

# 1

VOLUMEN 40



ENERO

1994

# centro médico

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

ISSN 1010-7290

DEPOSITO LEGAL pp 76-0323

- **Seguimiento de las Atipias del Cuello Uterino**  
Dr. Alí Peñaloza, Dr. Vicente Rubinaccio,  
Dra. Areli Cabezas, Dr. Iran Cordero,  
Dra. Sharon Cimolino
- **Incidencia del Tumor de Parótida en el I.V.S.S. de Guarenas**  
Dra. Sharon Cimolino,  
Dr. Alí Peñaloza  
Dr. José Barrera,  
Dr. Vicente Rubinaccio
- **Aborto Habitual**  
Dra. Mercedes Aure T.,  
Dr. Alejandro Aure B.  
Dr. César Aure B.
- **Atresia de Coanas Congénita Bilateral**  
Dra. Mercedes de Alford,  
Dra. Gloria J. Acosta Veracochea,  
Dr. Wilmer Palacios Torrealba
- **Colecistectomía por Videolaparoscopia**  
Dr. Gustavo Baquero A.,  
Dra. Lucy Dagher,  
Dra. Ana María Abaffy,  
Dra. Adriana Pizarro
- **Migración de un Cuerpo Extraño Intratorácico**  
Dra. Susan Malavé, Dr. Anibal Loreto,  
Dra. María Campillo, Dra. Sharon Cimolino,  
Dr. José Barrera
- **El Paciente HIV Positivo en Coloproctología**  
Dr. Pedro Morgado Nieves  
Dr. Pedro Morgado Schmilinsky



## Vol. 40 No. 1

### CUERPO DIRECTIVO

Director Editor  
Dr. Federico Fernández Palazzi

Editor Honorario  
Dr. Francisco Solé

Comité de Redacción  
Dr. Armando M. Vegas  
Dr. Jorge Murillo  
Dr. Itic Zighelboim  
Dr. Víctor Padula  
Dr. Salvador Rivas

### JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA

Presidente  
Dr. Francisco Javier Márquez

Vice-Presidente  
Dra. María Teresa Urdaneta

Secretario  
Dr. Pedro Andrade Páez

Tesorero  
Dra. Lilian Casas

Vocal  
Armando Gil Mendoza

DIRECCION MEDICA  
Dr. Héctor A. Padula S.

Dirección  
Centro Médico de Caracas  
Plaza El Estanque, San Bernardino, Caracas.  
Telfs.: 52.22.22 - Ext. 190 y 52.73.09

**Frecuencia, reparto y canje**  
Se publica cada cuatro meses: Enero, Mayo y Septiembre de cada año. Se reparte gratuitamente. Solicitamos canje con toda Revista o Publicaciones periódicas de Ciencias Médicas, cualquiera que sea el idioma en que esté impresa.

Composición Gráfica  
Ana María Palmer G.

Impresión  
Gráficas Univers C.A.

Derechos reservados © Sociedad Médica del Hospital Privado Centro Médico de Caracas, cedidos a Ana María Palmer G. para su reproducción, distribución y publicación.

ANA PALMER G.  
Imagen Corporativa  
Tel.: (014) 23.26.99

Vol. 40 No. 1 - Enero 1994

# centro médico

VOL. 40

No. 1

ENERO 1994

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

### SUMARIO

- |  |      |
|--|------|
| <b>Editorial</b>   | • 1  |
| <b>Seguimiento de las Atipias del Cuello Uterino</b>   | • 2  |
| Dr. Alf Peñaloza<br>Dr. Vicente Rubinaccio<br>Dra. Areli Cabezas<br>Dr. Iran Cordero<br>Dra. Sharon Cimolino |      |
| <b>Incidencia del Tumor de Parótida en el I.V.S.S. de Guarenas</b>   | • 9  |
| Dra. Sharon Cimolino<br>Dr. Alf Peñaloza<br>Dr. José Barrera<br>Dr. Vicente Ruvinaccio                       |      |
| <b>Aborto Habitual</b>   | • 11 |
| Dra. Mercedes Aure T.<br>Dr. Alejandro Aure B.<br>Dr. César Aure B.  |      |
| <b>Atresia de Coanas Congénita Bilateral</b>   | • 14 |
| Dra. Mercedes de Alford<br>Dra. Gloria J. Acosta Veracoechea<br>Dr. Wilmer Palacios Torrealba                |      |
| <b>Colecistectomía por Videolaparoscopia</b>   | • 18 |
| Dr. Gustavo Baquero<br>Dra. Lucy Dagher<br>Dra. Ana María de Abaffy<br>Dra. Adriana Pizarro                  |      |

**Migración de un Cuerpo Extraño Intratorácico** •21

Dra. Susan Malavé  
Dr. Anibal Loreto  
Dra. María Campillo  
Dra. Sharon Cimolino  
Dr. José Barrera

**El Paciente HIV Positivo en Coloproctología** •24

Dr. Pedro Morgado Nieves  
Dr. Pedro Morgado Schmilinsky

# Normas para la Publicación de la Revista Centro Médico

## INFORMACION PARA LOS AUTORES

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

El propósito del Comité de Redacción consiste en publicar:

1. **Artículos de fondo**, no divulgados en otras revistas excepto en casos de consentimiento por el Director y por la revista original.
2. **Revisión bibliográfica.**
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 se 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. 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 nítidos. 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 él directamente solicite.

### 2. Revisión Bibliográfica:

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, pero no deben excederse de ocho páginas con todo su contenido. No será necesario el resumen.

### 3. Presentación de casos clínicos:

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

### 4. Editoriales:

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

### 5. Noticias médicas y cartas:

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

**Manuscritos:** Deben ser dirigidos al

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

Los editores no serán reponsables 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.

La Revista Centro Médico está registrada en:

Index Medicus Latinoamericano IMLA (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

International  
Hospital  
Federation

---

## Junta Directiva de la Sociedad Médica

Dr. Francisco Javier Márquez  
*Presidente*  
Dra. María Teresa Urdaneta  
*Vice-Presidente*

Dr. Pedro Andrade Páez  
*Secretario*  
Dra. Lilian Casas V.  
*Tesorero*

Dr. Armando Gil Mendoza  
*Vocal*  
Dr. Federico Fernández Palazzi  
*Director-Editor de la Revista*

## Miembros Activos

Abecasis S., Dr. Nissim  
Abreu B., Dr. Alejandro  
Abreu de Díaz, Dra. Alice  
Acquatella M., Dr. Harry  
Acquatella M., Dr. Maxime  
Agihero, Dr. Oscar  
Aguilar de Petit, Dra. Oliva  
Alvarez S., Dr. emilio  
Andrade P., Dr. Pedro  
Aranga G., Dra. Nayeska  
Arellano H., Dr. Samuel  
Arends de Pérez, Dra. Anabels  
Arévalo L., Dr. Gastón  
Arreaza C., Dr. Néstor  
Aure T., Dr. César  
Aure T., Dra. Mercedes  
Avila v., Dr. Juan José  
Bacalao R., Dr. Román  
Bacci I., Dr. Santiago  
Baiz s., Dr. Carlos  
Balda C., Dr. Germán  
Baltar I., Dr. Juan A.  
Banchs, Dr. Francisco  
Baptista J., Dr. Peter  
Baquero A., Dr. Gustavo  
Baralt, Dr. Tulio  
Barba f., Dr. Jorge  
Barreto B., Dr. Román  
Barriola D., Dr. Jon A.  
Bastidas C., Dr. Jorge  
Beker G., Dr. Simón  
Beker K., Dr. Bernardo  
Benhamú, Dr. Miguel Angel  
Bermúdez de Gascue, Dra. Ana M.  
Berroterán G., Dra. Olga  
Besso M., Dr. José  
Bilbao C. Dr. Joseba  
Blanco L., Dr. Jorge  
Blanco S., Dr. Carlos  
Blondet S., Dr. José A.  
Bonilla Z., Dr. Rodrigo  
Bóveda Z., Dr. Juan José  
Brandt G., Dr. Francisco  
Brandt P., Dr. Francisco  
Brito A., Dr. Edgar  
Brito A., Dr. Víctor  
Burger B., Dr. Bruno  
Burmicky P., Dr. Matias  
Bustamante E., Dr. Rafael  
Caballero F., Dr. Fernán  
Calatrava P., Dr. Fernando

Calvet, Dra. Ana María  
Calles R., Dr. Gabriel  
Campos R., Dr. Gerónimo  
Capriles H., Dr. Arnaldo  
Cárdenas C., Dr. Leopoldo  
Carvalho A., Dr. Pedro  
Casas V., Dra. Lilian  
Castañón R., Dr. Andrés  
Castillo G., Dr. Rafael  
Castro de Hidalgo, Dra. María M.  
Cifuentes S., Dr. Bernardo  
Ciobataru, Dra. Silica  
Cisneros Y., Dr. José A.  
Colina C., Dr. Oscar  
Condado R., Dr. José A.  
Cornejo A., Dr. Sivia M.  
Cova A., Dr. Rameon  
Cudemus M., Dr. Gastón  
Cuenca G., Dr. Hernando  
Cuervo S., Dr. Carlos  
Chacón, Dra. Ana Y.  
D'Escrivan G., Dr. Julio C.  
Daantje O., Dr. Ashley  
Daoud Said de Daoud, Dra. Georgette  
Del Reguero, Dr. Antonio  
Díaz Pantin, Dr. Carlos  
Díaz Pietri, Dr. Gustavo  
Díaz P., Dr. Jesús  
Díaz R., Dr. Francisco  
Dona L., Dr. Francisco  
Dreyer de Piña, Dra. Mónica  
Egea G., Dr. Manuel  
Enmanuelli A., Dr. Armando  
Erminy R., Dr. Aquiles  
Escalona de Arreaza, Dra. Livia  
Essenfeld de Sekler, Dra. Evelyn  
Fantes K., Dr. Francisco  
Fernández Palazzi, Dr. Federico  
Ferro M., Dr. Raúl  
Fleury de Bacalao, Dra. Cristina  
Fleury H., Dr. Andrés  
Fraga R., Dra. Olga  
Francisco M., Dr. José M.  
Fuenmayor V., Dr. Jairo  
García de Blanco, Dra. Matilde  
García G., Dr. Gustavo  
García R., Dra. Belkis  
Garriga G., Dr. Esteban  
Garriga M., Dr. Esteban  
Gedeon H., Dr. Rafael  
Gibson, Dr. Kenneth

Gil Mendoza, Dr. Armando  
Gil Salazar, Dr. Eduardo  
Godoyol R., Dr. Juan  
Goldstein E., Dr. Carlos  
Gómez R., Dr. Manuel  
Gómez V., Dr. Luis G.  
González A., Dr. Luis A.  
González B., Dr. Marco A.  
González R., Dra. Mireya  
González S., Dr. Luis C.  
Gordils, Dr. Antonio  
Grossman S., Dr. Víctor  
Guedez, Dr. Miguel A.  
Guerrero G., Dr. José  
Guglielmelli V., Dr. José N.  
Ginand B., Dr. Alberto  
Gunand H., Dr. Carlos  
Gutierrez M., Dr. Emerson  
Gutierrez S., Dr. Armando  
Guzmán Blanco, Dr. Manuel  
Guzmán de Fleury, Dra. Mary  
Haiek W., Dr. Paul H.  
Herize V., Dr. Miguel A.  
Hernández C., Dr. Alonso  
Hernández de Peña, Dra. María T.  
Hernández M., Dr. Pablo  
Hernández N., Dr. Francisco  
Hernández O., Dr. Ruperto  
Hidalgo, Dr. Ezequiel  
Hoffman, Dr. Federico  
Hopkins M., Dr. Henry  
Istúriz A., Dr. Raúl  
Itriago P., Dr. Luis J.  
Iturriaga C., Dr. Enrique  
Iturriza S., Dr. Jesús E.  
Izquierdo, Dra. Elisa  
Jacir S., Dr. Alberto  
Jaén Centeno, Dr. Rubén  
Jaén Doreste, Dr. Domingo  
Jaén Urrutia, Dr. Rubén  
Jiménez Castillo, Dr. Carlos José  
Kanski R., Dr. Andrés  
Kizer, Dr. Saúl  
Koelzow J., Dr. Adolfo  
Koury C., Dr. Pablo  
Krivoy A., Dr. Jaime  
Krivoy O., Dr. Abraham  
Krulig S., Dr. Leopoldo  
Lairer, Dr. Andrés  
Lairer P., Dr. Félix M.  
Lander D., Dr. Rafael H.

Lander G., Dr. Bernardo  
Lara Díaz, Dr. José  
Lara G., Dr. Rafael  
Leamus E., Dr. Luis  
Lecuna T., Dr. Vicente  
Levy B., Dr. Marcos  
Levy B., Dr. Mesod  
Linares G., Dr. Jesús  
Lizarraga L., Dr. Pedro  
López D., Dr. José L.  
López N., Dr. Roberto  
Loreto G., Dr. Francisco  
Lozano W., Dr. José R.  
Machado U., Dr. Octavio  
Mamán, Dr. Albero  
Manrique, Dr. Jesús  
Manrique G., Dr. Antonio  
Manzo A., Dr. Augusto  
Marcano de Cuenca, Dra. Rosa  
Marcos A., Dr. Amadeus  
Márquez B., Dr. Enrique  
Márquez D., Dr. David  
Márquez R., Dr. Armando  
Márquez Y., Dr. Francisco J.  
Martelo de Florik, Dra. Ma. del Pilar  
Martinelli O., Dr. Antonio  
Martínez de Guglielmelli, Dra. Ana C.  
Martínez H., Dr. Alberto  
Martínez I., Dr. Luis  
Mata R., Dr. Eduardo  
Medrano R., Dr. Gustavo  
Mendoza B., Dr. Milton  
Mendoza O., Dr. Fernando  
Mijares R., Dr. Carlos  
Millán, Dr. Alberto J.  
Molinos P., Dr. Jesús  
Monserat, Dr. Luis Raúl  
Montbrún M., Dr. Enrique  
Montbrún R., Dr. Francisco  
Montes de Oca D., Dr. Israel  
Morales B., Dr. Eduardo  
Morales R., Dr. Julián  
Morales Stoppello, Dr. Jorge  
Morales Stoppello, Dr. Julián  
Morales U., Dr. Jesús  
Morgado Nieves, Dr. Pedro  
Morgado S., Dr. Pedro J.  
Morón T., Dr. Orlando  
Mosquera S., Dr. Isaac  
Mugarra T., Dr. Xavier  
Murillo M., Dr. Jorge

Navarro P., Dr. Luis E.  
Nordmann de Curbelo, Dra. Silvia  
Nouel P., Dr. Alfredo  
Nuñez F., Dr. Diego  
Ochoa R., Dr. José  
Oraá de Cova, Dra. Maritza  
Ortega S., Dr. Manuel  
Padrón Amaré, Dr. José A.  
Padua C., Dr. Arnobio  
Padula Falci, Dr. Víctor  
Padula Suárez, Dr. Héctor A.  
París, Dr. Alberto  
Pecirep, Dr. Dragan  
Peñaloza A., Dr. Alf  
Pereiro N., Dr. Manuel  
Pérez D., Dr. Vicente  
Pérez G., Dr. Gustavo  
Pérez L., Dr. Vasco  
Pérez M., Dra. Lisbeth  
Pérez O., Dr. Francisco  
Pérez R., Dr. Manuel  
Pérez S., Dr. Armando  
Petit Pifano, Dr. Guido  
Pieretti L., Dr. Rafael  
Pimentel de Medina, Dra. Ivonne  
Pineda G., Dr. Antonio  
Plaz A., Dr. José F.  
Plaza S., Dr. Rodrigo  
Ponce S., Dr. Francisco  
Postalian, Dr. Krikor  
Potenziani B., Dr. Julio C.  
Pradella de Potenziani, Dra. Rosella  
Pru G., Dr. César E.  
Puigbo Q., Dr. Arnaldo  
Queza M., Dra. Tania M.  
Quintero H., Dr. Hernán  
Ramírez P., Dr. Guillermo  
Requena M., Dr. Alvaro  
Restrepo, Dr. César E.  
Ríos de Isaac, Dra. María  
Rísquez T., Dr. Jorge  
Rivas H., Dr. Salvador  
Rivero G., Dr. Eduardo  
Rodríguez Arauz., Dr. José M.  
Rodríguez Armas, Dr. Otto  
Rodríguez E., Dr. Rubén  
Rodríguez M., Dra. Angela  
Rodríguez N., Dr. Carlos  
Rojas V., Dr. Orlando  
Romero M., Dr. Gabriel  
Rossiter, Dr. Guillermo

Roth C., Dr. Raimond  
Russo L., Dr. Salomón  
Salas J., Dr. Aquiles  
Salazar P., Dr. José A.  
Sanabria B., Dr. Tomás  
Sánchez A., Dr. José A.  
Sánchez G., Dra. María de la C  
Sánchez P., Dr. José  
Sánchez Q., Dr. Alvaro  
Sánchez Q., Dr. Jorge  
Sánchez R., Dr. Luis M.  
Sánchez R., Dr. Williams  
Sánchez S., Dr. José R.  
Sánchez V., Dr. Luis  
Schmittz de Herrera, Dra. Gisela  
Sierralta O., Dr. Asdrúbal  
Sigurani Luig de Aranda, Dra. Kezia  
Solís de Ochoa, Dra. Cristina  
Soto S., Dr. Ramón  
Stolk M., Dr. Gustavo  
Stoppello de Morales, Dra. Gioconda  
Suárez, Dr. José Angel  
Suárez D., Dra. Jannina  
Sukerman de Binbaun, Dra. Vivian  
Sukerman W., Dr. Moisés  
Szilard de mejías, Dra. Doris  
Tobio M., Dr. Ricardo  
Torrealba, Dr. Carlos  
Torres C., Dr. Guillermo  
Trejo S., Dr. Ezequiel  
Troconis, Dr. Carlos Julio  
Troconis B., Dra. María Y.  
Troconis de Quintero, Dra. María  
Troconis de Rodríguez, Dr. Orangel  
Urdaneta de Díaz, Dra. María T.  
Urosa P., Dr. Claudio  
Valeri M., Dr. Jorge  
Vegas R., Dr. Armando M.  
Velásquez G., Dra. Elinka  
Ventura A., Dra. Mayra  
Viloria, Dr. Guillermo  
Villalobos M., Dr. Orlando  
Vivas de Morao, Dra. Judith  
Vivas de Vegas, Dra. Josefa  
Weffer A., René  
Yrausquín de Postalian, Dra. Elizabeth  
Zaitman de Soffer, Dra. Mary  
Zamacona U., Dr. Mikel  
Zighelboim, Dr. Itic  
Zubillaga, Dr. Rafael

## Residentes Salientes 1993

Dra. Nakary Ramirez M.  
Dra. Ma. Antonia Lengua E.  
Dr. Joel J. Levy B.  
Dra. Gladys Fuschino M.  
Dr. Frencys J. Subero F.  
Dra. Marbella Pacheco M  
Dra. Rhonda V. Fleming S.

Dra. Giuseppina Pecora P.  
Dra. Aura E. Giral P.  
Dr. Francisco José Paredes  
Dr. Gillermo A. Palacios L.  
Dr. Oscar E. González M.  
Dr. Ignazio Tarrona La Torre  
Dr. Carlos E. Rivas G.

Dra. Lorena Lion C.  
Dra. Belkys A. Pacheco C.  
Dra. Tamara Coromoto Salom  
Dra. Nidia I. Lares J.  
Dra. Liliam M. Lanza T.  
Dr. Alirio J. Mijares B.

---

## In Memoriam

Dr. Francisco Herrera Guerrero †  
Dr. Andrés Gutiérrez Solís †  
Dr. Fermein Díaz †  
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 Rodríguez †  
Dr. José Domingo Leonardi †  
Dr. J. Graterol Monserrate †  
Dr. Víctor Baquero A. †  
Dra. María de los Angeles Gómez †  
Dr. Ricardo Baquero González †  
Dr. Ezequiel Trejo Padilla †  
Dr. Jerry Avella †  
Dr. Hernán Quintero Uzcátegui †  
Dr. Francisco Díaz Rodríguez †

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. Víctor Brito †  
Dr. Rafael Andrade Niño †  
Dr. Guillermo Tovar †  
Dr. Noé Matheus Méndez †  
Dr. Nelson Sarmiento †  
Dr. Luis Alberto Velutini †

## Miembros Honorarios

Dr. Roberto A. Hongson

Dr. Jorge Soto-Rivera

Dr. Neal Owens

---

# Editorial

El presente me brinda una enorme responsabilidad y un grandísimo honor. Hace algunos años, cuando aún paseaba por los pasillos del Hospital Clínico Universitario, no podía haber pensado alguna vez o en algún momento de mi vida, podía haber escrito un artículo en esta prestigiosa revista y mucho menos escribir el editorial de uno de sus números.

Recuerdo mi primera participación en esta publicación científica, no me despegaba de la revista, esta parecía mi sombra, el número estuvo por meses en mi maletín, quizás trofeo, orgullo, cábala o todas estas. Posteriormente participé en otra publicación de la revista; cosa curiosa, he participado en otras publicaciones, y sin embargo son estos dos números de la Revista Centro Médico lo que, inconscientemente situados, en el frente de mi escritorio, me recuerdan constantemente mi objetivo, mi meta y a dónde pertenezco.

Pertenezco a la gran Sociedad Médica del Hospital Privado centro Médico de Caracas, el mito de mi carrera de estudiante de medicina, la formación en mi tiempo de médico residente, la esperanza y la ansiedad durante mi post-grado de Anestesiología, y ahora el Centro Médico es reto y futuro.

El haber estado involucrado en algunas áreas del funcionamiento del Hospital me han llevado hoy a ocupar la Dirección Médica del Centro Médico de Caracas, y desde esta posición brindaré todo el apoyo posible a la Sociedad Médica de nuestra Institución, para garantizar el porvenir de futuras publicaciones y en particular al eje motor de la revista, hombre de impresionante capacidad de trabajo y dedicación, me refiero al Dr. Federico Fernández Palazzi, quien me pidió y me dió el inmenso placer y honor de colocar otro número de la revista en mi escritorio, para que nunca olvide a dónde pertenezco. A él, gracias.

**Dr. Héctor Padula Suárez**  
Director Médico  
Hospital Centro Médico de Caracas

## Nota del Editor

El artículo "Los nombres de las Revistas Médicas Venezolanas" del Dr. Oscar Agüero aparecido en la Gaceta Médica de Caracas, Octubre-Diciembre; 99(4)1.991 volumen 275-277 fue publicado nuevamente en la Revista Centro Médico volumen 39 (1); 1993: 2-4, con permiso del autor y revista, debido a su importancia informativa.

Esta nota aparece para aclarar cualquier malentendi de duplicación de artículos.

**Dr. Federico Fernández Palazzi**  
Editor

# Seguimiento de las Atípías de Cuello Uterino \*

Dr. Alí Peñaloza \*\*

Dr. Vicente Rubinaccio \*\*\*

Dra. Areli Cabezas \*\*\*

Dr. Iran Cordero \*\*\*

Dra. Sharon Cimolino \*\*\*\*

## RESUMEN

Fueron estudiadas 503 pacientes de la Consulta de Patología del Cuello Uterino del Hospital «Carlos J. Bello» Cruz Roja Venezolana en el período comprendida entre Junio 1982 a Julio 1985, que presentaban Atípías de Cuello Uterino. En este Estudio se determinó que la Biopsia Dirigida por Colposcopia, en las atípías menores, es el método eficaz para Diagnóstico y Tratamiento.

## ABSTRACT

Were studied 503 patients of the Cervical Uterus Pathology Consult in the «Hospital Carlos J. Bello, Cruz Roja Venezolana», in the period: June 1982 - July 1985; who presented Cervical Uterus Atipys. In this study we determined that Biopsy directed for Colposcopy in the least Atipys is the effective method for Diagnosis and Treatment.

## PALABRAS CLAVES:

Biopsia, Colposcopia, Lesiones, Atípías de Cuello Uterino.

## INTRUDUCCION

Stern opinó que la Displasia del Cuello Uterino es un estado transicional en su carcinogénesis (10) Richart asegura que la Displasia es una Eoplasia Cervical Temprana (6)

En 1974 el comité de Denominaciones Histológicas propuso la de Neoplasia Cervical Intra Epitelial (NIC) para englobar las displasias del Cuello Uterino, motivada a la evolución progresiva de las mismas, a la dificultad de diferenciación en ciertos momentos con el Cáncer in Situ, y a la suposición de que se trata de un mismo proceso evolutivo. (12).

Por estas razones tienen gran interés el estudio de la evolución de la displasia al practicar Biopsias dirigidas por Colposcopia. Actualmente se piensa que alrededor el 50% de las displasias desaparecen al realizar estas biopsias. Si la lesión es mayor que el trozo extirpado, será necesario repetirla en las consultas sucesivas hasta extraer completamente la lesión.

El porcentaje de Displasia que progresan a Cáncer in Situ es variable, según diversos autores, estimándose como cifra media un 30%. El tiempo que tarda la Displasia Leve dejada a su libre evolución en transformarse en CA in Situ se ha estimado en 7 años aproximadamente. (7). La posibilidad de transformación de una Displasia a CA in Situ es tanto mayor mientras más grave sea la misma. Es frecuente observar que la Displasia se mantiene sin modificación durante un largo período de tiempo.

En los estudios en los que el control se practicó por medio de citología y colposcopia sin realizar biopsia, los porcentajes de las displasias sin progresar fueron el 28%. (7)

Cuando se practica biopsia de la zona atípica colposcópica-mente, se aprecia una disminución de la gravedad de la misma, encontrándose tan sólo una persistencia del 145 de las lesiones atípicas. Está demostrada la posibilidad de desaparición espontánea de la displasias: con una frecuencia de recidiva del 33% (13)

En vista de que contamos con un Servicio de Ginecología y Reproducción Humana en el Hospital «Carlos J. Bello» Cruz Roja Venezolana, al cual acuden gran cantidad de pacientes a los que se les realiza Colposcopia en su primera consulta, se realizó un seguimiento de las pacientes a las que se les encontró atípías de Cuello Uterino durante un período de cinco años.

\*Trabajo realizado en el Hospital «Carlos J. Bello» Cruz Roja Venezolana durante el período junio 1982 a julio 1985.  
\*\*Adjunto del Servicio de Cirugía. I.V.S.S. Guarenas.

**MATERIALES Y METODOS**

Se revisaron las Historias de las pacientes evaluadas en la Consulta de Patología de Cuello Uterino en el Hospital «Carlos J. Bello» Cruz Roja Venezolana, durante el período Junio 1982 - Julio 1985. Es de aclarar que fueron escogidos estos años para este Estudio, ya que hubo el mayor volumen de pacientes, y a las cuales se les aplicó pautas y seguimientos que siguen vigentes en nuestro Servicio.

Se seleccionaron tan sólo a las que se les practicó biopsia de cuello guiadas por colposcopia, en su primera consulta, las cuales fueron 503 pacientes y se obtuvieron los datos sobre los siguientes parámetros:

- 1.- Diagnóstico Anatómo Patológico de la Primera Biopsia.
- 2.- Motivo de Consulta.
- 3.- Edad.-
- 4.- Hallazgos Colposcópicos.
- 5.- Resultados de la Citología
- 6.- Evolución de las Atipias.
- 7.- Cirugía de las Dsiplasias Severas y de Cáncer in Situ
- 8.- Correlación entre el Diagnóstico Preoperatorio con el Resultado Anatómo Patológico de la Pieza Operatoria.
- 9.- Número de Consultas Sucesivas
- 10.- Abandono de la Consulta.

Una vez recolectados los datos, se agruparon y se representaron a través de varios gráficos y tablas acorde con los parámetros señalados.

Se corroboró el Diagnóstico preoperatorio con el Resultado Anatómo Patológico de la Pieza en 15 de las 24 intervenidas (Ver Cuadro 7)

El 88,9% de las 503, acudieron a 3 ó más consultas (Ver

Cuadro 8)

Después de la segunda, tercera o cuarta consulta sucesiva, sin lograr curación, 173 (34, 39%) abandonaron la consulta (Ver Cuadro 9)

**RESULTADOS**

De las 503 pacientes seleccionadas, encontramos que 302 (60%) presentaban algún tipo de displasia o de cáncer y 222 (44,14%) presentaban displasia leve (Ver Gráfico 1 y Cuadro 0).

Algunos pacientes audieron por 2 o más Motivos de Consulta. El 65,34% de éstos fueron: Dolr Pelviano; Flujo Vaginal Anormal o Trastornos Menstruales (Ver Cuadro 1)

Hubo 419 (83,31%) con edades comprendidas entre 21 y 40 años, siendo la etapa más reproductiva (Ver Cuadro 2).

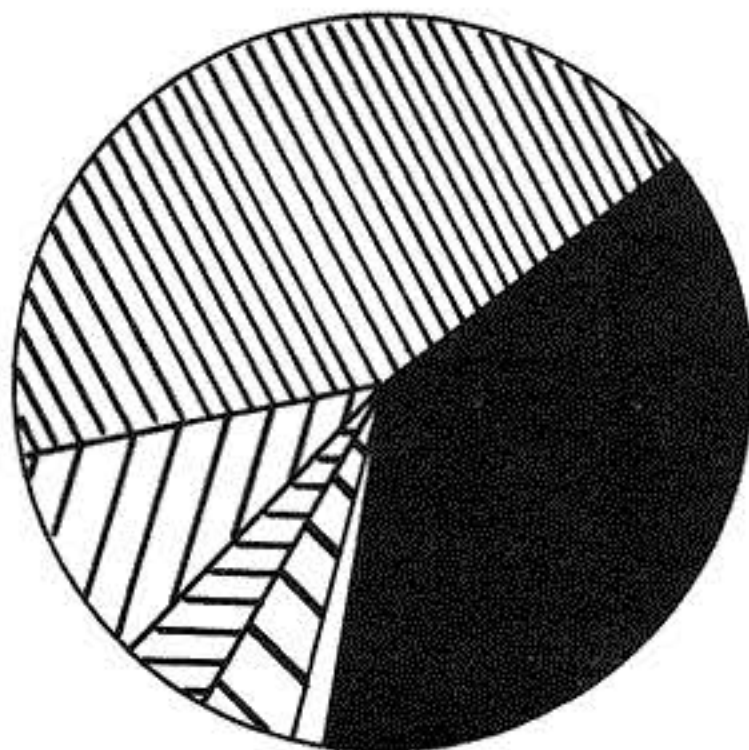
La mayoría a las que se les encontró atipias de Cuello por Biopsia tenía dos o más lesiones colposcópicas; y 186 pacientes (36,97%) presentaban Mosaico o Base en la Colposcopia (Ver Cuadro 3).

Se halló Citología Grado I en 338 (67,2%), y sólo en 36 (7,16%) Grado III. Sin embargo, el 60% de las 503 presentaban algún tipo de displasia o cáncer (Ver Cuadro 4).

Del 60% que presentaban displasia o cáncer, 211 (50,6%) evolucionó a Cuello Sano y el 37,89% a una Displasia Leve u otras lesiones menores o displásicas, como Cervitis (Ver Cuadro 5).

Hubo indicación quirúrgica en 34, a las cuales se les practicó: a) Cono a 13 de ellas; b) Histerectomía a 11 y c) 10 rechazaron la operación o fueron refereridas a otro Centro (Ver Cuadro 6).

**DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO DE LA PRIMERA BIOPSIA**



- ⊘ DISPL. LEVE
- ⊘ DISPL. MOD.
- ⊘ DISPL. SEV.
- ⊘ CA IN SITU
- CA INVASIVO
- L.A.-P. NO D.

**CUADRO 1 - MOTIVO DE CONSULTA**

SINTOMAS	D. LEVE	D. MOD.	D. SEV.	CA IN SITU	OTRA LESION	TOTAL	PORCENT. %
ESTERILIDAD	45	3	3	-	36	87	10,36
DOLOR	76	13	4	5	73	171	24,29
FLUJO	65	17	3	1	60	146	20,74
TRASTORNOS MENSTRUALES	68	12	3	5	55	143	20,31
DISPAURENIA	4	1	1	1	4	11	1,56
SINUSORRAGIA	5	2	-	3	5	15	2,13
REFERIDA POR CITOLOGIA BX. COLPOSCOPICA ANORMAL	16	8	7	9	14	55	7,81
CONTROL	20	3	3	-	12	38	5,4
SENSACION DE PESO VAGINAL	7	1	-	-	8	16	2,27
REFERIDA POR OTRO DX.	6	2	-	1	13	22	3,13
<b>TOTAL</b>	<b>312</b>	<b>63</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>280</b>	<b>704</b>	<b>100</b>

FUENTE: Archivo de Historias Médicas. Cruz Roja Venezolana

**CUADRO 2 - EDAD**

EDAD	D. LEVE	D. MOD.	D. SEV.	CA IN SITU	OTRA LESION	TOTAL	PORCENT. %
15 - 20	13	4	-	-	9	26	5,17
21 - 30	98	19	8	5	89	219	43,54
31 - 40	92	14	7	7	80	200	39,76
41 - 50	14	4	2	3	17	40	7,95
51 - 60	3	1	-	2	8	14	2,78
MAS DE 61	3	1	-	-	-	4	0,80
<b>TOTAL</b>	<b>223</b>	<b>43</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>203</b>	<b>503</b>	<b>100</b>

FUENTE: Archivo de Historias Médicas. Cruz Roja Venezolana

**CUADRO 3 - HALLAZGOS COLPOSCOPICOS**

COLPOSCOPIA	D. LEVE	D. MOD.	D. SEV.	CA IN SITU	OTRA LESION	TOTAL	PORCENT. %
ZINON	10	3	-	-	16	28	5,57
LEUCOPLASTA	7	1	-	1	9	18	3,58
MBL	23	5	2	2	22	54	10,74
MOSAICO	46	7	1	1	25	80	15,90
BASE	41	9	3	1	52	106	21,07
DOS LESIONES	74	14	7	6	55	156	31,01
TRES LESIONES	10	3	2	2	16	33	6,56
OTRAS	12	2	2	4	8	28	5,57
<b>TOTAL</b>	<b>223</b>	<b>43</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>203</b>	<b>503</b>	<b>100</b>

FUENTE: Archivo de Historias Médicas. Cruz Roja Venezolana

**CUADRO 4 - RESULTADOS CITOLOGICOS**

CITOLOGIA	D. LEVE	D. MOD.	D. SEV.	CA IN SITU	OTRA LESION	TOTAL	PORCENT. %
GRADO 0	-	-	-	-	-	-	0
GRADO I	169	16	5	2	146	338	67,2
GRADO II	51	20	2	4	52	129	25,65
GRADO III	14	7	10	11	5	36	7,16
<b>TOTAL</b>	<b>223</b>	<b>43</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>203</b>	<b>503</b>	<b>100</b>

FUENTE: Archivo de Historias Médicas. Cruz Roja Venezolana

**CUADRO 5 - EVOLUCION DE LAS DISPLASTAS**

EVOLUCION DE LAS DISPLASTAS	D. LEVE	D. MOD.	D. SEV.	CA IN SITU	OTRA LESION	TOTAL	PORCENT. %
OTRAS LESIONES	10	3	.	.	16	28	5,57
DISPLASTA LEVE	7	1	.	1	9	18	3,58
DISPLASTA MODERADA	23	5	2	2	22	54	10,74
DISPLASTA SEVERA	46	7	1	1	25	80	15,90
CANCER IN SITU	41	9	3	1	52	106	21,07
CUELLO SANO	74	14	7	6	55	156	31,01
CONO O HISTERECTOMIA	10	3	2	2	16	33	6,56
<b>TOTAL</b>	<b>223</b>	<b>43</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>203</b>	<b>503</b>	<b>100</b>

FUENTE: Archivo de Historias Médicas. Cruz Roja Venezolana

**CUADRO 6 - CIRUGIA DE LAS ATIPIAS MAYORES**

INTERVENCION	DISPLASIA SEVERA	CANCER IN SITU	TOTAL	PORCENT. %
CONIZACION	9	4	13	38,23
HISTERECTOMIA	2	9	11	32,36
NO CIRUGIA	6	4	10	29,41
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

FUENTE: Archivo de Historias Médicas. Cruz Roja Venezolana

**CUADRO 7 - CIRUGIA VS. RESULTADO DE LA PIEZA OPERATORIA**

INTERVENCION	DISPLASIA SEVERA		CANCER IN SITU		TOTAL
	DX.	DX.	DX.	DX.	
CONIZACION	6	3	2	2	2
HISTERECTOMIA	1	1	6	3	11
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>24</b>

FUENTE: Archivo de Historias Médicas. Cruz Roja Venezolana

**CUADRO 8 - NUMERO DE CONSULTAS SUCESIVAS**

ACUDIERON A LAS CONSULTAS SUCESIVAS	D. LEVE	D. MOD.	D. SEV.	CA IN SITU	OTRA LESION	TOTAL	PORCENT. %
1	-	1	-	-	1	2	0,40
2	18	31	4	1	-	54	10,74
3	55	48	5	1	3	112	22,27
4	44	43	11	4	2	104	20,68
5	22	34	7	2	3	68	13,52
MAS DE 6	64	66	16	9	8	163	32,41
TOTAL	203	223	43	17	17	503	100

FUENTE: Archivo de Historias Médicas. Cruz Roja Venezolana

**CUADRO 9 - ABANDONARON LA CONSULTA**

	1ra.	2da.	3ra.	4ta.	5ta.	6ta.	CUELLO SANO	HISTEREC-TOMIA	TO-TAL
PACIENTES	2	42	72	59	29	69	211	19	503
PORCENTAJE	0,4	8,3	14,3	11,7	5,8	42	42	3,8	100

FUENTE: Archivo de Historias Médicas. Cruz Roja Venezolana

**CUADRO 0 - DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO DE LA PRIMERA BIOPSIA**

DISPLASIA LEVE	223
DISOLASIA MODERADA	43
DISPLASIA SEVERA	17
CANCER IN SITU	17
OTRAS LESIONES	203
TOTAL DE PACIENTES	503

FUENTE: Archivo de Historias Médicas. Cruz Roja Venezolana

## CONCLUSIONES

La colposcopia es un método eficaz y fidedigno para el Diagnóstico de las Atipias de Cuello Uterino, o así la Citología. Un colposcopista bien entrenado puede inclusive, «Grabar» las lesiones; una paciente que presenta un «Mosaico de polígonos irregulares» o un Complejo Colposcópico, seguramente tiene una lesión atípica mayor. Así se podría fijar adecuadamente la conducta terapéutica a seguir.

La Biopsia del Cuello Uterino dirigida por Colposcopia no sólo resulta ser diagnóstica, sino también curativa para las Displasias Leves y Moderadas; ya que la presencia de Displasia Severa o Cáncer in Situ conlleva a un tratamiento quirúrgico inmediato. Es por ello, que los pacientes tratados por esta vía deben acudir a sus consultas de control, ya que se llevará a cabo tantas biopsias como lesiones persistan hasta su total curación. Así también, no debemos olvidar las recidivas, teniendo mayor seguimiento en estas pacientes.

Debemos hacer un buen rapport con ellas, para brindarles información sobre sus inquietudes, evitando el gran abandono a las consultas sucesivas, y así obtendremos un mayor porcentaje de curación y menor índice de recidivas.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- BERGHART. Diagnóstico Precoz del Carcinoma de Cuello Uterino. Salvat editores. 1973.
- 2.- BOTELLA Musoles F. El Cuello Uterino y sus enfermedades. Editorial Jims. 1978.
- 3.- BUCKEY, C. H.; BUTLEER E. B.; FOX H.. Cervical Intraepitelial Neoplasia. The Lancet Vol. 1 Nro. 8838 p. 1389. 1983.
- 4.- JIMENEZ, Alaya. Citopatología Ginecológica. 2da. edición. Barcelona. España.1990
- 5.- MORENO José. Ca in Situ y Embarazo. Rev. Obstetricia y Ginecología Venezolana. 33. 106. 1973.
- 6.- RICHART, R.M..Clínicas de Obstetricia y Gin. 1967.
- 7.-SEDEK, Miguel; DAVILA, Eva. Correlación entre Citología, Colposcopia y Biopsia de Cuello Uterino en pacientes con Atipias Colposcópicas. Rev. Obst. y Gin. Venezolana. 41:190. 1981.
- 8.-SILVIA, M.: SANCHEZ, R. Conización en Frío del Cuello Uterino. Rev. Obst. y Gin. Ven. 38:46. 1978.
- 9.- SOMOGLY, L.: MALPICA, M. Evolución Colposcópica, Citología e Histológica del Cuello Uterino en una consulta Privada. Rev. Obst. y Gin. Ven. 38:46. 1978
- 10.-STERN, E. Obst. Ginec. 24.711. 1967
- 11.-VILLALBA, R. y Col. Tratamiento del Ca i Situ del Cuello Uterino. Rev. Obst y Gin. Ven. 34:195. 1974.
- 12.-YABUR, T. y Col.. Dignóstico de la Patología Displásica del Cuello Uterino. Rev. Obst. Gin. Ven. 34:169. 1974.
- 13.- YABUR, T. y Col. Evaluación de la Colposcopia y la Citología en la Displasia Grave y el Ca. in Situ del Cuello Uterino. 32: 119. 1972.

# Reporte de Casos Incidencia del Tumor de Parótida en el I.V.S.S. de Guarenas\*

Dr. Sharon Cimolino S.\*\*\*

Dr. Alí Peñaloza A. \*\*

Dr. José Barrera\*\*\*

Dr. Vicente Rubinaccio\*\*\*\*

## RESUMEN

El objetivo de este estudio es presentar la incidencia de los tumores de la Glándula Parótida en el Hospital Dr. Luis Salazar Domínguez, I.V.S.S. Guarenas, desde el año 1988 hasta marzo 1993.

Se revisaron las historias clínicas de 834 pacientes del Servicio de Cirugía, reportándose 2 (0,23%) casos clínicos de esta Patología.

## ABSTRACT

The object of this study is: to present the incidence of Parotida Gland Tumors in the «Hospital Dr. Luis Salazar Domínguez I.V.S.S. Guarenas» since the period April 1988 - March 1993. There were reviewed 834 cases of the Surgery Service and there were reported only 2 cases (0,23%) of this Pathology.

## PALABRAS CLAVES

Tumor Parótida

## INTRODUCCION

La Patología tumoral de las glándulas salivales ha sido una entidad poco frecuente aún en nuestros días. Su incidencia en relación a la Patología tumoral general es de tan sólo el 2,5%, siendo más frecuente en las glándulas parótidas en un 80%: le siguen las submandibulares en un 10%, las sublinguales menores en un 9% y la sublingual en 1%.

En cuanto a su histología, es más frecuente la patología benigna (en un 80% de los casos), siendo al Adenoma Pleomórfico (tumor mixto) el de mayor incidencia, y entre los menos frecuentes los adenomas de Células Basales. 2,15

La presentación clínica de esta entidad se caracteriza por un tumor en el región parotídea (por ser ésta la localización más frecuente de este tumor), no doloroso, difuso, de consistencia dura, fija, de crecimiento lento y que difícilmente afecta al nervio facial, salvo que sea un tumor maligno.

El diagnóstico definitivo se hace con una biopsia a cielo abierto, aunque también, se pueden establecer con una punción aspiración, la cual puede ser dudosa o de diagnóstico incierto en un 15%.

El tratamiento consiste en la extirpación de dicho tumor y luego se determina su variedad histológica, siendo la presentación benigna, la más frecuente. El procedimiento quirúrgico de elección es la Parotidectomía Superficial o Total con Conservación del nervio Facial y sus ramas. 1,13

Se han descrito recurrencias en algunos pacientes; las cuales pueden presentarse a partir de los 6,6 años posteriores a la Parotidectomía. 13

## CASOS CLINICOS

### Caso #1

Se trata de paciente masculino de 38 años de edad, natural y procedente de Guarenas, que consultó por presentar tumor en región lateral derecha del cuello, de 7 años de evolución.

**Examen Físico:** Tumor de 6 x 5 cms. en región lateral derecha superior del cuello, fija, de consistencia dura, no

\*Trabajo realizado en el Hospital "Dr. Luis Salazar Domínguez", I.V.S.S., Guarenas, durante el período 1988 al 1993.

\*\*Adjunto del Servicio de Cirugía.

\*\*\*Residente del Servicio de Cirugía.

\*\*\*\*Médico Especialista en Ejercicio Privado.

dolorosa a la palpación.

**Estudios:** Se realizó Sialografía que reporta aumento de volumen de la glándula parótida.

**Intervención Quirúrgica:** Se visualizó un tumor de 6 x 5 cms. en lóbulo profundo, y se realizó Parotidectomía Total Derecha con Conservación del Nervio Facial y sus ramas principales.

**Biopsia:** Adenoma Pleomórfico Benigno.

**Evolución:** Egresó en buenas condiciones generales y sin complicaciones posteriores.

#### Caso # 2

Se trata de paciente femenino de 48 años, natural y procedente de Guarenas, quien consultó por presentar tumor en región lateral derecha del cuello, de 6 meses de evolución, y con paresia del nervio facial.

**Examen Físico.** Se observó tumor en región lateral derecha superior del cuello y de 5 cms. de diámetro.

**Estudios:** Se realizó Tomografía (TAC) que reportó tumor compatible con proceso neoplásico.

**Intervención Quirúrgica:** Parotidectomía Otral Derecha con Conservación del Nervio Facial y sus Ramas.

**Biopsia:** Adenoma Pleomórfico Benigno.

**Evolución:** Egresó en buenas condiciones generales y sin complicaciones posteriores.

#### COMENTARIOS

1. Aunque el grado de malignidad en la Patología Tumoral de la Glándula Paroideá es baja, debe practicarse resección del Tumor ya que se ha descrito en la Literatura Mundial, casos de malignización de tumores benignos: 5 siendo el porcentaje descrito de malignización entre un 3 a 9%, dependiendo de la edad de la paciente y del tiempo de evolución del tumor. 13

Y como bien sabemos, el diagnóstico definitivo se establece con la Biopsia a Cielo Abierto. Por ello, ante la duda de malignidad, lo más conveniente será realizar la excéresis del Tumor y Estudio Anátomo Patológico de la pieza extirpada.

2. En raras ocasiones, la parálisis facial se asocia a Tumor Benigno de la Parótida. La parálisis presumiblemente resulta de la compresión extrínseca del nervio descrito. Así también, se ha encontrado infiltración del hueso temporal de la apófisis estilomastoidea, afectando por ende, el paso del nervio. 8,3.

3. Es de relativa utilidad la realización de una Radiografía simple de Cuello, ya que a través de este método sencillo, se puede evidenciar en algunos casos calcificaciones que parecen estar relacionadas con una evolución de larga data. 6, 11.

#### BIBLIOGRAFIA

1. AL - NAQUEEB. «Parotid Gland Tumors a 15 years Experience. I - R - Coll - Surg - Edinb; 1992 Apr; 37 (2); p. 89 - 93.
2. BELLOC J. B. MUCO - Epidermoid Tumors of the parotid gland. Diagnostic and Therapeutic Attitudes. Ann - Otolaryngol - Chir - Cervico Fac; 1991; 108 (2); p.119-25
3. BLENVINS N.H. Facial Paralysis due to bening parotid tumors. Arch Otolaryngol Head Neck Surg; 1992 Apr; 118 (4); p. 427 - 30.
4. CALDERARO F. Patología de la Glándula Parótida. Experiencia en el Hospital Risquez. Trabajo presentado en el XXII Congreso Venezolano de Cirugía 1993.
5. DI PALMA S. MYO - Epitelioma Maligno en un Adenoma Pleomórfico de la Glándula Parótida Histopathology; 1991 Sept; 19 (3); p.273-5.
6. HARRISON J.D. Ultrastructural observation of calcification in a pleomorphic adenoma of the parotid gland. Ultrastruct - Pathol; 1991 Mar - Apr; 15 (2); p.185 - 8.
7. KANE W.J. Primary Parotid Malignancies. A clinical and pathologic review. Arch. otolaryngol - Head - Neck - Surg; 1991 Mar; 117 (3); p. 307 - 15
8. LEGENT F. Infratemporal Region Extension of Malignant Tumors of the Parotid with deep development. Hypotheses on deep extension of parotid tumors according to bening or malignant characteristics. Ann - Otolaryngol - Chir - Cervico Fac; 1992; 108 (2); p. 87-90.
9. MARK J. Karyotypic variability and evolutionary characteristics of A. Polimorphous low grade adenocarcinoma in the parotid gland, Cancer - Genet - Cytogenet; 1991 Aug.; 55 (1); p. 19 - 29.
10. PIQUET J. J. Medium - Malignancy tumors of the parotid gland. Ann - Otolaryngol - Chir - Cervico Fac; 1990; 107 (8); p 532 -7.
11. RAMPONIA. Inmunohistochemical study of Monomorphic Adenoma of the Parotid Gland. Acta - Otorhynolaryogol - Ital; 1991 Jan Fed; 11 (1); p.53 - 61.
12. SPENCER J. Ossifying Parotid Carcinoma ex pleomorphic Adenoma. I - Comput- Assit - Tomogr; 1991 May - Jun 15 (3); p. 516-8
13. TAKA HAHASKI. Clinico - Pathological Findings of recurrent Pleomorfhic Adenomas of the Parotid Gland. Nippon - Jibinkoka Gakkai - Kaiho; 1991 Apr; 94 (4); p. 489 - 94.
14. VERONESI. Trattato di Chirurgia Oncologica. Veronesi. 1989. Torino. Italia.
15. WU Q.G. Clinical and Pathological Analysis of 31 cases of salivary gland basal cell Adenoma. Chug - Hua - Kou - Chiang - Hsved - Tsa - Chih; 1990 Sep; 25 (5); p. 265 - 7, 317.

# Aborto Habitual

Dra. Mercedes Aure T.\*

Dr. Alejandro Aure. B.\*

Dr. César Aure B.\*

## RESUMEN

En el presente estudio se analizaron los diferentes factores que pudieran condicionar el Aborto Habitual en 128 pacientes del Servicio de Fertilidad de la Maternidad «Concepción Palacios» (M.C.P.), en el lapso comprendido entre 1970 - 1976. Entre los antecedentes del grupo de pacientes se destacan: 1) Promedio de edad: 28 años (rango: 16 - 45); Tiempo promedio de infertilidad: 4,8 años (rango: 1-22), 3) Edad Comprendida de embarazo no a término: 3 y 1/2 meses (rango: 11 y 1/2 - 5); 5) el 47% de las pacientes habían tenido 3 abortos; 6) La infertilidad primaria ocupó el primer lugar (69,5%) Entre los factores responsables del aborto habitual (A.H.) en esta serie se pueden señalar los siguientes: Causas Uterinas, 15,6%. Infecciosas, 15,6%; Psicósomáticas, 32%; Endocrinopatías, 14,8%.

En el grupo de pacientes después del tratamiento, se logren 108 embarazos (84,3%); de ellos, el 68,5% llegaron a término. Hubo tres muertes perinatales, (3,6%).

## ABSTRACT

In the present study were analyzed the different factors that could induce Habitual Abortion, in a group 128 patients from the Fertility Service, This study was realized during a 6 years - period (1970-1976). Relevant data from the patients group were the followings: 1) The mean age was 28 years (range: 16-45 years): 2) The mean infertility period was 4,8 years (range: 16-45 years) 3) The early termination of the pregnancy (abortion or premature labor) varied between 1 1/2 months - 5 months; mean 3 1/2 months) 4) Of the whole group, 47% of the patients have had at least 3 previous Abortions; 5) Primary infertility was in the first place (69,5%) In conclusion, the possible common factors on the Habitual Abortion in this group of patients were: Uterine causes, 15,6%; Psychomatic causes, 32%; Endocrinopathies, 14,8%. After the treatment, 84,3 of the patients became pregnant and 68,5% reached the full-term. There was 3 perinatal death (3,6%).

## PALABRAS CALVES

Aborto . Aborto Habitual.

## INTRODUCCION

Para el lapso comprendido entre 1970 - 1976, se estudiaron 4.152 historias del Servicio de Fertilidad de la M.C.P., y de ellas 128 (3,0%) eran abortadoras habituales.

En este estudio hicimos hincapié, en las patologías comúnmente buscadas por los diferentes autores. Sin embargo, en esta oportunidad averiguamos que el factor psicológico resultó ser de gran importancia.

## MATERIALES Y METODOS

En las 128 pacientes con antecedentes de abortos habitual encontramos:

**Datos Generales:** El análisis de los parámetros estudiados dió los siguientes resultados.

### Antecedentes obstétricos.

III gesta	=	61 casos	=47,65%
IV gesta	=	29 casos	
V gesta	=	15 casos	
VI gesta	=	14 casos	
VII gesta	=	2 casos	
VIII gesta	=	2 casos	
IX gesta	=	3 casos	
XI gesta	=	1 casos	
XII gesta	=	1 casos	
<b>Total 128 casos</b>			

### Motivo de consulta:

Infertilidad primaria	=	89 casos	= 69,5%
Infertilidad secundaria	=	39 casos	=30,46%

Hubo un total de 435 abortos, con cifras extremas de 3 y 10 abortos en una misma paciente. Hubo 9 pacientes con antecedentes de embarazos ectópicos.

Edad del embarazo no a término - osciló entre 1 1/2 meses y 5 meses con un promedio de 3 1/2 meses.

\*Maternidad "Concepción Palacios".

**Tiempo de infertilidad:** El tiempo promedio fue de 4,8 años con extremos de 1 y 22 años. En 4 pacientes no se pudo precisar este dato.

**Intervenciones obstétricas:** Se practicó un total de 115 (92,74%) intervenciones obstétricas. En 4 pacientes este datos no se precisó.

Las Intervenciones obstétricas fueron:

1) Curetaje uterino= 110 casos = 88,70% (1 con dilatación cervical).

2) Curetaje + salpingectomía: 2 casos (1 por embarazo ectópico).

3) Cesárea 2 casos.

4) Forceps 1 caso.

5) No precisada 4 casos.

**Total 115 casos = 92,74%**

Otras intervenciones quirúrgicas en la esfera ginecológica fueron: Electrocoagulación de cuello uterino 4 casos.

Quiste de ovario derecho 2 casos

Quiste de ovario derecho + salpingectomía 1 caso

Dilatación amplia de cuello uterino + cura de sinequia: 1 caso

Curetaje uterino: 1 caso

Salpingectomía por embarazo ectópico: 1 caso

Extirpación de pólipo de cuello uterino: 1 caso

Resección en cuña de ovario derecho: 1 caso

**Antecedentes patológicos:** Encontramos que 73 pacientes (57,03% lo presentaron, y entre ellas existe una serie de patologías que explican por si sola los problemas del aborto, las cuales fueron:

- |                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 1) Contacto tuberculoso (TBCP) | = 113 casos                     |
| 2) Sífilis (1 tratada)         | = 4 casos                       |
| 3) Hipertensión arterial       | = 2 casos                       |
| 4) Patología tiroidea          | = 3 casos                       |
| 5) Taxoplamosis                | = 4 casos                       |
| 6) Síndrome febril             | = 2 casos (1 asociado a edemas) |

7) Tuberculosis genital

8) Neurosis de angustia

9) Obesidad

10) Pérdida de peso

11) Eclampsia 3 últimos partos + Rh negativo

12) Obesidad + hipertensión arterial + hirsutismo 1 caso

13) Endometritis post-aborto + toxemia + VDRL positivo

14) Anexitis derecha

15) Diabetes

16) Intoxicaciones

**Posibles causas del Aborto Habitual:** Podemos considerar como causa de Aborto Habitual (AH) a todo proceso que con carácter permanente o letal hace presencia en la mujer infértil; sin excluir en muchas ocasiones la asociación de otros factores.

Hemos clasificado las causas del AH de la siguiente forma: 1

- I) Ovulares
- II) Uterinas
- III) Causas generales
  - 1) Indocrinopatías
  - 2) Infecciones
  - 3) Enfermadades cardiovasculares
  - 4) Alteraciones metabólicas o nutricionales
  - 5) Alteraciones psicosomáticas.
  - 6) Múltiples

Siguiendo los parámetros antes señalados, en nuestro estudio encontramos las siguientes causas del AH:

- |          |            |
|----------|------------|
| Ovulares | = 1 caso   |
| Uterinas | = 20 casos |

Las cuales uterinas comprenden:

- |                              |                 |
|------------------------------|-----------------|
| a) Endometriales             | = 3 casos       |
| b) Alteraciones miometriales | = 17 casos      |
| 1) Anomalías congénitas:     | = 3 casos       |
| 2) Miomas uterinos           | = 7 casos       |
| 3) Incompetencia cervical:   | = 7 casos       |
| <b>Total</b>                 | <b>17 Casos</b> |

**Causas generales:**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Endocrinopatías                          | = 19 casos               |
| Diabetes y prediabetes                   | = 4 casos                |
| Patología tiroidea                       | = 9 casos                |
| Insuficiencia luteal                     | = 6 casos                |
| Infecciones                              | = 20 casos               |
| Toxoplamosis                             | = 10 casos               |
| Tuberculosis genital                     | = 9 casos                |
| Sífilis:                                 | = 1 caso                 |
| Enfermadades cardiovasculares            | = 3 casos (Hipertensión) |
| Alteraciones metabólicas o nutricionales | = 1 caso (obesidad)      |
| Alteraciones psicosomáticas              | = 40 casos (32%)         |
| Múltiples                                | = 12 casos               |

En el grupo de causas múltiples, encontramos dos o más factores que por si sólo explican el AH.

En cada caso no se pudo precisar la causa del AH por:

- |                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| 1) Ingresan embarazadas               | = 2 casos |
| 2) Embarazo en el curso de su estudio | = 2 casos |
| 3) Estudio incompleto:                | = 8 casos |

## RESULTADO

**Embarazos:** Se obtuvo un total de 108 (84,37%) embarazos, que evolucionaron de la siguiente manera:

- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1) Embarazos a términos                       | = 74 casos (68,51%) |
| (Hubo 1 gemelar y 4 se embarazaron dos veces) |                     |
| 2) Abortos:                                   | = 23 casos (21,29%) |
| 3) Prematuros                                 | = 8 casos           |
| 4) Ectópico                                   | = 1 caso            |
| 5) Se desconoce evolución                     | = 2 casos           |

**Mortalidad perinatal:** Hubo 8 muertes perinatales: 3,65%  
Prematuro muerto dos días después del nacimiento: 1 caso

Muerte en trabajo de parto: 1 caso  
Macerado: 1 caso (Madre diabética)

Factor psicológico y embarazo a término: A este grupo de madres en las que se consideró el factor psicológico como la principal causa de su problema, fue estudiada en entrevistas semanales por uno sólo de nosotros, demostrándole gran preocupación por su nueva gestación, logrando de esta manera 41 embarazadas a término (63,07%).

## COMENTARIOS

El motivo de este estudio surgió de la diversidad de conductas médicas utilizadas en aquellas pacientes abortadoras habituales sin tener un diagnóstico definitivo si no presuntivo de la posible causa de su aborto; aplicándole de ésta manera determinadas terapias sin ninguna explicación. De allí que encontramos el alto porcentaje de fracasos e la utilización de determinados métodos en la posible solución del problema. Creemos que estas pacientes, no deben de ser sometidas a ningún tratamiento, hasta ser totalmente estudiadas.

Comentaremos algunos aspectos de nuestro material; es notable la alta frecuencia de embarazos a término (325) en pacientes con alteraciones psicósomáticas. Son pacientes que se aterrorizan ante un nuevo embarazo y la posibilidad de que termine en un nuevo aborto. Estas pacientes, ameritaron por parte de nosotros de una atención especial.

También hay que hacer notar la posibilidad de que las abortadoras habituales se convierten en pacientes estériles.

En nuestro estudio 14 (10,9%) presentaron esterilidad comprobada por la histerosalpingografía y/o laparoscopia. Todas ellas fueron de origen tubárico.

Finalmente debemos insistir, diciendo que se debe evitar el uso indiscriminado de medicamentos y de intervenciones quirúrgicas que por capricho o por simple suposición es sometida a este tipo de paciente antes de ser estudiada completamente.

Igualmente somos partidarios de no permanecer indiferentes ante una mujer que ya ha tenido dos abortos consecutivos; así como en aquellas pacientes que han logrado un embarazo a término y se debe morir el producto de la concepción somitiéndola a un trabajo de parto o a un embarazo mal controlado.

## REFERENCIAS

- 1) BOTELLA, LL.J., Caballero, G.A.; Calvero, M.J. y Vilar E.D. Esterilidad e Infertilidad Humana Ed. Científico. Médico Barcelona. 1971.

# Atresia de Coanas Congénita Bilateral (Microcirugía Endonasal)

Dra. Mercedes de Alford \*\*\*

Dra. Gloria J. Acosta Veracoechea \*\*

Dr. Wilmer Palacios Torrealba \*

## RESUMEN

Se presenta la experiencia en el uso de la técnica microquirúrgica endonasal con colocación de tubo en «U» para la corrección de la atresia congénita bilateral de coanas e 3 pacientes (1 recién nacido y 2 lactantes menores) realizadas en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas de la Universidad Central de Venezuela, en el lapso entre Abril de 1991 a Febrero de 1993.

## ABSTRACT

The experience in the use of endonasal microsurgical techniques using the placement of a «U» tube for the correction of bilateral congenital athresia of choanas is present. The study was carried out in 3 patients (1 newborn and 2 minor lactants), in the Department of otorinolaringology at the Caracas University Hospital to the Venezuelan Central University from April 1991 to February 1993.

## PALABRAS CLAVES

Atresia de coanas, Anomalia congénita, Tratamiento quirúrgico.

## INTRODUCCION

La atresia congénita de coanas es la obstrucción anormal ósea o membranosa de los orificios nasales posteriores (coanas) como consecuencia de la alteración en el desarrollo embrionario nasal, la cual puede ser unilateral o bilateral, parcial o completa. La atresia coanal bilateral y completa se considera una emergencia médica que necesita de un diagnóstico y tratamiento inmediato para evitar la muerte del recién nacido por asfixia postnatal. La incidencia es de un caso por cada 5.000 a 8.000 nacimientos, con una relación de sexo de 2:1 a favor de las hembras. El defecto unilateral es el más frecuente a favor del lado derecho, el 90% son óseas y el resto membranosas, 50% se acompaña de anomalías congénitas asociadas. (11).

El diagnóstico se fundamenta en:

1.- El cuadro clínico caracterizado por cianosis y disnea al nacer, que mejora transitoriamente con el llanto y desaparece con la intubación endotraqueal. En el caso de patología unilateral puede pasar desapercibida u observarse obstrucción nasal y rinorrea mucosa ipsilateral.

2.- Imposibilidad para el paso de la sonda a través de las fosas nasales hacia la rinofaringe, al igual que el azul de metileno.

3.- Evidencia de bloqueo posterior al colocar medio de contraste en cada fosa nasal y realizar radiografía simple lateral de cara. (figura 1).



fig. 1

\*\*\* Instructor. Postgrado de Otorrinolaringología.  
Hospital Universitario de Caracas UCV

\*\* Médico Residente de III año. Postgrado de Otorrinolaringología.  
Hospital Universitario de Caracas UCV.

\* Médico Residente de II año. Postgrado de Otorrinolaringología.  
Hospital Universitario de Caracas. UCV.

4.- La tomografía computada de senos paranasales es de gran valor y se utiliza para evidenciar la placa de atresia ósea y otras posibles malformaciones de nasofaringe y base del cráneo, que son de utilidad para decidir la técnica quirúrgica.

5.- La fibroendoscopia nasal con instrumento flexibles es de ayuda diagnóstica en la actualidad.

El tratamiento debe considerarse en dos fases:

Una fase inicial que correspondería a la conducta de emergencia y puede resolverse con intubación orotraqueal o con la utilización de una cánula de mayo o chupón de McGovern.

Una fase posterior, definitiva, que se basa en la extirpación quirúrgica de la zona obturante o atrésica.

La técnica quirúrgica a emplear dependerá del tipo de obstrucción (ósea o membranosa), de la edad del paciente y de la presencia o ausencia de cualquier otro proceso patológico asociado.

Existen numerosas técnicas empleadas hasta ahora: transnasales, transeptales, transantrales y transpalatinas, cada una de ellas con ventajas y desventajas. Nosotros utilizamos la técnica microquirúrgica transnasal con colocación de un tubo en «U» de polietileno o de silastic, por considerarla la más adecuada para nuestros tres pacientes dada su edad, tipo de atresia y nivel sociocultural.

### MARCO TEORICO

El recién nacido está obligado a la respiración nasal por la proximidad del paladar blando a la base de la lengua, epiglotis y laringe. Durante la inspiración, se genera presión negativa en la hipofaringe, la cual si no se acompaña de flujo aéreo nasal colapsará los tejidos faríngeos alrededor de la laringe llevando la lengua hacia atrás, deduciendo de esto que la respiración oral es un proceso adquirido, necesitando el recién nacido cerca de dos a tres semanas para aprenderla (7).

Johan Roederer (6) en 1755 describió la atresia de coanas congénita al evaluar un recién nacido con obstrucción total de las coanas y en 1829 Otto definió la anomalía anatómica. Actualmente cuatro teorías intentan explicar el origen de esta anomalía: 1. Persistencia de la membrana bucofaríngea, 2. Persistencia de la membrana nasobucal de Hochstetter, 3. Persistencia o localización anormal del mesodermo, formando adherencias en la región coanal y 4. Existencia de un flujo mesodérmico hacia la línea media secundario a factores locales (8).

Desde hace más de 200 años muchos métodos de corrección quirúrgica se han descrito: abordaje transnasal y transpalatino son los más usados; transeptal y transanal fueron descritos pero o se realizan en la actualidad.

La primera corrección quirúrgica de atresia bilateral de coanas fue reportada por Emmert (40 hace 100 años realizando punción transnasal de la placa atrésica utilizando un trócar y posteriores dilataciones. En 1942 Kazanjiaqn (9) realiza abordaje transeptal

removiendo la placa de atresia y el hueso posterior del septum creando una única y común coana. Beinfield (1) en 1956, describió el método endonasal utilizando el microscopio de Zeiss, fresas de diamante y tubos de silastic. Owens (12) en 1965 popularizó la técnica transpalatina, la cual se usa raramente en niños muy pequeños debido a la posibilidad de provocar alteraciones en el crecimiento del paladar, siendo su aplicación principalmente en niños mayores y adultos con atresia ósea bilateral. Flake y Ferguson (6) reportan excelente resultados por esta vía.

Actualmente con el uso de una mejor técnica y la disponibilidad de instrumentos microquirúrgico, el abordaje transnasal permite remover en forma controlada y precisa el hueso y tejidos blandos obstructivos, con la preservación de la anatomía buconasal.

### OBJETIVOS

El propósito de este trabajo es presentar la experiencia utilizando la técnica microquirúrgica transnasal con colocación de un tubo en «U» para la corrección de la atresia bilateral de coanas en tres pacientes (1 recién nacido y 2 lactantes menores) realizadas en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas en el lapso comprendido entre abril de 1991 y febrero de 1993.

### MATERIALES Y METODOS

Se incluyen tres pacientes (2 hembras y 1 varón) a quienes se les diagnosticó atresia bilateral de coanas y se les realizó microcirugía transnasal. El diagnóstico fue realizado en base a los antecedentes clínicos, imposibilidad para el paso de la sonda a la nasofaringe a través de las fosas nasales, al igual que el azul de metileno y rayos X lateral de cara con contraste a nivel de los corredores nasales.

Tomografía Computada y Resonancia Magnética fue realizada en un caso (#2). Dos pacientes presentaron anomalías congénitas asociadas (cuadro 1), de los cuales el caso 3 requirió previa intervención quirúrgica por ORL, cura operatoria de Onfalocele abierto, con el hallazgo intraoperatorio de Divertículo de Meckel dentro del saco y resección de 13 centímetros de intestino delgado y anastomosis término-terminal.

**CUADRO # 1  
ANOMALIAS ASOCIADAS A LA  
ATRESIA DE COANAS**

Paciente	ANOMALIA CONGENITA
1	Ninguna
2	Sind. Down - Ausencia Lámina perpendicular Etmoides y Cornetes Medios-Vomer Bífido.
3	Onfalocele abierto- Divertículo de Meckel- Comunicación Interventricular

**TECNICA QUIRURGICA**

La cirugía se realiza bajo anestesia general con intubación orotraqueal y el paciente es posición de decúbito dorsal con leve extensión posterolateral derecha de la cabeza. Se realiza lavado de los corredores nasales con solución fisiológica más aspiración de las secreciones y se coloca tapón de gasa en la rinofaringe (para protección de la zona). Se hacer vasoconstricción nasal con epinefrina 1.200.000 a través de mechas de gasa. Se coloca espéculo óptico de calibre adecuado según la amplitud del corredor nasal y enfoque de la zona atrésica bajo visión microscópica.

Se realiza incisión en cruz de la mucosa nasal a nivel del centro del área obstruída (figuras 2 y 3) usando una lanceta de miringostomía o bisturí de House, se levanta la mucosa con legra de Lempert o utilizando una fresa de diamante (figura 4) y se fresa parcialmente la parte posteroinferior del Vómer para evitar estenosis posteriores. Se realiza incisión de la mucosa nasofaríngea en forma estrellada y se retirarán los restos de mucosa y hueso del orificio neoformado (figuras 5 y 6).

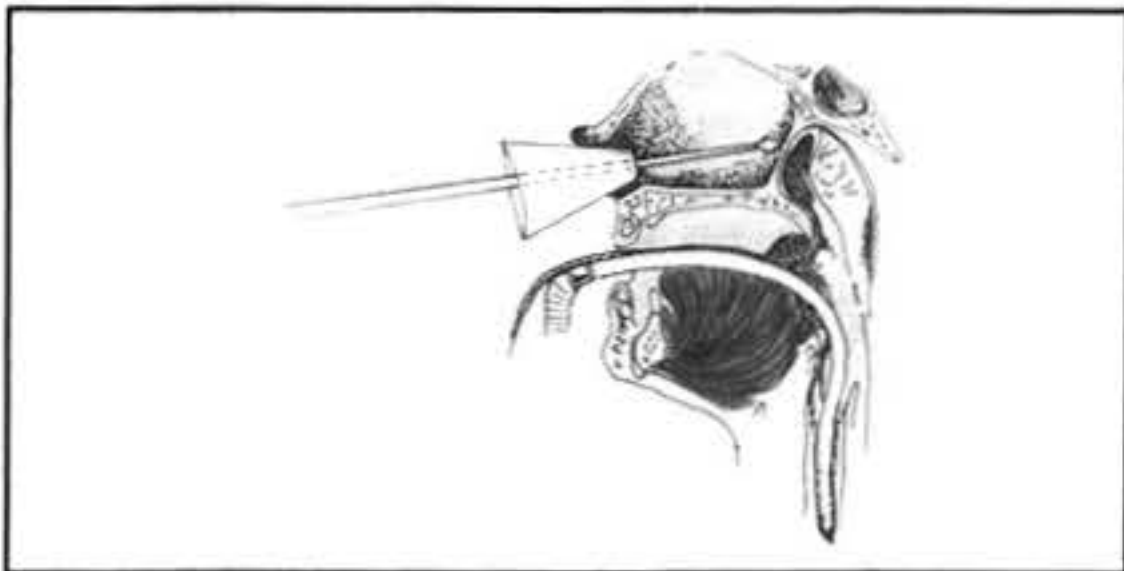


fig. 2

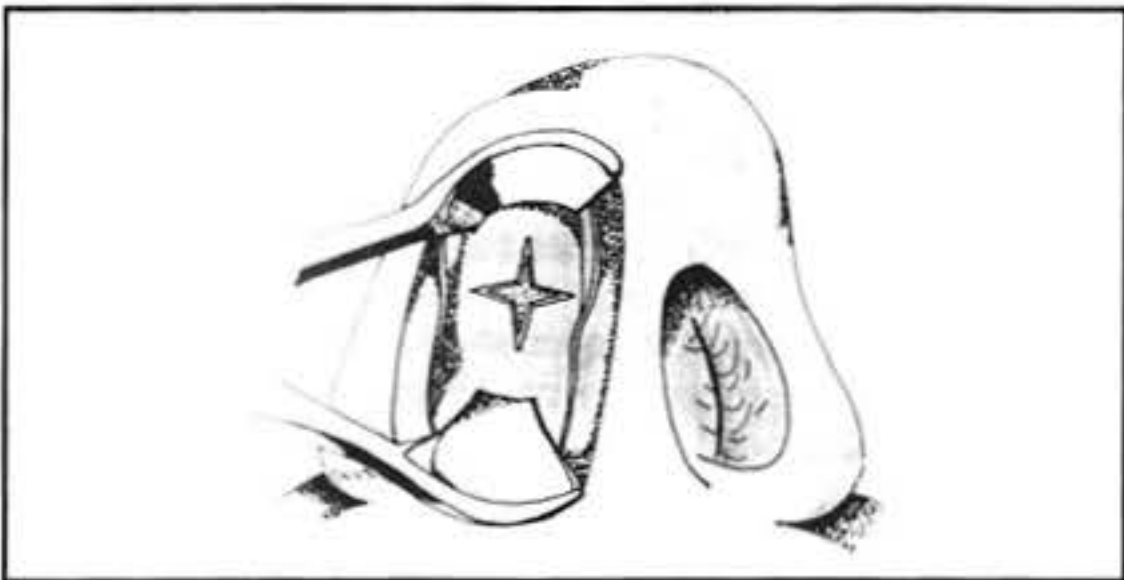


fig. 3

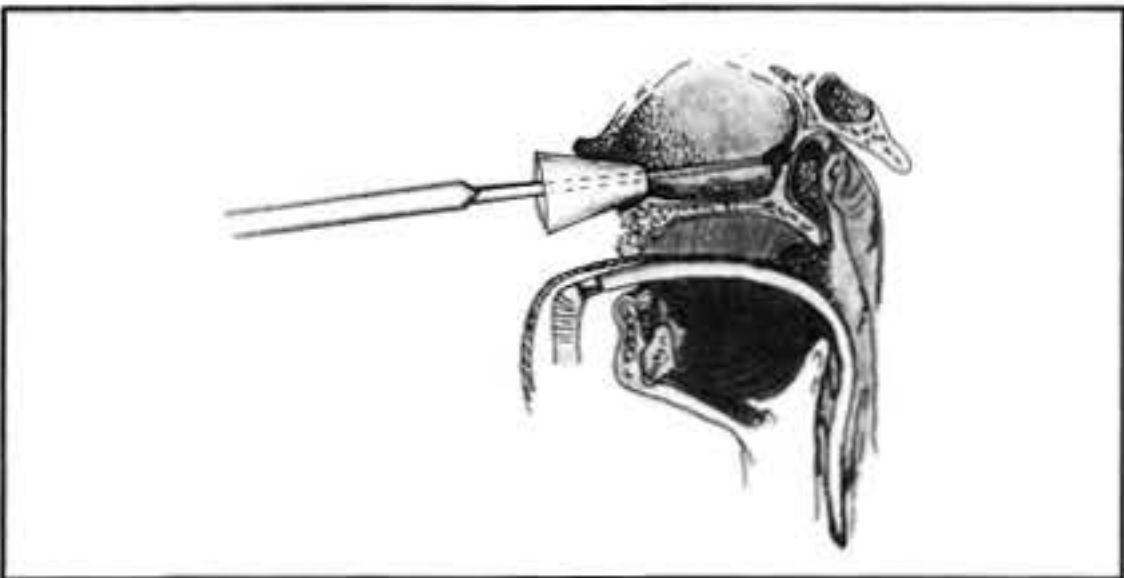


fig. 4

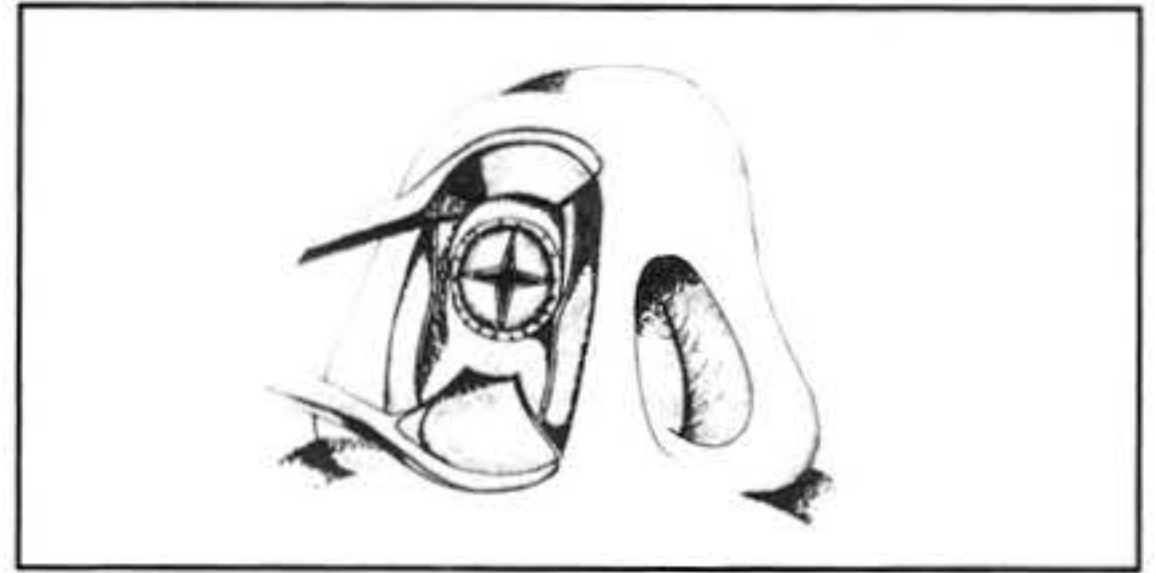


fig. 5

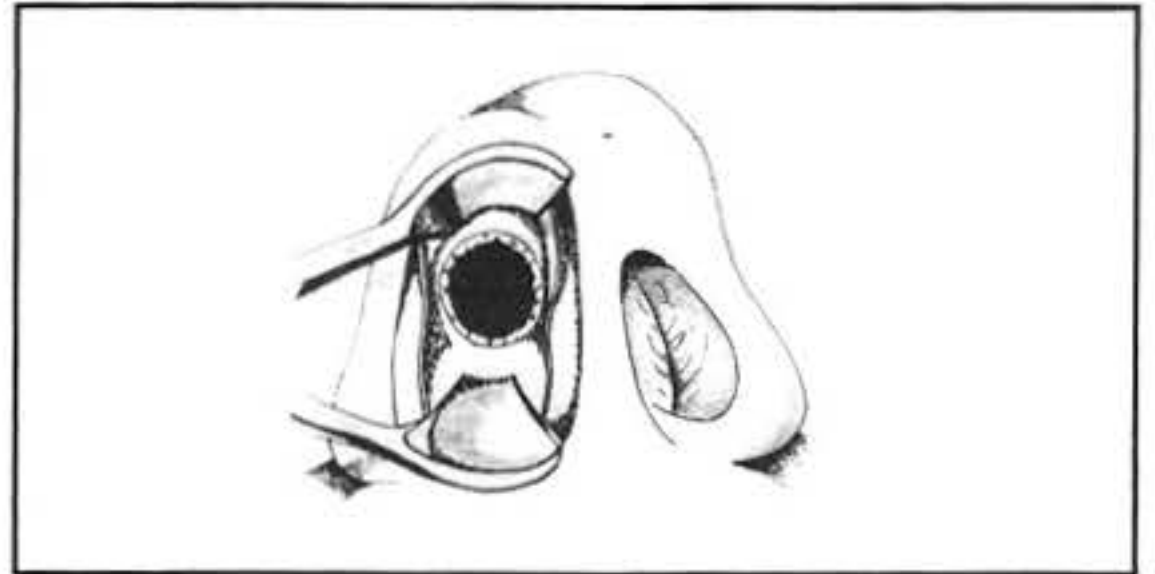


fig. 6

Se realiza igual procedimiento en la fosa nasal contralateral y se retira el tapón de la rinofaringe.

Se coloca tubo «U» (sonda de Levine 8 Fr.) (figura 7,8 y 9) con fijación anterior de los mismos entre sí con hilo de seda y gasa por delante de la columnela para su protección (figuras 10 y 11).

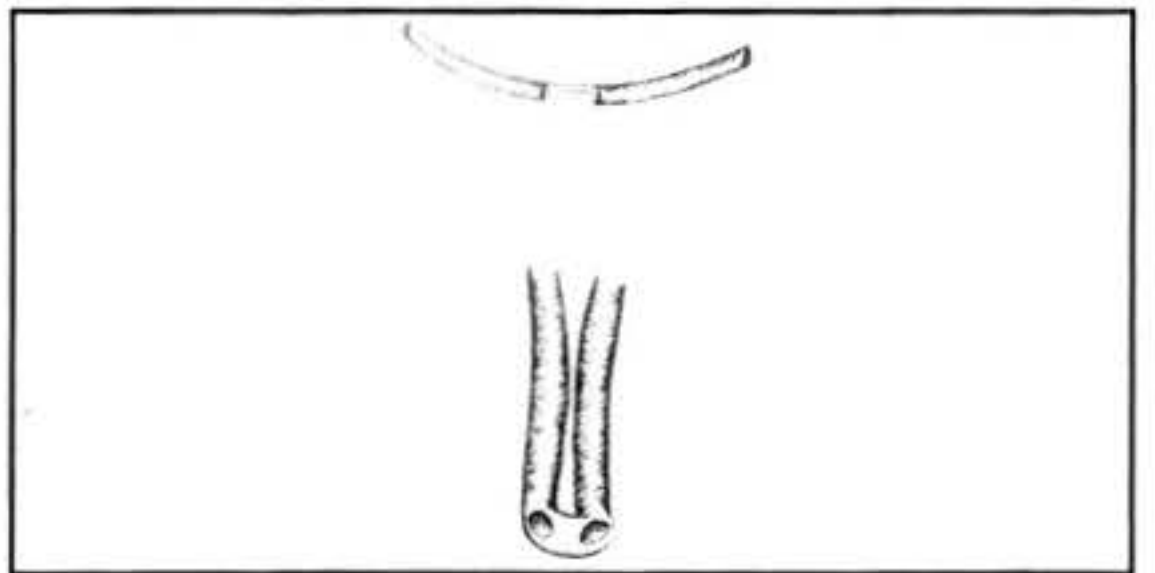


fig. 7

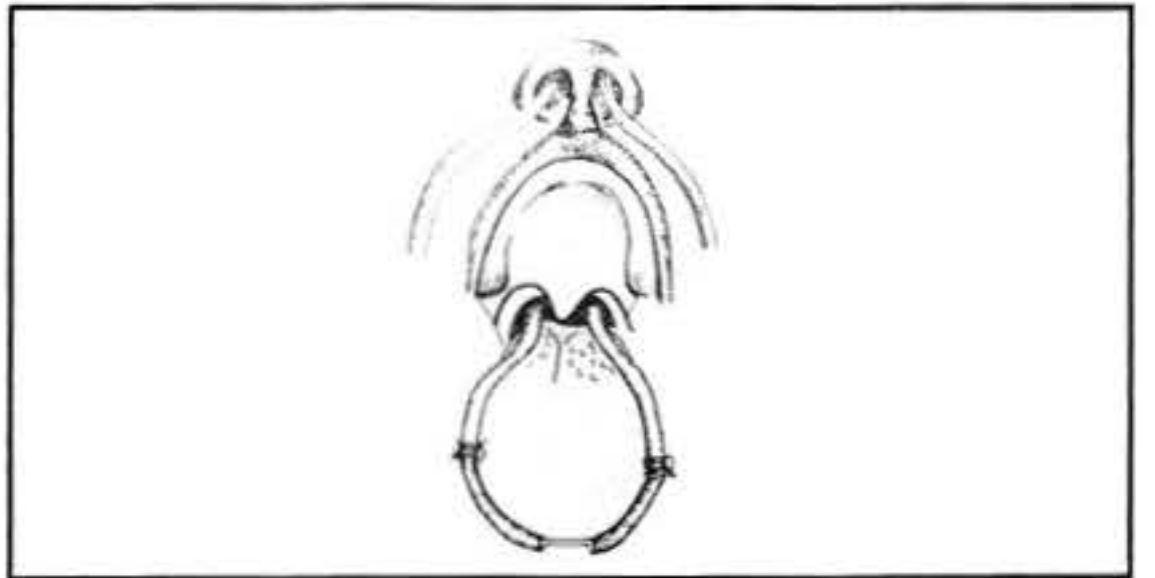


fig. 8

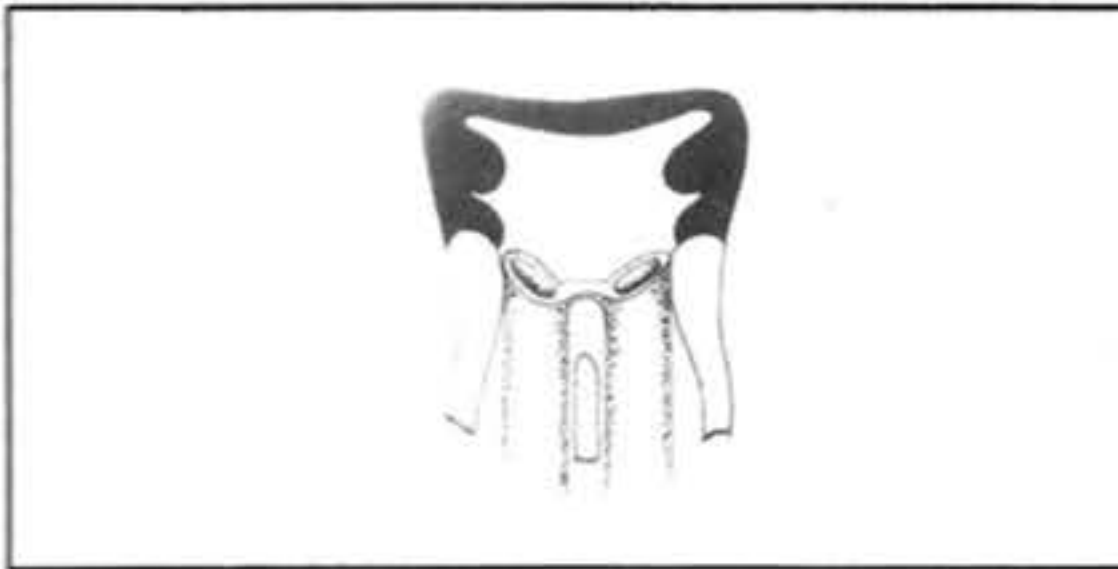


fig. 9

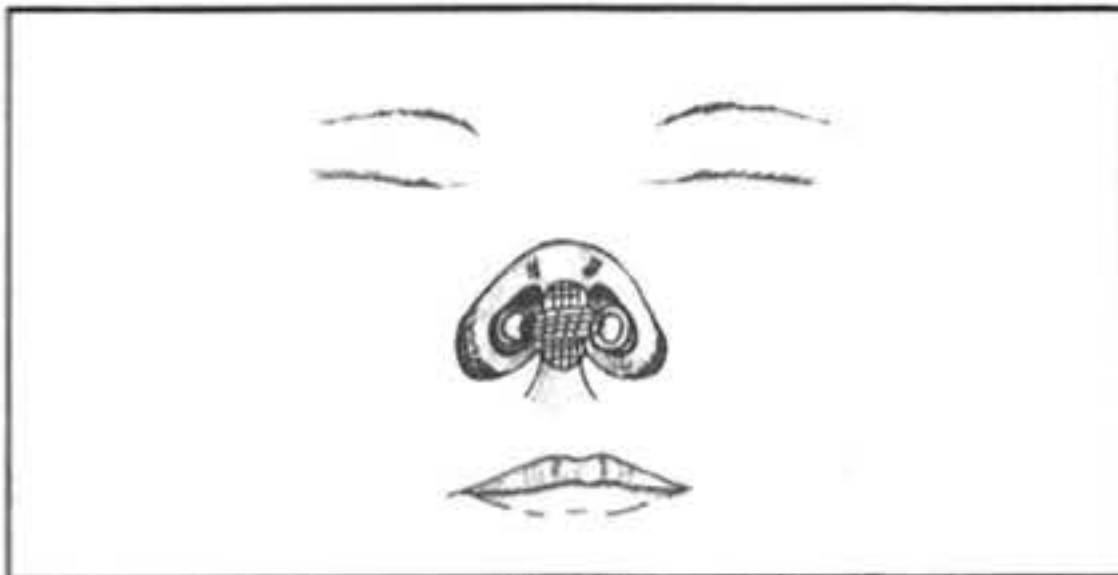


fig. 10



fig. 11

Se realiza extubación del paciente al finalizar el acto quirúrgico.

Se adiestra al personal de enfermería y a los padres del paciente sobre los cuidados postquirúrgicos locales.

Se inicia alimentación oral a las 6 horas de la intervención quirúrgica.

## RESULTADOS

Al paciente N° 1 se le realizó retiro del tubo en «U» los 9 meses de la intervención quirúrgica con evolución satisfactoria hasta la actualidad (2 Años y 7 meses de edad).

El paciente N° 2 requirió ampliación de los orificios coanales y recolocación del tubo en «U» de mayor calibre, 8 meses después de la intervención quirúrgica y continúa con él.

El paciente N° 3, tiene pendiente nueva evaluación y retiro de la sonda en «U».

## CONCLUSIONES

Pensamos que el tratamiento quirúrgico de elección para la atresia bilateral de coanas en recién nacidos o lactantes menores es el abordaje transnasal microquirúrgico. Las ventajas obtenidas con el uso de esta técnica son las siguientes:

- 1.- Fácil acceso.
- 2.- Buena visualización por la ampliación del campo operatorio debido al uso de microscopio.
- 3.- Sangramiento escaso.
- 4.- Evita las alteraciones en el crecimiento del paladar que conllevarían a tratamientos ortodóncicos posteriormente, como se observa al utilizar el abordaje transpalatino.
- 5.- Se puede realizar en niños muy pequeños solucionando en forma rápida y definitiva su patología.
- 6.- Permite la alimentación inmediata del paciente en el postoperatorio.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- BEINFELD H.H., Surgical management of the complete and incomplete atresia of the posterior nose. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol.* 1956; 60: 778.
- 2.- CROCKETT D.M., HEALY G.B., MCGILL T.J., Friedmar E.M.: Computed tomography in the evaluation of choanal atresia in infants and childrens. *Laryngoscope.* 1987; 97: 174-183.
- 3.- DUMHAM M., MILLER R., Bilateral choanal atresia associated with malformation of the anterior skull base: embryogenesis and clinical implications. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1992; 101: 916-919.
- 4.- EMMERT C.F.: *Lehrbuch der chirurgie F y R dann*, Stuttgart 1853, p 535.
- 5.-FERGUSON J., BRYAN NELL III H., Choanal atresia: treatment trends in 47 patients over 33 years. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1989; 98 110-112.
- 6.-FLAKE C.B., FERGUNSON C.F., Congenital choanal atresia in infants and childrens. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1961; 70: 1095-1110
- 7.- HEALY G.B. *Common problems in pediatric otolaryngology.* pp 171-177.
- 8.- HENGERER A.S., STTRTOGE M.: Choanal atresia: a new embryologic theory and its influence on surgical management *Laryngoscope,* 1982; 92º: 913- 921.
- 9.- KAZANJIAR V.H., The treatment of congenital atresia of the choana *Ann OTOL* 942; 51: 704-711.
- 10.- KIRKEGAARD L., Congenital choanal atresia. *Arch Otolaryngol* 1978; 104: 72-78.
- 11.- MANIGLIA A., Goodwin W: Congenital choanal atresia *Otolaryngol ClinNorth Am.* 19811; 14: 167-173.
- 12.- OWENS H., Observation in treatin 25 caases of choanal atresia by the transpalatine approach. *Laryngoscopic repair of choanal atresia Otolaryngol Head Neck Surg.* 1990; 103: 931-937.

# Colecistectomía por Videolaparoscopia Experiencia en 249 casos.

Dr. Gustavo Baquero Aristeguieta\*  
Dra. Lucy Dagher\*\*  
Dra. Ana María de Abaffy\*\*  
Dra. Adriana Pizarro\*\*.

## RESUMEN

Se presenta la experiencia de 249 casos de Colecistectomía Laparoscópica realizados por un grupo de cirujanos en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas desde Enero de 1991 a Octubre de 1992. La edad promedio es de 49 años con un rango que va desde 14 hasta 81 años. La clínica fue de cólico vesicular o biliar 74, 29%, colecistitis aguda: 16,06%, asintomáticos 6,42%. Pasaron a técnica abierta 6 casos, (2,49%) por: Pinzamiento accidental del colon, biliperitoneo con vesícula flegmonosa, sangramiento abundante, 0,71% litiasis coledocianas, 0,71% sección del colédoco. Como complicaciones post-operatorias hubo: 34% con dolor abdominal; 1,5% náuseas y vómitos, 0,7% de neumonías por broncoaspiración, 4,28% de cólicos biliares que ameritaron pancreatocolangiografía más esfinterotomía; y 0,71% de pancreatitis leve, embolismo pulmonar, fiebre por atelectasias, diarrea, y broncoespasmo. El tiempo de estancia hospitalaria fue de 2,6 días.

Esta experiencia demuestra las ventajas de la Cirugía Laparoscópica de la vesícula biliar, disminuyendo el dolor postoperatorio, y por tanto el tiempo de estadía en el hospital.

## ABSTRACT

We present the experience of 249 cases that underwent laparoscopic cholecystectomy which was done by a group of surgeons of the hospital Centro Medico de Caracas between January 1991 and October 1992. The average was 49 years, the range between 14 and 81 years. Signs and symptoms were: gallbladder colic 74,29%, acute cholecystitis 16,06% and asymptomatics 6,42%. The cases which pass to the open technic were 6 (2,49%) because of accidental clapping of the colon, biliperitoneum with a flegmonous gallbladder severe bleeding, 0,71% choledoco lithiasis, 0,71% injury of the choledocus. As post-operative complications they had: 34% of abdominal pain, 1,5% of nausea and vomiting, 0,7% pneumonia by broncoaspiration, 4,28% of gallbladder colics which needed pancreatocolangiography an esfinterectomy and 0,7% of light pancreatitis, pulmonar embolism, fever because of atelectasia, diarrhea and broncospasm. This experience shows the advantage of cholecystectomy by laparoscopy which diminishes postoperative pain and so the hospital stay.

## PALABRAS CLAVES

Colecistectomía Laparoscópica, Edad Hospitalaria, Dolor Abdominal.

\* M.T.S.V.C. Profesor asistente de la Cátedra B de Clínica y Terapéutica Quirúrgica de la escuela Luis Razzetti de la Facultad de Medicina de la U.C.V. Coordinador del Departamento de Cirugía del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

\*\* Médico Interno del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

## INTRODUCCION

La laparoscopia ha sido utilizada desde principios de siglo. Cuando, Ott. hizo un procedimiento de visualización intraabdominal en el año 1901, utilizando un tubo. Es importante mencionar a el alemán Kurt Semm, quien en la década del 60 y 70 desarrolló tecnología para la cirugía laparoscópica incluyendo instrumentos como tijeras y pinzas, y el insuflador de alto flujo, sin los cuales no se hubiera dado la posibilidad de hacer cirugía laparoscópica. En los años 70 la casa inglesa Hopkins desarrolló un sistema de lentes, «Rod Lens» que permite una visión de «gran angular» para la punta de un instrumento tubular de 30 cm de longitud. De todas maneras, cualquier procedimiento de cirugía que se intentara practicar usando este tipo de instrumento, se hacía dificultoso, por el hecho de tener el cirujano que mirar a través de una lente, lo que se estaba operando, y no era posible que otro pudieran interactuar. Para esto los japoneses, diseñaron en el año 87, la cámara de microchip de estado sólido, que pone en una pantalla de televisión la imagen lograda por la lente del laparoscópio, permitiendo de esta manera a un equipo de cirujanos interactuar y desarrollar procedimientos de cirugía complejos. Lo que hizo una gran diferencia. Así nació el gran entusiasmo en la Cirugía Laparoscópica.

En el año 1987, el Prof. Muris en la ciudad de Lyon Francia, hizo la primera colecistectomía por vía laparoscópica; éste procedimiento fue presenciado por el Prof. Francois Dubois, quien publicó la primera serie de 300 casos (3,4); los Dres. Reddick y Olsen, en los Estados Unidos difundieron el procedimiento (9).

En Venezuela, la primera Laparoscopia, fue realizada por el Dr. Ricardo Baquero - González, en el año 1946; así lo menciona el Dr. Alfredo González Navas (5). Después, este tipo de procedimientos, ha estado vinculado a la ginecología, ya bien sea en procedimientos diagnósticos, terapéuticos sencillos como ligaduras tubáricas o coagulación de focos de endometriosis, o diagnósticos para patología digestiva.

Es verdaderamente, después del interés despertado por las experiencias antes mencionadas de las colecistectomías por vía laparoscópicas, cuando los cirujanos generales o de vías digestivas comienzan a incursionar en este tipo de procedimientos, de ventajas indiscutibles. como las de acortar considerablemente el tiempo de hospitalización, y disminuir las molestias post-operatorias.

**MATERIAL Y METODOS**

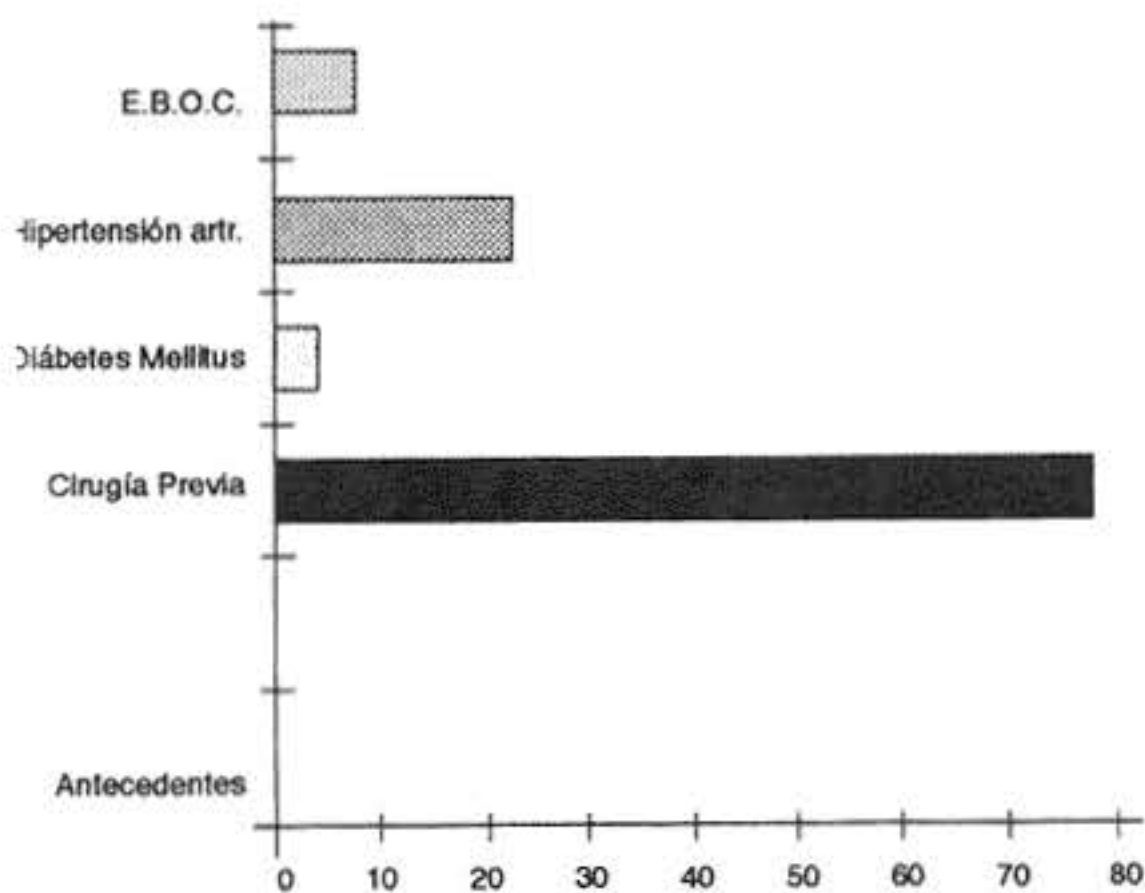
Entre enero del año 1991 a octubre de 1992, se controlaron por medio de un protocolo, 249 pacientes a los que se les practicó colecistectomía por videolaparoscopia en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas. La técnica empleada fue la descrita por los Dres. Reddick y Olsen, que consta de un neumoperitoneo inicial, usando CO2, aproximadamente 4 a 6 litros, hasta obtener una presión intraabdominal de 14 mm hg. introducidos por una aguja de Verres por una incisión en la porción inferior de la cicatriz umbilical; luego la colocación de 4 puertos de entrada, de 10 mm de diámetro, a nivel umbilical y línea media en epigástrico; y dos en hipocondrio y flanco derecho. El uso de la técnica bimanual, para disecar el pedículo de la vesícula biliar, arteria cística y conducto cístico. Se hizo sección de éstos previa colocación de grapas de titanio.

Por medio de una ficha preestablecida, se analizaron los datos referentes a la edad, sexo, clínica, examen físico, diagnóstico, exámenes paraclínicos, correlación con el diagnóstico postoperatorio, tiempo de la operación, cambio a la técnica abierta, complicaciones intraoperatorias, evolución postoperatoria: síntomas, dolor, tiempo de estadía hospitalario, restitución de la dieta, complicaciones intra y postoperatorias inmediatas, reintervenciones, cálculos residuales, e incidencia de colangiografías operatorias.

Esos datos fueron puestos en un programa Excel con el que se analizaron, obteniéndose la información.

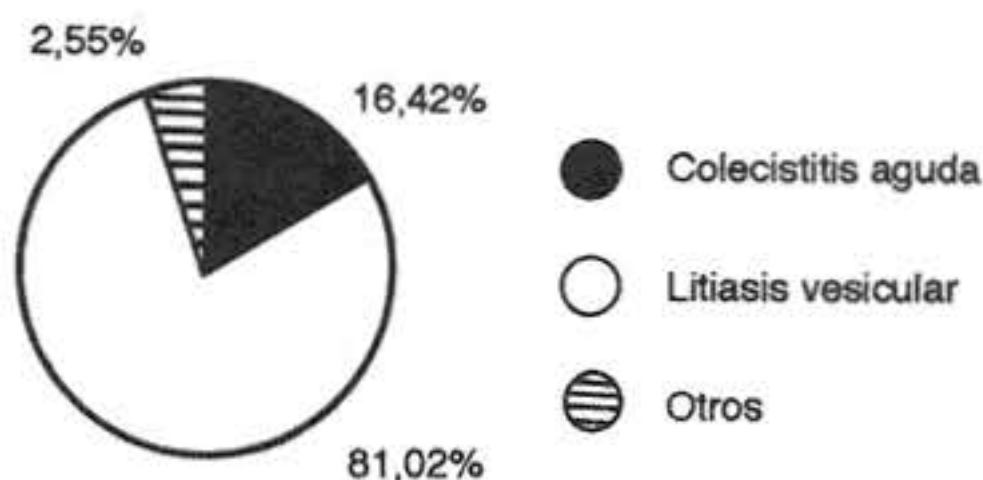
**RESULTADOS**

La edad de los pacientes en este estudio, tuvo un promedio de 49 años, con una mínima de 14 años a una máxima de 81 años. Los antecedentes fueron: Cirugía previa, 53%. Diabetes 2.14, insuf. Cardíaca, 4.2% E.B.O.C.3.5.% (fig1).



El diagnóstico preoperatorio, fue de litiasis vesicular 222 pacientes (89%), colecistitis aguda 45 casos, (18%), otros, litiasis coledociana, 4; colangitis, 1; cólico biliar 2, (fig. 2).

**Dx Preoperatorio**

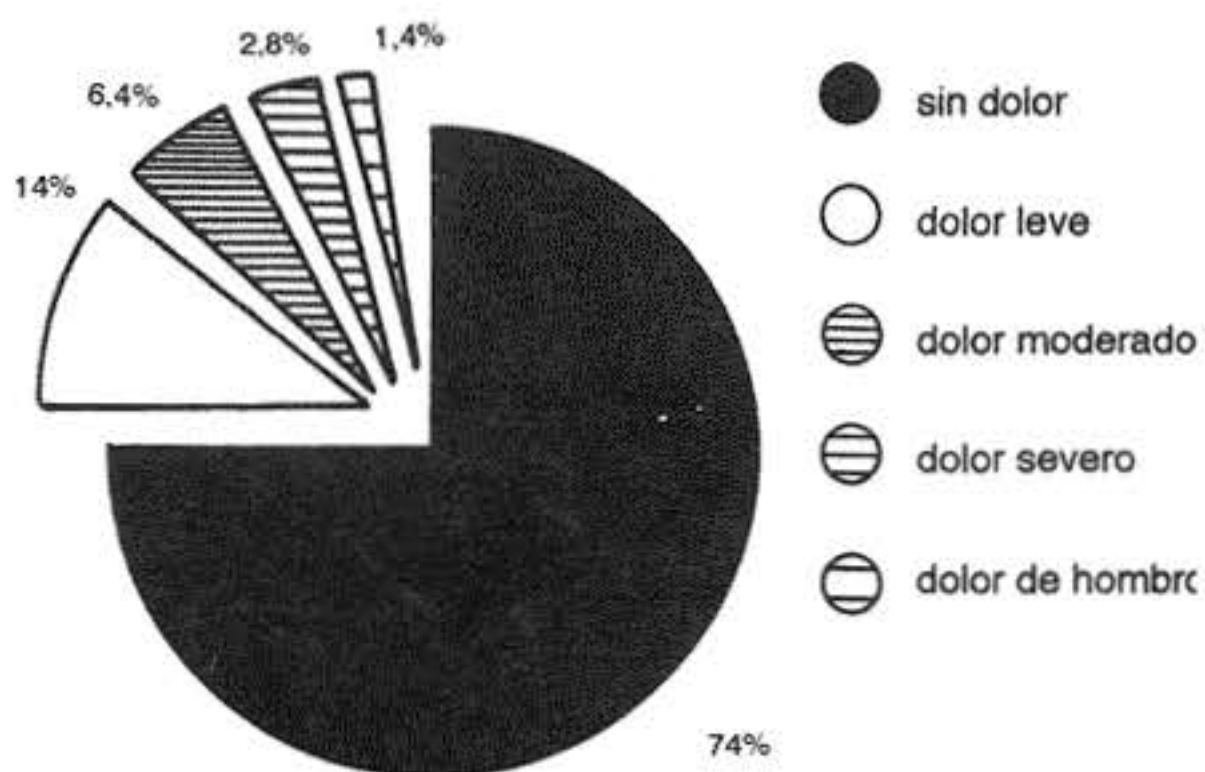


El tiempo de duración de las operaciones, fue 60.40 minutos en promedio, para una mínima de 15 minutos, y una máxima de 210 minutos.

Las complicaciones intra y postoperatorias se vieron en 9 pacientes (3.75%), y fueron: a) intraoperatorias: sección accidental del colédoco, 1; cálculos residuales 2; b). En el postoperatorio inmediato: pancreatitis leve., 1; embolismo pulmonar, 1; broncoespasmo, 1; neumonía por broncoaspiración, 1.

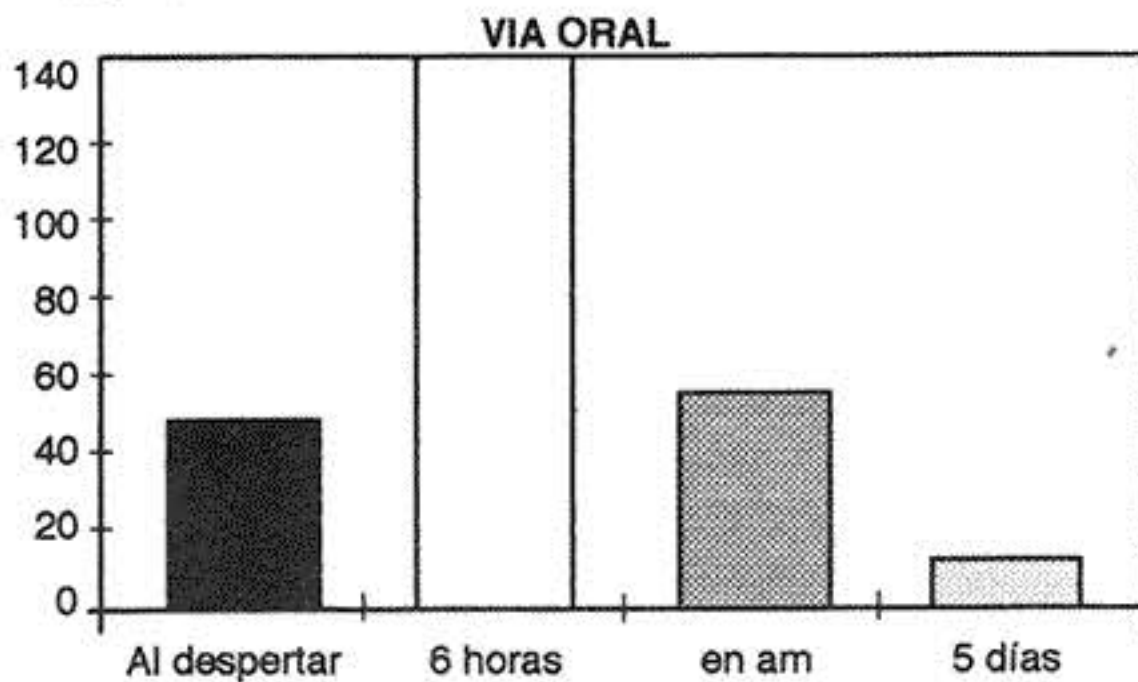
Pasaron a técnica abierta 6 casos, (2.49%) por: pinzamiento accidental del colon, biliperitoneo con vesícula flegmonosa, sangramiento abundante, litiasis oledocianas, sección del colédoco y cálculo en colédoco.

En el postoperatorio, tuvieron dolor que requirió uso de analgésicos, 34 pacientes (24%), los que a su vez fueron clasificados en 1) con dolor severo, 4 pacientes (2,8%), 2) moderado 9 pac. (6.4%), 3) leve, 21 pacientes, (14%), 4 dolor en el hombro, 2 pacientes (14%) (fig.3)



El tiempo de estadía hospitalaria postoperatoria, fue de 2.84 días de promedio, con un mínimo de 1 día, hasta un máximo de 12 días; teniendo en cuenta que en nuestro hospital, no existe la opción de hospitalizarse por 1 sólo día, sino por 2 días mínimo.

La restitución de la dieta oral, fue inmediata (al despertar de la anestesia, a las 4 horas) en 43 pacientes (17.26%), a las 6 horas, 139 pacientes (55.82%), al día siguiente 56, (22.4%), de 5 días o más, 11.



Hubo que reintervenir a 2 pacientes, por cálculos residuales en colédoco, uno de ellos hizo un biliperitopneo, y fue necesario realizar esfínteromías endoscópicas en el postoperatorio a 6 pacientes, por haber presentado dolores cólicos.

Se realizaron colangiografías intraoperatorias en 9 pacientes (3.6%), encontrándose en 2 de ellos cálculos coledocianos.

## DISCUSION

Según los resultados de esta serie, se concluye, que la cirugía laparoscópica para la vesícula biliar, tiene beneficios indiscutibles para los pacientes. Sobre todo aquellos que sufren enfermedades que comprometan los mecanismo inmunológicos o de cicatrización. Es posible realizar colecistectomías a pacientes de alto riesgo, con E.B.O.C., Hipertensión arterial o diabetes. Así lo demuestra el hecho de que no hubo descompensación relacionada con los antecedentes patológicos previos.

Las indicaciones de cirugía laparoscópica de la vesícula han sido básicamente las mismas que tradicionalmente se han usado para el procedimiento abierto. Aunque es posible que en vista de la poca molestia postoperatoria, o morbilidad que representa el método, se comiencen a incluir los casos de litiasis vesicular asintomáticas, sobre todo en los pacientes que pueden hacer más complicaciones o de mayor riesgo (diabéticos, inmunosuprimidos).

El tiempo de estado hospitalaria se ha reducido considerablemente al reducirse el dolor y molestias de la cirugía, (74%) pacientes sin dolor, 14% con dolor leve 88% con poca o ninguna molestia, hacen que éstos puedan egresar más rápidamente. Igual que la posibilidad e restituirse la alimentación oral en corto tiempo, al despertar de la anestesia (4 horas) 17.26%, a las 6 horas 55.82%, demuestra que el 73.06% de los operados tienen restitución inmediata de la vía oral; posiblemente al no manipularse las asas intestinales, no hay ninguna alteración de la motilidad intestinal.

Las complicaciones intra y postoperatorias, representan un 3.75% de morbilidad (incluyendo postoperatorio inmediato); considerando que tuvimos un sólo caso de sección accidental de las vías biliares, demuestra que es un procedimiento seguro, y que sus complicaciones se pueden manejar en una forma adecuada. Se pasó técnica abierta el 2.49% método que hay que utilizar muy ampliamente, sin considerarlo como fracaso de la técnica, solamente un cambio de vía de abordaje.

Llama la atención el poco uso de la colangiografía operatoria; esto creemos que se debe a: 1) mayor dificultad técnica, 2) cambio de los criterios de sus indicaciones, 3) falta de tecnología para mejorar su técnica. Sin embargo, consideramos que debe de usarse con mayor frecuencia, para 1). Tener una idea de la anatomía de las vías biliares y sus variaciones, 2) Descartar intragenia, 3) Diagnosticar litiasis coledociana.

## BIBLIOGRAFIA

1. CUSCHIERI, Bercy. Laparoscopic Biliary Surgery. Blakwell Scientific Publications. 1992
2. DOUGLAS Olsen. Laparoscopic Cholecystectomy; The Am, J of Surg. 161: 339. 1991.
3. DUBOIS F., BERTHELOT Levard. Cholecystectomie sous coelioscopie. Ann Chir; 44: 205. 1990.
4. DUBOIS F., BERTHELOT Levard. Cholecystectomie sous coelioscopie. 330 cas. Chirugie; 116: 248 . 1990
5. GONZALEZ NAVAS et al : Boletín 2º Congreso de la Sociedad Venezolana de Cirugía, 1947.
6. PERISSAT; et al. Cholecystectomy by laparoscopy. Operative technic. results of the first 100 cases. J. Chir.; 127:347. 1990.
7. PHILIPS, E.H. BERCI G. et al. The importance of intraoperative cholangiography during Laparoscopic Cholecystectomy . Am Surg.; 56:792. 1990.
8. SACKIER, Berci: Elective Diagnostic Laparoscopic. The Am J of Surg 161:326. 1991.
9. REDDICK E.J. Olsen Laparoscopic Laser Cholecystectomy. Surg Endosc.; 3:31131. 1989
10. ZUCKER K.; Surgical Laparoscopy Update. Quility Medical Publishing. 1993.

# Migración de un Cuerpo Extraño Intratorácico. Reporte de un Caso. Revisión de la Literatura.

Dra. Susan Malavé \*\*  
Dr. Anibal Loreto \*  
Dra. María Campillo\*  
Dra. Sharon Cimolino\*  
Dr. José Barrera\*

## RESUMEN

Aunque la gran mayoría de los proyectiles que penetran en el tórax se ubican en el sitio donde quedaron inicialmente, existen algunos casos en que dichos proyectiles migran hacia el espacio Pleural, Pericárdico, Sistema Vascular, Esófago, Traquea o Conducto Raquídeo.

En el presente trabajo, presentamos un caso donde el proyectil perforó en un segundo tiempo la pared torácica, atravesando la pleura parietal y alojándose en el espacio pleural, sin producir lesión de la pleura pulmonar, por lo que no ameritó tratamiento quirúrgico ni drenaje.

## ABSTRACT

Although the most of the missiles which entered in thorax placed in the place where they penetrated, there are some cases where they move to pleural space, pericardic space, intravascular system, esophagus, trachea or rechetit duct.

This is the report of a case, where the bullet entered in a second time the thoracic wall, passig through the parietal pleura and placing in the space pleural, without lung damage or pulmaory pleural, not needing either surgery nor drainage.

## PALABRAS CLAVES

- 1.- Heridas Torácicas por Arma de Fuego.
- 2.- Cuerpo Extraño Migratorio Intratoraxico.
- 3.- Proyectil Migratorio.

## INTRODUCCION

En pacientes que han sufrido una herida por arma de fuego en tórax, se han reportado las trayectorias más bizarras (2). Contrario a lo que la gran mayoría de la gente cree, los cuerpos extraños intratorácicos migratorios, representan un subgrupo pequeño pero definido del total de las heridas por arma de fuego.

En contados casos, dichos proyectiles se movilizan al espacio pleural, pericárdico (1,5), sistemas vasculares (3), esófago, tráquea o conducto raquídeo (4), siendo el sistema vascular la estructura más frecuentemente penetrada por dichos proyectiles de conductas migratorias, pudiendo producir en cualquier momento, problemas en otros sitios del cuerpo, tales como embolización. Sin embargo, no es raro que un proyectil termine su trayectoria en el espacio pleural libre, en el cual se moverá inócuamente bajo la influencia de la gravedad hasta que quede fijo en un sitio a causa de la reacción pleural (4), por lo que se debe prestar mayor atención a la trayectoria del proyectil penetrante, el cual nos dará las claves para el manejo del paciente.

En el presente trabajo se presenta el caso de un paciente masculino de 29 años de edad, que ingresa al Servicio de Emergencia del Hospital «Dr. Luis Salazar Domínguez» IVSS de Guarenas en el Estado Miranda, son impresión diagnóstica de herida por arma de fuego en el tórax, en noviembre de 1992, en cuyo estudio radiológico se evidenció la migración del proyectil por el espacio pleural, sin producir lesión pulmonar, por lo que no ameritó tratamiento quirúrgico ni drenaje.

## CASO CLINICO

Se trata de un paciente masculino de 29 años de edad, mestizo, natural de Cabimas y procedente de Guarenas, admitido en el Servicio de Emergencia del Hospital «Dr. Luis Salazar Domínguez» IVSS de Guarenas, el 12—11-92 en horas de la noche, luego de haber recibido una herida por arma de fuego en hemitórax derecho, con orificio de entrada a nivel del 4to. espacio intercostal derecho de la pared posterior, sin orificio de salida, refiriendo el paciente dolor punzante en hemitorax derecho, de moderada intensidad, que se exacerbaba con la inspiración.

Al exámen físico de ingreso se encuentra consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, con palidez cutáneo mucosa

\* Médicos Residentes del servicio de Cirugía del Hospital «Dr. Luis Salazar Domínguez» IVSS, Guarenas, Estado Miranda.  
\*\* Médico Adjunto y Coordinador Docente de la Residencia Programada del Servicio de Cirugía del Hospital «Dr. Luis Salazar Domínguez» IVSS, Guarenas, Estado Miranda.

\*\*\*Trabajo realizado en el Servicio de Cirugía del Hospital «Dr. Luis Salazar Domínguez» IVSS, Guarenas, Estado Miranda.

acentuada y diaforesis profusa.

TA: 130/80 mmHg. FC: 88 x' FR: 28 x» T: 37 oC

**Piel:** Se aprecia herida por arma de fuego con orificio de entrada en la región posterior del hemitórax derecho, a nivel del borde inferior de la escapula, con discreto enfisema subcutáneo local, sin orificio de salida.

**Tórax:** Normolíneo, simétrico, con la expansibilidad disminuida en hemitórax derecho por el dolor.

**Pulmonar:** Ruidos respiratorios presentes y simétricos en ambos campos pulmonares, sin adventicios.

**Cardiovascular:** Ruidos cardíacos rítmicos y regulares sin soplos. Pulsos periféricos presentes y simétricos.

**Abdomen:** Blando, plano, deprimible, ruidos hidroaéreos presentes, sin dolor, sin viceromegalias palpables.

Se realizan radiografías de tórax PA y lateral que reportan la presencia de proyectil con aplanamiento de la punta, de 0,5 x 0,5 cm de diámetro, localizado a nivel del 4to. espacio intercostal derecho, sin signos radiológicos de hemo o neumotórax. ( fig. 1 y 2).

Los exámenes de laboratorio al ingreso reportaron: HB: 15,1 gr% HTO: 47,9% GB: 9.800 mm<sup>3</sup> S:77% L:21% M: 2%.

Se evalúa nuevamente al paciente a las 10 horas, no encontrándose ninguna variación en el cuadro clínico, pero en las radiografías de tórax de control, se evidenció la migración del proyectil hasta ubicarse en el ángulo cardiorenal derecho a nivel de la duodécima vertebral dorsal (fig. 3 y 4).

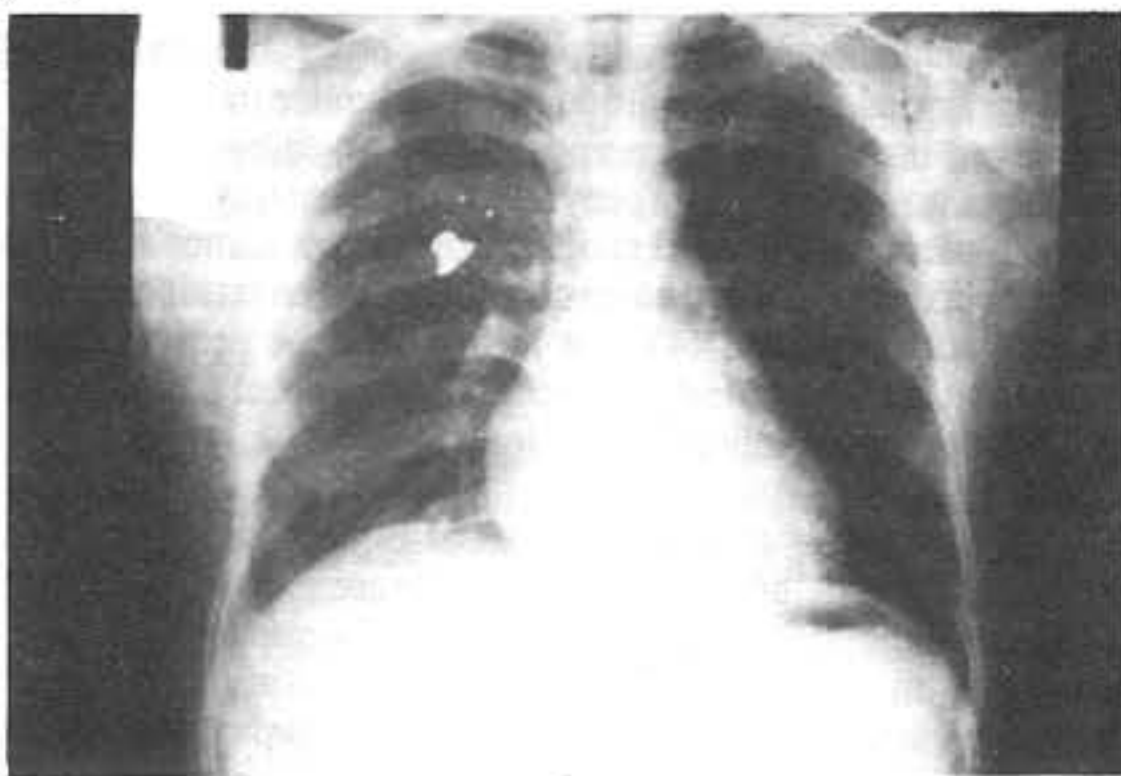


fig. 1

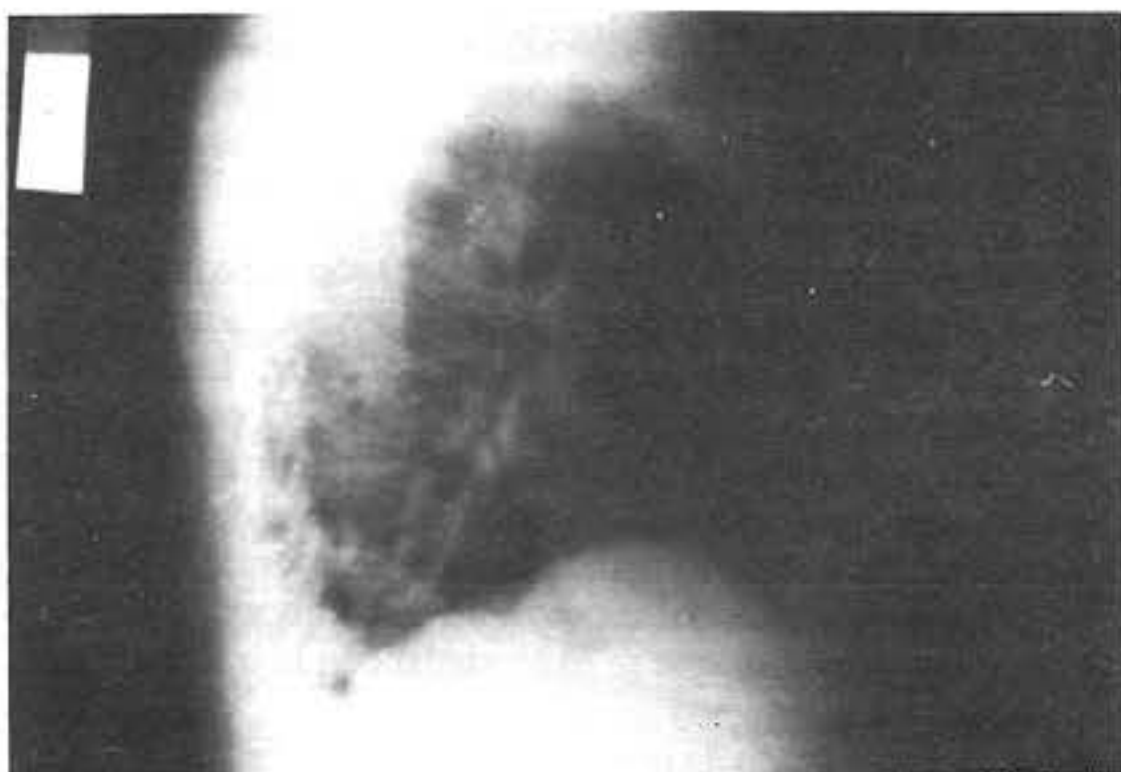


fig. 2

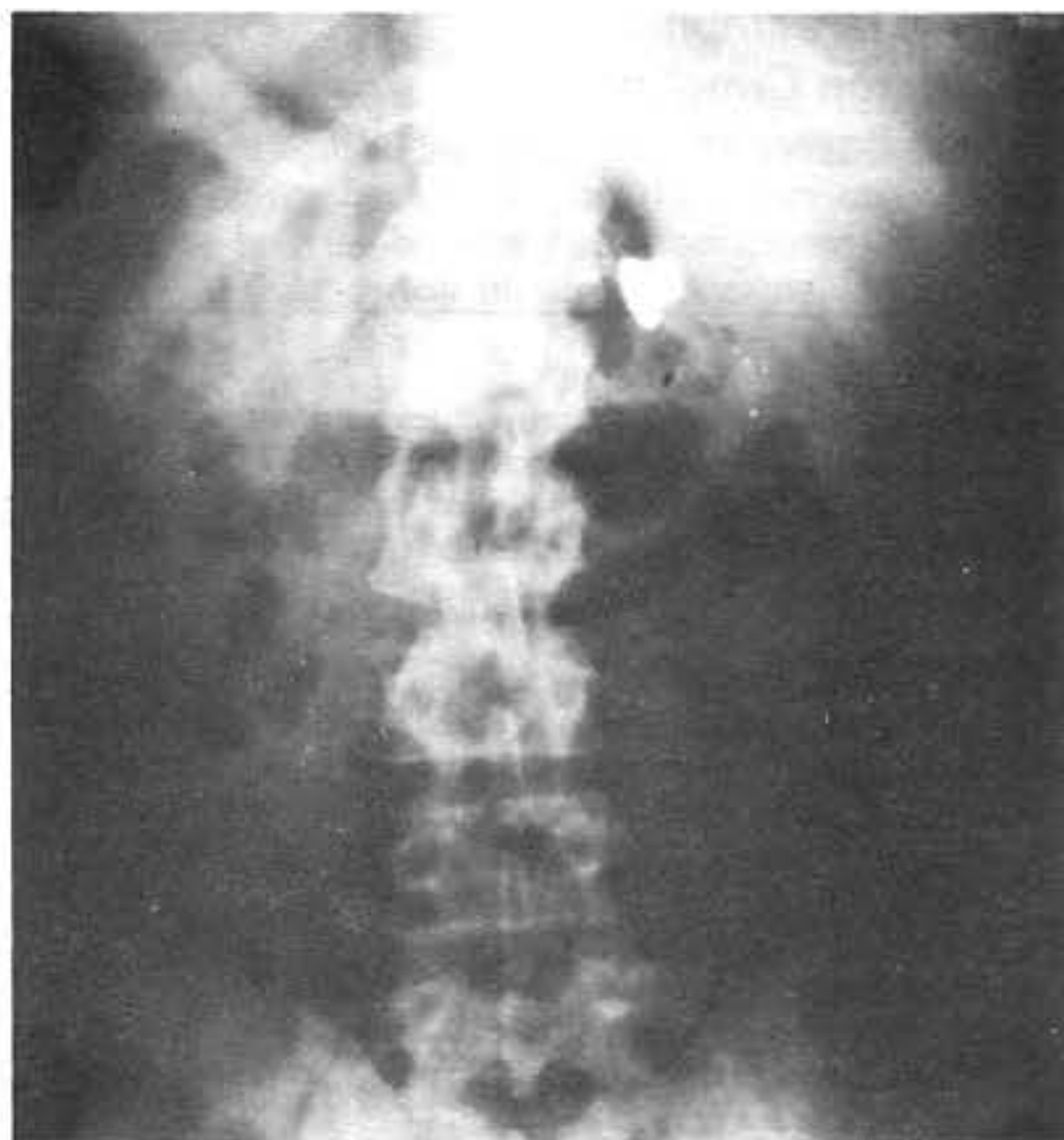


fig. 3



fig. 4

El paciente egresa en condiciones estables con controles radiológicos ambulatorios, el último de los cuales se efectuó el 28-04-93, no observándose nueva migración del proyectil.

## DISCUSION

La literatura nacional e internacional revisada, reporta que las migraciones de cuerpos extraños a través del esófago, traquea, conducto raquídeo, espacios vasculares, pericárdicos y pleurales se ven en muy contadas ocasiones, de hecho algunas literaturas reportan que un cirujano puede verlo una o dos veces durante toda su vida profesional (4).

El presente caso, constituye una prueba de la existencia de proyectiles intratorácicos migratorios que se movilizan al espacio pleural, sin daño a otras estructuras intratorácicas. Quizás esto se deba a que el proyectil disparado a una distancia no precisa pero si lejana, al atravesar previamente la puerta del vehículo que conducía el paciente al momento del accidente, redujo su energía cinética por efecto de la distancia y del obstáculo, por lo que traspasó sólo la pared torácica perforando la pleura parietal, alojándose en el espacio pleural sin lesionar la pleura visceral, movilizándose libremente con los cambios de posición, por efecto de la gravedad, hasta quedar fijo en una zona declive a causa de la reacción pleural, no siendo necesario realizar en el paciente un procedimiento invasivo de drenaje o intervención quirúrgica, por la inocuidad del caso.

## CONCLUSION

1.- Los cuerpos extraños intratorácicos migratorios son poco frecuentes (2,4).

2.- Un factor que modifica la magnitud del daño del proyectil, es la disminución de su velocidad o energía cinética a su paso por un objeto, antes de penetrar en el organismo.

3.- En caso de que el proyectil quede en el espacio pleural, libre o fijo por reacción inflamatoria, no es necesario extraerlo, sin embargo, existe información no muy bien documentada de algunos autores, quienes consideran que la mayor parte de los proyectiles que se encuentra en cavidades, deben extirparse independientemente de la necesidad de reparar las lesiones que produjo en su camino, parece haber poco motivos para tolerar un cuerpo extraño posiblemente contaminado que pueda producir complicaciones posteriores (4).

4.- No todas las heridas torácicas por arma de fuego, necesitan de drenaje o tratamiento quirúrgico y dependen de los criterios del cirujano.

5.- El control de la migración del proyectil a través de exámenes complementarios, se debe realizar dependiendo del lugar donde quede alojado el mismo y del cuadro clínico del paciente.

## REFERENCIAS

- 1.- ABBOTT J.; An intrapericardial tumbling bullet, JAMA, Jan 1973, 223: 196-197.
- 2.- BERNINI C.; Pulmonary embolism from gunshot missiles, Surg Gynecol Obstet 1993, 156:615-619.
- 3.- CHAPMAN A; Mc CLAIN J.; Wanderning missiles, autopsy studies. J. Trauma 1984, 24:634-637.
- 4.- Traumatismos toraxicos (editorial. Clínicas Quirúrgicas de Norte América, volumen 1/1989.
- 5.- DECKER J., Foreign bodies in the heart and pericardium should they be removed?. J. Thorac Surg 1939, 9: 62 - 79.
- 6.- HARKEN D., WILLIAMS A.; Foreign bodies within the blood vascular system. Am J Surg 1976, 72: 80.
- 7.- LEDGERWOOD A.; The Wandering bullet. Surg Clin North Am 1977, 57: 97-109.
- 8.- MATTOX K., BEALL A.; DEBAKEY M.; Intravascular migratory bullets. Am J Surg 1979, 137: 192-195.
- 9.- Migration of projectiles in the blood stream (editorial) Lancet 1917, 2: 395.
- 10.- MOORE H., NYHHUS L., Gunshot wounds of major arteries. Surg Gynecol Obstet 1954, 98: 129.
- 11.- PETSAS A., CHAHRAMANI A., A wandering bullet. Jo Thorac Card 1975, 69: 954.
- 12.- STEINGBERG I., Localization of bullets and metallic fragments in the cardiovascular system. Am J. Roentgen 1960 83: 998 - 1010.
- 13.- TRIMBLE C., Arterial bullet embolism following thoracic gunshot wounds. Am Surg 1968, 168: 911 - 916.

# El Paciente HIV Positivo en Coloproctología

Dr. Pedro Morgado Nieves\*

Dr. Pedro Morgado Schmilinsky\*

## RESUMEN

Presentamos un estudio retrospectivo de un grupo de ocho pacientes portadores de una reacción positiva a la investigación del virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (HIV), dentro de un universo de 976 nuevos pacientes atendidos en nuestra consulta, entre enero de 1986 y noviembre de 1990. Cinco pacientes fueron sometidos a cirugía anal. Tres pacientes tenían patología anal no quirúrgica y fueron referidos para tratamiento de su enfermedad de base. Los pacientes operados recibieron todos los cuidados de la técnica quirúrgica y, además, 1 gr de Cefoxitin endovenoso por seis dosis en el postoperatorio inmediato. Ninguno hizo infección sobregregada. Cuatro de los cinco pacientes operados están bien, sin desarrollar el SIDA en períodos que van de uno a tres años. Dos pacientes murieron con SIDA dentro de los dos años siguientes al diagnóstico serológico, entre ellos uno operado, y dos están vivos, pero desarrollaron el SIDA. El cirujano colorectal, en particular debe esforzarse por detectar los pacientes HIV positivos, aunque consideramos que la técnica quirúrgica, incluida la atención personal de quirófanos, debe ser realizada asumiendo que todos los pacientes son HIV positivos.

## ABSTRACT

In a study of 976 patients seen between January 1986 and November 1990, 8 were HIV positive. Five patients were subjected to anal surgery and three were referred for medical treatment. If I.V. cefaloxin was given to the surgical patients for 6 doses at postoperative. No infection was recorded. Two patients died from AIDS, at 2 years, one of them operated. Some indications are given about precautions required for the proctologist surgeon.

## PALABRAS CLAVES

1.- SIDA, SIDA y coloproctología, Pacientes HIV positivos.

## INTRODUCCION

El manejo de pacientes portadores del virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) es causa de duda, de temor y hasta rechazo, dentro de la comunidad quirúrgica mundial. Venezuela no puede escapar a esta situación, en parte por la poca información que sobre el tema se ha dado a nuestros cirujanos y, en parte, por el escaso número con diagnóstico de HIV que aparentemente es manejado directamente por los cirujanos, y en especial por los cirujanos colorectales. Por supuesto, no tenemos información sobre los cirujanos ni sobre el personal paramédico que maneja estos pacientes, en relación con los posibles casos de contaminación accidental en salas operatorias. Algunas organizaciones quirúrgicas se han preocupado por hacer recomendaciones a sus miembros, en relación al manejo de los pacientes con reacción HIV positiva al virus de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida. El Colegio Americano de Cirujanos, a través de una de sus más importantes publicaciones (1), señala que "una de las razones por las cuáles se cree que la trasmisión del HIV a trabajadores de Hospital es tan poco frecuente, es la relativamente baja concentración de virus en la sangre del paciente con SIDA. La concentración de partículas de virus en el paciente con SIDA es estimada en 10 a la 4 por mililitro, en comparación con 10 a la 13 por mililitro en pacientes con una hepatitis activa de hepatitis B".

Nuestros cirujanos, particularmente los cirujanos jóvenes en formación, podrían tener una idea incorrecta del manejo de pacientes con HIV positivo, que podría llevarlos, incluso, hasta pretender violar las normas éticas universalmente aceptadas, al negarse a atender pacientes en esta situación.

Las cifras oficiales de pacientes portadores del virus de la Inmunodeficiencia Humana, hasta el 30 de junio de 1990, suministradas por la Oficina de Prevención y Lucha contra el SIDA, del Ministerio de Sanidad de nuestro país, señalan la existencia de 806 casos, pero muestran a la vez un aumento constante de la incidencia. Debemos suponer que las cifras son mucho mayores, al incluir los pacientes vistos en el ejercicio privado y que no son reportados a las oficinas gubernamentales.

El propósito de este trabajo, aparte de llamar la atención en relación al problema, es mostrar la incidencia, en nuestra práctica, de pacientes con serología positiva al HIV, ya que los pacientes asintomáticos son los que representan mayor riesgo para el cirujano.

\* Hospital Centro Médico de Caracas

## MATERIAL Y METODO

Hacemos una visión retrospectiva de un grupo de pacientes portadores de una serología positiva a la investigación del virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (HIV), vistos entre enero de 1986 y noviembre de 1990, entre 976 nuevos pacientes atendidos en nuestra consulta del Centro Médico de Caracas. En ellos investigamos edad, sexo, profesión, motivo de consulta, estadio de la enfermedad, diagnóstico quirúrgico, tipo de intervención realizada y evolución.

Los pacientes fueron clasificados en cuatro grupos, de acuerdo a la clasificación de los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC): Grupo I, el síndrome agudo; Grupo II, el portador asintomático; el Grupo III, la linfadenopatía persistente generalizada y el Grupo IV, enfermedades causadas por otros virus productores de Inmunodeficiencia Humana que llenan la definición de SIDA auspiciada por el CDC: pacientes con una o más de 12 infecciones específicas secundarias (por ejemplo: neumonía por *Pneumocystis carinii*; candidiasis esofágica, bronquial o pulmonar; histoplasmosis; infección por citomegalovirus, etc.) y que no tienen más explicación que infección por HIV; o pacientes con uno o más de tres cánceres secundarios conocidos por su asociación con la infección por HIV (por ej.: sarcoma de Kaposi).

La investigación del HIV se solicitó en atención a la situación del paciente dentro de los grupos de riesgo: homosexualidad, profesión y hábitos.

En los pacientes operados, solamente nos limitamos a seguir estrictamente los patrones de la técnica quirúrgica, siendo cuidadosos en el manejo del instrumental quirúrgico, particularmente en la eliminación de las agujas. El personal del quirófano fue advertido sobre la situación del paciente, tomando el anestesiólogo, el instrumentista, las circulantes y el personal de limpieza, las previsiones necesarias para evitar la contaminación con sangre y líquidos del paciente.

En todos los pacientes intervenidos, empleamos cefoxitin a dosis de 1 gr intravenoso, cada 6 horas, por 48 horas.

El último control serológico del autor principal fue realizado en mayo de 1992, y el del coautor en diciembre de 1991.

Los pacientes fueron referidos a tratamientos por grupos de infectólogos dentro y fuera del Centro Médico. El seguimiento a largo plazo de los pacientes operados fue realizado en entrevistas efectuadas en el consultorio, en tanto obtuvimos información referencial de los pacientes no operados, a través de sus familiares.

## RESULTADOS

Analizamos las historias de ocho pacientes en quienes se encontró positiva la investigación de HIV, en un total de 976 pacientes nuevos vistos entre enero de 1986 y noviembre de 1990, lo que hace una incidencia de 0.8%.

Todos los pacientes eran del sexo masculino. Cinco eran homosexuales y tres heterosexuales. Hubo dos peluqueros, dos comerciantes, un preparador de caballos, un operario de televisión,

un transformista y un médico. La menor edad fue de 19 años y la mayor de 46.

Un paciente consultó por diarrea, malestar general, fiebre y múltiples adenopatías inguinales; otro, por diarrea, fiebre y tos, con recuperación de *C. Albicans* en el examen de esputo; dos, por fisura anal, uno de ellos con imagen de condensación en el vértice del pulmón derecho, encontrándose *H. Capsulatum* en la investigación histológica del espécimen resecado y reacción serológica positiva para esta micosis en la investigación postoperatoria; y un paciente con cada uno de los siguientes motivos de consulta: purito anal, supuración perianal, masas no dolorosas perianales y masas perianales dolorosas y sangrantes.

Los diagnósticos quirúrgicos preoperatorios fueron: fisura anal en dos casos, enfermedad hemorroidal prolapsante y sangrante, condilomas acuminados del ano y fístula perianal.

Cuatro pacientes fueron considerados como incluíbles en el grupo II; dos, en el grupo I y dos en el grupo IV.

Operamos cinco pacientes, efectuando dos fisurectomías con esfinterotomía; una hemorroidectomía, una fistulotomía y una electrocoagulación de condilomas. Cuatro pacientes pertenecían al grupo II y un paciente al grupo IV.

No hubo infección postoperatoria en ninguno de los pacientes. Cuatro de los pacientes intervenidos, todos pertenecientes al grupo II, están vivos, sin desarrollar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entre uno y tres años después de operados.

Los pacientes del grupo I y un paciente del grupo IV fallecieron con el SIDA, dentro de los dos años siguientes al diagnóstico serológico. Un paciente del grupo II y otro del grupo IV están vivos, pero también desarrollaron el SIDA.

## DISCUSION

Los cirujanos, en general, y los dedicados a la coloproctología, deberían apelar a un criterio arbitrario ante sus enfermos: todos los enfermos son portadores del virus de la inmunodeficiencia humana, hasta que no se demuestre lo contrario. Ello significa que todos los pacientes deben ser manipulados con el mismo cuidado, la misma atención para el detalle de la técnica quirúrgica y las mismas precauciones por parte del personal médico y paramédico, tanto a nivel de la sala operatoria, como del propio consultorio.

Hay dos exámenes que deben ser pedidos, al menos ante todo enfermo incluído en los grupos de riesgo habituales: la prueba inmunosorbente para la enzima encadenada (enzyme-linked immunosorbent assay o ELISA) y la prueba de del secado Western (Western blot assay o WBA). El ELISA es considerado altamente sensible, pero su tasa de falsos positivos es alta, ya que hay individuos que tienen anticuerpos capaces de reaccionar con antígenos HIV, pero no son específicos para el HIV. El WBA es considerado más específico, pero da muchos falsos negativos, por lo que se recomienda usar sólo en pacientes con ELISA positivos. Sin embargo, muchos bancos de sangre no usan las donaciones de pacientes HIV positivo por ELISA (1).

El papel del cirujano en el manejo de pacientes con HIV

positivos estará orientado a tratar la enfermedad quirúrgica por la cuál consulta, evitando las infecciones por agentes infecciosos oportunistas. Al mismo tiempo, deberá protegerse a si mismo y al personal que lo acompaña, extremando los cuidados de la técnica quirúrgica. Deberá, igualmente, proteger de la infección al resto de sus pacientes.

Tenemos la impresión que el coloproctólogo maneja más pacientes en el grupo II y IV que en los grupos I y III. En nuestra experiencia la mayoría de los pacientes operados fueron del grupo II, lo que significa que nuestro peligro es mayor si no estamos alerta para la detección del HIV en los pacientes en riesgo. De modo que la única forma real de protegernos es tratar a todo nuestros pacientes con las mismas precauciones.

En la literatura hay casos de fatalidades asociadas a infecciones violentas, después de la ligadura de hemorroides con bandas elásticas, que pudieran estar relacionadas con la presencia de infección por HIV no detectada previamente (2,3).

Ante el paciente HIV positivo, el cirujano debe recordar que, en su consultorio, una buena desinfección instrumental después del examen de cada paciente, o, en lo posible, el empleo de instrumentos endoscópicos descartables, es una garantía de seguridad para si mismo y los demás pacientes.

Hasta ahora no hay casos documentados de transmisión del virus de un cirujano a un paciente, por lo que se discute si un cirujano HIV positivo debe o no continuar haciendo cirugía. CDC no ha recomendado, todavía, que estos cirujanos se abstengan de operar (4), aunque, por supuesto, los hospitales están en su derecho de restringir la actividad del personal de quirófanos, infectado con el HIV.

La exposición al virus en el sitio de trabajo puede, en muchos casos, ser evitada. La mayor parte de las lesiones provienen del descuido en la manipulación de objetos cortantes o agudos, como las hojillas de bisturí y las agujas. Entre las recomendaciones del Colegio Americano de Cirujanos, están: use inyectoras descartables; maneje con extremo cuidado los tejidos de los especímenes, muestras de sangre, campos sucios y basura quirúrgica; los vendajes y otro material descartable deben ser colocados en envases especiales - bolsas de plástico gruesas - y no en envases de re-uso en los hospitales. Adicionalmente, debe usarse guantes cuando se manejan fluidos corporales; usar una bata para prevenir la contaminación de la ropa; lavarse las manos después de contacto con fluidos; desinfección de las partes contaminadas con solución al 5.25% de hipoclorito de sodio en agua, o cualquier otro líquido esterilizante. Use anteojos, cuando piense que puede haber partículas volátiles en el campo operatorio.

El empleo de doble guante en la cirugía del paciente HIV positivo, es más bien una cuestión psicológica que práctica: el doble guante no impide la puntura de la aguja o el corte de un bisturí, pero nos recuerda la peligrosidad del paciente que estamos manejando. La evidencia sugiere, sin embargo, que la afinidad del HIV por las células de Langerhans puede permitir que el virus invada al huésped, aún a través de la piel o mucosas intactas.

Podríamos resumir nuestra posición frente a los pacientes HIV positivos, diciendo que todo paciente quirúrgico debe ser tratado

con los mismos cuidados y las mismas precauciones que un paciente HIV positivo. En esta forma, eficazmente nos protegemos nosotros, el personal que trabaja con nosotros y los demás pacientes que vienen a nuestro cuidado. La investigación de HIV, por consiguiente, debe ser incluida en la rutina de exámenes preoperatorios. El paciente que la rehuse debe ser tratado como un HIV positivo.

## REFERENCIAS

- 1.- DAVIS JM. Acquired immunodeficiency syndrome, in Care of the Surgical Patient, American College of Surgeons, Scientific American Inc., 1990; 12:1-2.
- 2.- O'HARA VS. Fatal clostridial infection following hemorrhoidal banding. Dis Colon Rectum 1980;23:570-571.
- 3.- RUSSELL TR, Donohue JH. Hemorrhoidal banding: a warning. Dis Colon Rectum 1985;28:291-293.
- 4.- ROBERT-GUROFF M, NAKAO Y., NOTAKE K. et al. Natural antibodies to human retrovirus HTLV in a cluster of Japanese patients with adult T-cell leukemia. Science, 1982; 215:975-980.

# Diprivan

el anestésico ideal

Propofol

REALMENTE CUENTO CON EL ANESTÉSICO IDEAL

TENGO A MI PACIENTE EN CONDICIONES OPTIMAS



**ZENECA**

ZENECA Pharma International

**ROUSSEL**

