

# 2

VOLUMEN 38



MAYO

1992

# centro médico

órgano de la sociedad médica  
del hospital privado  
"centro médico de caracas"

ISSN 1010-7290

DEPOSITO LEGAL pp 76-0323

- PAUTAS DE LA CIRUGIA DEL PIE ESPASTICO  
Dra. Maribel Villegas, Dr. Johny Bendahan, Dr. Salvador Rivas, Dr. Federico Fernández Palazzi
- NODULO FRIO Y CARCINOMA DEL TIROIDES  
Dr. Jorge Lucena Olavarrieta, Dr. Mario Arcia, Dr. Juan Carlos Vazquez, Dr. Jesús Ricardo Torres
- RESPUESTA EMOCIONAL DEL PACIENTE QUIRURGICO  
Lic. Maite Herrera Gómez
- BIOPSIA PULMONAR A CIELO ABIERTO CON EL EMPLEO DE AUTOSUTURADORAS. 1981-1991  
Dr. Mario Arcia, Dr. Jorge Lucena Olavarrieta, Dr. Juan Carlos Vazquez, Dr. Jesús Ricardo Torres
- PSEUDOQUISTE PANCREATICO. CLINICA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO  
Dr. Vicente Bozza, Dr. Angel Ruggiero M., Dra. Alexis Rodríguez, Dr. Mario Arcia, Dr. Jesús Ricardo Torres
- PERITONITIS BACTERIANA DIFUSA. USO O NO USO DEL DRENAJE  
Dr. Vicente Bozza, Dra. María Rodríguez, Dr. Gustavo Quintero, Dr. Jesús Ricardo Torres
- POR SU IMPORTANCIA. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL SIDA EN LAS AMERICAS  
Organización Panamericana de la Salud. Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. OPS/OMS Programa Mundial sobre el Sida/Américas

# Opere con el equipo médico más profesional: EUROCIENCIA



Como médico, su prioridad número 1 es lograr la más pronta recuperación de sus pacientes. En Eurociencia lo sabemos, porque llevamos más de 20 años perfeccionando día a día las herramientas con las que usted trabaja, en beneficio de la salud de los venezolanos. Por eso, hoy podemos ofrecerle la más avanzada tecnología en productos médico quirúrgicos de la línea **Smith and Nephew Medical**, garantizados con el más estricto control de calidad:

- **GYPSONA**: Vendas de yeso
- **DYNACAST**: Vendaje ortopédico sintético

- **SOFFBAN**: Guata quirúrgica de gran calidad
- **ORTOBAN**: Guata quirúrgica de gran calidad
- **TENSOPLAST**: Venda elástica adhesiva y equipos de tracción cutánea
- **AIRSTRIP**: Apósito post-operatorio
- **JELONET**: Gasa parafinada
- **BACTIGRAS**: Gasa parafinada con clorhexidina
- **OPSITE CH**: Campo quirúrgico y apósito con clorhexidina
- **PERRY**: Guantes estériles para cirugía.

La avanzada tecnología de Eurociencia le brinda el equipo médico más profesional

**EUROCIENCIA, C.A.**

**Smith+Nephew**

Callejón Gutiérrez, Edf. Eurociencia, La California Norte. Teléfonos: 238.02.12 - 238.31.74 - 239.69.08. Fax: 239.06.91



**Vol. 38 N° 2**

**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. René Weffer

**Vice-Presidente**  
Dr. Francisco Javier Márquez

**Secretario**  
Dr Nissim Abecasis

**Tesorero**  
Dra. María Teresa Urdaneta

**Vocal**  
Dr. Alfredo Nouel

**Dirección**  
Centro Médico de Caracas  
Plaza del Estanque, San Bernardino, Caracas  
Teléfonos: 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**  
Gráficas Chemar C.A. 728170

Derechos reservados © Sociedad Médica del Hospital Privado Centro Médico de Caracas, cedidos a Corporación Mediprint C.A. para su reproducción, distribución y publicidad durante contratación vigente.

Teléfono: 518077

Vol. 38 N° 2 - Mayo 1992

# centro médico

Vol. 38 N° 2 - Mayo 1992

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 del cual se publicaron 18 números hasta Junio de 1963

## SUMARIO

- Pautas de la Cirugía del Pie Espástico**  
Dra. Maribel Villegas, Dr. Johny Bendahan,  
Dr. Salvador Rivas, Dr. Federico Fernández Palazzi 39
- Nódulo Frío y Carcinoma del Tiroides**  
Dr. Jorge Lucena Olavarrieta, Dr. Mario Arcia,  
Dr. Juan Carlos Vazquez, Dr. Jesús Ricardo Torres 42
- Respuesta Emocional del Paciente Quirúrgico**  
Lic. Maite Herrera Gómez 46
- Biopsia Pulmonar a Cielo Abierto con el Empleo de Autosuturadoras. 1981-1991**  
Dr. Mario Arcia, Dr. Jorge Lucena Olavarrieta,  
Dr. Juan Carlos Vazquez, Dr. Jesús Ricardo Torres 50
- Pseudoquistes Pancreáticos. Clínica, Diagnóstico y Tratamiento**  
Dr. Vicente Bozza, Dr. Angel Ruggiero M.,  
Dra. Alexis Rodríguez, Dr. Mario Arcia,  
Dr. Jesús Ricardo Torres 56
- Peritonitis Bacteriana Difusa. Uso o no uso del Drenaje**  
Dr. Vicente Bozza, Dra. María Rodríguez,  
Dr. Gustavo Quintero, Dr. Jesús Ricardo Torres 61
- Por su importancia. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en las Américas**  
Organización Panamericana de la Salud. Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. OPS/OMS Programa Mundial sobre el Sida/Américas 64

# Pautas de la Cirugía del Pie Espástico

Dra. Maribel Villegas\*

Dr. Johny Bendahan\*\*

Dr. Salvador Rivas\*\*\*

Dr. Federico Fernández Palazzi\*\*\*\*

Villegas Hernández, Maribel, Bendahan J., Rivas S., Fernández Palazzi F. Pautas de la Cirugía del Pie Espástico. Centro Médico, 1992; 39-41.

## RESUMEN

Se hace una evaluación de las indicaciones de la Cirugía en el pie afecto de parálisis espástica. Se evaluaron 200 pies operados de los que fueron posible revisar 189 operaciones. Se exponen los resultados y se hacen recomendaciones sobre las pautas seguidas en el Hospital San Juan de Dios.

## ABSTRACT

A review is made of 178 surgical procedures performed in spastic feet at San Juan de Dios Hospital. The indications, requirement, timing of surgery and results are analysed.

## PALABRAS CLAVES

Pie espástico  
Cirugía ortopédica  
Parálisis cerebral

Pretendemos hacer un resumen de nuestros conocimientos y divulgar las pautas que rigen la conducta ante el pie espástico en el Hospital San Juan de Dios.

El pie es el segmento del aparato locomotor que más frecuencia se ve afectado por secuelas espásticas, y algunas veces el único con deformidades.<sup>1,2,3,5,6,9</sup>

Esto se debe a que la musculatura del pie participa casi siempre en las lesiones espásticas que afectan al miembro inferior. La afectación en cadera y rodilla suele ir acompañada de afectación del pie, y no viceversa.<sup>3,5,6,7</sup>

Es determinante en la elección del sitio a tratar la diferenciación del pie equino que condiciona la flexión de rodilla y de aquel secundario a ésta y a la flexión de cadera.

Para determinar si un caso es quirúrgico debe establecerse si la deformidad es funcional, que cederá con fisioterapia, o es debida a lesiones orgánicas, en cuyo caso se tratará con alargamientos, descensos o trasplantes musculares, independientemente de la edad cronológica del niño.<sup>8</sup>

Tratamos no sólo de corregir la deformidad, sino de lograr una corrección estable, es decir, tratar de restablecer el equilibrio muscular roto por el hipertono y los movimientos atetósicos involuntarios, al producir una disminución de los estímulos patológicos centrípetos, con mejoras a nivel de centros nerviosos.<sup>7,8</sup>

## METODO

Repasemos brevemente las deformidades de los 200 pies estudiados: Equino, 63% se debe a contractura del tríceps y a la relativa debilidad de los dorsiflexores. Equino varo: 16%, la tensión del tríceps produce el equino, y la del tibial posterior el varo. Es más importante la acción del tibial anterior como supinador y la marcada actividad del extensor propio del primer dedo. Equino valgo: el apoyo de un pie equino produce flexión dorsal del antepie a nivel mediotarsiano y desviación hacia afuera del pie. Valgo: se debe a la tensión de los peroneos y del Aquiles, con o sin insuficiencia del tibial posterior. Talo, Cavo, y garra en flexión de los dedos, que se ven raramente.

Siendo el predominio del tríceps sobre dorsiflexores la principal causa del pie equino, la cirugía del pie espástico actúa básicamente sobre el tríceps, ya alargándolo en su tendón (Aquiles), o en su vientre muscular (Vulpius)<sup>16</sup> ó desinsertándolo de los cóndilos femorales (Silfverkold).<sup>14,15</sup>

(\*) Residente Centro Médico de Caracas.

(\*\*) Jefe Servicio Ortopedia C, Hospital San Juan de Dios. Cirujano Ortopédico, Centro Médico de Caracas.

(\*\*\*) Adjunto Servicio de Ortopedia C, Hospital San Juan de Dios. Cirujano Ortopédico Policlínica La Arboleda.

(\*\*\*\*) Cirujano Ortopédico y Traumatólogo, Centro Médico de Caracas.

## RESULTADOS

El resultado del tratamiento quirúrgico puede considerarse definitivo sólo después de un año. Así, pudimos revisar 189 operaciones entre las que encontramos 31 recidivas de la deformidad, que cedieron ante fisioterapia intensiva o nuevas operaciones correctoras. Comprobamos mayor índice de recidivas en los alargamientos de Aquiles (19 sobre 58 practicados), que entre los Vulpius (6 sobre 37). Consideramos las causas de recidivas: la más importante, alargamiento de Aquiles cuando el equino se debe sólo al gastrocnemio;<sup>8</sup> la más común, el fracaso en conservar la corrección; y un alargamiento inadecuado, excesivo o prematuro.

La ventaja de la operación de Silfverskiold sobre la de Vulpius, además de un menor índice de recidivas, es que permite operar al mismo tiempo a nivel de la rodilla.<sup>10,13,14</sup> La hemos usado 23 veces con muy buenos resultados.

Las intervenciones sobre los nervios, tipo Stoeffel,<sup>16</sup> sólo están indicados en deformidades funcionales o como complemento de otras operaciones, cuando se necesite disminuir la fuerza de un músculo elongado, aunque ya la haya perdido en un grado. Sólo la utilizamos 8 veces con resultados poco satisfactorios.

## DISCUSION

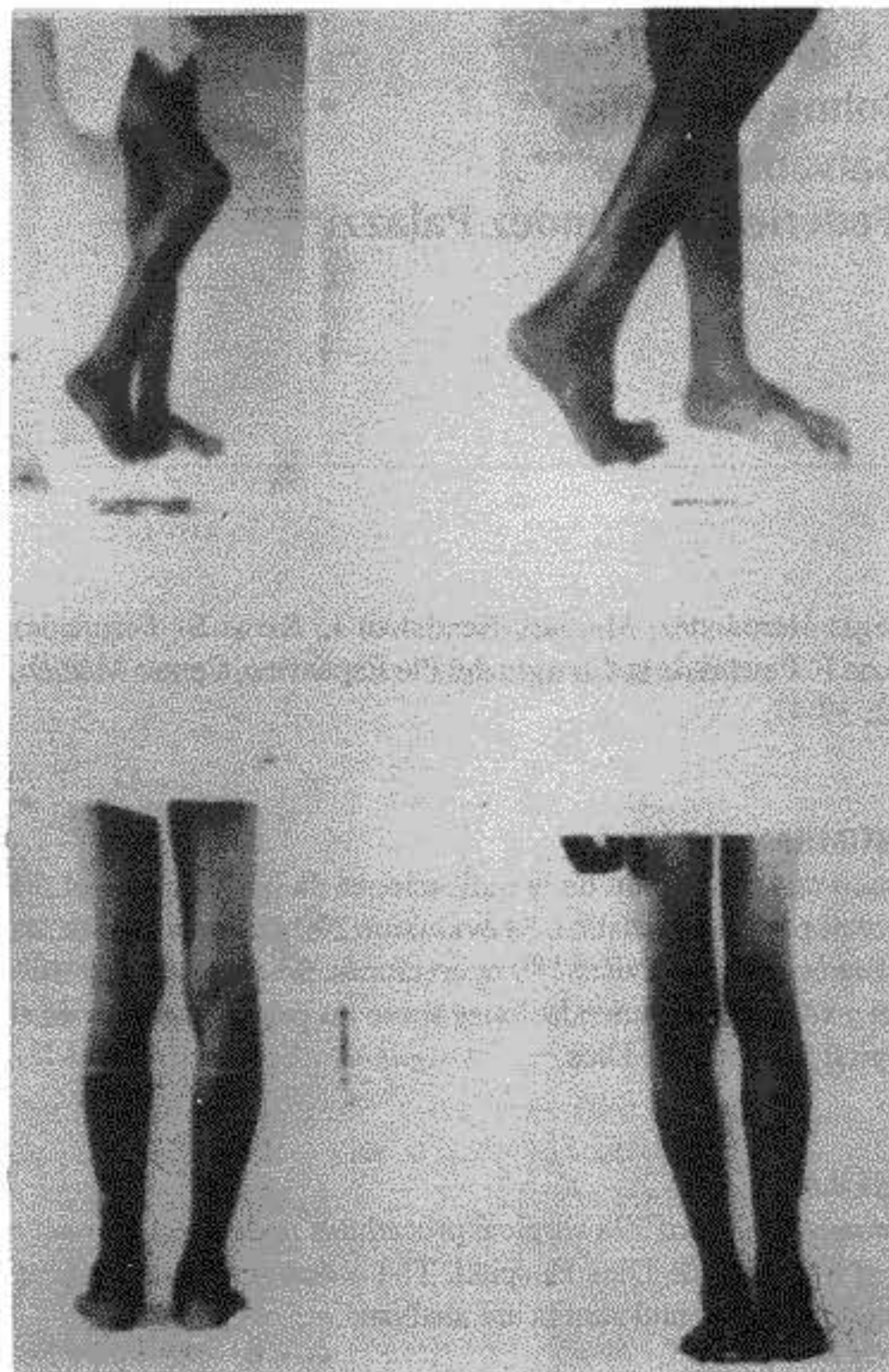
La correcta evaluación preoperatoria de la incapacidad es el primer paso en el tratamiento, y los mejores resultados se obtienen en aquellos casos con aumento generalizado del tono o con marcado espasmo de un grupo aislado de músculos, ya que esto se reducirá con transplantes o neurectomías, aumentando el poder mecánico del grupo oponente más débil y corrigiendo el balance muscular.

La secuencia del desarrollo está retrasada en el espástico y no debemos actuar sobre funciones maduras, como pararse o andar, sin funciones motoras básicas, como control de cabeza, faltan.

En los espásticos los reflejos tónicos están presentes por un tiempo anormalmente largo, afectando el patrón de movimiento de la extremidad e impidiendo su función a pesar de la corrección mecánica de la articulación. Así, el reflejo de soporte, que desaparece normalmente a los 2 meses, al no hacerlo da lugar a equino y flexión de rodilla por espasmo muscular. El reflejo tónico asimétrico del cuello, patológico por encima de los 4 meses, podrá influir en el buen resultado de la operación al persistir por largo tiempo. El reflejo de Moro, normal hasta los 6 meses, también alterará el balance.

La edad óptima para la cirugía no tiene nada que ver con la cronológica, y sí con el estado de desarrollo progresivo de las funciones. Una baja inteligencia no es contraindicación siempre que el paciente demuestre cierto interés en la independencia. Especialmente en miembros inferiores se debe corregir deformidades aún de sujetos con alto retraso mental para favorecer el que muestren interés por el medio ambiente.

Es de suma importancia para la indicación de la técnica quirúrgica el "test de flexión de rodilla". Al reflexionar la pierna



Primer paciente espástico operado en la clínica Guadalupe y el tercer paciente desde su inauguración. J.M.V., varón de 13 años con secuelas de enfermedad de Little en pierna izquierda, con pie en equino. fue operado en marzo de 1943 por los doctores de las Casas y Figarella, practicándole un alargamiento de Aquiles izquierdo. En julio del mismo año se le practicó una congelación de las ramas flexoras del ciático a la pierna, con el resultado que pueden ver, al año de operado.

sobre el muslo y el muslo sobre el abdomen, se acorta la longitud del tríceps. Si el equino es causado por la contractura del gastrocnemio solamente, éste se reducirá e incluso el pie sobrepasará el ángulo recto, estando por lo tanto indicado un Vulpius o un Silfverskiold.<sup>16,17</sup> Si el equino no se reduce, es porque se debe a la contractura del soleo, y entonces deberemos practicar alargamiento de Aquiles más capsulotomía posterior.

Una disminución del radio articular normal de dorsiflexión del pie, desde 35 -40° a 15 -20°, no altera la función, pero al perderse mayor dorsiflexión y aparecer el equino, la función se limitará progresivamente. Es factible predecir una deformidad haciendo un examen cuidadoso de las fuerzas musculares del paciente, a pesar de la dificultad de dicho estudio en los trastornos parietoespásticos. Una dorsiflexión media grado tres o menor, en

presencia de fuerte triceps, es de mal pronóstico y se debe pensar que el equino aparecerá en 2 o 3 años.

Para lograr rehabilitar el pie se utilizan diversos tipos de intervenciones, en partes blandas o óseas, y algunas en territorios de la anatomía alejados del pie. En algunos casos se requieren varios actos quirúrgicos.

De las 229 operaciones practicadas en el Hospital, el 70% fue sobre partes blandas, fundamentalmente descensos musculares y alargamientos (86 Aquiles, 70 Vulpius y 23 Silfverskiold). Los trasplantes musculares se deben usar como complemento de otras operaciones. Preconizamos el de tibial anterior a cuboides (10 casos) o el hemitransplante de Aquiles a segunda cuña según técnica de Caldwell (72 casos). Otras operaciones indicadas son fasciotomías y tenotomías.

Las operaciones óseas como artrodesis o tarsectomías están indicadas en casos avanzados únicamente (17 de nuestros casos).

Toda operación debe seguirse de la colocación de un yeso ambulatorio por un mínimo de 4 semanas en operaciones blandas y, hasta la consolidación en las óseas. Al retirar el yeso hay que mantener la posición obtenida con la ayuda de férulas nocturnas y el uso diurno de aparatos, bien de barras cortas con tope a 90° con T interna, o aparato largo en casos graves con afectación de cadera y rodilla. El tratamiento fisioterápico es sumamente importante para mantener y aumentar el arco de movimiento obtenido con la cirugía, estimulando agonistas e inactivando antagonistas.

## BIBLIOGRAFIA

1. Baker, L.D. y Hill, L.M. Foot alignment in Cerebral Palsy. J.B.J.S. Vol 46 A, pág. 1-15, 1984.

2. Banks, H.H. y Green, W.T. The correction of equinus deformity in cerebral palsy. J.B.J.S. Vol 40 A, pag. 1359-1379, 1958.

3. Bastos Mora, F. Tratamiento quirúrgico de la parálisis a nivel del pie. En cirugía de la parálisis. Tomo II. Trastornos

espásticos. Pag. 341-374. Ed. Jims. Barcelona 1970.

4. Calandriello, B. The detachment of gastrocnemius muscles in the treatment of spastic equinus foot. Bulletin of Hospital for Joint Diseases. Vol. Pag. 48-52, 1959.

5. Codivila, A. contributo alla cura delle parálisis spastiche infantili, Scritti Medici. Ed. Capelli, Pag. 356, 1013.

6. Craig, J.J. Cerebral palsy. En Modern Trends in Orthopaedics. pag 44-67. Ed. Butterworths, Londres 1967.

7. Lelievre, J. Parálisis Espásticas. en Patología del pie. Pag 251-258. Ed. Toray. Barcelona, 1070.

8. Palazzi, A.S. Comunicación Personal

9. Pollock, G.A. Surgical Treatment of Cerebral palsy. J.B.J.S. Vol 44 B. Pág. 68-81. 1962.

10. Scagletti, O. Le detachment des muscles gastrocnemiens dans le traitement sanglant du pied equin spastique. 6º congreso internacional de cirugía ortopédica Berna 1954. Imprimerie Lelens, Bruselas 1955 Pág. 617.

11. Sharrard, W.J.W. Congenital Paralytic dislocation of the hips in children with Myelomeningocele. J.B.J.S. Vol 41 A. Pag. 1021-1028, 1959.

12. Sharrard, W.J.W. Paralytic Deformity in the Lower Limb. J.B.J.S. Vol 49 B Pag. 731-747, 1967.

13. Sharrard, W.J.W. Cerebral Palsy. En Pediatric Orthopaedics and Fractures. Pag. 522-584 Ed. Blackwell Scientific Publications. Oxford and Edinburgh, 1971.

14. Silfverskiold, N. Reduction of the Uncrossed two joint muscles of the leg to one joint muscles in Spastic conditions. Acta Chirurgica Scandinavica. Vol. 56 Pag. 315-330, 1924.

15. Dilver, c.M. y Simon, S.D. Gastrocnemius-Múscle Resection (Silfverskiold Operation) for Spastic equinus Deformity in Cerebral Palsy. J.B.J.S. Vol 41 A Pag. 1021-1028, 1959.

16. Vulpius, o y Stoffel, A. Orthopadische Operationlehre. Pag. 29-31. Ed. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1913.

17. Zanikun R, y Cane, P. Nuestro tratamiento quirúrgico de la rodilla flexa y el pie equino espástico. en Libro Homenaje al profesor Sanchiz Olmos. Pag. 405-415, 1965.

# Nódulo Frío y Carcinoma del Tiroides

Dr. Jorge Lucena Olavarrieta\*

Dr. Mario Arcia\*\*

Dr. Juan Carlos Vazquez\*\*\*

Dr. Jesús Ricardo Torres\*\*\*\*

Lucena Olavarrieta, Jorge, Arcia M., Vázquez J.C., Torres J.R. Nódulo Frío y Carcinoma del Tiroides. Centro Médico. 1992; 38: 42-45.

## RESUMEN

Se presenta el estudio de 298 pacientes ingresados en los servicios de Cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño (HMPC) en un lapso de 9 años (1977-1986) con el diagnóstico de Nódulo Tiroideo Hipocaptante y a los cuales se le realizó exéresis de la lesión.

El estudio histológico de éstos nódulos reveló un 90% de lesiones benignas, con predominio de los Adenomas tiroideos (60%). Solo 30 casos del total presentaron Carcinoma aproximadamente 10% del total. La lesión maligna fue más frecuente en las mujeres, pero el riesgo de cáncer en un nódulo hipocaptante fue mayor en los hombres (15.4% vs 9.6% en la mujeres). La incidencia de Carcinoma fue mayor en los pacientes jóvenes y en los mayores de 60 años. El tipo de cáncer más frecuente por clasificación histológica fue: Papilar y formas mixtas que representó un 86.7%; Follicular con un 10% y 1 paciente con carcinoma Medular. No se presentaron casos de carcinoma anaplásico.

## ABSTRACT

A study is presented of 298 patients, admitted to the surgical services at Pérez Carreño Hospital, during a 9 years (1977-1986) with the diagnosis of a cold thyroid nodule and underwent surgical excision of their lesions. The histological analysis showed a 90% of benign lesion, with a predominance of Adenomas 60%, only 30 cases 10% revealed a thyroid carcinoma. The neoplastic lesion was more frequent in women but cold lesion in men showed a higher probability for being neoplastic (15.4 against 9.6%). The incidence was greater in younger patients and in those more than 60 years old. The most frequent histological types of carcinoma were the papillary and mixed forms (86.7%), with 10% of Follicular neoplasm, one patient with Medullary carcinoma and none with the Anaplastic form.

## PALABRAS CLAVES

Nódulo Frío-Nódulo Hipocaptante-Nódulo Tiroideo-Carcinoma del Tiroides.

## INTRODUCCION

El cáncer del tiroides es una entidad infrecuente, representando aproximadamente 50 muertes anuales en nuestro país. Sin embargo el nódulo tiroideo solitario tiene una incidencia importante, que aunque no estén bien definida en nuestro medio, en los Estados Unidos se presentan en un 4% de la población, con un incremento del 0.1% anual.<sup>24</sup>

Dentro de las lesiones nodulares del tiroides, las que tienen escasa o nula captación, son las más frecuentes y se asocian con mayor incidencia de cáncer, lo cual representa la indicación más importante para el estudio y tratamiento de dichas lesiones. Sin embargo, el carcinoma no es el hallazgo histológico predominante de los nódulos hipocaptantes, por lo que la conducta ante esta patologías es controversial y depende de múltiples factores, así como de una variada y exhaustiva exploración.

En el Hospital Miguel Pérez Carreño, la cirugía sobre la glándula Tiroides, representa el 2.3% del total de la cirugía electiva realizada en este centro, de esta el 31.7% corresponde a nódulos únicos en todas sus formas representando los hipocaptantes aproximadamente el 80%.<sup>15</sup> Si consideramos que el 90% de estos nódulos hipocaptantes son lesiones benignas, encontramos que probablemente se realizaron gran cantidad de intervenciones que probablemente no tenían indicación, de lo cual se deriva la importancia de profundizar el conocimiento sobre esta patología, objetivo fundamental del presente estudio.

## MATERIAL Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de 298 pacientes ingresados en los Servicios de Cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño, durante el período de 1977-1986, con el diagnóstico de Nódulo Tiroideo Único Hipocaptante, realizado mediante el método de Ganmagraffía con I<sup>131</sup>, a quienes se le practicó exéresis de la lesión y posterior estudio anatomopatológico, lo que nos permitió conocer las características epidemiológicas, clínicas, incidencia de carcinoma y la conducta quirúrgicas.

## DISCUSION

Los resultados obtenidos por nosotros, se corresponden con los estudios similares, en los que se afirma que un Nódulo Frío Solitario, es una Adenoma en el 60% de los casos.<sup>13</sup> Las posibi-

(\*) Jefe del Servicio de Cirugía I del HMPC

(\*\*) Adjunto del Servicio de Cirugía I del HMPC

(\*\*\*) Residente del Postgrado de Cirugía del HMPC

(\*\*\*\*) Interno Rotatorio de Postgrado del HMPC

lidades de que sea un carcinoma varían entre un 10% y un 30%;<sup>4,9,11,16,18,20,24</sup> los quistes representan del 10% al 15%.<sup>27</sup> Otras causas de nódulos hipocaptante pueden ser: Tiroiditis focal, abscesos, hemorragia, ganglios linfáticos, metástasis y adenomas paratiroides.<sup>12</sup>

La frecuencia de nódulos hipocaptantes es mucho más elevada en el sexo femenino, sin embargo las posibilidades de que dichos nódulos sean malignos es mayor en el sexo masculino.<sup>3,10,19,24</sup> Los pacientes con mayor riesgo de cáncer en un nódulo tiroideo hipocaptante, son los más jóvenes y los mayores de 60 años, esta curiosa distribución es compartida por Portlock y Koutras, quienes la explican por el antecedente de irradiación en cabeza y cuello, que frecuentemente presentan los pacientes jóvenes con nódulo hipocaptante maligno; y en los pacientes viejos, por la estimulación sostenida de la TSH sobre el nódulo.<sup>4,19</sup>

La incidencia de cáncer en los nódulos tiroideos hipocaptantes del tiroide varía entre el 10% y el 32% en diferentes series publicadas (Tabla Nº 1), pero es más común observarla entre un 10% y un 17%. Si calculamos la incidencia global en los estudios presentados, obtenemos un 15.4% de malignidad en dichos nódulos.

El Carcinoma Papilar y las formas mixtas (papilo-folicular), representan el tipo histológico predominante en nuestra serie con un 86.7%, lo que coincide con los autores consultados, aunque no en la misma proporción (45%-70%). El tipo Folicular se presentó en nuestra serie con una incidencia del 10%, en otras series representa entre el 20%.<sup>2,8,28</sup> El tipo Anaplásico en nuestra serie no se presentaron casos, en otras series representan entre el 10% al 25% de todos los tipos de cáncer tiroideo.<sup>2,8,14</sup>

El Servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital, utiliza la Clasificación de la Organización Mundial de la Salud,<sup>29</sup> para la clasificación del carcinoma tiroideo, la cual lo divide en tres grupos, a saber: Lesiones Diferenciadas, las cuales comprenden las formas Papilar, Mixta y folicular. Lesiones Indiferenciadas o anaplásicas Células Medular derivado de las Células Carafoliculares.

El carcinoma tiroideo es prácticamente asintomático, ya que solo se encontraron lesiones que hacían sospechar en malignidad en 4 pacientes (13%), 3 de ellos con adenopatías cervicales palpables y uno con lesión metastásica, o sea, con fractura patológica. El único parámetro utilizado para decidir la intervención quirúrgica, fue la presencia de un nódulo palpable, con escasa o nula captación del trazador a la gammagrafía, esto llevó a la mesa operatoria a 268 pacientes con lesiones benignas, alguna de las cuales eran susceptibles de tratamiento médico.

No se usaron parámetros cénicos de selección como: edad, sexo, características del nódulo, antecedentes de radioterapia o malignidad tiroidea en la familia, otros estudios gammagráficos como la Seleniometionina, ecosonografía, biopsia con aguja, etc., para decidir la conducta.

Consideramos que el Nódulo Tiroideo Unico Hipocaptante, debe ser estudiado exhaustivamente en el pre-operatorio utilizando alguno de los protocolos descritos por Straub<sup>24</sup> o Bloome,<sup>3</sup> lo que mejorará en forma significativa el diagnóstico, como ya ha sido reportado por Blum<sup>4</sup>, Sisson<sup>23</sup> y Van Herle<sup>25</sup>.

La mayoría de las intervenciones realizadas, a los nódulos

malignos, correspondió a la lobectomía del mismo lado de la lesión, acompañada o no de istmectomía(56.6%), si agregamos los casos donde se realizó vaciamiento de cuello, alcanzamos 63.3% de cirugía homolateral con el tumor. Esta conducta fue propuesta hace ya 3 décadas por Crile<sup>7</sup> y apoyada posteriormente por otros autores,<sup>5,26,17</sup> pero algunos la consideran extremadamente conservadora<sup>3,22</sup> y prefieren procedimientos más extenso.

Actualmente en nuestro Servicio de Cirugía I, utilizamos los criterios de Cady<sup>6</sup>, para la elaboración de grupos de riesgo en Cáncer del Tiroides, los cuales incluyen muchos de los factores antes mencionados y permite estandarizar formas de tratamiento para cada lesión.

En 8 pacientes (36,7%) se realizó vaciamiento radical de cuello como parte de su intervención, 7 de ellos con carcinoma papilar y 1 con carcinoma medular. En 3 de ellos se planteó esta conducta en el preoperatorio, por la presencia de adenopatías cervicales palpables, y en los 5 restantes el hallazgo de adenomegalias sospechosas de malignidad y de biopsia preoperatoria positiva, determinaron la realización de dicho procedimiento.

Empleamos el vaciamiento cervical modificado con conservación de la vena Yugular interna y del esternocleidomastoideo, el nervio espinal y la no disección del compartimiento submaxilar. En un caso fue necesario la extirpación de la vena y del músculo por las firmes adherencias de los ganglios a dichas estructuras. En ningún momento se planteó el vaciamiento cervical como procedimiento de rutina y solo se indicó si existía invasión metastásica ganglionar. Estos criterios son compartidos por varios autores.<sup>3,21,22,26</sup>

## CONCLUSIONES

1. El 60% de los Nódulos Hipocaptantes del Tiroides son Adenomas.
2. La incidencia de Carcinoma Tiroideo en un Nódulo Hipocaptante oscila entre 10% al 30%, con un promedio del 15%.
3. El Nódulo tiroideo Hipocaptante, es más frecuente en el sexo femenino, pero las probabilidades de que sea maligno son mayores en el sexo masculino.
4. Los pacientes con mayor riesgo de presentar Carcinoma del Tiroides son los más jóvenes y los mayores de 60 años.
5. La variedad de Carcinoma Tiroideo más frecuentemente encontrada fue el Papila y las formas Mixtas, que representaron un 87%, incidencia bastante alta comparada con otros estudios.
6. El Nódulo Tiroideo maligno es poco sintomático, puede sospecharse por: edad, características clínicas del nódulo, movilidad de las cuerdas vocales, presencia de adenopatías cervicales y el diagnóstico preoperatorio de metástasis a distancia.
7. El Nódulo Tiroideo Unico Hipocaptante debe ser exhaustivamente estudiado en el preoperatorio, para precisar el diagnóstico y reducir al mínimo las intervenciones quirúrgicas mal indicadas.
8. La localización más frecuente del Nódulo Hipocaptante Maligno, fue en el Lóbulo Tiroideo Derecho, en casi el 60% de los casos.

9. El quirúrgico más empleado fue la lobectomía del lado afectado con o sin istmectomía 63.3%
10. El vaciamiento radical modificado del cuello, solo se realizó en aquellos casos donde existían adenopatías palpables, o que encontraran como hallazgos preoperatorios.

**RESULTADOS**

En los 298 casos estudiados, el 80% están comprendidos entre los 20 y los 50 años y la incidencia en estos grupos por ende es alta. sin embargo, es a partir de la sexta década de la vida, que la frecuencia de malignidad en los nódulos aumenta de manera significativa, y por encima de los 70 años alcanza una incidencia del 66% (Cuadro N° 1). Hay predominio significativo en el sexo femenino con un 91%. La probabilidad de malignidad es mayor en el sexo masculino con un 15.4% (4 de 26 casos) que en las mujeres con un 9.6% (26 de 272 casos). (Cuadro N° 2).

Los tipos histológicos de los nódulos resecaados, correspondieron a lesiones benignas en un 90% de los casos; de los cuales el Adenoma resultó ser el más frecuente con un 67% (Cuadro N° 3).

Las manifestaciones clínicas del nódulo hipocaptante maligno, son escasas, las más comunes fueron: Nódulo palpable en el 100% (30 casos), pérdida de peso en el 20% (6 casos), otros hallazgos son menos frecuentemente (Cuadro N° 4).

La variedad más frecuente en este tipo de cáncer fue la Papilar y mixta (Papilo-Folicular) que representa un 86.7% de los casos, seguidos por las formas foliculares puras las que representan un 10% de los casos. Se encontró un caos de Carcinoma Medular y no se reporta ningún caso de Anaplásico (Cuadro N° 5). Se localizaban con mayor frecuencia en el Lóbulo Derecho.

En cuanto al tratamiento quirúrgico realizado apreciamos que en la mitad de los casos, el cirujano optó por extirpar el lóbulo que contenía la lesión, acompañado o no del itsmo. En otros casos se emplearon diversos procedimientos, llegando hasta la tiroidectomía total con vaciamiento regional del cuello (Cuadro N° 6).

**BIBLIOGRAFIA**

1. Anuarios de Epidemiología y estadística vital; Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; 1; 1979.
2. Beaugie, J.M. et al: Primary Malignant Tumors of the thiroid: the relationship Between Histological Classsification an clinical behavoiur; Br. J. Surgl.; 63; 173; 1976.
3. Bloomer, W.D.: Thyroid gland. Cáncer; principles and practice of oncology; Philadelphia; Lippincott and Co.; 899; 1984.
4. Blum, M.: Rothschild, M.: Improved non operative diagnosis of the solitary cold thyroid nodule: surgical selections based on risk factor and three months of supression; Jama; 7243; 242-245; 1980.
5. Brooks, J.R.: The solitary thyroid nodule; Am. Jour. Surg.; 125; 477; 1973.
6. Cady, B. et al: Risk factor analysis in differentiated thyroid gland Cáncer; 43; 810-820; 1979.
7. Crile, G. Jr. et al: Result of conservative operations for malignant tumors of thyroid; J. Clinic Endoc. Metab.; 15; 1423; 1955.

**CUADRO N° 1**  
**Incidencia de Cáncer en el Nódulo Hipocaptante según la edad**

Edad	Nod.Hipocapt.		Cáncer	%
	Nº	%		
10-19	6	2	0	0
20-29	59	19.8	8	13.6
30-39	98	32.9	10	10.2
40-49	77	25.8	4	5.2
50-59	39	13.1	3	7.7
60-69	16	5.4	3	18.8
70-79	3	1	2	66.7
<b>Total</b>	<b>298</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>10.06</b>

Fuente: Archivo de historias médicas del H.M.P.C.

**CUADRO N° 2**  
**Incidencia de Cáncer en el Nódulo Hipocaptante según el sexo**

Sexo	Nod.Hipocapt.		Cáncer	%
	Nº	%		
Fem.	272	91.3	26	9.6
Masc.	26	8.7	4	15.4

Fuente: Archivo de historias médicas del H.M.P.C.

**CUADRO N° 3**  
**Tipo de Lesiones Histológicas**

Lesión Histológica	Nº	%
Adenoma	200	67,1%
Quiste	56	18.8%
Carcinoma	30	10.1
Tiroiditis	12	4%

Fuente Archivo de Historias Médicas S.C.G.N. Bs.. H.C.M.P.C.

8. Franssila, K.: Value of histologic classifications of the thyroid cáncer; Act. Pathol. Microbio. Sacand.; 1; 225; 1971.
9. Hammer, m. et al: Cáncer in cystic lessions of the thyroid; Arch. Surg.; 117; 1020-1023; 1982.
10. Hammerman, m.r.: Thyroid disease; thyroid nodules, manual of medical therapeutics; Boston/Toronto; Little Brown and Co.; 321; 1983.
11. Harrison, J.M.: Presented at the postgraduate couse "Nuclear Medicine"; Dept. Radiology; Medical Colege of Virginia, 1968.
12. Hoffer, P.B. et al: Thyroid in vivo studies. Diagnosis in

**CUADRO N° 4**  
**Manifestaciones Clínicas en Nódulos Hipocaptantes Malignos**

Manifestaciones Clínicas	Número	%
Nódulo Palpable	30	100%
Pérdida de Peso	6	20
Adenomegalia Cervical	3	10%
Disfonia	2	6.7%
Disfagia-Disnea-Fractura Patológica	1	3.3%

Fuente de Información a.H.M. H.C.M.P.C.

**CUADRO N° 5**  
**Tipo Histológico de Cáncer en Nódulos Hipocaptantes**

Tipo Histológico	Número casos	%
Papilar y Mixto	26	86,7%
Folicular	3	10%
Medular	1	3.3%

**CUADRO N° 7**  
**Tratamiento Quirúrgico Realizado en 30 casos de Nódulo Hipocaptante Maligno del Tiroides**

Tipo de Intervención	Pap.	Fol.	Med.	Total	%
Lobectomía c/s Istmect.	15	2	0	17	56.6
Lobectomía+ Istmec.+VRO	2	0	0	2	6.7
Lobectomía+ Subt.Contral.	1	0	0	1	3.3
Lobectomía+ Subt.+VRC	3	0	0	3	10
Tiroidectomía Subtotal	1	1	0	2	6.7
Tiroidectomía Subtotal + VRC	1	0	0	1	3.3
Tiroidectomía Total	2	0	0	2	6.7
Tiroidectomía Total + VRC	1	0	1	2	6.7

Fuente: Archivo de historias médicas del H.M.P.C.

**TABLA N°1**  
**Incidencia de Cáncer en Nódulos Tiroideos Hipocaptantes, según diversos autores**

Autor	N°de Casos	Cáncer	%
Ojo(2)	4.457	713	16
Hammer(6)	341	48	14
Harrison(7)	288	31	11
Blum(8)	118	20	17
Rivero(9)	43	14	32
Patiño(10)	-	-	10
Serie Actual	298	30	10
Incidencia Global	545	856	15%

nuclear medicine; Baltimore; Willians and wilkns Co.; 268; 1978.

13. Ingbar, S.H.; Weber, K.A.: diseases of the thyroid; Harrison's principles of internal medicine; Mac Graw Hill Book Co.; 482; 1974.

14. Koutras, D.A. et al: A study of 408 cold thyroid nodules in a conuntry with endemic goiter; Nuclear medicie; 7; 165; 1968.

15. Lucena, J. y Col.: el nódulo solitario Hiperfuncionamienec del tiroides; Revista Venezolana de Cirs.; 37; 43-45; 1985

16. Okerlund, M.D: Nuclear imaging. Computed tomography, ultrasound and X-ray; an integrated approach; University of California Press; 164; 1979.

17. Pasternak, B.M. et al: Cáncer of the thyroid Gland; Curr. Prob. in Surg.; eecar Book Med. Publisher; Chicago; 1969.

18. Patiño, P.J.: Trabajo presentado en Jornada de la Sociedad Venezolan de Cirugía; 1972.

19. Portlock, c.S.: Thyroid nodule. Manual of clinical problems in oncology; Boston/Toronto; Little, rown and Co.; 46; 1980.

20. Rivero, G.M.: Iodo 131 en el diagnóstico y tratamiento del cáncer tiroideo; Acta Médica Venezolana B.; 101; 1966.

21. Rossi, R.L. et al: Malignancies of the thyroid gland. The lahey, clinic experience; Surg. Clin. Nor. Am.; 65; 2-24; 1985.

22. Sedwick, C.E.; Bookwalter, J.R.: Thyroids tumors. Surgery of the thyroid gland; Philadelphia; Saunders Co.; 135; 1978.

23. Sisson, J.C. et al: the dilema of the solitary thyroid nodule: Resolution through decision analysis; Sem. Nucl. Med; 8;59; 1978.

24. Straub, W.H.: Solitary thyroid nodule. manual of Diagnostic imaginc; Boston/Toronto; Little, Brown and co.; 68; 1984.

25. Van herle, A.G.: the thyroid nodule (Conference); Ann. Int. Med; 96; 221; 1981.

26. Wang, CH.: Thyroid cnacer treatment. The thyroid; a fundamental and clinical text; Hagerstown, Harper and Row Publisher; Chap. 29; 558; 1.978.

27. Wiston, MA.: Ultrasound. Textbook of nuclear medicine; Basis science; Philadelphia; 310; 1978.

28. Woolner, L.B.: Thyroid carcinoma; pathologic classification with data on prognosis; Semin. Nucl. Med.; 1; 481; 1971.

29. World health organization: Histologic typing of thyroid tumors. International histologic classification of tumors; Vol 11; 1974.

# Respuesta Emocional del Paciente Quirúrgico

Lic. Maite Herrera Gómez\*

Herrera Gómez, Maite. *Respuesta Emocional del Paciente Quirúrgico*. Centro Médico. 1992; 38:46-49.

## RESUMEN

Bajo la concepción básica de hombre como totalidad mente-cuerpo y el énfasis en la prevención más que en la terapia, a continuación se exponen una serie de consideraciones acerca de la respuesta emocional esperada por parte de los pacientes quirúrgicos en base a características etarias o de desarrollo, así como las diferencias existentes entre la ansiedad preanestésica y preoperatoria, para luego esbozar las respuestas a los interrogantes básicos que cabría formularse en cuanto a la puesta en práctica y eficacia de programas preventivos breves de atención psicológica para los pacientes quirúrgicos dentro del marco hospitalario.

## ABSTRACT

An analysis is done on valuable considerations in relation to emotional response to surgery in different age groups, grade of development and pre and post anesthetic the anxiety and different responses studied.

## PALABRAS CLAVES

Paciente Quirúrgico, Ansiedad y Respuesta Emocional

-¿Qué tal? ¿Que tienes hoy?

-Una vesícula ¿y tú?

-Una rodilla y tres pies.

-¿...?

Comentarios como éstos pueden resultar semejantes a los escuchados en un ascensor o pasillo de algún hospital. Las interrogantes podrían representar a quienes como yo, no logramos entender del todo la conversación ¿es esta la idea de esa manera de hablar?, ¿es la prisa?, ¿el hábito?, ¿el ascensor? o quizás el reflejo de algo más profundo, una actitud o concepción de "hombre distinta, producto de cada día mayor Superespecialización de los profesionales de la salud.

"Esta desaparición casi total del médico general" hace, junto con una desgracia internacional que es la superespecialización, la atomización de las personas, la Fragmentación del paciente" (Figura Risquez, 1979).

Sin embargo, esta Superespecialización y Fragmentación del ser humano no ocurre sólo en la Medicina, sino también en el resto de disciplinas que se ocupan de su estudio. Probablemente escucharíamos frases equivalentes a la anteriores si nos encontráramos en un pasillo de un servicio de Psiquiatría, alguna institución correccional e incluso educativa.

Hay cada vez una más acentuada especialización-diferenciación y una menor integración de conocimientos y hallazgos siguen y seguirán existiendo los profesionales que se encargan del hombre "Sano" y aquellos otros que se encargan del hombre "Enfermo", como si realmente se tratase de entes diferentes. Y si se habla de enfermedad, los campos de los trastornos de la Mente y el Cuerpo se encuentran muy bien delimitados profesionales y hasta institucionalmente.

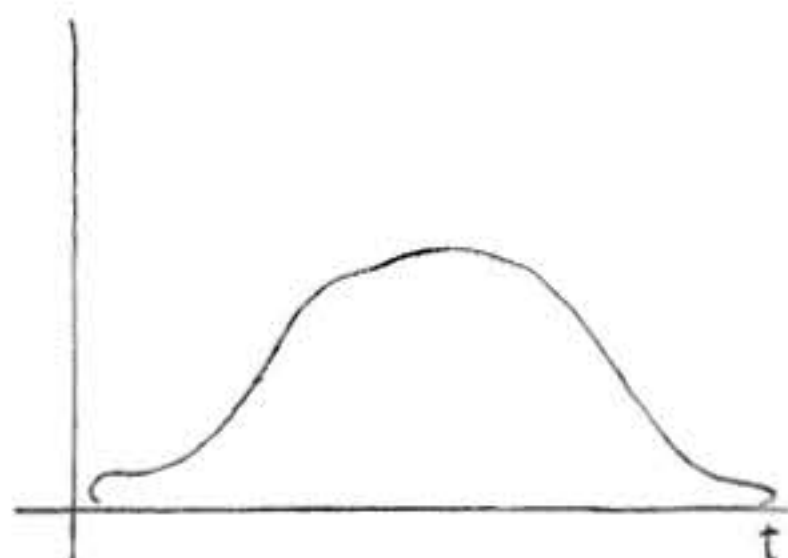
Por lo que pareciera que en la medida en que cognoscitivamente se progresa o logra "entender más al ser humano, se da paradójicamente un "divorcio" de ese hombre como hombre, Total y Unico, sencilla y esencialmente humano.

No se trata aquí de pretender resolver el dilema mente-cuerpo debatido desde hace tantos siglos, ni de solucionar el conflicto entre cientificistas y humanistas y mucho menos de oponerse a la superespecialización de los profesionales que se ocupan del hombre "sano" y "enfermo", sino más bien en soñar con que en algunos años dentro del medio hospitalario, pueda lograrse la coordinación efectiva de los profesionales de la salud (tanto física como mental), en pro del Bienestar Integral del paciente, al considerarlo en su totalidad y unicidad; y, al mismo tiempo progresar, en el sentido de dar un mayor énfasis o importancia a la prevención y no sólo a la terapia o curación.

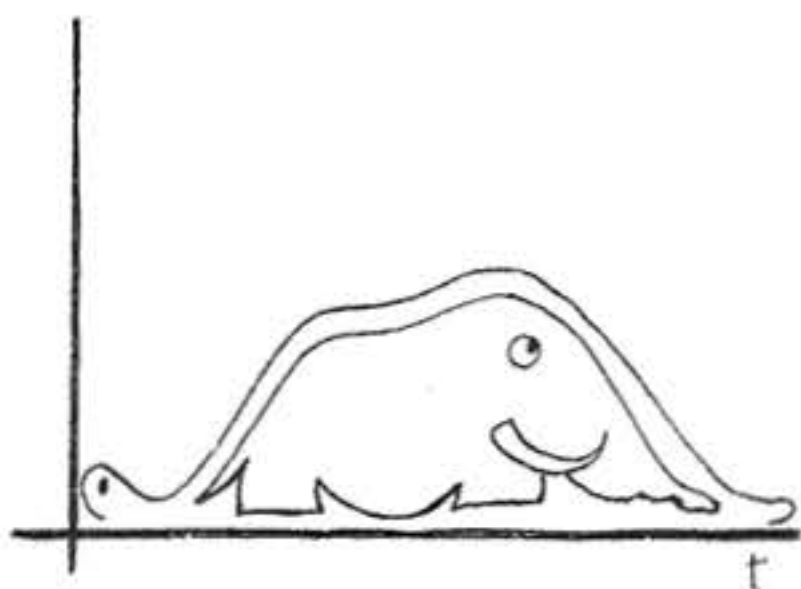
El Estado Emocional del paciente quirúrgico puede describirse aproximadamente como se ve en la figura 1. Dicho estado

(\*) Departamento de Anestesia - C.M.C.

DIBUJO Nº 1



DIBUJO Nº 2



emocional es de hecho tomado en cuenta por el personal médico y paramédico del hospital, se trata de algo que está siempre allí y que ciertamente puede ser reconocido, pero, si les pidiéramos a ellos mismos que lo identificaran con algo probablemente lo harían con un objeto neutro se les parecería quizás a un sombrero.

Percepción que recuerda a Antoine, el aviador de la historia del principio, cuando describe aquella que tuvieron los adultos de su infancia a partir de su dibujo Nº 1, absolutamente desligada de todo lo que estaba pasando dentro de él.

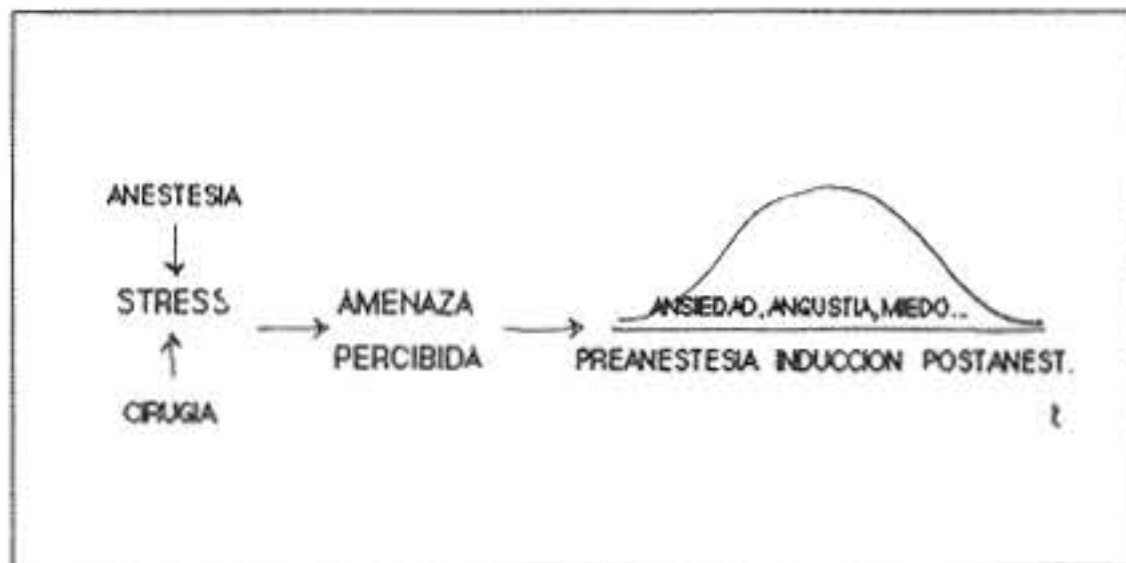
Para el paciente, su estado emocional, no se asemeja de modo alguno al sombrero antes descrito, ya que no se trata de algo que pueda quitárselo de la cabeza como un sombrero, sino que se encuentra siempre allí, desde el momento en el que conoce la noticia y fecha de cirugía. El paciente percibe claramente, como lo hacen los niños, que realmente se trata de una boa que se tragó a un elefante e intenta expresar y explicar en su lenguaje particular, todo aquello que siente y piensa tal como lo hizo Antoine con sus adultos en su dibujo Nº 2.

Y es precisamente en la aproximación y manejo de este contenido fantástico o amenaza percibida por el paciente frente a la cirugía, que el papel del terapeuta emocional adquiere importancia, ya que el médico tratante o cirujano, la mayoría de las veces no por frialdad o distancia, sino más bien por protegerse a sí mismo (en su sensibilidad) y en beneficio del paciente puede aparecer como desligado de la emocionalidad del mismo, y sin

embargo, estar actuando del modo más conveniente posible.

De lo contrario, es decir si se involucra emocionalmente con éste, podría caer en complacencias, así como en la demora de procedimientos dolorosos o invasivos, que no en pocas ocasiones entorpecerían o complicarían su tratamiento y recuperación. Por esto, un profesional, en cuyas manos no se encuentra la responsabilidad directa del tratamiento o "agresiones" médicas, aparece como el personaje idóneo para ser el depositario y organizador de las angustias y temores del paciente y sus familiares.

La necesidad de Cirugía y la Anestesia que ésta implica pueden considerarse como fuentes de Stress independientes (Aberastury, 1987), pero ambas, sumen al paciente del mismo modo, a un estado sistémico multidimensional (fisiológico y psicológico) de stress preoperatorio.



La forma de la curva o estado emocional va a depender de lo imaginarias, reales o potenciales que resulten las Amenazas Percibidas. La naturaleza de dichas amenazas depende de ciertos factores que interactúan entre sí: edad y nivel de desarrollo emocional y cognitivo alcanzado, -Experiencias previas con situaciones -Cantidad y calidad de apoyo emocional que reciba de sus familiares y otras personas (Wolfer y Visintainer, 1975).

Las amenazas percibidas y el estado emocional resultante frente a la anestesia y cirugía, varían indudablemente según el desarrollo emocional y cognitivo del paciente. Diferencias que se hacen más marcadas e identificables a medida que aumenta la edad. la ansiedad de los niños más pequeños, Lactantes y Preescolares, es primordialmente una ansiedad de separación, un temor significativo hacia los extraños y quedar solos y abandonados (Ausubel, 1983), es decir, que en este período las manifestaciones de oposición a la cirugía son quizás las manifestaciones de ansiedad y resistencia a la separación de sus padres (en especial de la madre).

Los Escolares generalmente muestran menor ansiedad por la separación de sus padres y sus temores se centran más en las consecuencias indirectas de la intervención o "agresiones" médicas que en la cirugía en si (Ausubel, 1983); en especial las inyecciones, observándose como generalmente les preocupa más la inyección previa a la inducción anestésica que el estado de inconsciencia de la anestesia o la cirugía misma (Pericchi, 1986). El estado de inconsciencia de la anestesia, que para el adulto resulta quizás la máxima amenaza por su semejanza con la muerte, no le preocupará sino por lo general hasta bastante más adelante, a menos que en su núcleo familiar se utilice dicho estado

de letargo, en frases como "se durmió y se fue al cielo", para dar explicaciones acerca de las muertes de familiares o mascotas.

En la Adolescencia y más aún en la Adulthood, la cirugía representa la "reparación de lo dañado" y la preocupación quirúrgica generalmente se refiere al dolor postoperatorio, mientras que la anestesia significa pérdida de control y autonomía (amenazas que resultan muy importantes en la adolescencia), y, el sometimiento a un estado de inconciencia semejante a la muerte (que corresponde a la máxima preocupación de los adultos).

Las diferencias entre los niveles de ansiedad ante la cirugía y a la anestesia no solo dependen de estas situaciones per se, sino también de las percepciones también diferenciales que generalmente se establecen entre la imagen del cirujano y del anestesiólogo. Hay diferencias importantes en la manera como el paciente se relaciona con estos especialistas: Mientras el cirujano es elegido por él en base a una larga lista de recomendaciones de familiares y amistades, el paciente por lo general no interviene en la elección del anestesiólogo, sino que ésta ocurre al azar. Mientras en el cirujano proyecta aspectos omnipotentes, que lo convierten en un "superhombre", mago ejecutor, personificación de la esperanza, en el anestesiólogo lo hace con todas sus dudas ansiedades y temores, este personaje es un ser desconocido, enmascarado y misterioso, encargado además de provocar ese estado de inconciencia tan similar a la muerte.

Por otra parte, en relación a la participación profesional para el manejo adecuado de la respuesta emocional del paciente quirúrgico, cabría realizar una breve revisión de los interrogantes básicos que pudieran formularse en torno a la puesta en funcionamiento y eficacia de este tipo de programas preventivos de atención psicológica dentro del marco hospitalario.

El Por qué. Siempre habrá pacientes capaces de afrontar la cirugía sin necesidad de ayuda fisiológica, y otros en cambio, cuya alteración emocional resulte tan importante que trascienda el alcance de este tipo de terapia de apoyo, breve o de urgencia. Sin embargo, la mayor parte de los pacientes quirúrgicos, tanto pediátricos como adolescentes y adultos, obtendrán beneficios considerables de este tipo de programas preventivos, al reducir la cantidad y calidad de efectos residuales o secuelas de tipo emocional o psicológico que pudieran quedar como resultado de la experiencia quirúrgica (Melamedy y col., 1978; Wolfer y Visintainer, 1975; Peterson y Shigetomi, 1981; Twardosz y col., 1986; Wallace, 1987; Goldman y col., 1988., Edwinson y col., 1988).

¿Qué es? Es una forma de terapia breve-intensiva que a través de los procesos de aprendizaje de lo desconocido, desaprendizaje de lo distorsionado y reaprendizaje, ayuda al paciente a descubrir y utilizar mejor sus recursos para afrontar la experiencia quirúrgica (Bellak y Siegel, 1986).

El cómo se refiere al Proceso a seguir en el manejo de la respuesta emocional del paciente, considerando los factores que la determinan (mencionados con anterioridad). Existen diferentes métodos de preparación psicológica, que de modo particular considera alguno o la totalidad de los factores que determinan la naturaleza de las amenazas percibidas (edad y nivel de desarrollo, historia personal, cantidad-calidad de información y apoyo

emocional que reciba). Cada uno de ellos posee sus ventajas y desventajas, costos y beneficios, así como diferentes niveles en la cantidad y calidad de información, el contacto personal y la oportunidad de participación para el paciente.

Información, el contacto personal y la oportunidad de participación para el paciente.

	Información	Contacto personal	Participación
* Folletos	✓		
* Audiovisuales	✓		
* Sesiones preop. preanestésicas	✓	✓	✓
* Visitas-sesiones postoperatorias	✓	✓	✓

En todos se puede graduar la cantidad y calidad de la información a impartir en función de la edad y desarrollo esperado, pero sólo en las sesiones pre y postoperatorias se consideran además su historia personal, y se da la oportunidad de participación y apoyo emocional a través del contacto personal. La elección de uno y otro de estos métodos de preparación y seguimiento, dependerá de multiplicidad de factores, algunos propios del paciente, así como también de otros que le son ajenos, como la libertad o limitaciones de tiempo, espacio y personal asignado a estas funciones dentro de la dinámica habitual de la Institución hospitalaria, lo cual responderá respectivamente a los interrogantes ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Quién? y ¿Para Quién?.

Como conclusión podría decirse que la aproximación diagnóstica y terapéutica del estado emocional del paciente quirúrgico será más efectiva y útil, tanto para el paciente como para el personal que colabora en tratamiento, en la medida en que tome en cuenta para cada paciente el conjunto de relaciones especiales y únicas que se establecen entre éste y su enfermedad, sus médicos y el medio hospitalario (que a su vez va a depender de cómo haya sido su historia personal y cómo haya aprendido a manejar este tipo de experiencia dentro de su núcleo familiar temprano), a través del establecimiento de una relación personal de confianza, seguridad y continuidad.

#### BIBLIOGRAFIA

- Ausubel, D. y Sullivan, E. El Desarrollo Infantil - Vol 2. Desarrollo de la Personalidad. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1983.
- Bellak, L. y Siegel, H. Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Editorial Manual Moderno, México, 1986.
- Buartein, S. y Meinchenbaum. The work of worrying in children who undergoing surgery. Journal of Abnormal Child Psychology, 1979m 7, 121-132.
- Edwinson, M. y Col. Psychologic preparation program for children who undergoing acute apendectomy, Pediatrics, 82(1), 30-36, 1988.
- Herrera, M. Relación entre Clima Familiar y Ansiedad Preoperatoria en Pacientes Pediátricos de Edad Escolar. Tesis U.C.A.B., 1989.

Melia, J. y Gómez, F. Hacia una comprensión de la relación médico-paciente con dolor. Revista de la Asociación Venezolana de Psicoanálisis, 1984, 1, 285-300.

Peterson y Shigetomi, C. The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. Behavior Therapy, 1981, 12, 1-14.

Pericchi, C. El niño enfermo. Editorial Herder, España, 1986.

Risquez, F. Medicina Critica. Boletín Informativo de la Sociedad Venezolana de Medicina Critica, 5 (Enero-Marzo), 1979.

Twardosz, s. y col. A comparison of three methods of preparing children for surgery. Behavior Therapy, 1986, 12, 14-25.

Wallace, L. Comunicaciones variables in the desing of presurgical preparatory information. British J. of clinical psycjh. 1987, 25, 111-118.

Wolfer y Visintainer. Pediatricsurgical patient's and parents stress responses and adjustment. Nursing Research. 1975, 24, 244-255.

# Biopsia Pulmonar a Cielo Abierto con el Empleo de Autosuturadoras. 1981-1991

Dr. Mario Arcia\*

Dr. Jorge Lucena Olavarrieta\*\*

Dr. Juan Carlos Vazquez\*\*\*

Dr. Jesús Ricardo Torres\*\*\*\*

Arcia, Mario, Lucena O.J., Vazquez J.C., Torres, J.R. **Biopsia pulmonar a cielo abierto con el empleo de autosuturadoras. 1981-1991.** Centro Médico. 1992; 38:50-55.

## RESUMEN

En este trabajo prospectivo longitudinal prolongado a futuro desde enero de 1981, el autor y asociados en la sección de Cirugía Torácica del servicio número 1 en el Hospital Central "Miguel Pérez Carreño" de Caracas, han realizado 34 biopsias pulmonares a cielo abierto, en pacientes con diagnóstico clínico imagenológico de Nódulos Pulmonares Solitarios (Coin Lesions), en edades comprendidas entre los 35 y 78 años (34 casos), 21 masculinos y 13 femeninos, con un porcentaje bajo de complicaciones, en 2 pacientes en quienes se utilizó el instrumento G.I.A. para la realización de la biopsia cuneiforme (sangramiento).

Se concluye que la realización de la biopsia pulmonar a cielo abierto con la utilización del instrumental de autosutura (T.A. T.M. 90mm-50-30-G.I.A.) es una técnica sencilla, segura, con un porcentaje mínimo de complicaciones y fracasos, que la consideramos especialmente indicada en pacientes de alto riesgo.

## ABSTRACT

Thoracotomy an median sternotomy have both been advocated for resection of pulmonary metastases, and the advangages of each approach remain disputed. The decision to perform opIn lung in the evaluation of pulmonary diseases is based on the probability that this examination will yield specific informatrion that may lead to change in treatment. From January 1981- to Octubre 1991. at the thoracic Surgery departament of the Hospital Miguel Pérez Carreño 34 Consecutive patients were perform opan lung biopsy. The average age of the patients was 48 range (35-78). There Were no postoperative complications o deaths. VEry small primary lung cancers detected and trated early do no have the same poor prognosis as larger primary cancers.

## PALABRAS CLAVES

Biopsia Pulmonar - Autosuturadoras - Nódulo Pulmonar Solitario - T.A. - G.I.A. - Carcinoma Pulmonar - Coin Lesions.

## INTRODUCCION

La eficacia cada vez mayor, demostrada con la utilización de la biopsia por aspiración transbroncoscópica y percutánea con aguja fina, ha visto disminuir cada vez más las indicaciones par la realización de la técnica abierta.<sup>4,8,9,10</sup> Los cirujanos hemos aceptado gustosamente esta tendencia. No obstante, se sabe que se seguirán presentando algunos casos en que se fracase y en ellos es imprescindible la realización de este tipo de biopsia para establecer un diagnóstico histológico previo de la lesión y decidir la conducta terapéutica adecuada a cada caso en particular.<sup>1,3</sup>

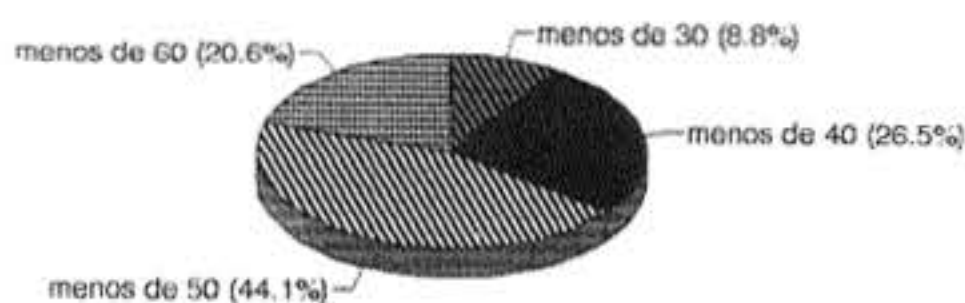
Con este tipo de procedimiento se obtiene suficiente cantidad de tejido para llegar a establecer el diagnóstico positivo en el 95% de los casos<sup>15</sup> siendo su morbilidad muy baja y la mortalidad se encuentra comprendida entre el 0,5% y el 1%<sup>8</sup>. Así que la exéresis de un fragmento de pulmón para estudio histológico, es más sencilla, y segura con las técnicas de autosutura (con menor tiempo de realización). Puesto que, estos pacientes y de manera particular aquellos que presentan deficiencias inmunológicas adquiridas o infecciones oportunistas y se encuentre en condiciones críticas de salud por el menor tiempo utilizado en su realización.

De acuerdo a la opinión expresada por Frase y Paré (op cit), "No está claro que con cualquier tipo de biopsia se obtengan los mismos resultados. Sin embargo, creen los autores que esto pueda ser explicado por una mayor experiencia con determinado procedimiento. Desgraciadamente, es muy difícil valorar las diferentes técnicas existentes, ya que no se realizan controles a cargo de un observador común sobre los resultados de todos los procedimientos biópsicos existentes" (Fraser. GR. Peter. JA Paré. Ibidem pág. 236).

La mayoría de los pacientes a quienes es necesario efectuarles resecciones de tejido pulmonar para estudio histopatológico, presentan uno o dos tipos de patrones radiológicos, bien sea el de una neumopatía localizada o difusa.<sup>15</sup> La forma de enfrentar esta situación varía notablemente según las circunstancias, bien sea la indicación de biopsia, o la técnica que ha de ser utilizada.<sup>4</sup> Las indicaciones en las neumopatías localizadas varía mucho de acuerdo con las instituciones y depende de los grupos de trabajo integrados por neumonólogos y cirujanos de tórax, para desarrollar su experiencia y habilidades en los diferentes sistemas para

(\*) Jefe del Servicio de Cirugía I Hospital Miguel Pérez Carreño  
(\*\*) Adjunto del Servicio de Cirugía I Hospital Miguel Pérez Carreño  
(\*\*\*) Residente de Postgrado de Cirugía Hospital Miguel Pérez Carreño  
(\*\*\*\*) Interno Rotatorio de Postgrado Hospital Pérez Carreño

**BIOPSIA DE PULMON**  
Distribución por Grupo Etario



**BIOPSIA DE PULMON**  
Distribución por Sexo



llevar a cabo a éstas.<sup>6,7</sup> "En el diagnóstico diferencial de las neumopatías generalizadas entra un gran número de entidades patológicas. En estos casos cuando la afección ha dado sintomatología y su evolución se ve que es claramente progresiva, es importante la realización de este tipo de procedimientos; a no ser que el estado general sea tan crítico que no se pueda garantizar que se supere el mismo" (Ganennseler E., E. V. Moister. Op Cit).<sup>11,12,13</sup>

**MATERIAL Y METODO**

El siguiente es un estudio prospectivo longitudinal prolongado a futuro, no randomizado, realizado con las técnicas de suturas automáticas en la biopsia pulmonar a cielo abierto en 34 pacientes con diagnóstico clínico imagenológico de **Nódulo Pulmonar Solitario** en los cuales no fue posible el establecimiento del diagnóstico definitivo de la lesión. El número de pacientes en esta serie comprende 34, de los cuales 32 con lesiones localizadas y 2 estaban en condiciones críticas en los que la indicación de la realización de la biopsia se tomó en conjunto con los intensivistas, debido a afecciones difusas de pulmón.

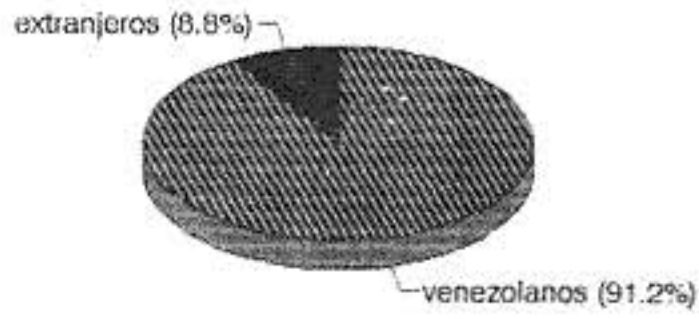
**DISCUSION**

El manejo óptimo del **Nódulo Pulmonar Solitario** no calcificado ha sido y continúa siendo motivo de intensa controversia (Lucena y Col; *Ibíd*em). La importancia del mismo se basa en el hecho de que la aparición de una carcinoma pulmonar primario en este tipo de lesiones conlleva el mal pronóstico que acompañan a la mayoría de los cánceres pulmonares (entre nosotros el 15,76%). La supervivencia señalada en algunas series con la resección de las lesiones numulares malignas, alcanza hasta 5 años. Por lo tanto debe de excluirse con todo los medios diagnósticos disponibles al alcance del clínico, la probabilidad de que una lesión solitaria sea de naturaleza maligna (Lucena, *Ibíd*em). Esta posibilidad depende de numerosas condiciones que deben ser tenidas muy en cuenta (edad, sexo, residencia, hábitos, tabáquicos, exposición a agentes cancerígenos). En estos casos se deberá establecer un diagnóstico basándose en el estudio histológico del tejido obtenido mediante aspiración transbroncoscópica, biopsia percutánea con aguja fina (F.N.A) y si los riesgos no son muy elevados con la biopsia pulmonar a cielo abierto mediante la ejecución de la toracotomía.

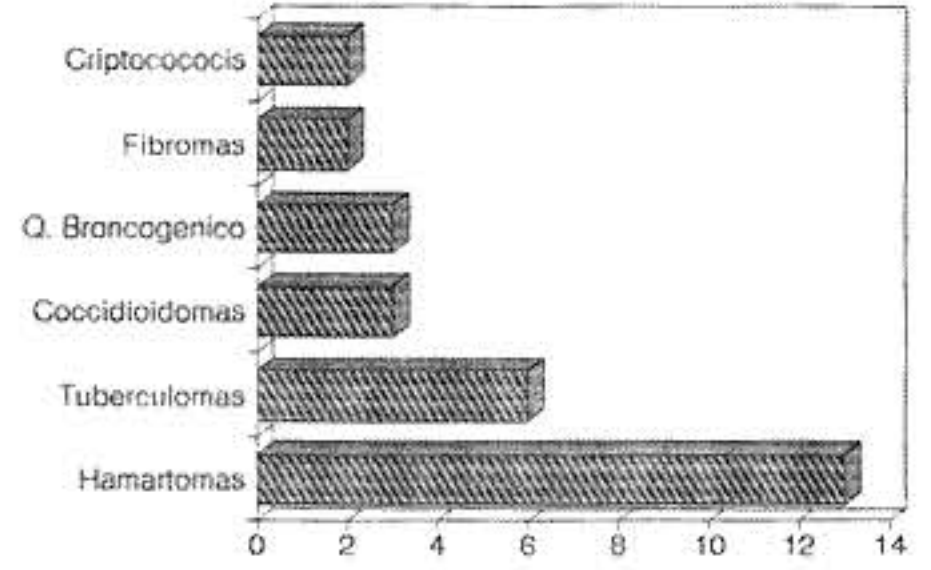
La conducta en 10 años (1981 a 1991) en la Sección de Cirugía Torácica del Servicio de Cirugía N° 1 del Hospital "Miguel Pérez Carreño" ha sido indicar la toracotomía temprana con la utilización de la técnicas mecánicas de suturas, excepto en aquellos casos cuando la lesión presenta signos radiológicos inequívocos de calcificación e su interior, siendo el porcentaje de carcinoma pulmonar en lesiones únicas del 15,6%.

A partir de 1981 en la recién fundada Sección de Cirugía Torácica del Servicio 1 empezamos a acumular experiencia en el manejo de este tipo de lesiones con las técnicas automáticas de síntesis, luego de la revisión de la literatura publicada.

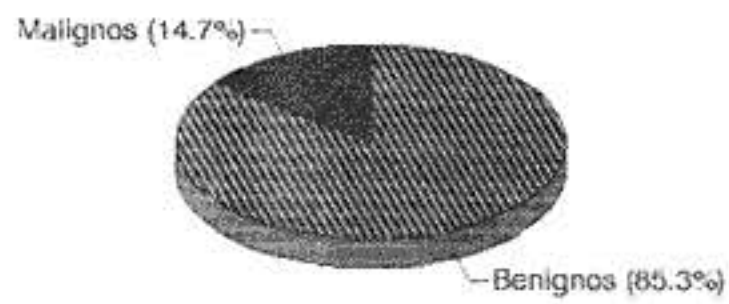
**BIOPSIA DE PULMON**  
Distribución según su nacionalidad



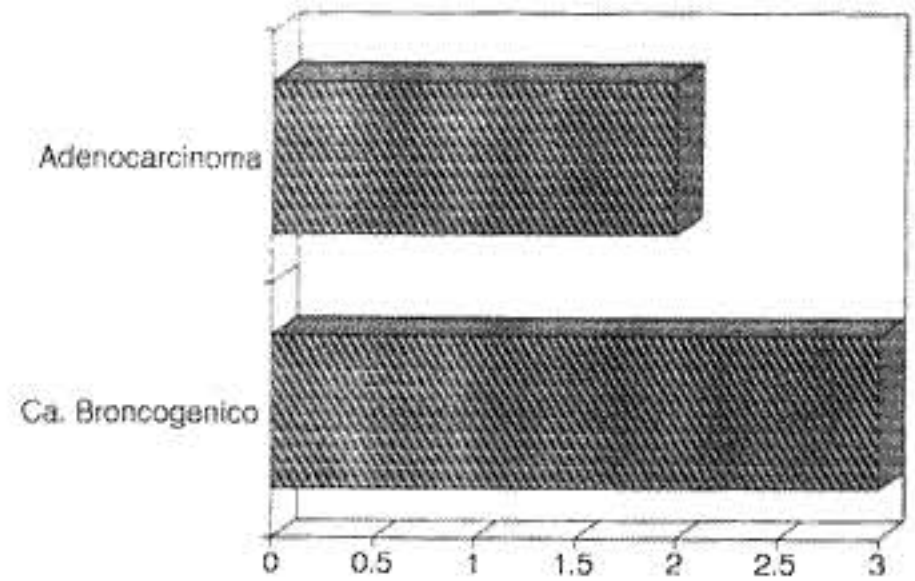
**PATOLOGIA BENIGNA**  
Distribución según su frecuencia



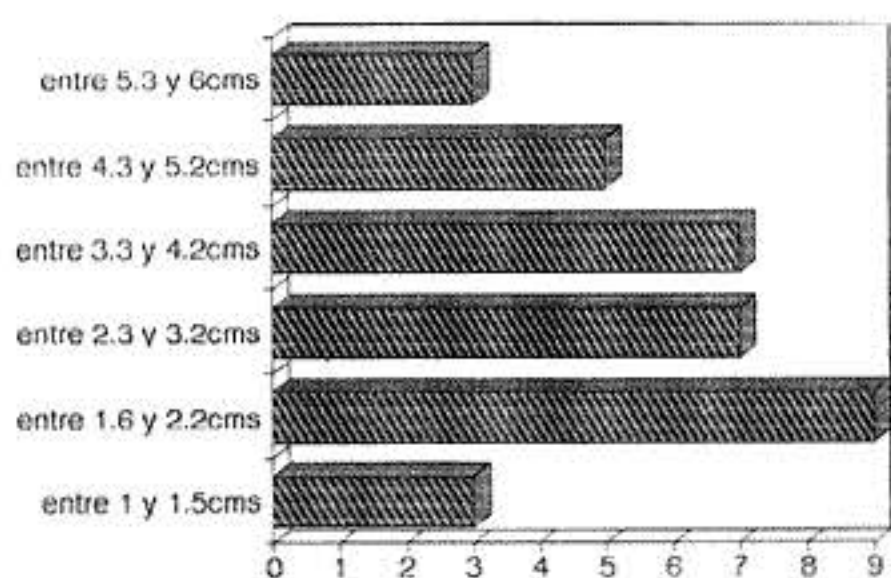
**BIOPSIA DE PULMON**  
Distribución según el tipo de patología



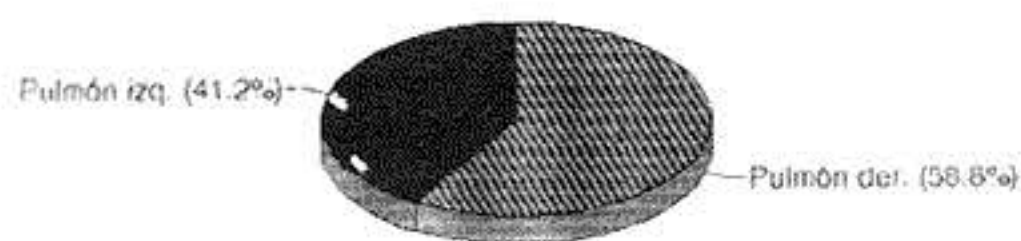
**PATOLOGIA MALIGNA**  
Distribución según su frecuencia



**BIOPSIA DE PULMON**  
Distribución según su tamaño



**BIOPSIA DE PULMON**  
Distribución según su localización



**Valoración Clínica**

La Historia Clínica, junto a los hallazgos del examen físico en pacientes asintomáticos, no nos ha sido de gran ayuda para establecer un diagnóstico. Ambos son esenciales y nos pueden proporcionar importantes elementos de juicio para sospechar el diagnóstico.

**Edad**

La fluctuación extrema estaba, en los pacientes sometidos a biopsia pulmonar mediante estas técnicas, entre los 21 y 60 años.

**Sexo**

De los 34 pacientes, 21 correspondieron al sexo masculino; 13 fueron del sexo femenino.

**Nacionalidad**

31 casos correspondieron a pacientes venezolanos y 3 casos a pacientes extranjeros.

**Diagnóstico histológico**

En las lesiones numerales resecaadas por estas técnicas, 34, el 84,37% resultaron ser benignas y el 15,63%, malignas. De estas últimas el 60% fueron carcinomas y el 40% restante, adenocarcinoma.

**Tamaño**

Los nódulos malignos extirpados tenían un tamaño entre los 3,3 cms. y 6,0 cms.

**TRATAMIENTO**

A partir de 1981 realizamos las biopsias pulmonares a cielo abierto, con los procedimientos mecanizados de sutura, diseñado por Surgical Corporation, resultando 27 lesiones benignas; 2 neumopatías localizadas y 5 carcinomas, los cuales fueron sometidos, 3 a lobectomías pulmonares, y 2 a minirresecciones (Lucena y Col.).

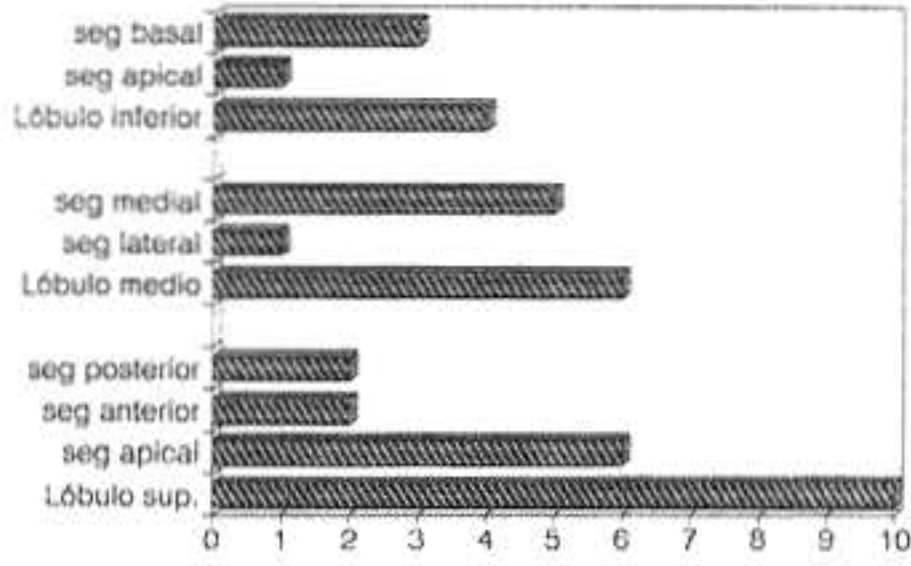
**COMPLICACIONES**

La más frecuente reportada en esta serie fue la hemorragia, que se presentó en 2 casos, donde se utilizó el instrumento G.I.A para la resección del espécimen biopsico, y que pudo ser controlada por medio de los procedimientos convencionales de sutura (doble plano hemostático en surget festoneado).

**MORTALIDAD**

No existe mortalidad en la presente serie lo que determina el alto grado de seguridad adquirido con estas técnicas, lográndose con su utilización reducir el tiempo operatorio, la pérdida sanguínea, y las fugas aéreas, debido al mínimo trauma ocasionado a los tejidos por la colocación de todas la grapas en un solo tiempo, a la misma presión, disminuyendo las fugas aéreas y las fístulas bronquiales, tan temidas por los cirujanos, con un postoperatorio más corto y confortable.

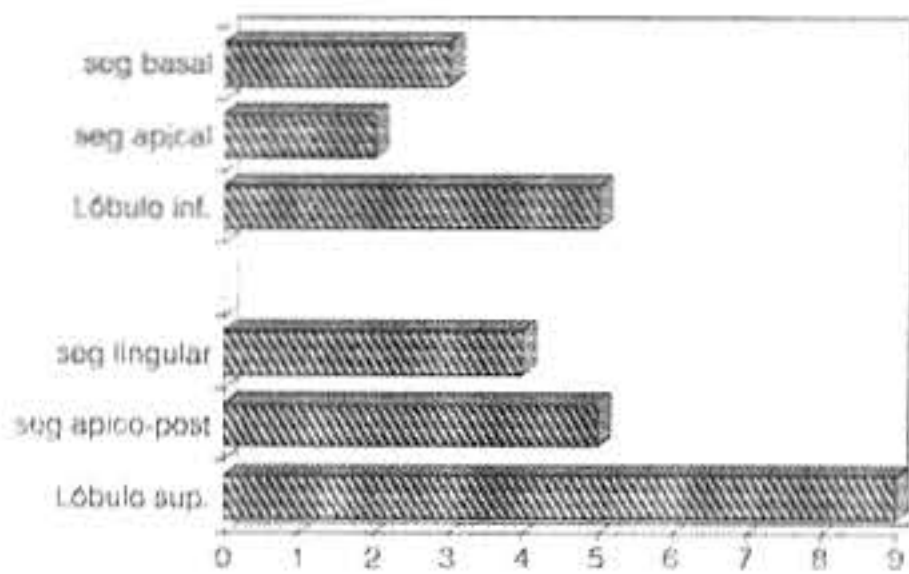
**BIOPSIA DE PULMON DERECHO**  
Distribución según su localización



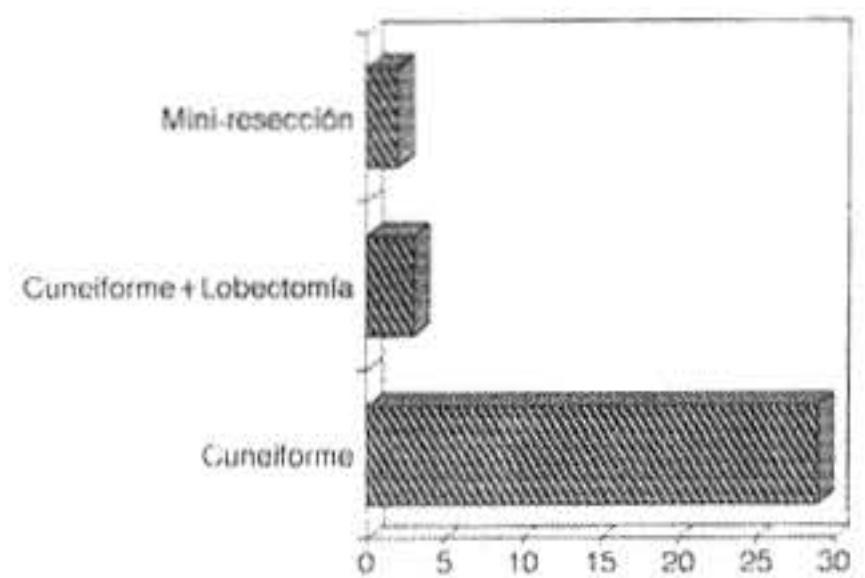
**BIOPSIA DE PULMON**  
Distribución según la complicación



**BIOPSIA DE PULMON IZQUIERDO**  
Distribución según su localización



**BIOPSIA DE PULMON**  
Tipo de resección



## CONCLUSIONES

La biopsia pulmonar a cielo abierto, con la utilización de suturas mecánicas con los instrumentos T.A., es una técnica segura; de fácil ejecución; con escaso o nulo sangramiento; con mínimo tiempo de duración; y con menores fugas aéreas, fístulas bronquiales y estancia hospitalaria del paciente.

## RECOMENDACIONES

En base a la experiencia lograda en esta muestra de 34 casos, los autores recomiendan la realización de la biopsia pulmonar a cielo abierto, empleando los aparatos de sutura mecánica por las ventajas que presenta esta técnica, que son superiores a los resultados obtenidos con las técnicas convencionales, sobre todo en aquellos enfermos graves, en quienes ha de tomarse en cuenta la duración del procedimiento a realizar, limitado por las condiciones generales que ellos presentan.

## BIBLIOGRAFIA

1. Adkins P.C.; Neoplasias del Pulmón y Carcinoma de Pulmón. Cap. 18; Cirugía Torácica; D.C. Sabiston Jr., F.C. Spencer, Tomo I, 2da. Edición Salvat Editores, 1980; 471-515.
2. Borrier, J.; Primary Carcinoma of the Bronchus; Ann. Col. Surg. Engl. 10; 165; 1965.
3. Borrier J.A.; Lung Cancer, New York; Appleton Century Crofts; 1965.
4. Doll R. and Hill A.B.; A Study of Etiology of the Lung. Brit. Med. J. 2; 1271; 1952.
5. Frase y Pare; Enfermedades del Tórax; Salvat Editores; 1982; Neoplasia del Mundo.
6. Fry W. and Manalo, Estrela P.; Bronchial Brushing. Surg. Gynecol. Obst.; 130; 67; 1970.
7. Jensik, R.J. Ganeseler; Resection of Bronchogenic Carcinoma; J. Thoracic Cardiovasc.; Surg. 5; 417; 1966.
8. Lucena O. JR.; Suturas Automáticas en Cirugía del Tórax. Trabajo de Ascenso a Profesos Asociado. Escuela Luis RAZetti, Facultad de Medicina, Cátedra de Técnica Quirúrgica; 1987.
9. Mountain C.F.; Surgical Therapy for Lung Cancer. Lung Cancer Clinical Diagnosis and Treatment. Grune Statton; 1977; 186-197.
10. Paulson Di.; Carcinoma of the Lung; Year Bookmedical Publisher Inc.; November, 1967.
11. Shields, T.W.; General Thoracic Surgery. Philadelphia Lea and Febiger; 1972; 979.
12. Spencer, H.; Patohology of the Lung; London; 1968; 860.
13. Staus, M;J.; Growth Characteristics of lung Cancer. Lung Cancer Clinical Diagnosis and Treatment; Grune Stratton; 1977; 19-31.
14. Watson W.L.; Lung Cancer; St. Louis; The C.V. Mosby Company; 1968.

# Pseudoquiste Pancreático. Clínica, Diagnóstico y Tratamiento

Dr. Vicente Bozza\*

Dr. Angel Ruggiero M.\*

Dra. Alexis Rodríguez\*

Dr. Mario Arcia\*\*

Dr. Jesús Ricardo Torres\*\*\*

Bozza, Vicente, Ruggiero M.A., Rodríguez A., Arcia M., Torres J.R. Pseudoquiste pancreático. Clínica, diagnóstico y tratamiento. Centro Médico. 1992; 38:56-60.

## RESUMEN

Se realizó una revisión retrospectiva estadística de las historias clínicas correspondientes a 17 pacientes, con diagnóstico de pseudoquiste pancreático, del Hospital General "Dr. Miguel Pérez Carreño", en un período de 8 años (1980-1988). Esta patología más frecuente fue el antecedente de enfermedad biliar en un 29.4% y traumatismos en un 23.5%. En contraposición con otros trabajos realizados en nuestro país, nosotros no encontramos la etiología alcohólica como causa principal. El diagnóstico de más especificidad y sensibilidad fue la T.A.C. (100%) y en segundo lugar la ecosonografía (82%). Actualmente se preconiza el tratamiento de drenaje interno en cualquiera de sus variantes, según la localización del pseudoquiste y después de la sexta semana de evolución. Se utiliza el drenaje externo únicamente en pacientes que estén en malas condiciones y que presenten complicaciones.

## ABSTRACT

In the Hospital General "Dr. Miguel Pérez Carreño" we have done a retrospective study of 17 patients with pancreatic pseudocyst, between 1980 and 1988. This pathology is more frequent in females 1.3:1. Biliary diseases in 29.4% and traumatic histories in 23.5% are the most common etiological factors. In comparisons against other papers done in Venezuela before, we did not find alcoholic etiologic history, as major cause of pancreatic pseudocyst. Computerized axial tomographic scan is the best diagnostic procedure, with great specificity and resolution. Second by ultrasonography. The latest treatment after the 6th week is the internal drainage, with any of its variants, depending on the localization of the pseudocyst. We only reserved the external drainage, in such patients in critical conditions with complications.

## PALABRAS CLAVES

Páncreas, Pseudoquistes.

## INTRODUCCION

El Pseudoquiste se produce básicamente por ruptura, lesión y necrosis de uno o más conductos del parénquima pancreático, como complicación de los procesos de pancreatitis y traumatismos pancreáticos.<sup>9</sup>

Desde hace 200 años se describían tratamientos de los quistes y pseudoquistes de páncreas. Morgagni, en 1.761, fue el primero en observar este tipo de patología. El primer drenaje fue hecho en 1.962 con resultados fatales y el primer tratamiento quirúrgico descrito con éxito fue en 1.882 por Bozeman practicando la extirpación del quiste.

Desde esas fechas hasta la actualidad en relación al tratamiento, no existe en las diferentes literaturas realizadas un patrón de conducta establecida. Al igual que el diagnóstico de los pseudoquistes pancreáticos que crean muchas veces confusión.

La introducción en los últimos años de la ecosonografía y Tomografía Axial Computarizada, nos han permitido establecer un diagnóstico preciso del sitio de la lesión, con sus características y lo más importante su seguimiento.<sup>8,6,10</sup> En cuanto al tratamiento de estas lesiones muchos cirujanos se han puesto de acuerdo en la derivación externa cuando existen complicaciones en la etapa aguda y la derivación interna después que esté maduro en un período de 6 semanas aproximadamente<sup>5,2</sup> disminuyendo la morbimortalidad.

En el presente trabajo realizamos un estudio retrospectivo de la experiencia obtenida por los diferentes servicios de Cirugía del Hospital General "Dr. Miguel Pérez Carreño", analizando etiología, métodos diagnóstico y tratamiento quirúrgico.

## MATERIAL Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de 17 pacientes de los servicios de Cirugía del Hospital General "Dr. Miguel Pérez Carreño" en un período de 8 años (1980-1988) con el diagnóstico de pseudoquiste pancreático, material obtenido de los archivos de historias médicas del Hospital. Los parámetros analizados fueron la edad, sexo, aspectos etiológicos, diagnóstico, tratamiento morbimortalidad.

(\*) Especialista en Cirugía General. Ex-Presidente Servicio Cirugía I Hospital Miguel Pérez Carreño. Facultad de Medicina U.C.V.

(\*\*) Adjunto Servicio Cirugía General I Hospital Miguel Pérez Carreño.

(\*\*\*) Interno Rotatorio Post-Grado Hospital Miguel Pérez Carreño

## RESULTADOS

Se revisaron 17 historias con diagnóstico de pseudoquiste pancreático encontrándose un rango de edades entre 15 y 60 años con una frecuencia aproximadamente de 94% (Tabla N° 1), siendo más frecuente en el sexo femenino con 11 casos (64.7% y en el sexo masculino con 6 casos (35.3%) (Tabla N° 2).

La etiología o antecedente de importancia encontrada en estos pacientes fue de origen biliar en 5 pacientes (29.4%), traumáticas en 4 pacientes (23.5%), sin causa aparente demostrable en 4 pacientes (23.5%) y como dato curioso en contraposición a lo descrito por otros autores, la causa por ingestión alcohólica se presentó únicamente en 2 casos (11.7%) (Tabla N° 3).

En el diagnóstico clínico, el síntoma dolor en hemiabdomen superior estuvo presente en el 100% de los casos, siguiendo en orden de frecuencia las náuseas y vómitos (70.5), hiporexia y pérdida de peso (58.8%).

Al examen físico 12 de estos pacientes (70.5%) se les palpó una masa abdominal, como signo de mayor frecuencia; otros signos en menor frecuencia se reportan en la (Tabla N° 4).

En cuanto a los exámenes de laboratorio se demostró una hiperamilasemia en 15 pacientes (88.2%), fosfatasas alcalinas elevadas en 10 pacientes (58.8%), leucocitosis e hiperglicemia leve, alteradas en 9 (52.9%) y 7 (41.1%) pacientes respectivamente.

En los pacientes más complicados se evidenció hipocalcemia con valores de calcio menores de 8 mg/% como se muestra en la (Tabla N° 5).

Es categórico que los métodos de imágenes que nos da la pauta del diagnóstico es la ecosonografía, positiva en un 82% y la Tomografía Axial Computarizada donde se evidenció mayor sensibilidad y especificidad en un 100% de los pacientes estudiados (Tabla N° 6).

El tratamiento practicado fue drenaje interno en 11 pacientes (64.7%), drenaje externo en 2 pacientes (11.7%); presentando regresión espontánea 3 pacientes (17.6%) (Tabla N° 7).

Las complicaciones encontradas fueron 2 fístulas pancreáticas (una la presentó un paciente con drenaje externo y la otra un paciente con cistoyeyunostomía), 2 abscesos de pared, 2 hematemesis en pacientes a los que se les había practicado cistogastrostomía, siendo reintervenido uno de ellos.

En la serie revisada se registraron 3 muertes (2 pacientes por sépsis de punto de partida abdominal y el otro un ADC de vías biliares, quien egresó en contraopinión médica después de la primera intervención) (Tabla N° 8).

## DISCUSION

En contraposición con otros autores<sup>1,2,5</sup> quienes han reportado una mayor frecuencia de pseudoquistes pancreáticos en hombres, en nuestra revisión fue más frecuente en mujeres, debido al gran porcentaje de patología biliar presente en el sexo femenino. El grupo etario afectado lo encontramos entre los 20 y 60 años con una media de 34 años.

La etiología más frecuente fue la enfermedad biliar (29.4%)

**TABLA N° 1**  
Pseudoquiste Pancreático  
Distribución por edad

Edad en años	N° de casos	Porcentaje
10-20	4	23.5%
21-30	3	17.6%
31-40	5	29.4%
41-50	1	5.8%
51-60	3	17.6%
61-70	-	-
71-80	1	5.8%
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

**TABLA N° 2**  
Pseudoquiste Pancreático  
Distribución por edad y sexo

Edad en años	Masculino	Femenino	Total	%
10-20	3 (17.6%)	1 (5.8%)	4	23.5%
21-30	-	3 (17.6%)	3	17.6%
31-40	3 (17.6%)	2 (11.7%)	5	29.4%
41-50	-	1 (5.8%)	1	5.8%
51-60	-	3 (17.6%)	3	17.6%
61-70	-	-	0	-
71-80	-	1 (5.8%)	1	5.8%
<b>Total</b>	<b>6 (35.3%)</b>	<b>11 (64.7%)</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

**TABLA N° 3**  
Pseudoquiste Pancreático  
Factores etiopatogénicos

Etiopatogenia	N° casos	Porcentaje
Pancreatitis biliar	5	29.4%
Traumatismo	4	23.5%
Pancreatitis alcohólica	2	11.7%
Sin precisar	4	23.5%
Tumor confluyente		
Biliopancreático	2	11.7%
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

y los traumatismos (23.5%), estos datos son muy similares a los encontrados por Anderson<sup>7</sup> y Beebe<sup>10</sup>.

El alto porcentaje de traumatismos pancreáticos es por el gran número de accidentes que ocurren en nuestro medio.

El diagnóstico se hizo basado en los hallazgos clínicos, de laboratorio e imagenología representada por la Econografía y la Tomografía Axial Computarizada.

En los hallazgos clínicos estuvo presente el dolor en hemiabdomen superior en un 100%, palpación de masa abdominal (70.5%), náuseas y vómitos (70.5%), pérdida de peso e hiporexia (58.8%), e hipertermia menor de 38.5° C. (29.4%), estos resultados coincidieron con los estudios de Barreto<sup>20</sup>, Muñoz<sup>8</sup> y Courteney<sup>1</sup>.

Con respecto a los parámetros de laboratorio, la amilasemia la encontramos aumentada en el 88.2% de los pacientes revisados, al igual que los leucocitos en 52% de los casos, fosfatasas alcalinas en 58.8%, glicemia en 41.1% y el calcio sérico en un 29.4%. Estos parámetros de laboratorio también se encuentran alterados en un gran porcentaje de pacientes con daño pancreático.

La pauta en el diagnóstico la marca la ecosonografía y la T.A.C.,<sup>7,8,9</sup> y encontramos en las historias clínicas revisadas un 82% de positividad con la ecosonografía y 100% con la T.A.C.; coincidieron con la bibliografía revisada, quienes en común acuerdo concluyeron que estos dos métodos son los que muestran mayor especificidad y sensibilidad en el diagnóstico del pseudoquiste pancreático. El tratamiento utilizado en un total de 11 pacientes (64.7%) fue el drenaje interno, en 6 pacientes se les practicó cistogastrostomía y en 5 pacientes cistoyeyunostomía, después de la sexta semana del diagnóstico del pseudoquiste pancreático.

A 2 pacientes (11.7%) se les practicó drenaje externo, debido a sus malas condiciones generales. En 3 pacientes (17.6%) la lesión involucionó espontáneamente.

No cabe duda que el tratamiento de elección actualmente es el drenaje interno, debido a que la recidiva del pseudoquiste es menor y además realizarlo después de la sexta semana cuando las paredes del pseudoquiste estén maduras.

Los cirujanos de hoy en día han dejado el uso de drenaje externo solo para los casos de pseudoquistes abscesos, que comprometan la vida del paciente y en los cuales una anastomosis sería casi imposible realizar.

Todos los pacientes con pseudoquistes pancreáticos deben seguirse y controlarse por 6 semanas, porque aparte de la maduración de sus paredes, pueden haber remisiones espontáneas como las encontradas en 3 pacientes (17.6%) de las historias realizadas.

Encontramos complicaciones en un 29% de los pacientes, un 11.7% atribuirle a la fístula pancreática que presentó un paciente con drenaje externo y en un paciente al que se le practicó una cistoyeyunostomía; es de hacer notar que esta es la complicación más frecuente del último procedimiento.

Un 11.7%, es decir 2 pacientes presentaron hematemesis, a estos se les había practicado cistogastrostomía, 1 de los pacientes se reintervino y el otro mejoró con lavados gástricos. Estas complicaciones son frecuentes en las derivaciones internas.

**TABLA N° 4**  
Pseudoquiste Pancreático  
Diagnóstico clínico

Clínica	N° casos	%
Dolor hemiabdomen superior	17	100%
Náuseas y vómitos	12	70.5%
Pérdida de peso		
Hiporexia	10	58.8%
Ictericia	3	17.6%
Hipertermia hasta 38.5°	5	29.4%
Hipertermia mayor 38.5°	1	5.8%
Ascitis	2	11.7%
Palpación de la masa	12	70.5%

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

**TABLA N° 5**  
Pseudoquiste Pancreático  
Exámenes de laboratorio

Parámetros	N° casos	Porcentaje
Leucocitosis	9	52.9%
↑ Amilasemia	15	88.2%
↑ Transaminasas	5	29.4%
↑ Fosfatasas alcalinas	10	58.8%
↑ Glicemia ↑150 mg%	7	41.1%
↓ Calcio sérico ↓8 mg%	5	29.4%

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

**TABLA N° 6**  
Pseudoquiste Pancreático  
Diagnóstico por imágenes

Método	N° de casos realizados	Diagnóstico positivo
Rayos X simple de abdomen	17 (100%)	—
Esófago-Estómago-Duodeno	16 (94%)	5 (31%)
Ecosonografía	17 (100%)	14 (82%)
Tomografía Axial Computarizada	9 (52%)	9 (100%)

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

**TABLA N° 7**  
Pseudoquiste Pancreático  
Tratamiento quirúrgico

Procedimiento	N° casos	Porcentaje
Drenaje externo	2	11.7%
Drenaje interno	11	64.7%
Regresión espontánea	3	17.6%
Egreso contra opinión médica	1	5.8%

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

**TABLA N° 8**  
Pseudoquiste Pancreático  
Complicaciones post-operatorias

Complicaciones	N° casos	Porcentaje
Fístulas pancreáticas	2	11.7%
Abscesos de pared	1	5.8%
Hematemesis	2	11.7%
Muerte	3	17.6%

Fuente: Archivo de Historias Médicas del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.

La mortalidad encontrada fue de un 17.6%, en 3 pacientes, 2 fallecieron de sépsis con punto de partida abdominal y el otro no se le practicó tratamiento quirúrgico porque egresó en contra de opinión médica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Anderson, C.M.: Pseudocyst of the Head of the Pancreas. *Ann. Surg.*; December 1979.
2. Beebe, D.S.: et al: Management of Pancreatic Pseudocyst. *Surg. Gynecology Obstetric*; 158; 562-564; 1984.
3. Courteney, C. et al. Pancreatitis. *The Surgical Clinics of North America*; Vol 64; 1; February 1984.
4. Croci, F. y Col.: Rotura Esplénica y Pancreática. Pseudoquiste Pancreático Precoz. *Gen.*; Diciembre 1985.
5. Ephgrave, K. et al: Presentation of Pancreatic Pseudocysts. Implications for Timing of Surgical Intervention. *The Am. Journal of Surgery*; Vol 151; June 1986.
6. García, b.C. y Col.: Pseudoquiste de Páncreas. *Revista Venezolana de Cirugías*; Vol 33; N° 1-2; Enero-Abril 1980.
7. Harvey, H.M. et al.: Possible Mechanisms of Acute Pancreatitis Induced by Ethanol. *The American Journal of Surgery*; Vol 155; January 1988.
8. Muñoz. E.O. y Col.: Diagnóstico y Tratamiento del pseudoquiste Pancreático. *Revista Venezolana de Cirugía*; Vol.

34; N° 4-5; Enero-Abril 1.981.

9. Styammitti, G. y Col.: Tratamiento del Pseudoquiste Agudo de Páncreas con Drenaje Externo y Nutrición Parenteral Total. Presentación de un Caso y Revisión de la Patología y Literatura. *Revista de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Hospital P<sup>o</sup>erez de León*; Vol. XXI; N° 129; Marzo 1.986.

10. Sugawa, Ch. et al: Endoscopy Retrograde Pancreatography in the Surgery of Pancreatic Pseudocysts. *Surgery*; October 1.979.

## REFERENCIAS

1. Androsov P.I.: New Surgical Instruments and thier use *Clinical moscow*. V/O Medexport, 1962.
2. Ravitch M.M., F.M, Steichen: Symposium on Surgical Stapling Techiques: *The Surgical. Clinics of. Nort America* Vol 164. N° 442-424. June 1984.
3. Androsov. P.I.: New instruments for Thoracic Sur gery. *Dis Chest*. 44.550. 1963.
- Steichen f.M. and Marks M. Ravitch: Contemporary Stapling Instruments and Basic mechanical Suture Techiques: *Surgical Clinics of Nort. America*. Vol 64., N° 3. June 1984. 425-440.
5. Androsov. P.i.: New method of surgical tratment of blood vessel lesions. *Arch. Surg.*, 73.902-1956.
6. Androsov P.I.: Atlas of surgical Operations by Means of suturing Instruments, 2d edit. Moscow. VO Medexport, Vneshtorigizdat. 1957.
7. Amosov. N.M.: Some Problems of Surgery of the Lung. *Novy khirurgichesky Arkn*. 1.3.12. 1959.
8. Chassin. J.L.: Operative strategy in General Surgery. *Ann Expositive atalas Vol., II* Spinger Verlog. New 1980.
9. Amosov N.M.: Partiaal Pulmonary Resections with Mechanical Suture of Lung Tissue. *E.K.P.S.; Kirurgia* 7.3.8. 1959.
10. Androsov. P.I.: Experience in the application of the instrumental mechanical suture in Surgery of the stomach and Rectum. *Acta. Chirg Scand* 136. 57. 1970.
11. Gudov. V.F.: A method for application of vasculare sutures by Mechanical suture in Surgery of the stomach and Rectum. *Acta. Chirg Sacand* 136. 57. 1970.
12. Ananiev M.G. Antoshina N.V. Yu. Ya. Gristzman: Apparatus for tissue with tantalum staples. *EKSP. Khirurg.* (Moskova). 2,28. 1957.
13. Gristzman Y.Y. *Khirurgiia*. 1,28.36. 1957
14. Denans f.N.: Nouveau procede pour guerison desplaics des intestins. *Recueli de la Societe Royale de Médecine de marseille*. Tome I. 127.131. 1827.
15. Gross. S.d.: an Experimental and Critical Inquiry into nature and treatment of wounds of the Insttstine. Louisville. Prentice and Weissinges 1843.
16. Sédillot. C.E.: *Traité de Medecine Opératoire*, 3d ed. paris, J.B., Bailliere et fills II. 314. 1865-1866.
17. Gaujot. G.E.: *Spillmann: Arsenal de la Chirugie contemporaine* II. 609.1867; 72. 1884.
18. Chrisiman, f.c. Ottolenhi, M.J. Raffo., V.G. Grolman: *Técnica Quirúrgica*. Cap. 23. *Cirugía del Tórax*. Edit. Ateneo. Buenos Aires 553-609. 1986.

19. Sonoja J.O.: Técnica Quirúrgica Fundamental y su aplicación en la cirugía abdominal en el perro. U.C.V. Cátedra de Técnica Quirúrgica 1.971.

20. Nyhus. L. R.J. Baker: El Dominio de la cirugía Tomo I. Edit. Médico Panamericana Buenos Aires. 1986.

21. Schwartz. S.H. Ellis.: W.C. Hasser.: Operaciones Abdominales. Maingot Tomo I, Edit. Médico Panamericana Octava Edición 1986 Buenos Aires.

22. Henroz J.H.F. Dissertatio Inauguralis Critica Médico -

Chirurgica de methodis an sananda Intestina Divisa. Unieveritate Leodiensi June 18-6.

23. Bobrick J.: Zur technik der darmnaht. Allt. Mediz Centr. Zeitung. Berlin XIX, 152 1850.

24. Senn. N.and D. Abbe: Intestinal Surgéry Chicogo W.T. Kener, 1989.

25. Murphy J.B.: Cholecysto-Intestinal, gisto-intestinal, entero-intestinal anastomosis, andra xiimation wihout sutures (original reserva) Medical record. New York 42.665. 1892.

# Peritonitis Bacteriana Difusa. Uso o no uso del Drenaje

Dr. Vicente Bozza\*

Dra. María Rodríguez\*

Dr. Gustavo Quintero\*

Dr. Jesús Ricardo Torres\*\*

Bozza, Vicente, Rodríguez M., Quintero G., Torres J.R. Peritonitis bacteriana difusa. Uso o no uso del drenaje. Centro Médico. 1992; 38:61-63.

## RESUMEN

El presente es un trabajo prospectivo y comparativo realizado en el Servicio de Cirugía I del H.M.P.C. de Caracas entre Enero de 1987 y Agosto de 1.898. Se analizó y estudió un total de 35 pacientes con peritonitis difusa. Las tres causas más frecuentes fueron: apendicular, por úlcus péptico perforado y absceso tubo-ovárico. Se tomó muestra para cultivo y antibiograma en 24 pacientes, erradicamos el foco, se practicó lavado de la cavidad con solución fisiológica estéril con no menos de 10 litros y colocó drenaje en 12 pacientes; hubo un grupo de 23 pacientes en quienes no usamos drenaje, se usó combinaciones de antibióticos en un 71,4% y un solo antibiótico en un 28,6%. entre las complicaciones mencionaremos fiebre en el postoperatorio, más frecuente en pacientes con drenaje y mayor número de infecciones locales inherentes a la presencia del drenaje. La estancia hospitalaria fue menor en los pacientes sin drenaje y no se registran reingresos en ninguno de los dos grupos.

## ABSTRACT

We present a prospective and comparative work, performed at the General Surgery Service I in the M.P.C.H., Caracas. A total of 35 patients with diffuse peritonitis were analyzed and studied. We found that 3 main causes were appendicitis, perforated peptic ulcer and tubo-ovarian abscess. Specimen cultures were taken during operation in 24 patients; peritoneal lavage of 10 lt. was made in all cases and drains were used in 12 patients; there was a group of 23 patients in which no drainage was left antimicrobial agents were used in combinations of 2 or 3 in 71,4% of the patients and a single one in 28.6%. Complications include post-operative fever which was found more frequent in patients with drains and there were more local infections due to the use of them. Time of hospitalization was shorter in patients without drainage and no re-admission was necessary.

## PALABRAS CLAVES

Peritonitis-Peritonitis bacteriana-Peritonitis difusa-Drenaje en Peritonitis.

## INTRODUCCION

A lo largo de la historia de la medicina, el control de las infecciones ha sido el gran reto de los cirujanos. El Papiro de Edwin Smith (1550 A.C), en lo que concierne a la cirugía, hace referencia a diversos tipos de heridas, infecciones y su tratamiento. Los progresos hechos por cirujanos como Paré (1510-1590, Lister (1827-1912) y otros han disminuido la tasa de complicaciones infecciosas<sup>5</sup>. Otros progresos que permitieron la reducción de la mortalidad por infección quirúrgicas son la cirugía aséptica, la esterilización, el uso de líquidos intravenosos, transfusiones sanguíneas y una mejor anestesia. La introducción de la sulfonamidas en al década de los treinta y de la penicilina en los años cuarenta marcó una nueva era en el control de las infecciones.

En la última década aparece un gran número de antibióticos beta-lactámicos (cefalosporinas), en la búsqueda de un tratamiento a base de un solo medicamento en las infecciones por flora bacteriana mixta; su alta tasa de fracaso se debe a la falta de actividad contra anaerobios, exceptuando cefoxitin e imipenem.

Otros tratamientos usados desde la antigüedad fue el drenaje de toda cavidad abscesada, lo cual aún mantiene su vigencia.

El objetivo de este trabajo es demostrar que en los pacientes con peritonitis difusa, una vez resuelto el foco infeccioso, el lavado profuso de la cavidad y una adecuada terapéutica antimicrobiana hacen innecesario el uso de drenaje en la cavidad abdominal.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio prospectivo y comparativo de 35 pacientes con peritonitis difusa que ingresaron por la emergencia del hospital "Miguel Pérez Carreño", pertenecientes al Servicio de Cirugía I durante el lapso comprendido entre Enero de 1.987 y Agosto de 1.989. Se analizaron variables como edad, sexo, tipo de patología, utilización o no de drenaje, cultivos obtenidos, antibioterapia, complicaciones y estancia hospitalaria.

En todos los pacientes se siguió la misma rutina que incluye eliminación del foco infeccioso, lavado exhaustivo de la cavidad con no menos de 10 litros de solución fisiológica estéril y administración de tratamiento antimicrobiano, solo o en combinación,

(\*) Especialista en Cirugía General Egresado del Servicio de Cirugía I HMPC

(\*\*) Interno Rotatorio de Post-grado del Hospital Miguel Pérez Carreño.

de acuerdo a los criterios de servicio y en ocasiones a la disponibilidad de los medicamentos en el hospital.

En los pacientes estudiados se encontró que el rango de edad oscila entre los 15 y 81 años, con una media de 36.94. El mayor porcentaje se encuentra entre los 15 y 45 años (71,3%). (Gráfico 1).

La mayoría fue del sexo masculino para un 57,14%.

En cuanto al tipo de patología, encontramos que 16 pacientes (45,99%) tenían peritonitis de origen apendicular; 10 pacientes presentaron perforación de úlcus péptico (28,6%); en 4 pacientes (11,4%) el origen fue absceso tubo-ovárico; 2 caso (5,7%) tenía perforación de asas delgadas por *Salmonella typhi*; 1 caso de peritonitis por obstrucción intestinal, 1 caso con perforación de colon por cuerpo extraño y un caso de colecistitis aguda, cada uno correspondiente a un 2,85% del total. (Tabla 1).

El uso de drenaje fue instaurado en 12 pacientes (34,28%) correspondientes a peritonitis apendicular, 4 en úlcus perforado, 1 en absceso tubo-ovárico y 1 en colecistitis aguda. En 23 pacientes (65,71%) no se colocó drenaje alguno.

Se tomó muestras en 24 pacientes para cultivo y antibiograma, con los siguientes resultados: En las peritonitis apendiculares predominó *E. Coli* y *Proteus*; en los úlcus perforados, *E. Coli*, *Peptostreptococos* y *Klebsiella*; en los abscesos tubo-ováricos predominó también *E. Coli*. En las perforaciones espontáneas de asas delgadas encontramos *Salmonella typhi* y *E. Coli*.

En cuanto al esquema terapéutico se usó monoterapia en 10 casos con Cefotaxima; las combinaciones de 2 antibióticos fueron usadas en 12 casos, siendo los más comúnmente usados Cefalosporinas de 2a. generación más 1 aminoglucósido, Metronidazol más una cefalosporina de 3a. generación. Se empleó la combinación de tres antibióticos en 13 casos, Clindamicina, 1 aminoglucósido más Ampicilina, Clinda + Aminoglucósido + Cloranfenicol.

En ambas series, los pacientes respondieron bien al tratamiento administrado. Algunos esquemas, sin embargo, fueron modificados de acuerdo al antibiograma en casos de no haber respuesta objetiva.

En cuanto a las complicaciones, encontramos una evisceración, fiebre en el post-operatorio en el 34,78% de los pacientes sin drenaje, mientras que en los pacientes con drenaje ésta se presentó en un 41,66%. Se produjo abscesos de pared en 13,04% de los pacientes sin drenaje, y en el 16,66% de los pacientes con drenaje; las infecciones locales inherentes al uso del drenaje se evidenció con signos de flogosis en el sitio de salida del mismo, en un 41,66%.

La estadía hospitalaria en los pacientes con drenaje tuvo una media de 7.2 días mientras que en los que no tuvieron drenaje presentaron una media de 5.1 días. Se registró un caso de mortalidad en una paciente que fue llevada a pabellón en malas condiciones generales con falla de varios órganos, presentando peritonitis por gangrena vesicular.

## DISCUSION

Las manifestaciones existen desde que existe la raza humana

DISTRIBUCION POR EDAD

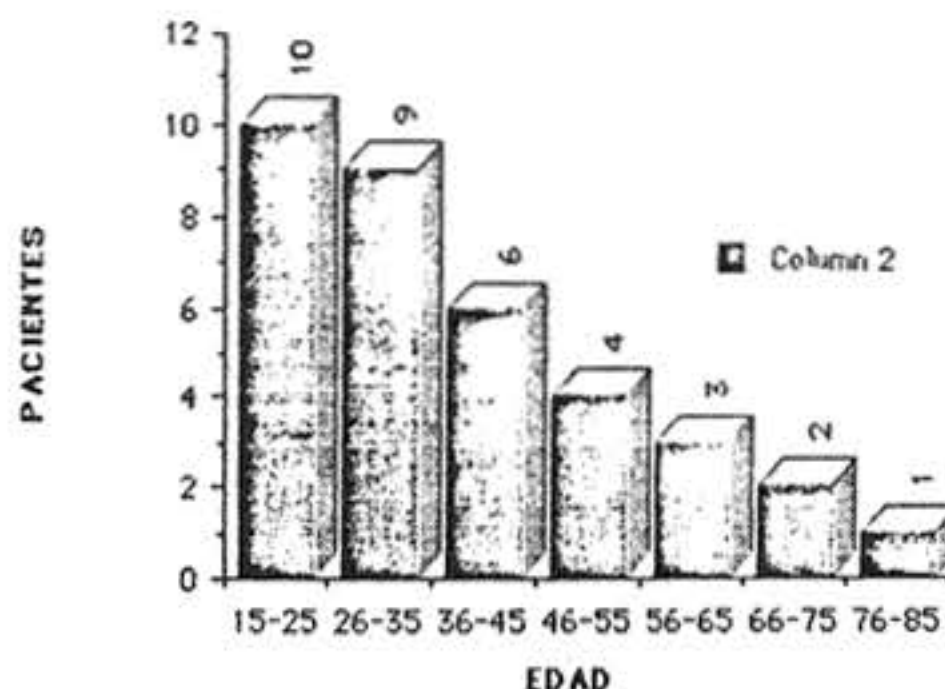


TABLA 1

Patología	Nº casos	Con drenaje	Sin drenaje
Pert. Apendicular	16	6	10
Úlcus Péptico Perf.	10	4	6
Pert. Obst. Intest.	1	-	1
Absc. Tubo-Ovárico	4	1	3
Colec. Aguda	1	1	-
Perf. F. Tiroidea	2	-	2
Perf. Colon C.E.	1	-	1
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>12</b>	<b>23</b>

Fuente: Archivo Historias Médicas H.M.P.C.

y la lucha por combatirla ha sido una tarea fundamental de los cirujanos. La ilustración médica más antigua se encuentra en la tumba de un funcionario real de Sa Kkara en Egipto y data de 2423-2262 A.C., en la cual aparece un médico que parece estar drenado un absceso.<sup>5</sup>

Los cuadros de peritonitis han sido objeto de largos y profundos estudios por parte de grupos de cirujanos de todo el mundo. Aunque "peritonitis" se refiere a inflamación del peritoneo aguda o crónica por múltiples noxas, nosotros en nuestro trabajo nos referimos a inflamación aguda del peritoneo por bacterias. La inflamación de esta membrana produce respuestas secundarias endocrinas, cardíacas, renales y metabólicas.<sup>12</sup>

En nuestros pacientes, la patología más frecuente fue la peritonitis apendicular, y el úlcus perforado (67,42% entre los dos y un promedio de edad de 36,94% esto coincide con la lite-

ratura nacional como internacional. Las bacterias más frecuente aerobias fueron la E. Coli y el proteus, la Klebsiella aparece en menor frecuencia en los cultivos tomados en nuestros pacientes, en cuanto a las bacterias anaerobias se refiere; no pudimos cultivar por no contar con material para ello.

El tratamiento aplicado a nuestros paciente tiene varios puntos importantes: erradicar el foco séptico, lavado cuidadoso de la cavidad como mínimo con 10 litros de solución fisiológica, el tratamiento antimicrobiano adecuado desacuero al foco que originó la peritonitis y en todos los casos cultivar la secreción abdominal. El uso de drenaje en esta patología demostramos que no es necesario; no nos va evitar colecciones abdominales ni nos alertará ya que en 24 a 48 horas el dren en la mayoría de las veces no cumple su función.

Hay múltiples trabajos que hablan de drenaje más irrigación continua<sup>8,4,7,10,12</sup> pero a nuestro parecer ya han pasado a la historia por las razones planteadas anteriormente. Entre las nuevas técnicas, vale la pena mencionar aunque no es objeto de este trabajo, la del abdomen abierto para lavado diario, facilitando el arrastre mecánico de las bacterias; claro está con sus indicaciones muy precisas, y es casi exclusivo para pacientes con múltiples reintervenciones.<sup>11,6,9</sup>

## CONCLUSIONES

Nuestro estudio pretende discutir la utilidad del drenaje en cavidad abdominal en pacientes con peritonitis bacteriana difusa. La razón para esto, es el hecho es de que no observamos diferencia en la evolución de los pacientes en ambos grupos. Por lo tanto concluimos que el tratamiento de esta patología incluye: erradicar el foco infeccioso, lavado exhaustivo de la cavidad peritoneal con solución fisiológica estéril, en cantidad no menos de litros y antibioticoterapia de acuerdo a la causa de la peritonitis

lo cual puede ser modificado según el cultivo y antibiograma en caso de que la evolución del paciente sea no sea la esperada.

## BIBLIOGRAFIA

1. Anderson, E. et al: Open Packing of the Peritoneal Cavity in Generalized Bacterial Peritonitis; American Journal of Surgery; 145; 131-135; 1.983.
2. Chrintz, H. et al: Need for Surgical Wound Dressining; Br. J. Surg.; 76; 204-205; 1.989.
3. Hallerback, B. et al: A Prospective Randomised Study of Continuous Peritoneal Lavage Postoperatively in the Treatment of Purulent Peritonitis; Surg. Gynecol. and Obst.; 163; 433-436; 1.986.
4. Harbrecht et al: earley Urgen Relaparatomy; Arch. Surg.; 119 369-374; 1.984.
5. Infecciones en Cirugía: Clínicas Quirúrgicas de Norte América; vol. 1; Edit. Interamericana; México; 1.988.
6. Jamieson, J. et al: The Sandwich Technique in the Management of the Open Abdomen; Bs. J. Surg.; 73; 369-370; 1.986.
7. Lace, W. et al: Combined Topical Povidone-Iodine an Sistic Antibiotics in Postappendicectomy Wound Spesis; Br. J. Surg.; 73; 958-960; 1.986.
8. Lamerin et al: Ultrasound Percutaneous Drainage of Intra-Abdominal Absceses; Br. J. Surgl.; 74; 620-623; 1.987.
9. Polk, H. et al: Radical Peritoneal Debridement for Established Peritonitis; Ann. Surg.; 192; 350-355; 1.980.
10. Sarda, A. et al: Intraperitoneal Rupture of Amoebic Liver Abscess; Br. J. Surg.; 86; 202-203; 1.989.
11. Schein, M. et al: The Open management of the Septic Abdomen; Surg. Ginecol. and Obstetrics; 163; 587-592; 1.986.
12. Shuwartz et al; Surgery; Mac Graw-Hill Co.; U.S.A.; 1.984.

# ¡Por su importancia! Vigilancia Epidemiológica del Sida en las Américas

Organización Panamericana de la Salud  
Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias  
OPS/OMS Programa Mundial sobre el Sida/Américas

Organización Panamericana de la Salud. Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. OPS/OMS Programa Mundial sobre el SIDA/Américas. Vigilancia epidemiológica del Sida en las Américas. Centro Médico. 1992;38:64-67.

## RESUMEN

Numero acumulado de casos notificados a nivel mundial:	431,590
Número acumulado de casos notificados en las Américas:	250,623
Número acumulado de muertes notificadas en las Américas:	151,805

## CUADRO I

Número notificado de casos de día por año. Y número acumulado de casos y distinciones, por país y subregión.

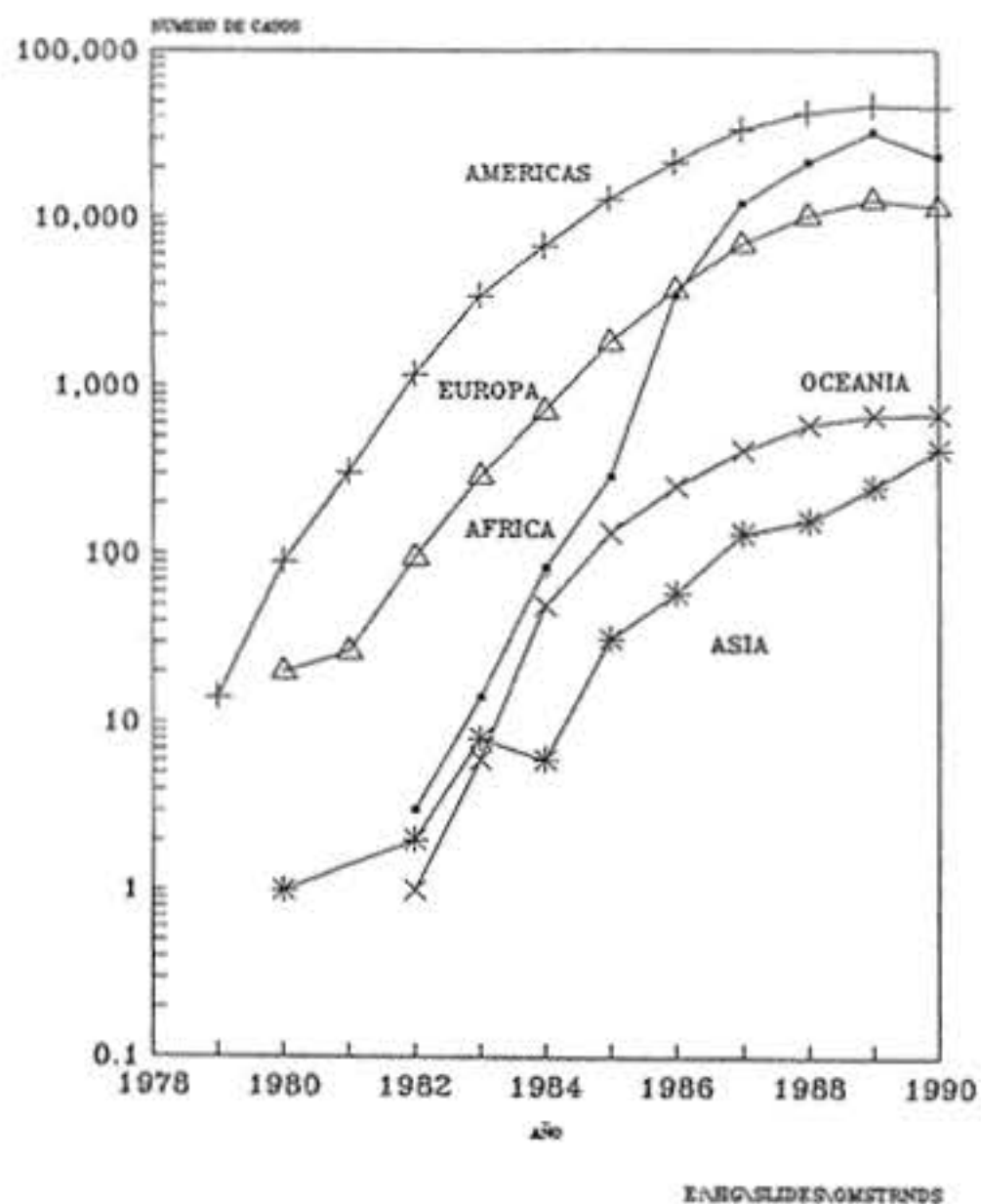
Subregión País	Número de Casos						Total(a) acumul.	Total defun- ciones	Fecha del informe más reciente
	Hasta 1986	1987	1988	1989	1990	1991			
<b>Total Regional</b>	45.237	33.280	42.008	48.578	50.665	30.733	250.623	151.805	
<b>América Latina b)</b>	3.147	4.477	7.024	8.819	11.409	7.403	42.389	18.298	
<b>Area Andina</b>	183	407	677	836	1.015	767	3.976	1.820	
Bolivia	3	3	10	2	7	3	28	24	31/Mar/91
Colombia	63	187	290	354	616	498	2.008	791	30/Sep/91
Ecuador	13	22	26	21	42	31	155	109	30/Sep/91
Perú	12	60	68	117	141	95	493	188	30/Sep/91
Venezuela	92	135	283	342	209	140	1.292	708	30/Jun/91

Subregión País	Hasta 1986	Número de Casos					Total(a) acumul.	Total defun- ciones	Fecha del informe más reciente
		1987	1988	1989	1990	1991			
<b>Cono Sur</b>	112	126	264	335	523	228	1.588	585	
Argentina	73	72	169	229	377	99	1.019	280	31/Mar/91
Chile	29	40	63	65	58	55	310	169	30/Sep/91
Paraguay	2	5	4	3	12	5	31	26	30/Sep/91
Uruguay	8	9	28	38	76	69	228	110	30/Sep/91
Brasil	1.598	2.215	3.648	4.703	5.743	3.116	21.023	10.228	31/Ago/91
<b>Istmo</b>									
<b>Centroamericano</b>	87	190	360	474	855	543	2.528	1.018	
Belice	1	6	4	0	1	—	12	8	31/Mar/90
Costa Rica	20	23	52	56	81	67	299	192	30/Sep/91
El Salvador	7	16	34	72	54	90	273	78	30/Sep/91
Guatemala	16	12	18	18	78	48	190	86	30/Sep/91
Honduras	17	103	189	251	573	284	1.435	451	30/Sep/91
Nicaragua	0	0	2	2	7	8	20	17	30/Sep/91
Panamá	26	30	61	75	61	46	299	186	30/Sep/91
<b>México</b>	245	804	964	1.499	2.395	2.657	8.564	4.115	30/Sep/91
<b>Caribe Latino c)</b>	922	735	1.111	972	878	92	4.710	532	
Cuba	3	24	24	12	10	11	84	47	30/Jun/91
Haití	795	477	731	453	630	—	3.086	297	31/Dic/90
República Dominicana	124	234	356	507	238	81	1.540	188	30/Sep/91
<b>Caribe c)</b>	465	374	489	725	699	531	3.295	1.888	
Anguila	0	0	1	2	1	0	4	3	30/Jun/91
Antigua	2	1	0	0	3	—	6	5	31/dic/90
Antillas Neerlandesas	9	12	9	16	31	—	77	16	31/Dic/90
Bahamas	86	90	93	168	162	184	783	380	30/Sep/91
Barbados	32	24	15	40	61	59	231	162	30/Sep/91
Dominica	0	5	2	3	2	—	12	11	30/Jun/90
Grenada	3	5	3	8	5	5	29	17	30/Sep/91
Guadalupe	47	41	47	47	—	—	182	85	31/Dic/89
Guayana Francesa	78	25	34	54	41	—	232	144	30/Sep/90
Guayana	0	10	34	40	61	32	177	59	30/Jun/91
Islas Cimán	2	1	1	1	2	3	10	8	31/Mar/91
Islas Turcas y Cicos	3	2	6	7	1	1	20	15	31/Mar/91
Islas Vírgenes (RU)	0	0	1	0	2	0	3	0	30/Sep/91
Jamaica	11	32	30	66	62	34	235	154	30/Jun/91
Martinica	24	23	30	51	42	10	181	109	30/Jun/91
Montserrat	0	0	0	1	0	0	1	0	30/Jun/91
San Cristóbal Nieves	6	4	9	5	8	1	33	19	20/Sep/91
San vicente y Las Granadinas	2	5	8	6	4	10	35	21	30/Sep/91
Santa Lucía	4	4	2	8	3	5	38	18	30/Sep/91
Suriname	4	5	4	35	35	10	93	75	30/Sep/91
Trinidad y Tobago	151	85	160	167	173	177	913	587	30/Sep/91

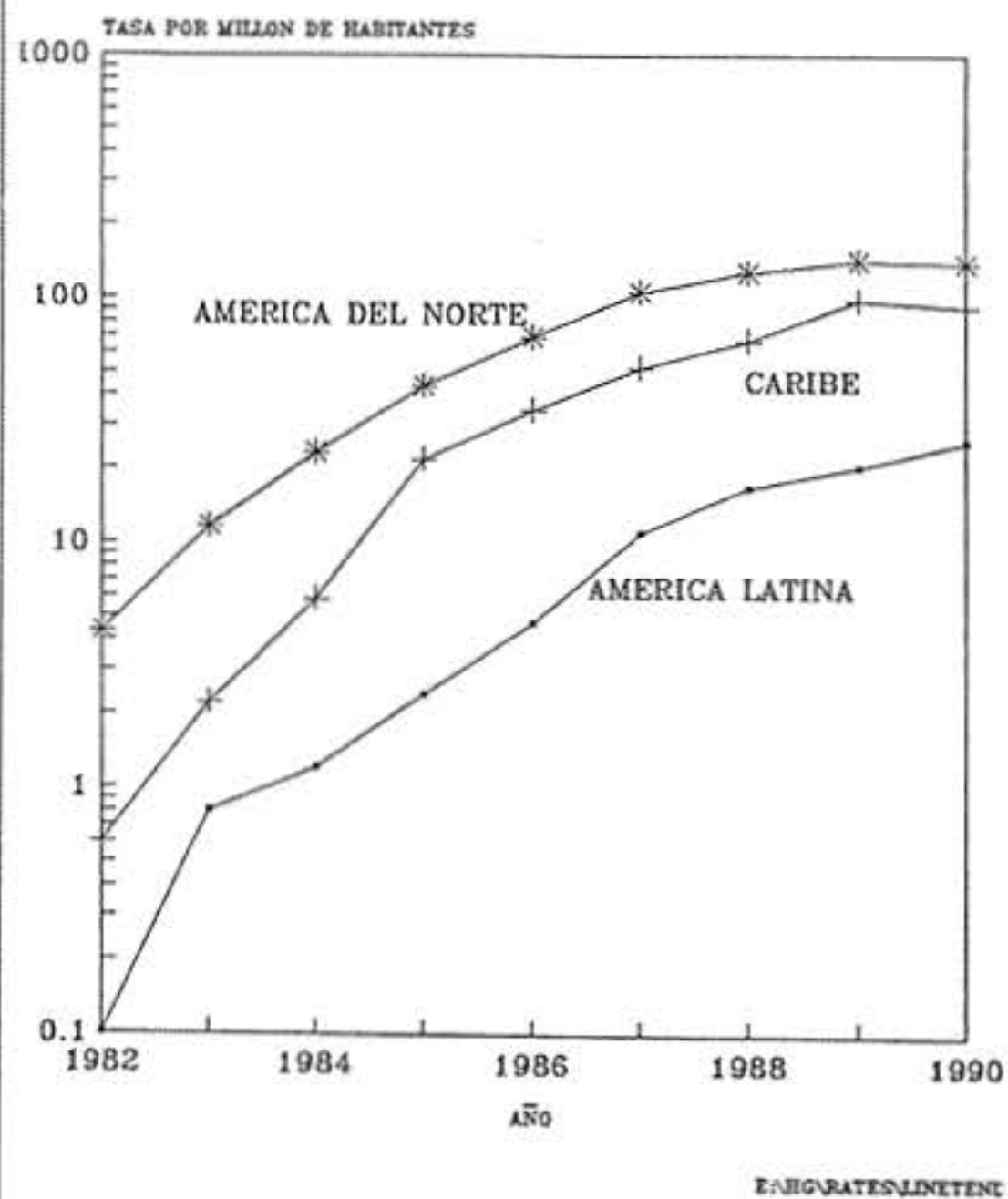
Subregión País	Hasta 1986	Número de Casos					Total(a) acumul.	Total defun- ciones	Fecha del informe más reciente
		1987	1988	1989	1990	1991			
América del Norte	41.625	28.429	34.495	39.034	38.557	22.799	204.939	131.619	
Bermuda	51	21	28	35	33	17	185	138	30/Sep/91
Canadá	1.194	883	1.017	1.129	890	1.235	5.384	3.192	30/Sep/91
Estados Unidos de América c)	40.380	27.525	33.870	37.634	37.634	22.547	199.406	128.289	31/Oct/91

a) Puede incluir casos en los que se desconoce el año de diagnóstico.  
 b) La Guayana Francesa, Guayana y Suriname se incluyen en el Caribe.  
 c) Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estado Unidos se incluyen en los Estados Unidos de América.

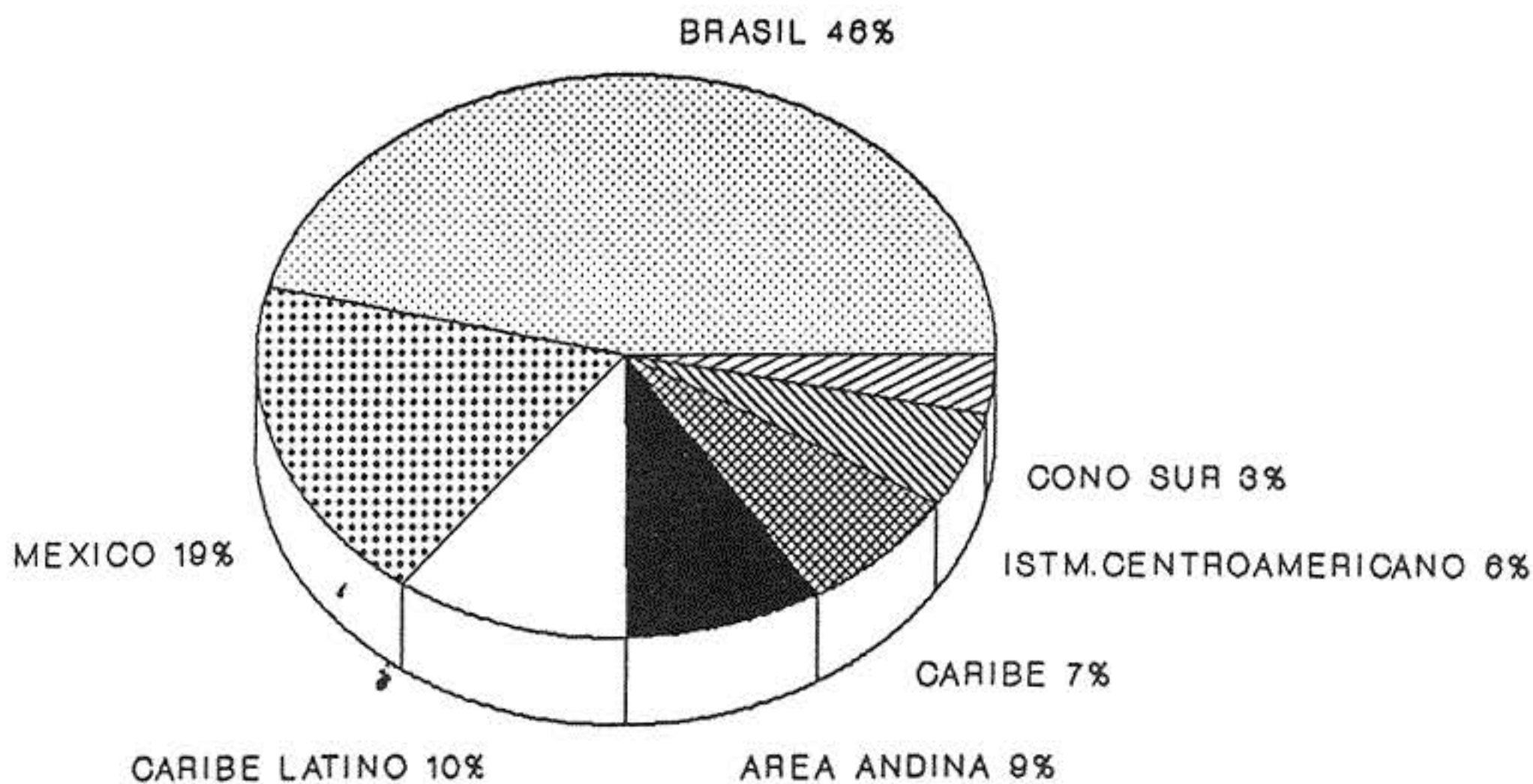
VIGILANCIA MUNDIAL DEL SIDA, POR AÑO, POR REGION DE LA OMS, 1979-1990



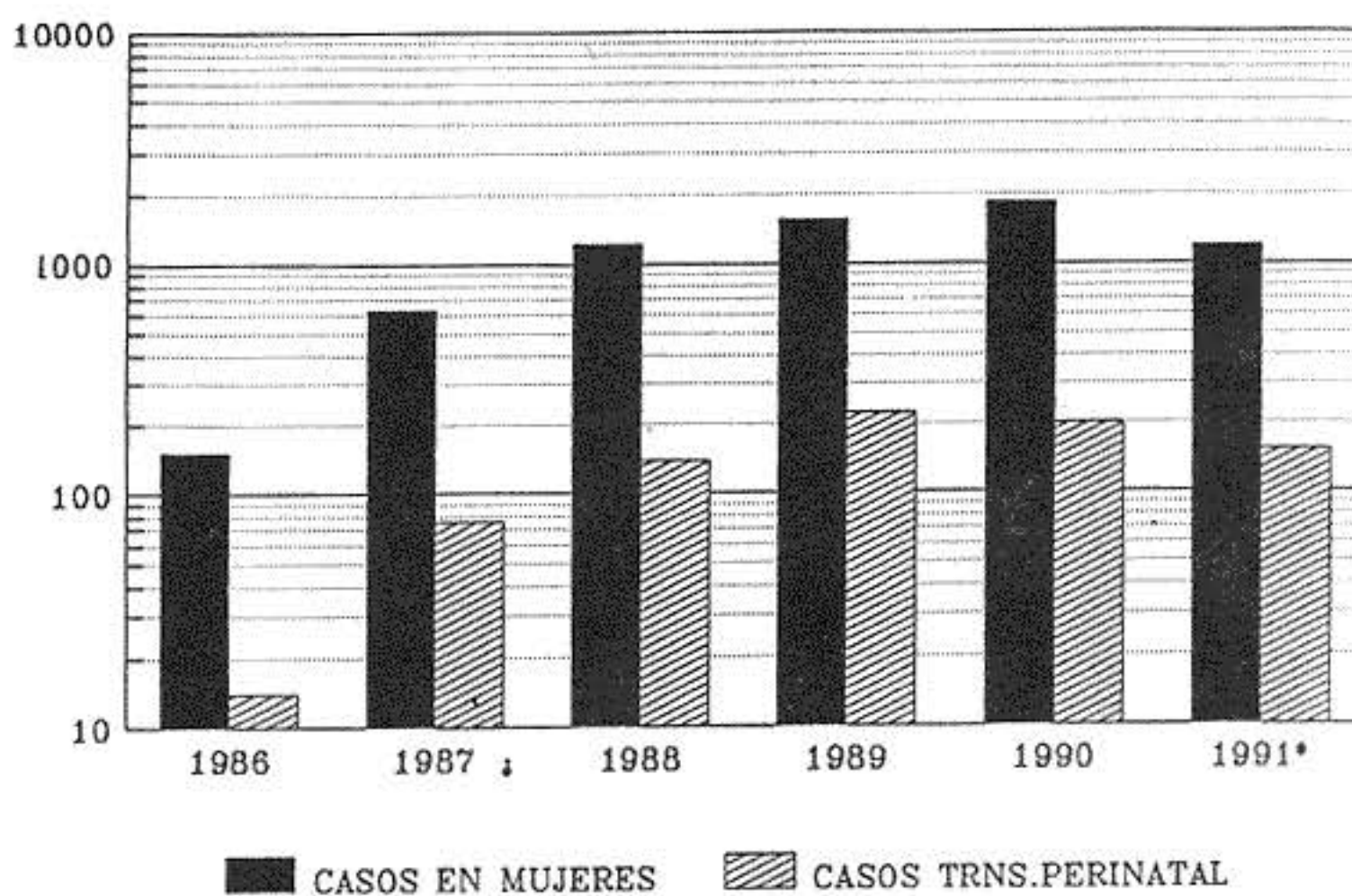
TASA DE INCIDENCIA ANUAL DE CASOS SIDA (POR MILLON), TRES SUBREGIONES PRINCIPALES, 1982-1990



**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CASOS DE SIDA POR SUBREGION, AMERICA LATINA Y EL CARIBE, ACUMULADO AL 10 DE DICIEMBRE DE 1991**



**NUMERO NOTIFICADO DE CASOS EN MUJERES Y CASOS PEDIATRICOS DEBIDO A TRANSMISION PERINATAL, AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1986-1991\***



\*INCLUYE TRES TRIMESTRES NOTIFICADOS

ENFO. CARIBE/CIAT/PS



## Está Ud. vestido adecuadamente ...?

Al momento de realizar una Intervención Quirúrgica, un exámen, atender un paciente, etc. Ud. debe usar ropa especial. Nuestra compañía es fabricante y distribidora a nivel nacional de Lencería Médica Quirúrgica como especialidad, pero además, producimos uniformes ejecutivos para personal administrativo, uniformes para obreros y personal doméstico y lencería para el Hogar.

Somos su especialista en Lencería Médica Quirúrgica reusable, por esto pregúntese:

... Realmente está Ud. vestido adecuadamente?

**VENPROTEX**  
 VENEZOLANA DE  
 PRODUCTOS TEXTILES, C.A.

**ADMINISTRACION:** Av. El Empalme con Calle Gloria, Qta. 114, Urbanización El Bosque (detrás de Fedecámaras), Caracas - Venezuela. Tlfs.: (02) 952.1638 - 952.0424 - Fax: (02) 952.1553  
**FABRICA:** Urb. Los Ruices Sur, Calle Milán, Edif. Industria 4, Piso 3, Local 3-A, Caracas - Venezuela