publicar una Nota explicativa sobre esta duplicidad, y
- Suspender al Dr. Ramón Hurtado Lara, responsable de esta duplicidad, su derecho a publicar por un lapso de dos (2) años, en todas las revistas biomédicas venezolanas representadas por sus Editores en ASEREME.

Sin otro particular, nos despedimos de usted,

Atentamente,


DR. FEDERICO FERNANDEZ PALAZZI.
Presidente.


DR. HERBERT STEGEMANN.
Secretario.



ASOCIACION DE EDITORES DE REVISTAS BIOMEDICAS VENEZOLANAS

ASEREME

Caracas, 03 de agosto de 1995

Señor
Director de la
Revista Centro Médico
Presente.-

Ref.: Revista Venezolana de Cirugía.-

Estimado Doctor :

Con la presente nos permitimos informarle a la institución que Usted representa que esta Asociación realizó su Asamblea Anual el pasado 29.07.95 en el auditorio del Instituto de Medicina Experimental de la Universidad Central de Venezuela.

Entre otros puntos fue analizado y discutido el caso de la Revista Venezolana de Cirugía ya conocido por Ustedes con nuestra carta del 26.04.95.

Al respecto la Asamblea aprobó entre otros los siguientes cuatro puntos:

1. El respaldo a las actuaciones del Comité de Ética y de la Junta Directiva.
2. Sancionar al Editor Dr. Guillermo Colmenares y al autor Dr. Ramón Hurtado con no permitirles publicar en las revistas relacionadas con ASEREME por un período de dos años.
3. Comunicarle a la Sociedad Venezolana de Cirugía que si desea mantener sus relaciones con ASEREME deberá sustituir al Director-Editor de la Revista Venezolana de Cirugía.
4. La Revista de la Sociedad Venezolana de Cirugía queda suspendida en sus relaciones con ASEREME hasta tanto no publique una nota aclaratoria en relación con este incidente.

centro médico

CARTAS A LA REDACCION

.. Comunicación que le hacemos para los fines consiguientes.

Una vez más reiteramos a Ustedes nuestros sentimientos de consideración y estima y nos suscribimos,

Atentamente,


DR. FEDERICO FERNANDEZ PALAZZI.
PRESIDENTE

ASSOCIATION DE MEDICINS
DE MONTREUIL-VALLEAULAIN
VERMOREL


DR. HERBERT STEGEMANN.
SECRETARIO

A
S
E
R
E
M
E

D
I
R
E
C
T
I
V
A

HS/03.08.95.