

1

VOLUMEN 36



ENERO

1990

centro médico

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

ISSN 1010-7290

DEPOSITO LEGAL pp 76-0323

- HUMANISMO Y MEDICINA
Dr. Eliexer R. Urdaneta Carruyo
- EVOLUCION EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER
DE LA MAMA
Dr. Armando Márquez Reverón
- ANEURISMAS COMPLICADOS DE LA AORTA
ABDOMINAL
Dr. Rubén Jaén Centeno
- MANEJO DE LAS INFECCIONES DE PARTES BLANDAS
EN EL MEDIO RURAL VENEZOLANO
Dr. Alejandro González y Cols.
- DIAGNOSTICOS EN HOSPITALIZACION (SERVICIOS
DE PEDIATRIA, HOSPITAL LUIS SALAZAR DOMINGUEZ,
GUARENAS) AÑOS 1985 - 1988
Dra. Isabel Tovar y Cols.
- LA OBSTRUCCION INTESTINAL HOY: CLINICA,
IMAGENES Y TERAPEUTICA
Dr. Rafael M. Belloso y Cols.
- RAQUIESTENOSIS LUMBAR, TRATAMIENTO
QUIRURGICO CON PRESERVACION DE LAS
APOFISIS ESPINOSA
Dr. Abraham Krivoy y Cols.
- EFECTO DE LA VITAMINA C SOBRE LA SUPER-
VIVENCIA DE RATONES EN UN MODELO DE SEPSIS
ABDOMINAL
Dr. Enrique Montbrun y Cols.
- NUEVA PERSPECTIVA EN EL TRATAMIENTO DE LAS
ENFERMEDADES INMUNO-ALERGICAS. DEXTRAN DE
BAJO PESO MOLECULAR O DEXTRAN 40
Dr. Alberto Mamán
- INDICE DEL VOLUMEN 35

SUMARIO COMPLETO EN LA PRIMERA PAGINA

MEDITRON C. A.

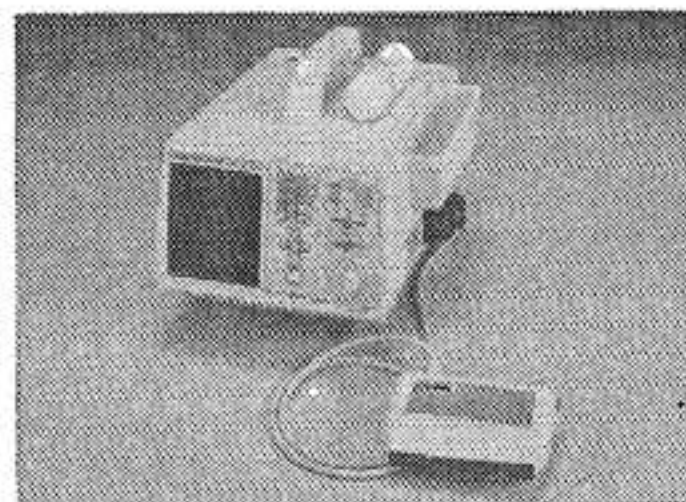
CONFIANZA EN TECNOLOGIA MEDICA

DISTRIBUIDOR DE:

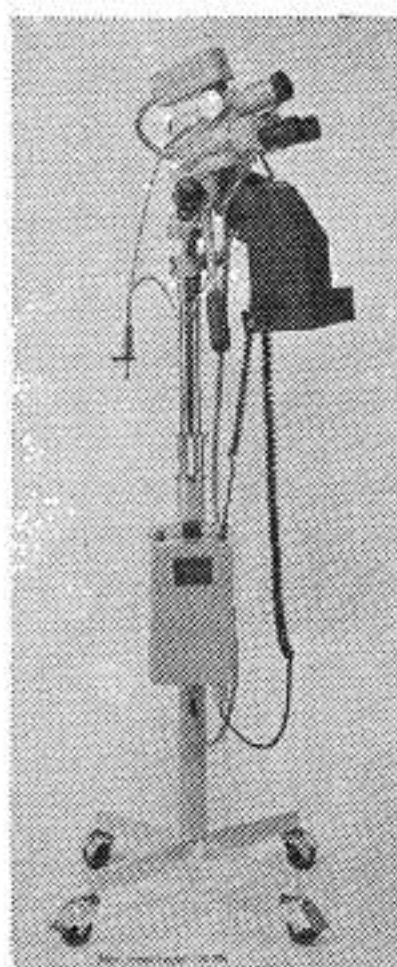
- Picker International
- Nihon Kohden
- Corometrics Medical Systems
- Xerox Medical Systems
- ATC Medical Group
- Baumer
- Grupo Villa
- Carburos Metálicos
- Meiji Seika Pharma
- DKK Dai-Ichi Shomel Co.
- Medix
- Escotek
- Vaponics
- Chest
- Parks Electronics Systems
- Kamiya Tsusan Kaisha, Ltd. KTK
- Aloka Co., LTD



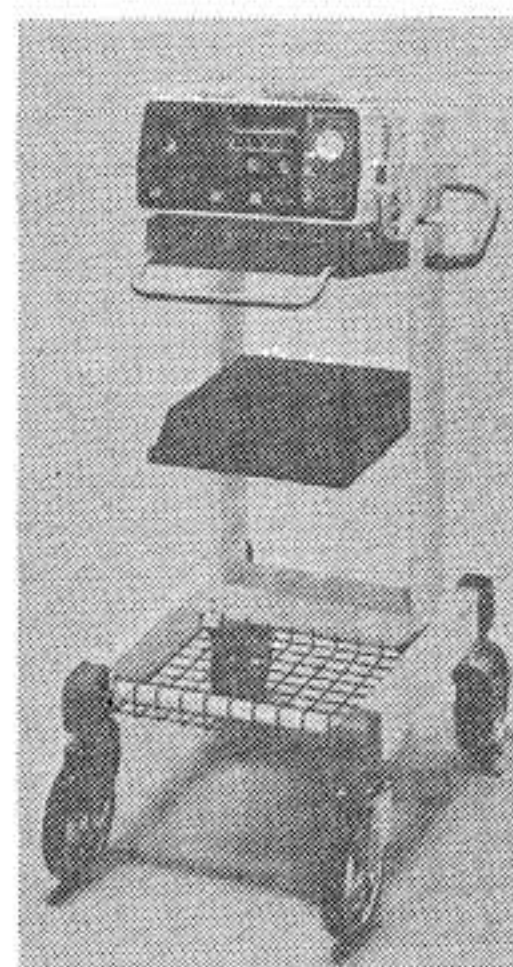
Lámparas Scialíticas
DKK Dai-Ichi Shomei Co.



Equipo de Ultrasonido - Aloka
para Ginecología, Obstetricia,
Cardiología



Colposcopios
KTK - Kamiya Tsusan Kaisha



Desfibrilador - Monitor
Registrador, Nihon Kohden

MEDITRON C. A.

Calle 10 — Edificio Meditrón — La Urbina

Teléfono: (02) 241.09.44 (Master)

Apartado Postal 51919 - Caracas 1050-A

FAX (02) 241.03.39

TELEX: 25309 MEDIT-VC



Vol. 36 No. 1

CUERPO DIRECTIVO:

Director - Editor:

Dr. Federico Fernández Palazzi

Editor Honorario:

Sr. Francisco Solé

Comité de Redacción:

Dr. Armando M. Vegas
Dr. Jorge Murillo
Dr. Itic Zigelboim
Dr. Víctor Padula
Dr. Salvador Rivas

**JUNTA DIRECTIVA
DE LA SOCIEDAD MEDICA:**

Presidente:

Dr. Armando Márquez Reverón

Vice-Presidente:

Dr. Armando Martín Vegas

Secretario:

Dr. José Plaz

Tesorero:

Dr. Luis Gonzalo Gómez V.

Vocal:

Dr. José Besso

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

Impresa en Venezuela por:
Di-Gráfica GOMEZ
Teléfono 561 6799

Caracas

VOL. 36 No. 1 — ENERO 1990

centro médico

VOL. 36 No. 1

ENERO 1990

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

Editorial

Humanismo y Medicina

Dr. Eliexer R. Urdaneta Carruyo

1

Evolución en el Tratamiento del Cáncer de la Mama

Dr. Armando Márquez Reverón

7

Aneurismas Complicados de la Aorta Abdominal

Dr. Rubén Jaén Centeno

15

**Manejo de las Infecciones de Partes Blandas,
en el Medio Rural Venezolano**

Dres. Alejandro González; Honorio Sigala;
Dra. Libia Henao

21

**Diagnósticos en Hospitalización (Servicios de
Pediatria, Hospital Luis Salazar Domínguez, Guarenas)
Años 1985 - 1988**

Dras. Isabel Tovar; Amarilys Murillo;
Dr. Antonio Patete

27

**La Obstrucción Intestinal Hoy:
Clínica, Imágenes y Terapéutica**

Dres. Rafael M. Belloso C.; Luis A. Ayala N.;
Eduardo A. Souchon V.; Marcel Belloso;
Guillermo Alonso

35

↗

Raquilestenosis Lumbar, Tratamiento Quirúrgico con Preservación de las Apofisis Espinosa Presentación Preliminar Dres. Abraham Krivoy; Jaime Krivoy; Mauricio Krivoy	43
Efecto de la Vitamina C sobre la Supervivencia de Ratones en un Modelo de Sepsis Abdominal Dres. Enrique Montbrun; Ricardo Pereiro; Rafael Antequera; Antonio Nastasi; Javier Barbeito; Luis Báez	49
Nueva Perspectiva en el Tratamiento de las Enfermedades Inmuno-Alérgicas. Dextrán de Bajo Peso Molecular o Dextrán 40 Informe Preliminar Dr. Alberto Mamán	53
Índice del Volumen 35, Nos. 1, 2 y 3	59
Noticias de Congresos y Reuniones	70

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE LA REVISTA CENTRO MEDICO

Información para los autores:

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

El propósito del Comité de Redacción consiste en publicar:

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

Instrucciones:

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

1. Artículos de fondo:

- 1.1 Se catalogarán como tales: trabajos de investigación clínica, contribuciones originales, symposia, mesas redondas, coloquios, técnicas, métodos de interés clínico etc.
- 1.2 Cada contribución no deberá excederse de 15 páginas incluyendo las referencias y el resumen. Este último debe constar de un máximo de 100 palabras incluyendo el método, resultados y conclusiones. No se aceptarán más de 6 anexos (figuras, cuadros y fotografías). Debe incluirse una traducción del resumen en inglés o francés. El trabajo debe ser desarrollado así: introducción, material y métodos, resultados, discusión y comentarios, resumen y bibliografía. Si se requieren más de 6 anexos, debe pedirse especialmente a la Dirección de la revista y el autor sufragará el aumento en el costo de la publicación, de acuerdo a las tarifas vigentes. Igual pasará si el trabajo excede de las 15 páginas en total.
- 1.3 La primera página del trabajo debe contener el título, subtítulo (si tiene), autores, cargos que desempeñan los autores, Hospital donde se realizó el trabajo y agradecimientos. Si fue presentado en algún Congreso debe decirse.
- 1.4 Las referencias deben ser citadas en el texto como números encerrados en paréntesis, en la misma línea de escritura. Al final del artículo las referencias deben ser señaladas en orden alfabético. El estilo debe ser igual al que sigue el Index Medicus incluyendo: Apellidos e iniciales de autores, título del artículo, nombre de la revista en abreviación o completo cuando pueda haber confusión, (ciudad), número del volumen, primera y última página y año. Las referencias del libro serán: autor(es), título, capítulo, editorial, lugar, año y página(s). Cada cuadro, figura y fotografía debe tener especificado al reverso: Título, nombre de autores, de anexo, leyendas y ubicación en el texto.
- 1.5 Las fotografías deberán entregarse en copia, positiva, brillante, en blanco y negro y de caracteres nítidos. Los dibujos deben ser en tinta negra sobre papel o cartulina blanca. Si se emplea ilustración de otro autor, debe consignarse el consentimiento de éste, o de la casa editorial si fuese un libro.

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

2. Revisiones Bibliográficas:

- 2.1 Se publicarán estudios críticos de experiencia o conceptos, trabajos prácticos y didácticos que sirvan de guía en la práctica clínica, particularmente en aquellos que han demostrado un gran progreso en los últimos cinco años.
- 2.2 Las revisiones deben seguir los mismos parámetros de publicación, pero no deben excederse de 8 páginas con todo su contenido. No será necesario el resumen.
3. Presentación de casos clínicos: Se publicarán únicamente casos de particular interés seguidos de una revisión corta del problema. Se dará preferencia a aquellos casos con comprobación anatomopatológica. El resumen del caso debe ser sucinto, aportando únicamente los datos positivos y negativos pertinentes. No se aceptarán más de 8 páginas incluyendo: presentación, fotografías, revisión y referencias bibliográficas.
4. Editoriales: Se aceptarán ensayos de opinión, y tópicos recientes preferiblemente relacionados con artículos originales publicados en la revista o trabajos importantes en la práctica, la ciencia y cultura de la medicina. Los editoriales serán escritos por investigadores y especialistas seleccionados por el Comité de Redacción de la revista.
5. Noticias médicas y cartas: Al final de cada número se publicarán anuncios sobre Congresos, Cursos, Simposia y otros eventos de interés general, así como cartas dirigidas al Comité de Redacción.

Manuscritos: Deben ser dirigidos al

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

Los editores no serán responsables por las opiniones individuales expresadas por los autores de los trabajos aceptados. El Comité de Redacción se reservará el derecho de seleccionar las publicaciones de acuerdo con criterios estrictamente científicos. El Comité de Redacción, si lo considerase conveniente, someterá los originales a revisión, por especialistas consultantes de nuestra revista.

La Revista "Centro Médico" está registrada en:

INDEX MEDICUS LATINOAMERICANO I M L A (Brasil)

INDICE DE REVISTAS LATINOAMERICANAS EN CIENCIAS "PERIODICA" (Méjico).

Miembro de ASEREME,

(Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas).

ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION
VENEZOLANA
DE HOSPITALES



AMERICAN
HOSPITAL
ASSOCIATION



INTERNATIONAL
HOSPITAL
FEDERATION

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA

Dr. Armando Márquez Reverón	Presidente	
Dr. Armando Martín Vegas	Vice-Presidente	Dr. Federico Fernández Palazzi,
Dr. José Plaz	Secretario	Director-Editor de la Revista
Dr. Luis Gonzalo Gómez V.	Tesorero	
Dr. José Besso	Vocal	

MIEMBROS ACTIVOS

<p>Abecasis, Dr. Nissim Abreu Urdaneta, Dr. Alejandro Acevedo, Dr. Feliciano Acquatella, Dr. Harry Acquatella, Dr. Máximo Aguero, Dr. Oscar Akermán, Dra. Margarita R. de Andrade Páez, Dr. Pedro Aranda, Dra. Kezia de Arellano Herrera, Dr. Samuel Arreaza Colizza, Dr. Néstor Arreaza, Dra. Livia Escalona de Aure, Dr. César Aure Tulene, Dra. Mercedes Arends, Dra. Anabel Arévalo Lizarraga, Dr. Gastón Alvarez, Dr. Pedro J. Añez Nava, Dr. William Ayala, Dr. Luis Arturo Bacalao Lara, Dr. Pedro Bacalao, Dra. Ela Bergher Bacalao, Dra. Cristina Fleury de Bacalao Romer, Dr. Román Banchs, Dr. Francisco Baquero A., Dr. Gustavo Barba Flores, Dr. Jorge Barriola, Dr. Jon Bastidas, Dr. Jorge Beker, Dr. Simón Berroterán García, Dra. Olga Besso, Dr. José Bilbao, Dr. Joseba Blanco León, Dr. Jorge Blanco Souchón, Dr. Carlos Bonilla, Dr. Rodrigo Brandt Pacheco, Dr. Francisco Brandt Graterol, Dr. Francisco Brito Arreaza, Dr. Víctor Brito Arreaza, Dr. Edgar Burger, Dr. Bruno Bustamante Miranda, Dr. Oscar Caballero, Dr. Fernán Calatrava, Dr. Alonso Calatrava, Dr. Fernando Capriles, Dr. Armando Cárdenas Conde, Dr. Leopoldo Carballo, Dr. Pedro Ignacio Castañón, Dr. Andrés Castillo, Dr. Rafael Castro Sánchez, Dr. César Cifuentes Spinetti, Dr. Bernardo Ciobataru, Dra. Silica Cisneros, Dr. José A. Condado Rodríguez, Dr. José Colina,, Dr. Oscar Cova Arria, Dr. Ramón Cudemus Márquez, Dr. Gastón Chwoschtschinsky, Dra. Elisa Izquierdo de Daantje, Dr. Ashley Díaz, Dra. Alice Abreu de Díaz Pántin, Dr. Carlos Díaz Pietri, Dr. Gustavo</p>	<p>Díaz Portocarrero, Dr. Jesús D'Escrivan, Dr. Julio C. Emmanuelli, Dr. Armando Erminy, Dr. Aquiles Egea Guzmán, Dr. Manuel Fantes Kerdel, Dr. Francisco Fernández Palazzi, Dr. Federico Fleury, Dr. Andrés Fleury, Dra. Mary Guzmán de Florik, Dra. María Francisco, Dr. José García Galindo, Dr. Gustavo Gil Mendoza, Dr. Armando García Maldonado, Dr. Enrique Garriga Michelena, Dr. Esteban Gascue, Dra. Ana de Godayol Rovira, Dr. Juan Goldstein, Dr. Carlos Gómez Rojas, Dr. Manuel Gómez, Dr. Luis Gonzalo González Aveledo, Dr. Luis A. González, Dra. Mireya González Berti, Dr. Marco González Serva, Dr. Aldo González Serva, Dr. Luis Gordils, Dr. Antonlo Granier, Dr. Marcel Grosman, Dr. Victor Guglielmelli, Dra. Ana de Guglielmelli, Dr. Nicola Guédez Hernández, Dr. Miguel Angel Gutiérrez Alfaro, Dr. José J. Gutiérrez, Dr. Emerson Gutiérrez, Dr. Armando Guerrero Gil, Dr. José J. Guerra Santiago, Dr. Gustavo Alejandro Guinand Baldó, Dr. Alberto Guzmán Blanco, Dr. Manuel Haiek W., Dr. Paul Hernández Olivares, Dr. R. Hernández Mantellini, Dr. Pablo Hernández Navarro, Dr. Francisco Hernández, Dra. Ilayaly Troconis de Herize, Dr. Miguel Hidalgo, Dr. Ezequiel Hidalgo, Dra. María Milagros de Hopkins Misle, Dr. Henrique Isturiz, Dr. Raúl Iturriza, Dr. Jesús E. Isaac, Dra. Ana María Ríos de Jacir S., Dr. Alfonso I. Jaén Centeno, Dr. Rubén Jaén Doreste, Dr. Domingo Jaén Urrutia, Dr. Rubén Jiménez Castillo, Dr. Carlos Kanski Rosek, Dr. Andrés Koelzow Jiménez, Dr. Adolfo Koury, Dr. Pablo Krivoy, Dr. Abraham Krulig Schatten, Dr. Leopoldo Kizer, Dr. Saúl Lairer, Dr. Andrés</p>	<p>Lairer, Dr. Félix Miguel Lander, Dr. Rafael Lara Díaz, Dr. José Lara García, Dr. Rafael Leamus, Dr. Luis Lecuna Torres, Dr. Vicente Linares Gori, Dr. Jesús López, Dr. Leopoldo E. López Nouel, Dr. Roberto Loreto González, Dr. Francisco Lovera, Dr. Ramón E. Lozano, Dr. José Ramón Machado, Dr. J. Octavio Mamán, Dr. Alberto Manzo Atencio, Dr. Augusto Márquez Berti, Dr. Enrique Márquez, Dr. David Márquez Reverón, Dr. Armando Márquez, Dr. Francisco Javier Martínez, Dr. Temístocles Martínez Herrera, Dr. Roberto Martínez Iturriza, Dr. Luis Mendoza Blanco, Dr. Milton Medina, Dra. Ivonne Pimentel de Medrano, Dr. Gustavo R. Mijares, Dr. Carlos E. Millán, Dr. Alberto Molinos, Dr. Jesús R. Montes de Oca, Dr. Israel Monserat, Dr. Raúl Montbrun, Dr. Francisco Morales Briceño, Dr. Eduardo Morales Rocha, Dr. Julián Morales, Dra. Gioconda Stopello de Morales S., Dr. Jorge Morales S., Dr. Julián Morales U. Dr. Jesús Morgado Nieves, Dr. Pedro Morao, Dra. Yudith Vivas de Mosquera, Dr. Isaac Mugarra, Dr. Xavier Murillo, Dr. Jorge Navarro, Dr. Luis Noguera, Dra. María Auxiliadora Nouel, Dr. Alfredo Núñez Febres, Dr. Diego Ochoa, Dra. Cristina Solís de Ochoa, Dr. José Ortega Sánchez, Dr. Manuel Padrón Amaré, Dr. José Alberto Padula, Dr. Víctor Padua Coronel, Dr. Arnobio París, Dr. Alberto Miguel Paz Combes, Dr. Guillermo Paz, Dr. Otto Pecirep B., Dr. Dragan Peña, Dra. María T. Hernández de Peña Guerra, Dr. Emilio R. Pérez Luciani, Dr. Vasco Pérez Monteverde, Dr. Armando Pérez Olivares, Dr. Francisco Pérez Rojas, Dr. Manuel</p>
--	---	---

Pérez Vilchez, Dr. Mario
 Petit, Dr. Guido
 Petit, Dra. Olivia Aguilar de
 Pineda G., Dr. Antonio
 Plaz, Dr. José Francisco
 Plaz, Dra. Lilian Casas de
 Plaza Salas, Dr. Rodrigo
 Potenziani, Dr. Julio César
 Potenziani, Dra. Rosella Pradella de
 Pru, Dr. César Eduardo
 Quintero Hernández, Dr. Hernán
 Quintero, Dra. María Troconis de
 Ramírez Portocarrero, Dr. Guillermo
 Ramírez, Dr. Francisco
 Requena, Dr. Alvaro
 Rivas Larralde, Dr. Eduardo
 Rivas Salazar, Dr. José Luis
 Rivas Hernández, Dr. Salvador
 Rivero G., Dr. Eduardo
 Rodríguez Armas, Dr. Otto
 Rodríguez Escovar, Dr. Rubén

Rodríguez, Dr. José María
 Rodríguez N., Dr. Carlos
 Rodríguez A., Dr. Hernán
 Rojas, Dr. Orlando
 Roth, Dr. Raymond
 Russo, Dr. Salomón
 Salas, Dr. Aquiles
 Sanabria, Dr. Tomás
 Sánchez Azopardo, Dr. José A.
 Sánchez González, Dra. Conchita
 Sánchez Pacheco, Dr., José R.
 Sánchez Quijano, Dr. Alvaro
 Sánchez Quijano, Dr. Jorge
 Sánchez Rodríguez, Dr. Luis Miguel
 Sánchez Silva, Dr. José Rafael
 Sánchez Vegas, Dr. Luis
 Sánchez, Dr. Williams
 Sarmiento, Dr. Nelson
 Scarcioffo, Dr. Pedro
 Sekler, Dra. Eva
 Sierraalta, Dr. Asdrúbal

Soffer, Dra. Mary Zaitzman de
 Sosa Tinoco, Dr. Oscar
 Soto Sánchez, Dr. Ramón F.
 Souchón, Dr. Eduardo
 Stolk Mendoza, Dr. Gustavo
 Suárez, Dr. José A.
 Súkerman W., Dr. Moisés
 Torres Castillo, Dr. Guillermo N.
 Troconis, Dr. Carlos Julio
 Troconis, Dr. Orangel
 Urosa, Dr. Claudio
 Vásquez, Dra. Alicia Sequera de
 Vegas, Dr. Armando Martín
 Velásquez, Dra. Elinka G.
 Velutini, Dr. Luis Alberto
 Villalobos N., Dr. Orlando E.
 Weffer, Dr. René
 Zighelboim, Dr. Itie
 Zubillaga, Dr. Rafael
 Zavaleta, Dr. César
 Zamacona, Dr. Mikel

MIEMBROS ASOCIADOS

Dra. Cecilia Rondón
 Dra. Julia Alvarez
 Dra. Yubelkis Tinoco
 Dra. Isabel Carlota Silva
 Dra. María Gabriela Morales
 Dra. Libertad López
 Dra. Beatriz Páez

Dra. Betzaide Pérez
 Dra. Ana Teresa Ugarte
 Dra. Dorila Rojas
 Dra. Gloria Esquivel
 Dra. Susana Vasseur
 Dra. Elizabeth Pelay
 Dr. Carlos Torrealba

Dr. Victor Veitia
 Dr. Pedro Velasco
 Dr. Ildemaro Salas
 Dr. Nelson Alcalá
 Dr. Honorio Sigala
 Dr. Alejandro González

IN MEMORIAM

Dr. Francisco Herrera Guerrero †
 Dr. Andrés Gutiérrez Solís †
 Dr. Fermín Díaz †
 Dr. Domingo Lucca Romero †
 Dr. Rafael Ernesto López †
 Dr. Pedro A. Gutiérrez Alfaro †
 Dr. Armando Castillo Plaza †(Asociado)
 Dr. H. Castillo Neuman †
 Dr. Rolando Curiel †
 Dr. Juan Pablo Parilli †
 Dr. Manuel Morillo Atencio †
 Dr. Juan Colmenares Pacheco †
 Dr. Ramón A. Mayobre †
 Dr. Jesús Miralles †
 Dr. Félix Lairé, hijo †
 Dr. Domingo Collado †

Dr. Cruz Lepage †
 Dr. Moisés Diamante †
 Dr. Francisco Baquero González †
 Dr. Luis Peña †
 Dr. Rafael Campo Moreno †
 Dr. Franz Conde Jahn †
 Dr. Germán Viana Rodríguez †
 Dr. José Domingo Leonardi †
 Dr. J. Graterol Monserrate †
 Dr. Víctor Baquero A. †
 Dra. María de los Angeles Gómez †
 Dr. Ricardo Baquero González †
 Dr. Ezequiel Trejo Padilla †
 Dr. Jerry Avella †
 Dr. Hernán Quintero Uzcátegui †
 Dr. Francisco Díaz Rodríguez †

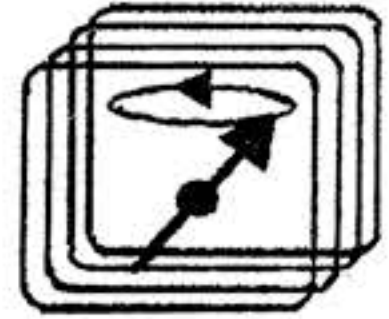
Dr. Hernán Hedderich †
 Dr. Rafael Bencosme †
 Dr. Joel Valencia Parparcén †
 Dr. Enrique Hedderich †
 Dr. Roberto Lucca Escobar †
 Dr. Eduardo Quintero Muro †
 Dr. Héctor Padula †
 Dr. Antonio Mota Salazar †
 Dr. Román Chalbaud Troconis †
 Dr. Pablo Luis Gonzalo Leonardi †
 Dr. Víctor Brito †
 Dr. Rafael Andrade Niño †
 Dr. Guillermo Tovar †
 Dr. Noe Matheus Méndez †

MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Roberto A. Hingson

Dr. Jorge Soto-Rivera

Dr. Neal Owens



La Junta Directiva
y
El Servicio de Diagnóstico por Imágenes
del
Centro Médico de Caracas

participa a la comunidad médica y al público en general
el inicio de las actividades de su servicio de

Resonancia Magnética

ubicado en la Planta Baja del Edificio Principal
funcionando de Lunes a Viernes en horario regular de 8 am. a 8 pm.
y atendiendo emergencias las 24 horas durante toda la semana

**LOS TELEFONOS PARA SOLICITAR LAS CITAS SON EL
5099-516 y 517**

El Servicio está en condiciones de practicar estudios de

- Resonancia Magnética en Cráneo, Cuello, Columna, Tórax, Corazón, Abdomen, Pelvis, Extremidades y Articulaciones.

EDITORIAL

Humanismo y Medicina

Dr. Eliexer R. Urdaneta Carruyo *

"Si hemos de seguir adelante en el camino de las conquistas, toca buscar las formas de que no nos hieran en lo más noble, de que los avances de la inteligencia no causen la devastación espiritual del médico".

Ignacio Chavez

El Hombre no ha sabido orientarse con respecto a su mundo circundante y defectuoso y vive hoy, tiempo de crisis, de conflictos y de violencias. "Tiempo nublado" refiere Octavio Paz; tiempo de plomo cargado de inquietud y grávido de incertidumbre. Y por primera vez, según Araza: "Su civilización decadente es capaz de reconocer las causas de su ocaso".

La vida, no ha sido dada como misión únicamente del hombre como individuo aislado sino también de la humanidad en su totalidad; de allí que ambos se encuentren hoy, constantemente amenazados en su existencia. El Hombre actual tiene angustia vivencial y busca seguridad en lo supérfluo, trata de olvidar en los placeres y perderse en las actividades intransigentes. Facilitado esto por lo alienado que se encuentra en su moderna sociedad, hecho que incide de manera directa y definitiva sobre su conciencia.

El Hombre de hoy necesita reconocer que si no vive de acuerdo con su llamado interior, fracasará en su vida. No podrá consumir su destino y realizarse a sí mismo, para morir finalmente en la desesperanza.

Por otro lado, ante el inmenso espectáculo, bello y trágico a la vez de la vida humana, se yergue el esfuerzo de innumerables médicos que a través de la Historia han engendrado el fascinante emporio de la Medicina contemporánea, de incalculable costo social y a la cual tiene derecho toda la Humanidad.

"Poderío y perplejidad" cita Laín-Entralgo, "La puissance et la fragilité" refiere Hambruger, son las características más resaltantes de la Medicina actual que se reflejan en esta agónica centuria, siglo de la pérdida de fe en el hombre y del ocaso de la Filosofía del progreso.

Para enfrentar el reto del mundo de hoy, se hace necesario reorientar la práctica médica y la investigación científica, teniendo siempre presente el amplio margen de adaptación del Hombre. Debemos pues, reflexionar acerca de la miseria, el dolor y la enfermedad que siempre han acompañado al Hombre en su peregrinaje histórico y que ahora la ciencia moderna ha comenzado a aliviar. Hoy, el poder de los médicos sobre la vida y la muerte, se ha vuelto tan grande que la Medicina ya no puede ser considerada ajena a la Filosofía Social.

* Individuo de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, Miembro de las Academias de Historia y Medicina del Estado Zulia.

HUMANISMO Y MEDICINA

MEDICINA Y SOCIEDAD ACTUAL. ¿PERDIDA DEL HUMANISMO EN EL MEDICO DE HOY?

Cuando en la antigua Grecia nace la Medicina Científica, refiere Samoranch: "El Heleno tuvo naturaleza de artífice, calculó la ética con la precisión de un equilibrio de tensiones entre la materia y el espíritu. No fue excesivamente espiritualista ni excesivamente materialista. Se inclinó al placer, procurando no caer en el desenfreno y la arrogancia, sin llegar al Ibris (desmesura)". "Admitió a sus dioses como una superación de lo terreno y como explicación de lo incomprendible de la vida, pero los calzó de carne sensible para no perderlos en el misticismo abstracto y para explicar en fácil analogía antropomórfica, lo que no sabía como hacerlo. Su filosofía del 'Logos' los llevó a procurar la creación de un estado de perfección de la vida del Hombre, que denominó: 'Eudemonia'".

Hace siglos que la Medicina arrastra su doble tradición helénica derivada del culto a Esculapio e Higieia: el auxilio del enfermo, como su más antigua responsabilidad y el cuidado de la salud de la comunidad. En el juramento de Hipócrates (460-377 A.C.) el médico jura: "alejar de sus enfermos todo inconveniente" y la "Filia yatribé" o amistad médica de la antigua medicina griega se transforma en "philantrophia" médica por influencia del cristianismo, pasa al renacimiento, época en la que el hombre vira sobre sí mismo y trata de volver realidad el ideal de Protágoras: "El Hombre como medida de todas las cosas", se seculariza a través de la Ilustración y se tecnifica a partir del siglo XIX, persistiendo aún hoy el ideal profundamente humano, en documentos como la Declaración de Ginebra: "Doy mi palabra de consagrar mi vida al servicio de la Humanidad" y "practicaré la medicina con dignidad y conciencia". Así pues, el ideal médico puede ser definido como el arte de aplicar la Ciencia Médica en la salud y en la enfermedad.

Los aspectos sociales de la Medicina actual han aumentado significativamente su complejidad, en forma paralela al crecimiento y evolución de la sociedad contemporánea. En el curso de la Historia, los cambios ocurridos sucesivamente apareciendo con relativa lentitud y la estructura médico-social no sufrió alteraciones de consideración. Pero hoy, el aumento en el número y efectividad en los métodos profilácticos y terapéuticos, ocasionan problemas para los cuales ni la Medicina ni la Sociedad están preparadas; ya que estos fenómenos no tienen precedentes en la Historia e inducen a la reformulación de la Filosofía Médica. Reflexión ética que no es nueva pero que en el pasado no constituyó una carga para la conciencia ya que el poder de acción del médico era limitado. Pero ahora, el médico actual ha colaborado con sus técnicas, con su superespecialización y con su ideología, al proceso de reducir las ansias de lo absoluto a un concepto trivial de felicidad, que es en el fondo, autocomplacencia enpequeñecedora.

"Crisis" denota discordancia entre el "ser" y el "deber ser". Decir que la Medicina se encuentra hoy en crisis equivale a afirmar que hay discordancia en su ejercicio, que no corresponde a lo que esencialmente "debe-ser". Este "deber-ser" o conjunto de valores normativos de nuestra profesión, entendidos no sólo como ideal ético individual si no en sus implicaciones sociales, resulta hoy difícil de realizar.

En efecto, las crisis de la Medicina actual es solo parte de una crisis mayor: la de los valores humanos. Si los valores fundamentales de nuestra profesión se desvanecen de las formas concretas en que tienen que ejercerse es porque se han tornado imposible los valores humanos básicos de los que aquellos dependen. Ausencia de valores que impiden la realización del ser humano en su plenitud.

La Institución Médica que surgió de la civilización industrial de consumo, destruyó la salud como virtud (Higieia), es decir, como tarea individual y responsable, como capacidad de disciplina y autorregulación, como madurez para aceptar

ELIEXER R. URDANETA CARRUYO

creativamente el desarrollo de la propia existencia. La disminución de responsabilidad personal y comunitaria por la salud, es disminución de autonomía y de humanidad; y si la organización médica se orienta a mantener o aumentar esta dependencia se deshumaniza. Por otro lado, a la "cosificación" de la enfermedad realizada por el positivismo biológico, con su consiguiente abstracción y despersonalización, tenemos que agregar otros parámetros culturales que han deshumanizado a la enfermedad aún más. Como afirma Borgan Suchodolski: "La deshumanización ha hecho que el Hombre en su destino, pierda el sentido de lo trágico". "El Hombre es tanto más hombre, cuando es capaz de sobrepasar con osadía sus propias realizaciones y limitaciones. La tragedia griega enseñaba que la grandeza del hombre, como su libertad, dependían de la audacia para tomar una decisión que le pareciese justa, aunque él fuese al fin aniquilado por la voluntad de otros hombres o de sus dioses. Al Hombre se le enseñaba a caminar por delante del infortunio y aceptar los golpes del destino, si era necesario y se le enseñaba en que consistía la falta trágica, el acto realizado por los hombres con pleno conocimiento del peligro que incurría..." "El concepto trágico de la falta, de la falta trágica, es por tanto inseparable de la libertad humana. Y aunque todo esto parece ser eco metafísico de tiempos pasados y tiene extraña resonancia en esta época moderna de luz y razón, poderío y encanto; el pensar en lo trágico constituye indiscutiblemente, la expresión de una profunda comprensión de la grandeza y contradicciones del hombre contemporáneo".

Hemos sustituido el sentido de lo trágico por la razón explicativa, la existencia como misión que cumplir por el proceso anónimo del progreso indefinido, el sentido del destino por la trivialidad del consumo, el deber por el confort y la fidelidad por la conducta socialmente aceptable. Pero además hemos llegado a concebir a la enfermedad como una desviación de la norma de conducta aceptable en función de la producción económica.

La cultura tradicional médica deriva su función precisamente de su capacidad de equipar al individuo para hacer al dolor tolerante, a la enfermedad comprensible y al encuentro con la muerte, a lo largo de toda la vida significativo. Pero hoy, la Medicina lo ha transformado todo y ha dejado de acompañar al hombre trágico a través de la peregrinación por las realidades exigentes de su salud y enfermedad, de su sufrimiento inexplicable y de su muerte siempre terriblemente solitaria.

La civilización médica actual está planificada y organizada para matar al dolor, eliminar la enfermedad y luchar contra la muerte. Estos nuevos objetivos nunca antes habían sido patrones de conducta para el alivio social.

La perseverancia y la paciencia, la humildad y la clemencia, el valor y la resignación, expresan cada una de ellas, una tonalidad diferente de las reacciones con las cuales se aceptaron las sensaciones, transformadas en sufrimiento y se soportaron. El amor y la compasión, la fascinación, la serenidad y la oración, fueron simplemente alguno de los medios que permitieron soportar el dolor con dignidad. Hoy la voluntad de consolar que antaño tenía el médico, es algo que no va implícito en su función actual.

Si la salud como valor es la capacidad de aceptar creativamente el desarrollo de la propia existencia, la enfermedad como valor es una misión personal que se recibe, una tarea que hay que cumplir.

En diversas culturas, la enfermedad tiene sentido como castigo de Dios o predilección divina o llamado a la expiación, como oportunidad de mérito o identificación con un redentor doliente. Aunque hoy, estos significados de la enfermedad están excluidos para muchos hombres, aún quedan otros valores que le otorgan a la enfermedad, su dignidad.

El hombre que se sabe enfermo, tiene derecho a vivir su enfermedad como una invitación a experimentar su fragilidad y vulnerabilidad esencial como ser

HUMANISMO Y MEDICINA

humano y a encontrar en esa fragilidad su solidaridad con los demás. Tiene derecho a vivir su contingencia esencial y asumir su enfermedad como un reto que hará crecer su entereza y tiene derecho a darle el sentido religioso al cual se sienta llamado. Por tanto la organización social y política de la Medicina de hoy, no debe privar al individuo de estos derechos.

Inseparable de la enfermedad es el dolor y derivado de él le viene a la profesión médica su histórica dignidad.

La actual civilización, consumista y deshumanizante, se ha propuesto acabar con el dolor, definiéndolo como síntoma de la enfermedad y no como respuesta humana en búsqueda de un significado. La sociedad actual, no ayuda al hombre a comprender su existencia y no le preocupa su carácter integral ni su particular agudeza, por las cuales se afectan el hombre en toda su dimensión. En vez de esto, aspira a suprimirlo, quitándole así el derecho que tiene cada persona de presidir su muerte y negando por tanto, el sentido esencial que tiene toda muerte humana.

La evolución de la Medicina en medio siglo ha sido, tan fecunda como revolucionaria; debiéndose el médico a un panorama biológico, extraordinariamente polimorfo, que lo amenaza con crear una medicina más deshumanizada y hasta sin médicos: la de las computadoras y de las cámaras de regulación automática.

A medida que la Medicina ha incrementado su caudal científico y el cuidado de los pacientes graves se ha mudado de la casa al hospital, la imagen pública del médico ha cambiado. Con frecuencia, hoy, se encuentra aislado en un laboratorio experimental o en un quirófano estéril, más especializado, eficiente, efectivo y remoto: es el médico científico, parte de un emporio inmenso donde trabaja coordinadamente con otros, manejando mayor información específica, lo que provoca una gran dicotomía: avance científico por una parte pero retroceso espiritual y moral por el otro.

Con frecuencia el médico joven cambia la filosofía de la medicina, siguiendo reglas que van más de acuerdo con el tiempo y las ideas que vivimos. Si la meta de muchos médicos de ayer era fundamentalmente curar a sus enfermos, hoy, a muchos les importa más saber "que tiene" y a los voraces "cuanto tiene". El afán de lucro y la riqueza desmedida jamás fueron acompañantes del médico antiguo; razón tiene el ilustre médico y pensador mexicano Ignacio Chavez cuando expresa: "El becerro de oro jamás será bienvenido a nuestro templo".

El individuo actual se encuentra representado en la sociedad a la cual pertenece y en ella debe encontrar todas las posibilidades de expresarse. Sin embargo, a partir de 1950, el hombre ha visto deteriorado significativamente su capacidad de comunicarse, de llegar a un entendimiento con los demás a través del diálogo. Según refiere Treviño: "En todo hombre interno se encuentra un hombre exterior, que le da substancia y lo connota y desde luego, en el hombre exterior se encuentra la interioridad misma del ser".

Los últimos años, han sido testigos de una flagrante y vil fragmentación del hombre, debido esto, al rápido crecimiento tecnológico y a la creciente injusticia social que han determinado la aparición de graves contradicciones en la sociedad y por ende, en el individuo. Vivimos enajenados mientras no respondamos a nuestra necesidad interior, por lo que se ha creado gran dicotomía entre el hombre interior y exterior y con ello, nuestra intimidad e individualidad se ha perdido. Esta dualidad dialéctica se establece, según Treviño, porque existe el predominio entre lo que se 'tiene sobre lo que se 'es'.

"El hombre actual, es un hombre vaciado de su propia historia, sin entrañas de pasado, carente de una intimidad suya, inexorable e inalienable, de un yo que no se puede revocar".

ELIEXER R. URDANETA CARRUYO

La alienación nos convierte en "hombre - objetos", en consumidores anónimos, y como todo es en serie, los matices y particularidades individuales se van perdiendo y el hombre masifica, se pierde en la "cosificación" y en consecuencia, pierde su esencia y su libertad quedando reducido y su existencia parece entonces tener sentido. La enajenación moderna es una fractura del hombre con sus semejantes, para asimilarse con las cosas. De allí que, el individuo se mida entonces por la posesión de cosas, por el consumo de ellas. Así aparecen las tensiones, las angustias, los temores, incertidumbres y frustraciones aparecen como síntomas de una sociedad enferma de poseer' y carente de "ser'.

Por otro lado la medicina es obra del hombre y tampoco escapa a las leyes de la época; también cosifica y masifica y el engendro de ella, es el médico actual lleno de contradicciones, incapaz de ser y realizarse a sí mismo y mucho menos de amar y reconocer al prójimo.

¿Será que la Crisis de la medicina actual es el reflejo de la sociedad actual, del hombre actual? ¿Del hombre que tiene miedo a la libertad, del hombre incapaz de comunicarse, del hombre dual, en suma, del hombre mediocre que plantea Ingenieros?

LA ESPERANZA EN EL MAÑANA

Somos herederos de un mundo que en sí lo fue todo. Durante el tiempo de convivencia entre Platón y Aristóteles, nuestra cultura vivió uno de los períodos más brillantes de la historia de la humanidad.

Por desgracia, nos desviamos del pensar de la filosofía helénica, orientada a buscar la verdad en cuyo esclarecimiento se comprendían los motivos de todo ser humano y aún del propio universo, nuestra meta futura debe ser el hombre "harmonicus", mezcla de la noble y perfecta compenetración entre el pensar y el saber humano.

El hombre es una unidad de vida y espíritu. Cultivar su espíritu es el supremo acto de la humanidad, el hecho eterno de la historia. De allí que el Humanismo sea la expresión de lo mejor del hombre en cada momento de su vida, el encuentro con su origen, condición siempre indispensable, hoy más que nunca, para proyectarle luz sobre la magna obscuridad que representa la alienación actual.

Por otra parte, "Los médicos somos el puente más anchamente tendido entre la ciencia y el humanismo" refiere Chavez. "El arte de curar se proyecta en las formas concretas de la existencia humana que son (positivamente) la salud y la vida y (negativamente) la enfermedad y la muerte. Medicina es ante todo, arte bajo cuyo concepto ha precedido y siempre precederá a la ciencia y tiene humanismo cuando aspira a ser algo más que tratar las enfermedades, dándole al hombre sentido total a su dignidad y libertad.

Estamos en el vasto umbral de la Medicina del porvenir, que estará dedicada según la Organización Mundial de la Salud, a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación del paciente inválido y prolongación de la vida, como antaño se dedicó a la curación de la enfermedad.

Si algún valor profesa la Medicina es el amor al hombre, traducido en servicio, el insigne Paracelso lo expresaba así en su tiempo: "El más hondo fundamento de la Medicina es el amor . . . si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la Medicina; si es menguado, también lo serán nuestros frutos. Pues el amor, es el que nos hace aprender el arte y fuera de él, no nacerá ningún médico". Humanismo, que siempre se ha aprendido, según Marañón: "errando por los caminos ásperos del mundo".

HUMANISMO Y MEDICINA

La Medicina debe continuar siendo un apostolado porque demanda gran vocación de servicio en el campo del dolor ajeno. El Hospital siempre debe ser templo para el dolor y la angustia y el consultorio refugio para el consuelo.

Queda por tanto a partir de ahora, mezclar la fragancia y el aroma de las fuentes del pensar y del saber, para doblegar cada una de las mil cabezas de esta moderna medusa que es la Medicina contemporánea y reestructurar la filosofía de la Medicina que le dé para siempre al hombre, su inmenso significado en toda su magna dimensión.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Araza, F.- Actualidad y Humanismo. En: El hombre, su grandeza y su tragedia. Circulo de Lectores, Barcelona, p. 113, 1969.
- 2 Chavez, I.- Discurso de contestación al de ingreso del Dr. B. Sepúlveda como Miembro del Colegio Nacional. Mem. Col. Mex. 8:187, 1975.
- 3 Cignoli, F.- La cultura del profesional es el índice seguro del valor de la profesión. Bol. Acad. Nac. Med. BsAs. 60:557-571, 1982.
- 4 Cueli, J.- Aspectos psicológicos de la relación médico-paciente. En: La relación médico-paciente. México. Instituto Syntex (Eds.) pág. 15, 1977.
- 5 Giles-Coarasa, A.- Algo sobre la evolución de la práctica médica. Gac. Méd. Mex. 116: 339-342, 1980.
- 6 González-Pedrero, E.- Salud, Sociedad y Política. En: Medicina del siglo XX. y su proyección futura. Gac. Méd. Mex. 117: 428, 1981.
- 7 Hamburger, J.- The power and the frailty. New York. Mac Millan, 1973.
- 8 Illich, I.- Némesis Médica Barcelona. Barral Editores S. A. p. 119, 1975.
- 9 Jinich, H.- Rasgos esenciales de la Medicina del siglo XX. En: Medicina del siglo XX y su proyección futura. Gac. Méd. Mex. 117: 434, 1981.
- 10 Jinich, H.- Introducción. En: Medicina del siglo XX y su proyección futura. Gac. Méd. Mex. 117: 425, 1981.
- 11 Laín-Entralgo, P.- La relación médico-paciente: Historia y teoría. Madrid, Revista de Occidente, 1964.
- 12 Laín-Entralgo, P.- Historia de la Medicina. Barcelona, Salvat 1978.
- 13 Latapí, P.- Medicina, ¿crisis profesional o crisis humana? Gac. Méd. Mex. 115:151, 1979.
- 14 Loudet, O.- Sobre la humanización y deshumanización de la Medicina. En: Filosofía y Medicina. Buenos Aires. Emecé, 1977.
- 15 Oddo, V.- Medicina y Eudemonismo del Estero. Editorial Herca, 1981.
- 16 Ortega y Gasset, J.- La rebelión de las masas. Madrid. El Arquero, p. 171, 1975.
- 17 Suchodolski, B.- Reflexiones. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Ciencias de la Educación. París 1973. Asociación Internacional para el Avance de las Ciencias de la Educación 1973.
- 18 Susser, M.- Ethical componets in the definition of health. In: J. Health Serv. 3:539 1974.
- 19 Treviño-García Manzo, N.- La relación médico-paciente. Gac. Méd. Mex. 114:235-239. 1978.
- 20 Vejar-Lacabé, C.- Tradición y modernismo en Medicina. Gac. Méd. Mex. 116: 51-52, 1980.

Evolución en el Tratamiento del Cáncer de la Mama

Dr. Armando Márquez Reverón *

Palabras Claves: Cirugía Mama. Carcinoma.
Cirugía Radical. Tratamiento Actual.

El manejo del carcinoma de la mama ha sido siempre uno de los temas más calurosamente debatidos entre los cirujanos de todos los tiempos. Tales son las pasiones ocasionadas por este tema, que hay que deducir que las raíces de las disensiones no están solamente dentro de la arena de un conflicto científico sino que están arraigadas más profundamente en nuestro subconciente.

Dos hipótesis divergentes en lo concerniente al comportamiento biológico del cáncer de la mama han polarizado la atención de los cirujanos, estas hipótesis y sus derivaciones a su vez han dejado a otros con un verdadero torbellino intelectual y han resultado en que el resto estén confusos y tengan dificultades en hacer o tomar una decisión clínica correcta.

El cirujano práctico, confrontado con un paciente con carcinoma de la mama tiene que depender tanto de los estudios retrospectivos como de los estudios prospectivos, a fin de poder individualizar su opinión sobre dicho tratamiento.

El carcinoma de la mama es una enfermedad antigua y elusiva, que ha producido muchas víctimas en todos los estratos de la vida, en prácticamente cualquier edad y desde tiempo inmemorial. Generaciones, sobre generaciones de médicos y de cirujanos han tratado de curar esta enfermedad recurriendo a cualquier tipo de régimen terapéutico considerado curativo en su tiempo.

Parecería extraño que a pesar de los grandes avances en el arte de curar, la mortalidad por cáncer no ha reflejado de manera importante el beneficio de las drogas maravillosas y de la gran mejoría en el manejo quirúrgico de los pacientes.

Sin embargo, viviendo en una edad de modernos milagros médicos podemos esperar justamente que esta enfermedad, como otras muchas siniestras enfermedades de la antigüedad, pueda eventualmente ser conquistada.

El carcinoma de la mama es conocido desde la antigüedad y evidentemente atacaba tanto al hombre como a

los animales. En las reliquias pre históricas se puede ver la enfermedad en los dinosaurios del período mesozoico así como también se puede encontrar en las momias etruscas de las pirámides y en las momias peruanas.

Ya en el papiro quirúrgico de Edwin Smith, posiblemente escrito por Mihotep, quien vivió en el siglo XIII antes de Cristo, se encuentran descritos ocho casos en los cuales se hablaba de tumores y úlceras de la mama y hay una cita: "Si Ud. examina a un hombre con un tumor de la mama y encuentra que se ha esparcido a toda ella, si coloca la mano sobre este tumor y lo encuentra frío, no habiendo fiebre, si no contiene líquido ni da salida a ninguna secreción pero, se toca la protuberancia, Ud. debe pensar que el caso al cual debe enfrentarse es un tumor de la mama. Y, los sabios Egipcios se decían honestamente que no había ningún tratamiento para esto".

Hipócrates (31), a pesar de ser un erudito y haber escrito innumerables tratados sobre medicina, se refiere relativamente poco al cáncer de la mama. Sus referencias al cáncer son escasas y en el Corpus Hipocraticum refiriéndose al cáncer oculto hace el siguiente comentario: "Es mejor omitir todo tratamiento ya que, si estos pacientes son tratados se mueren prontamente, mientras que si se quedan o se dejan solos pueden durar un tiempo prolongado.

Celso que vivió en el 1er. siglo después de Jesucristo aconsejaba contra la extirpación del pectoral mayor.

Galeno estableció el dogma de que el cáncer era un problema sistémico debido a imbalance de los humores naturales y al exceso de bilis negra (algunos piensan que era melancolía) y propuso que el tratamiento debía ser a base de dietas y aplicaciones locales, la mastectomía se reservaba sólo como castigo a aquellos acusados de desviaciones religiosas o como castigos especiales como fue el caso de Santa Agata, a quien por no rendir su virginidad le amputaron ambas mamas.

Santa Agata es en la actualidad la patrona de las enfermedades mamarias.

LE Dran (35) y Petit (44), están entre los primeros en reconocer que el carcinoma de la mama fundamentalmente se extendía a los ganglios axilares y Banks (7), a comienzos

* Cirujano del Centro Médico de Caracas.

EVOLUCIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LA MAMA

del siglo XIX hizo un intento de limpiar la axila de su contenido ganglionar.

En 1842 Sir James Syms (48) escribió: "El resultado de las operaciones por carcinoma de la mama cuando los ganglios están afectados es casi siempre poco satisfactorio, no importa lo perfecto que parezca la extirpación. La razón para esto es que los ganglios no participan en la enfermedad, a menos que el sistema esté predispuesto".

Este dictum fue ignorado por 120 años y es sólo en los últimos años cuando se le ha prestado atención de nuevo a lo expuesto por Syms.

En 1867 Charles Moore (40-1) en Londres, le dio gran importancia a la teoría del origen local y extensión de los tumores de la mama. En su libro titulado "Sobre la influencia de operaciones inadecuadas en la Teoría del Cáncer" él observaba que las recidivas después de operaciones limitadas eran generalmente cerca de la cicatriz y que su patrón de crecimiento seguía un crecimiento centrífugo a partir del punto de partida original, él concluía que el fracaso quirúrgico se debía no a un problema de diástasis, sino a la incapacidad del Cirujano a remover localmente todo el tumor y exponía tres principios quirúrgicos:

- 1) No es suficiente extirpar sólo el tumor, hay que extirpar todo el órgano
- 2) En ningún momento se debe pasar cerca o cortar sobre el tumor
- 3) Los ganglios axilares enfermos deben extirparse en la misma operación, incluyendo los linfáticos intermediarios.

Kuster (34), en Berlín en 1871, incluía también los ganglios axilares estuviesen o no invadidos palpatoriamente en la disección de la axila.

Con todos estos antecedentes y la teoría de Handley (27), que exponía que los cánceres se originaban en un foco y se extendían exclusivamente a través de los linfáticos, este crecimiento se hacía por continuidad, por permeación, en vez de por embolismo y ocurría igualmente en todas las direcciones. Los ganglios regionales que eran perfectos filtros detenían el progreso de la permeación, hasta que las células cancerosas eran capaces de crecer a través de ellos y era entonces cuando por embolismo que las células cancerosas llegarían al torrente sanguíneo de tal manera, que la diseminación hematogena ocurría sólo muy tardíamente.

Por todo lo expuesto el terreno estaba abonado para la mastectomía radical y tan era así, que prácticamente en forma simultánea Halstead (25-26), en Baltimore y Meyer (40) en Nueva York, desarrollaron la mastectomía radical. Estas operaciones diferían muy poco. Meyer resecaba el pectoral mayor en vez de dividirlo, como hacía Halstead, y vaciaba la axila antes de extirpar la mama.

En realidad la operación que se usó posteriormente, como operación de mastectomía radical de Halstead, era

más bien la técnica descrita por Meyer que la original de Halstead.

Esta teoría de la permeación linfática tuvo tanta acogida que hasta hace poco tiempo se incrementaba la amplitud de la cirugía con las mastectomías super radicales y se hacía irradiación post-operatoria a la axila, a la cadena de la mamaria interna y al lecho mamario así como a los ganglios supraclaviculares, en un intento de abarcar un campo más amplio y por lo tanto esterilizar más células neoplásicas.

Karl Popper (46), escribió: "En vez de discutir la probabilidad de la hipótesis deberíamos tratar de ver que pruebas, qué adversidades ha aguantado. Deberíamos de pesar por cuanto tiempo ha probado la capacidad de sobrevivir".

En 1880 Gross (23), publicó un tratado sobre carcinoma de la mama y presentó una serie de pacientes tratados con mastectomías simples con una sobrevida de 9% a los 10 años. Esta sobrevida era exactamente igual a la que presentaron Lewis y Rinehoff (36), cuando publicaron en 1932, los resultados obtenidos en 10 años, entre 1898 y 1932, en el John Hopkins, el resultado era sólo del 12%, muy similar al obtenido por Gross.

Para los años 1940, la operación de Halstead había sido objeto de críticas por algunos médicos y centros dedicados al tratamiento del cáncer de la mama. Unas críticas consideraban la operación poco radical como Handley (28,29,30), quien proponía la biopsia de los ganglios de la cadena mamaria interna e irradiación con tubo de radium a estos ganglios.

A él se unió un grupo de cirujanos Europeos como Bucalossi y Veronesi (10) en Italia, Dahl-Iversen (14) en Dinamarca, Urban (50) y Wangensteen (51), en U.S.A. y también el autor de este trabajo se unió por un tiempo a este criterio de super radicalidad en la creencia de que mientras más amplia la extirpación más adecuada la operación.

Este tipo de operación la practicábamos únicamente en los pacientes que tenían tumores en los cuadrantes internos o en la zona del pezón y la areola.

También para esta época aparecieron publicaciones como la de Patey y Dyson (42-1), quienes proponían una modificación de la operación de Halstead haciéndola menos agresiva, conservando el pectoral mayor y sacrificando el pectoral menor para de esta manera obtener un vaciamiento más satisfactorio de la axila.

Ya en esta publicación los autores hablan de la posibilidad de la quimioterapia cuando decían: "El desideratum principal en el tratamiento del carcinoma de la mama, así como en otras formas de carcinoma, es el descubrimiento de un agente de acción general que pueda tener acción sobre los depósitos tumorales, fuera del campo del tratamiento local".

Desde 1963 el autor de este trabajo consideró que esta operación era más que adecuada para el tratamiento

del carcinoma de la mama y la ha utilizado en todos aquellos casos de tumores en que la lesión es de mayor tamaño que el que puede considerarse adecuado para un tratamiento de menor envergadura.

Mc Whirter (39), de Edimburgo escribió en el mismo año: "Un énfasis considerable se ha hecho sobre la importancia de medir el verdadero valor de un método de tratamiento de tal manera, que si no es el adecuado, pueda ser reemplazado por uno mejor sin retardos innecesarios. Se ha expresado el punto de vista de que la publicación de casos seleccionados ha confundido mucho el hecho y ha producido una tendencia que ha hecho creer que la mastectomía radical es un método sumamente exitoso en el tratamiento del cáncer de la mama. Cuando la mastectomía radical es el único método usado y cuando se toma en consideración todos los casos que llegan a un hospital, la sobrevivencia de la mastectomía radical, difícilmente sobrepasa el 25%".

Mc Whirter presentó su método de tratamiento que consistía en una mastectomía simple, seguida de radioterapia al lecho, a la axila y a las regiones supraclaviculares y mamaria interna, obteniendo con este procedimiento una curación de 43.7%.

Pero no era Mc Whirter, el único en usar radioterapia como método de tratamiento, ya en 1917 Janeway (32), en el Memorial Hospital de Nueva York, había presentado un trabajo sobre el uso de los implantes de radium en el tratamiento del carcinoma de la mama.

Baclesse (6), en Francia, consideraba que la tumorectomía seguida de radioterapia, era un tratamiento tan efectivo como la mastectomía radical.

Pero, los primeros trabajos randomizados fueron los de Mustakallio (41) quien en Finlandia demostró que la tumorectomía más radioterapia producía los mismos resultados curativos a los 5 y 10 años, que la mastectomía radical.

Sin embargo, todos estos trabajos eran basados en sentimiento más que en verdaderos datos científicos, los datos científicos aparecen con los estudios cooperativos realizados por Fisher (17,18,19), y los experimentales de Bernard Fisher y Edwin Fisher (20), quienes demuestran que canalizando el linfático aferente de la región poplitea y el linfático eferente e inyectándole células tumorales y glóbulos rojos marcados con Cromio-191, que las células tumorales pasaban libremente a través de los ganglios, retenándose solamente el 40% de las células tumorales en cambio, se retenía el 90% de las células rojas marcadas. Este porcentaje se mantenía independientemente de la cantidad de tumor que se inyectase al conducto aferente. Además, se demostró que no todo el material se recuperaba en el contenido del conducto eferente ni tampoco se había salido a los tejidos vecinos sino que había pasado a la circulación venosa y se recuperaba en la vena femoral. Estos experimentos demuestran, que ya no se puede decir que la diseminación tumoral es hematogena o linfática y que los ganglios son una barrera efectiva al paso de las células tumorales como se había creído hasta ahora.

Si estas conclusiones animales pueden transplantarse a los humanos, la presencia o ausencia de ganglios linfáticos tendría poco valor en la determinación de la diseminación tumoral linfática y por eso De Witt (15), considera que las metástasis a los ganglios axilares son una expresión de mal pronóstico pero no el factor determinante de éste.

De estos hallazgos podríamos sacar las siguientes conclusiones:

- 1) La ausencia de ganglios positivos puede ser el resultado de una travesía rápida de las células tumorales a través del ganglio.
- 2) Las células tumorales podrían ser destruidas más rápidamente cuando van al torrente sanguíneo que cuando se quedan en los ganglios.
- 3) Aquellas células que atraviesan los ganglios pueden ser menos aptas para desarrollar metástasis y
- 4) Aquellas células que son retenidas en los ganglios, son las que tienen mayor capacidad de producir metástasis.

De cualquier manera la hipótesis alternativa de Fisher hace especial énfasis en la importancia de la diseminación hematogena de la enfermedad y llega a ir un paso más allá considerando o sugiriendo que el cáncer de la mama es una enfermedad sistémica desde su comienzo y por lo tanto, el corolario que se desprende de esta hipótesis es que las variaciones en el tratamiento locoregional van a tener muy poco impacto sobre la sobrevivencia de estos pacientes.

Park y Lees (43), consideran que el comportamiento del cáncer humano está biológicamente predeterminado desde su comienzo. Ellos sostienen que no hay evidencia alguna de que un diagnóstico precoz, el tamaño de la lesión primaria o el tipo de cirugía que se efectúe tengan ninguna influencia en el resultado final del tratamiento del cáncer. La evolución subsiguiente de la hipótesis alternativa de Fisher de los años 70, sugiere que el único impacto que podría ser hecho sobre esta enfermedad sería el advenimiento efectivo de una terapia sistémica.

Sin embargo, hay algunos datos que están en contra de este determinismo biológico y en los trabajos de Adair (1), se demuestra que a medida que aumenta el tamaño del tumor primario hay una relación inversa con el porcentaje de curación y los estudios de mamografía hechas tanto por el Swedish National Board of Health (49), y el Health Insurance Plan of Greater New York (47), demuestran que cuando los tumores son diagnosticados mamográficamente, sin tener evidencia alguna de la existencia clínica de este tumor, su porcentaje de curación es mucho más alto. Estos dos hechos demuestran evidentemente que existe una relación proporcional entre el tamaño y volumen del tumor primario y la probabilidad de aparición de metástasis a distancia y por lo tanto, que esta no es una enfermedad sistémica desde su comienzo.

EVOLUCION EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE LA MAMA

Otro problema que ha surgido en el tratamiento del cáncer de la mama data de los estudios de Crile (13) y Baum (8), quienes consideran, basados en trabajos experimentales, que la extirpación de los ganglios podría ser mas bien dañina pues alteraría la relación inmunitaria entre el paciente y su tumor. Sin embargo, si es cierto que en los estudios animales se ha encontrado que existen linfocitos transformados que son capaces de reaccionar en los ganglios cuando hay tumor presente y que, cuando el tumor es removido quirúrgicamente estas células se diseminan por todo el cuerpo pero, puede ser peligroso extrapolar de un modelo animal al humano porque para el momento en que se encuentra un tumor mamario palpable a la enfermedad es biológicamente tardía, la respuesta inmunitaria es generalizada y no limitada a los ganglios de tal manera, que la extirpación de los ganglios no acarrearía ningún problema.

El no tratar los ganglios tiene teóricamente dos desventajas: 1) deja una cantidad desconocida de masa tumoral y 2) deja un nido de posible recidivas locales. Este último punto demostró ser valedero en el estudio hecho por el Cancer Research Campaign del Reino Unido (12), en donde trataron 1243 pacientes T1 ó T2 NOMO, mediante: primero mastectomía simple más radioterapia y segundo mastectomía simple solamente.

La recidiva loco-regional fue mejorada considerablemente en los tratados, apareciendo sólo el 11% de recidivas contra los no tratados que presentaban 30% de recidivas. Sin embargo, la sobrevida fue similar: 67% en los tratados contra 65% en los no tratados.

Donegan (16), considera que es importante extirpar los ganglios axilares por varias razones:

- 1º) Porque es la forma de catalogar por estadios a los pacientes, detectando metástasis ocultas cuando ellas no son clínicamente evidentes, lo cual sirve de información pronóstica y para determinar qué paciente deberá recibir quimioterapia u hormono-terapia.
- 2º) La disección profiláctica mejora el control regional de las recidivas y las reduce del 16.4% a 1.4%. (La radioterapia fue igualmente efectiva).
- 3º) La baja frecuencia de recidivas axilares después del vaciamiento evita la necesidad de irradiación a esta zona y
- 4º) La extirpación de la metástasis no mejora el pronóstico de sobrevida, lo que hace pensar que las metástasis son un signo de enfermedad generalizada en vez de fuente de generalización.

A través de estas hipótesis podemos seguir la evolución de la cirugía de la mama siguiendo la teoría de Handley (27,28,29,30), Halstead (25,26) y Meyer (40), surgió como es lógico la mastectomía radical, la cual se continuó efectuando como el tratamiento no discutido del cáncer de la mama hasta alrededor de los años 50. A partir de esta fecha y basado como hemos dicho en los trabajos de Baclesse (6), Mc Whirther (39) y Muskallio (41,42), se comenzó a variar un poco el tratamiento re-

duciendo la agresividad de éste y surgieron entonces las operaciones como las de Patey y Dyson (42-1), en la cual ya no se hacía una extirpación de los músculos pectorales sino se preservaba el pectoral mayor evitándose así la depresión muy anti estética, producida por la extirpación de este músculo. El vaciamiento total de la axila se siguió haciendo igual que en el Halstead.

Posteriormente Auchincloss (4), en la Universidad de Columbia, demostró que el vaciamiento ganglionar axilar no era necesario llevarlo hasta el tercer nivel ya que, cuando existen ganglios positivos a este nivel, lo cual también lo había demostrado anteriormente Haagensen (24) cuando practicaba su triple biopsia como factor pronóstico, que los enfermos con tumores a esta altura se pueden considerar prácticamente incurables. Basado en este hecho Madden concibió una mastectomía aún menos radical, en la cual se preservan ambos músculos del pectoral mayor y el menor produciendo por supuesto menos deformidad de la pared y menos chance de edema de los brazos. Sin embargo, a partir de la hipótesis de Fisher (18,19,20), en los años 70, se considera que el tratamiento radical, desde el punto de vista quirúrgico, es completamente innecesario para la curación de un carcinoma de la mama y que basta con una tumorectomía amplia, donde los bordes estén libres de tumor, e irradiación de la mama y vaciamiento o no de la axila para producir los mismos resultados curativos que se obtienen con la cirugía más radical.

En contra de este tratamiento más limitado surgieron muchas especulaciones entre ellas que el porcentaje de curación no iba a ser igualmente alto que con la cirugía radical ya que, en un porcentaje elevado que llega hasta un 74% en los trabajos de Gallager (21,22), había enfermedad multicéntrica es decir, tumor diseminado en los otros cuadrantes de la mama lejanos al tumor primario.

Aparentemente estos resultados de Gallager no son exactamente correctos ya que ellos incluyen como tumor multicéntrico la hiperplasia intraductal con atipias así como, el carcinoma lobulillar in situ.

De acuerdo con B. Fisher y Edwin Fisher (17,19,20), sólo el 13.4% al 15% de las lesiones son multicéntricas y él establece un patrón de definición como sigue:

MULTICENTRICOS:

Son aquellos tumores que ocurren en todos los cuadrantes, excepto en el cuadrante en donde está situado el tumor primario.

Hay una serie de factores que aumentan la multicentricidad:

- 1) Tumores mayores de 5 cms
- 2) Los que tienen un componente intraductal
- 3) Los que tienen una configuración estrellada
- 4) Los carcinomas bilaterales.

MULTIFOCALES:

Tumor multifocal es el que crece o se encuentra en el mismo cuadrante del tumor primario. Esto puede de-

ARMANDO MARQUEZ REVERON

berse a tumor incompletamente extirpado o a verdadera multifocalidad del tumor.

Quiere decir que hay tumores mamarios que no se pueden extirpar por tumorectomías y éstos son los que recidivan localmente y es por esto que es importante la irradiación de la mama ya que este procedimiento controlaría tanto las lesiones multifocales, como las multicéntricas. Estos hechos han sido confirmados por un estudio de "National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project", que demostró un 28% de recidivas locales, en los enfermos tratados con tumorectomía y vaciamiento axilar pero sin radioterapia.

En este mismo protocolo hubo un hecho intrigante: en el grupo de casos con ganglios axilares negativos tratados por tumorectomía y vaciamiento axilar, sin radioterapia, presentaron un resultado significativamente peor de sobrevida sin metástasis (72%), que los tratados con radioterapia (82.5%).

Igualmente es muy importante la extirpación o tumorectomía ya que, los resultados obtenidos cuando sólo se hace biopsia del tumor y luego se irradia, son poco satisfactorios, así en la serie de Pierquin (45), de Creteil, de 300 casos el 28% presentó recidivas locales.

Desde los trabajos de Mustakallio (41,42), han aparecido muchos otros de tipo prospectivo con un número alto de pacientes y un tiempo prolongado de control, en los

cuales los resultados del tratamiento llamado conservador, son iguales a los obtenidos por la cirugía más radical.

Los que han publicado mayor número de casos con un control más prolongado ha sido la Escuela Francesa, así Calle (11), del Instituto Curie de París, presenta 606 casos tratados entre 1960 y 1971, con un seguimiento mínimo de 10 años.

El tipo de tratamiento varió de acuerdo al tamaño de la lesión:

- 1) Menores de 3 cms: Tumorectomía más radioterapia.
- 2) Mayores de 3 cms: Biopsia por punción seguida de radioterapia entre 5.000 y 6.000 rads.

A los tumores que no regresaron después de la irradiación, se les practicó una mastectomía y el resto recibió una dosis extra sobre la zona del tumor hasta llegar a los 8.000 rads.

De los 143 pacientes tratados con excisión más radioterapia, sólo 20 (14%) desarrollaron recidivas locales o axilares. De los 20 a 18 se les practicó cirugía de rescate y 13 (72%) estaban libre de enfermedad a los 5 años.

La escuela de Marsella: Amalric y Spitalier (2), presentan una experiencia de 20 años con excisión o sin excisión del tumor en un total de 1.440 pacientes tratados.

RESULTADOS A LOS 5 AÑOS:

No. Tratados	Perdidos	Vivos	S.E.E.	Vivos S.E.E. con sus mamas
1.400	16	947	871/60.4%	688 (47%)

Resultado a los 10 años:

320	6	187	176 55 %	125 (39%)
-----	---	-----	----------	-----------

METASTASIS A DISTANCIA A LOS 10 AÑOS:

ST ₁	=	15%
ST ₂	=	36%
ST ₃	=	62%

SOBREVIDA A LOS 10 AÑOS:

Con Cirugía de Rescate	72/104	(69%)
Sin Cirugía de Rescate	115/210	(55%)
Total	187/314	(60%)

Los fracasos locales en los enfermos con tumorectomía y radioterapia, ocurrieron en el 41% de los casos tratados después de los 5 años. La incidencia de recidivas locales tardías es importante, por lo que es indispensable el control riguroso con exámenes clínicos y mamografías por lo menos una vez al año.

La comparación entre la cirugía radical y conservadora parece demostrar que los resultados son similares.

MASTECTOMIA RADICAL CIRUGIA CONSERVADORA

	Memorial Hosp. Columbia		Curie	Marsella
T ₁ NO	76%	76%	73%	77%
T ₁ -2N ₁	44%	51%	38%	60%
T ₃ NO-1	34%	41%	30%	34%

Uno de los problemas en el tratamiento conservador es la selección de los pacientes:

- 1) Algunos autores restringen la escogencia a pacientes que tienen tumores de menos de 3 cms; otros llegan hasta 5 cms. Aparentemente los resultados son similares siempre y cuando el tumor primario pueda ser extirpado sin ocasionar problemas cosméticos.
- 2) Edad: El problema de escoger el tratamiento es difícil en:
 - a) Mujeres por debajo de 35 años de edad ya que hay preocupación por los posibles efectos tardíos de la irradiación.

EVOLUCIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LA MAMA

- b) En personas de edad avanzada, en quienes la radioterapia ambulatoria y sus secuelas pueden acarrear algunos problemas. Sin embargo, Fisher considera que el tratamiento es aplicable a cualquier paciente.
- 3) En pacientes con ciertos tipos de tumores: Carcinomas intraductales, carcinoma intraductal multifocal y tumores con pobre diferenciación nuclear. Este grupo de pacientes tiene 37% de recidivas locales, comparado con 8% en otros casos.
- Las dosis extras o booster, en la zona de tumor primario, no mejoran la situación ya que con este tratamiento se presenta un 34% de recidivas locales.
- 4) Otra área de discusión es la disección axilar y cuan extensa ha de ser ésta. Ya anteriormente hemos comentado sobre la importancia y las razones por lo cual es conveniente practicar el vaciamiento axilar.
- 5) El momento del comienzo de la quimioterapia.

Indudablemente que desde los trabajos de Bonadonna (9) y otros autores, la quimioterapia coadyuvante se ha hecho una realidad en el tratamiento del carcinoma de la mama.

Los factores pronósticos más importantes para poder predecir una metástasis son: el tamaño del tumor primario, el nivel de aparición de las metástasis axilares y el número de ganglios tomados por tumor y, la invasión linfática peritumoral aún sin invasión ganglionar y posiblemente los receptores estrogénicos.

Es evidente que los pacientes con estos parámetros positivos requerirán un tratamiento sistémico para tratar de controlar la aparición de metástasis a distancia.

Otro hecho importante del siglo XIX, es el descubrimiento de que el cáncer de la mama era hormono dependiente. En 1896 Beatson (8-1) de Escocia reporta dos casos de carcinomas avanzados de la mama en los cuales una ooforectomía bilateral había producido una regresión considerable aunque temporal del tumor. Posteriormente, Huggins y Bergenstal (31-1), en 1951 demostraron los beneficios de la adrenalectomía y Oliver Crona y Luft (37), en 1953 los de la hipofisectomía. Sin embargo, la selección de los pacientes era un proceso inexacto hasta que Jensen (33) descubrió que los tumores dependientes de estrógenos contienen una proteína específica en el citoplasma celular que selectivamente fija el Estradiol, es decir que son tumores estrógenos dependientes y que estos tumores responden a manipulaciones hormonales.

Un hecho que a mí me llama poderosamente la atención es porque si la teoría Halstediana de diseminación del tumor es obsoleta, de acuerdo a la nueva teoría de Fisher (17,18,19,20) y sus colaboradores, porque todavía siguen siendo los indicadores pronósticos más importantes aquellos relacionados con la diseminación linfática del tumor? y Porque si la enfermedad es generalizada cuando se diagnostica, no se administra quimioterapia a aquellos enfermos con tumor T1N0 y T2N0 cuando de

acuerdo con estas teorías debería darse quimioterapia a todos los casos, máxime cuando sabemos que un 16% de los T1N0 y 26% de los T2N0, desarrollaron metástasis antes de los 10 años.? No sería ideal en estos casos con pequeña carga tumoral, administrarles quimioterapia?.

Hay dos teorías para explicar la razón de la quimioterapia y el tipo de ésta que se debe utilizar:

La hipótesis de Goldie-Goldman, que postula que las mutaciones espontáneas del tumor resultan en resistencia a las drogas haciendo por lo tanto, fracasar la quimioterapia. Por ese motivo, los autores sugieren que la quimioterapia debe comenzarse precozmente y utilizar drogas que eviten la resistencia cruzada.

La hipótesis de Norton-Simon considera que la mayoría de los tumores sólidos crecen en forma gonepertziana por lo que, la rata de regresión decrece por encogimiento del tumor de tal manera, que una cura puede no alcanzarse jamás.

Las implicaciones de esta hipótesis son que el nivel necesario para obtener una regresión del tumor o una completa erradicación de éste puede no ser suficiente para eliminar la enfermedad.

Las consecuencias terapéuticas de ésta son que la terapia requerida para iniciar la regresión puede ser insuficiente para mantener la regresión del tumor y producir una curación.

Ellos proponen por lo tanto que la quimioterapia coadyuvante se haga por intensificación tardía y con drogas que no desarrollen resistencia cruzada, que haya podido ocurrir en la etapa inicial de la terapia.

Es evidente, de lo antes expuesto, que la quimioterapia coadyuvante debe iniciarse precozmente y que deberá tomarse en consideración la resistencia cruzada que puedan desarrollar las drogas.

Recientemente se ha comenzado inclusive a usar la quimioterapia neoadyuvante, en la cual se comienza el tratamiento pre-operatoriamente, en todos los enfermos con carcinoma de la mama. Personalmente, no hemos tenido ninguna experiencia con este tipo de terapia.

Como podemos ver, de toda la discusión anterior sobre el tratamiento del carcinoma de la mama, éste continúa siendo controversial y podemos aún preguntarnos si la operación de Halstead y la más conservadora de Patey, ya no juegan ningún papel en el tratamiento del carcinoma de la mama o si aún están justificadas en ciertos tipos de lesiones.

Por qué motivo son reportados en algunos trabajos de tratamientos conservadores mejores resultados que la cirugía radical. Es que en estos enfermos por un hecho misterioso, aún no explicado por los proponentes de la nueva teoría, lo que antiguamente se llamaba el genio de la enfermedad, se hace menos agresivo? o es que la menor agresión quirúrgica hace que se desarrollen nuevos factores inmunitarios que mejoren el porcentaje de curación?.

ARMANDO MARQUEZ REVERON

¿Por qué se descarta la progresión del tumor por permeación linfática y por embolia en forma tan olímpica, cuando los patólogos encuentran continuamente evidencias de uno y de otro? y, ¿por qué si la diseminación es primordialmente por vía sanguínea continúan siendo aún los mejores índices pronósticos: el tamaño del tumor, la invasión linfática y el número de ganglios positivos en la axila?

BIBLIOGRAFIA

- 1 Adair, F.; Berg, J.; Joubert, L. Robbins, G. F.- "Long term follow up of breast cancer patients a 3₀ Year report". *Cancer* 33:1145, 1974.
- 2 Amalric, R.; Santamaria, F.; Spitalier, J. M. et al.- "Curative radiotherapy for operable breast Cancer: 5 and 10 year Results". In: *Diagnosis and Treatment of Breast Cancer*. Eds. Lewison F. Montage A.C.W. William and Wilkins Baltimore, p. 185, 1987.
- 3 Andreasen, M.; Dahl-Iversen, E.; Sorensen, B.- "Glandular metastasis in carcinoma of the Breast: Results of a more radical operation". *Lancet*: 1:176-182, 1949.
- 4 Auchincloss, H.- "Significance of location and number of axillary metastasis in carcinoma of the breast: A justification for a conservative operation". *Ann. Surg.* 158:37, 1963.
- 5 Auchincloss, H.- "Modified radical mastectomy: Why not?" *Am. J. Surg.* 119:506, 1970.
- 6 Baclesse, F.; Ennuyer, A., Cheguillaume, J.- "Est-on autorise a pratiquer une tumorectomie simple suivie de radiotherapie. en case de tumeur mammaire?" *J. Radiol. Electrol.* 41:137, 1960.
- 7 Banks, W. M.- *British Medical Journal* 1:5, 1902.
- 8 Baum, M.; Coyle, P. J.- "Simple mastectomy for early breast cancer and the behavior of the untreated axillary nodes" *Bull. Cancer* 64:603-610, 1977.
- 8-1 Beatson, G. T.- "On the treatment of inoperable cases of carcinoma of the mama: Sugestions for a new treatmen with illustrative cases. *Lancet* 2:104, 1896.
- 9 Bonadonna, G.; Valagussa, P.; Rossi, A.; Veronesi, U.- "Improvement of disease free and overall survival by adjuvant CMF in operable Breast Cancer". *Proc. Am. Assoc. Cancer Res.* 19:215, 1978.
- 10 Bucalossi, P.; Veronesi, U.; Zingo, L.; et al.- "Enlarged mastectomy for breasts cancer. Review of 1.213 cases". *Am. J. Roentgen Rad. Ther. Nuc. Med.* 111: 119, 1971.
- 11 Calle, R.; Vizcog, J. R.; Pilleron, J. R. et al.- "Conservative treatment of operable breasts carcinoma by irradiation with or without limited surgery. 10 years results. In: Harris, J. R.; Hellman, S.; Sillen, W. (eds.) *Conservative Management of Breasts Cancer*. pp 3-9. Philadelphia. J. B. Lippincott, 1983.
- 12 Cancer Research Campaign Working Party: *Cancer Reaserch campagne trial for early Breast Cancer. Lancet* 2: 55-60, 1980.
- 13 Critie, G. J. R.- "A biological consideration of the treatment of Breast Cancer. FT Lauderdale, Charles A. Thomas, 1967.
- 14 Dahl-Iversen, E.- "Recherches sur la metastases microscopiques des canceres du sein dans les ganglios lymphatic paraesternaux et susclaviculaires". *Mem. Acad. de Chir.* 78: 651, 1952.
- 15 Dewitt, J. E.- "The significance of regional Lymph node metastasis in Breasts Carcinoma. *Can. Med. Assoc. J.* 93: 283, 1965.
- 16 Donegan, W. L.; Spratt, J. S.- "Cancer of the breasts". W. B. Saunders, Co. Philadelphia p. 419, 1988.
- 17 Fisher, B.; Fisher, E. R.- "Barrier of function of lymph node to tumor cell and erythrocytes in normal nodes". *Cancer* 20:1907-1911, 1967.
- 18 Fisher, B.; Gebhardt, M. C.- "The evolution of breast cancer surgery past, present and future. *Semin. Oncol.* 5:385, 1978.
- 19 Fisher, B.- "Some thoughts concerning the primary therapy of breast cancer. Recent results". *Cancer Res.* 57:150-154, 1975.
- 20 Fisher, B.; Fisher, E. R.- "Transmigration of lymf nodes by tumor cells". *Science* 152:1397-1398, 1966.
- 21 Gallager, H. S.; Martin, J. E.- "Early phases in the development of breast cancer". *Cancer* 24:1170, 1969.
- 22 Gallager, H. S.; Martin, J. E.- "The study of mammary carcinoma by mammography and whole organ sectioning. Early observations". *Cancer* 23:855, 1959.
- 23 Gross, S. W.- "A Practical Teatrise of tumors of the Mammary Gland". New York Appelton, 1880.
- 24 Haegensen, C. D.; Stour, A. P.- "Carcinoma of the Breast: Criteria of operability". *Ann. Surg.* 118:859-870 y 1032-1051, 1943.
- 25 Halstead, W. S.- "The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at the John Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894. *John Hopkins Hospital Reports* 4: 497, 1894-1895.
- 26 Halstead, W. S.- *John Hopkins Hospital Reports* 28:557, 1898.
- 27 Handley, R. S.- "Cancer of the breast and its treatment". 2nd. Edition. London John Murray p 256, 1922.
- 28 Handley, R. S.- "Observation on the Internal Mammary lymph chain in carcinoma of the breast". *Proc. R. Soc. Med.* 45:565, 1952.
- 29 Handley, R. S.; Thackray, A. C.- "Invasión of the internal mammary lymph glands in carcinoma of the breast. *Bri. J. Cancer* 1:15-20, 1947.
- 30 Handley, R. S.; Thackray, A. C.- "Conservative radical mastectomy (Patey's operation)". *Ann. Surg.* 170:880-885, 1969.
- 31 Hippocrates:- Works edited by Jones W. H. S. and With-hintong E. T. 4 Vols. New York: Putnam 1923-31.
- 31-1 Huggins, C.; Bergenstal, D. M.- "Inhibition of human mammary and Prostatic cancer by Adrenalectomy. *Cancer Res.* 12:134, 1952.
- 32 Janeway, H. H.- "Radium therapy in cancer at Memorial Hospital New York". *Hober* 184-190, 1917.
- 33 Jensen, E. V.; Desombre, E. R.; Jungblut, P. W.- "Estrogen receptors in hormone responsive tissue and tumors". In: Wisler R. W.; Dao, T. L. and Wood, S. (Eds.) *Endogenous factors influencing host tumor balance*. Chicago University of Chicago Press p 15, 1967.
- 34 Kuster, E.- *Behandlong des Brustknebses. Arch. Clin. Chir.* 29:723-729, 1883.
- 35 Le Dran, H. F.- "Memoire avec un precis de pleusiers observations sur le cancer". *Mem. de L'Acad. Roy. de Chir.* 3: 1-56, 1757.
- 36 Lewis D., Rinehoff.- *Ann. of Surg.* 95:336, 1932.
- 37 Luft, R.; Olivercrona, H.; Ikkos, D. et al.- "Hypophysectomy in the management of metastatic cancer of the breast". In: Currie, A. (Ed.) *Endocrine Aspects of Breast Cancer*. pp 27-35. Edimburg Livingstone 1958.

EVOLUCION EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE LA MAMA

- 38 Margottini, M.; Jacobellig, C.- "The end results of enlarged radical mastectomy". *Acta Unio. Int. Contra. Cancrum.* 19: 1555-1559, 1963.
- 39 Mc. Whirter, R.- "Treatment of cancer of the breast by simple mastectomy and Roentgen therapy". *Arch. Surg.* 59: 830-842, 1949.
- 40 Meyer, W.- "An improved method of the radical operation for carcinoma of the breast". *Med. Rec.* 46:746, 1894.
- 40-1 Moore, C. H.- "On the influence of inadequate operations on the teory of cancer". *Med. Chir. Trans.* 32:245-, 1867.
- 41 Mustakallio, S.- "The treatment of breast Cancer by tumor extirpation and roentgen therapy instead of radical operation. *J. Fac. Radiol.* 6:23-26, 1954.
- 42 Mustakallio, S.- "Conservative treatment of breast carcinoma. Review of 25 years follow-up. *Clin. Radiol.* 23:110, 1972.
- 42-1 Patey, D. M.; Dyson, W. H.- "The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed". *Br. J. Cancer* 2:7, 1948.
- 43 Park, W. N.; Lees, J. C.- "The Absolute curability of cancer of the breast". *Surg. Gynecol. Obts.* 93:129-135, 1951.
- 44 Petit, J. L.- "Traite des maladies Chirurgicales". Paris: T.P. Didot Jeune, 1774.
- 45 Pierquin, B.; Otnezguine,; Lobo, R. A.- "Conservative management of Breast Carcinoma. The Creteil experience. *Acta Radiologica* 22: 101-107, 1983.
- 46 Popper, K. R.- "The logic of scientific discovery". London Hutchinson, 1959.
- 47 Shapiro, S.; Venet, W.; Strax, P.; Venet, Ll.; Roesner, R.- "Selection, follow-up, and analysis in the Healt Insurance plan study: a radomized trail with breats cancer screening". *Natl. Cancer Inst. Monogr.* 67:65-74, 1985.
- 48 Syme, Sir J.- "Principles of Surgery". 1842.
- 49 Tabar L., Gada.- "Screening for breast cancer: The Swedish Trial". *Radiology* 138:219-222, 1981.
- 50 Urban, J. A.; Baker, H. W.- "Radical mastectomy in continuity with en block resection of the internal mammary lymph chain". *Cancer* 5:992-1008, 1952.
- 51 Wangenstein, O. H.- "Carcinoma of the breast". *Ann. Surg.* 132: 833-843, 1950.

Aneurismas Complicados de la Aorta Abdominal

Dr. Rubén Jaén Centeno *

RESUMEN

Después de una introducción histórica se expone la experiencia personal sobre aneurismas complicados de aorta abdominal, con mención de etiología, sintomatología y tratamiento.

ABSTRACT

After an historical introduction a review is made of personal experience on complicated abdominal aortic aneurysms, mentioning ethiology, symptoms and treatment.

Palabras Claves: Cirugía Abdomen. Aneurismas. Aorta.

Los aneurismas de la aorta abdominal (A.A.A.) han sido motivo de la atención médica desde los tiempos más remotos, debido a la facilidad de su diagnóstico y a sus gravísimas complicaciones, muy evidentes y aparatosas aun para el observador más desprevenido. En los tiempos actuales, a pesar de los enormes avances de los Rayos X y de la electrónica, un porcentaje abrumador de las ectasias de este tipo son descubiertas por la simple palpación del abdomen.

El primer intento para salvar una vida, puesta en peligro por una ruptura de la aorta abdominal, fue hecho por Murray, en Cape Town, Sur Africa, en 1834. Este cirujano abordó la lesión por vía retroperitoneal y ligó la aorta "bajo sopor producido con brandy con agua". Por supuesto, la muerte sobrevino a las 23 horas de la intervención.

La primera operación exitosa para reseca un aneurisma de la aorta abdominal fue realizada por el cirujano francés Charles Dubost, en 1952 (4), quien reemplazó la aorta y ambas ilíacas con un injerto homólogo. Este gran paso había sido precedido por el restablecimiento de la circulación, en un caso de trombosis de la aorta y ambas ilíacas, condición que fue tratada exitosamente, también, con la implantación de un injerto homólogo por el cirujano Jacques Oudot en 1951.

* Profesor Titular de la Cátedra de Cirugía Cardiovascular U. C.V., Jefe de Cirugía Cardiovascular. Dpto. de Enfermedades Cardiovasculares M.S.A.S.

En Venezuela, desde el principio de la década de los 50 se hicieron varios intentos para el tratamiento de las trombosis y aneurismas de la aorta abdominal, pero sin resultados positivos. En el mes de Septiembre de 1958, fui llamado, con urgencia, a la Clínica Razetti, de Caracas, donde un enfermo agonizaba por una ruptura de la aorta abdominal. Este paciente había sido sometido a una laparotomía exploradora por los Dres. E. Carbonell y H. Quintero U., y se había encontrado un gran hematoma retroperitoneal. Estos eminentes cirujanos conocían de nuestros trabajos experimentales y me llamaron en consulta. De inmediato se procedió a la extirpación de la ectasia y a implantar una prótesis de dacrón bifurcada aorto-ilíaca, bilateral. La evolución fue tormentosa, pero el paciente G.M. sobrevivió por 20 años. Este fue el primer caso de esta naturaleza, tratado con éxito en Iberoamérica. (5).

Desde entonces, este tipo de cirugía ha tenido enormes progresos y su uso se ha extendido a diversas regiones del país. La mortalidad en los casos crónicos está en límites muy tolerables, un 4% (8) y se ha logrado disminuir el índice de decesos luego de las fisuras, gracias a un diagnóstico precoz y a los mejores recursos de la terapia intensiva.

ETIOLOGIA

Las causas de la formación de ectasias de la aorta abdominal, según Rob (1954), son:

1. Anomalías congénitas
2. Trauma
3. Aterosclerosis y degeneración arterial
4. Necrosis medio cística y condiciones afines
5. Sífilis
6. Aneurisma "micóticos" (infecciosos)
7. Poliarteritis nudosa y enfermedades afines
8. Dilataciones post estenóticas.

En este trabajo nos ocuparemos exclusivamente de las aneurismas arterioscleróticas de la aorta abdominal y en especial de su ruptura. Es indudable que pueden existir ectasias de este tipo, de origen sífilítico, pero de una gran rareza.

ANEURISMAS COMPLICADOS DE LA AORTA ABDOMINAL

Los A.A.A. tienen tendencia a adoptar una forma sacular, se presentan en enfermos mayores de 50 años y hay una predominancia de diez a uno del sexo masculino con respecto al femenino. La primera manifestación es la destrucción, por degeneración arteriosclerótica, de la capa media y de las fibras elásticas. Una vez ocurrido este hecho, comienza la debilidad de la pared y la formación de la ectasia, cuyo tamaño puede llegar a grandes proporciones, en algunos años.

Es de destacar que el término de "aneurisma micótico" induce a confusión, porque se trata de una lesión infecciosa, con causas diversas. La endocarditis tiene un papel importante en la producción de esta complicación y modernamente, con las canulaciones para la circulación extracorpórea y otras maniobras sobre la aorta, ha aumentado la incidencia de la misma. Por otra parte, se ha dado importancia a otra variedad, que se puede confundir con un cuadro de ruptura aneurismática y que se conoce con el nombre de aneurisma inflamatorio, sobre la cual hablaremos más adelante.

SINTOMATOLOGIA

El síntoma más notorio de un A.A.A. es un tumor pulsátil, central, abdominal, cuya presencia es, a veces, notada por el propio enfermo. Sin embargo, hay que hacer notar que existen desviaciones y elongaciones de la aorta (dolicoarteria) que simulan ectasias y también, la hiper pulsatilidad del vaso en personas delgadas e hipertensas, puede conducir a un error de diagnóstico. En general, salvo en los casos con crecimiento exagerado, que puede ser la causa de compresión visceral, estos tumores vasculares son asintomáticos.

Como todos sabemos, con la edad, hay una deformación de las paredes arteriales, con engrosamiento, calcificación, etc. que no pueden ser considerados patológicos, a menos que haya una obstrucción o una dilatación notoria. Con los métodos modernos como la ecocardiografía Doppler y la tomografía computada, estas deformidades son fácilmente visibles y conducen a errores. Como especialistas, vemos a un número cada vez mayor de personas que son referidas con urgencia, por este tipo de lesiones, que son "normales" en un porcentaje abrumador de ancianos. Tal como dijimos antes, la palpación abdominal es una maniobra de gran ayuda, así como también la exploración radiográfica simple del abdomen, con incidencias de frente y de perfil, que nos mostrará las calcificaciones de la pared y las verdaderas dimensiones del saco aneurismático.

La angiografía tiene un valor muy relativo, porque la ectasia está siempre llena de trombos organizados que permiten el paso de la sangre y así se da origen a una falsa luz. Si confiamos en esta información tendremos una idea incorrecta del verdadero tamaño del aneurisma. Por otra parte, en nuestros trabajos de investigación hemos observado que existen lesiones concomitantes de las arterias coronarias en más del 70% de los enfermos con lesiones vasculares periféricas y por eso creemos que

una angiografía coronaria tiene indicación en estos casos porque nos puede dar idea del pronóstico. Estos resultados son similares a los encontrados en numerosos estudios efectuados en el extranjero (10).

ANEURISMAS ROTOS DE LA AORTA ABDOMINAL

Si recordamos que la aorta está en situación retroperitoneal nos será fácil deducir que la ruptura vascular rara vez ocasiona una hemorragia cataclísmica. Generalmente hay una fisura por la parte posterior de la ectasia y el hematoma puede crecer lentamente con disección de los planos musculares. Recuerdo que, uno de nuestros primeros casos estuvo internado durante veintiocho días en un instituto hospitalario bajo tratamiento por un "síndrome anémico". Finalmente en este enfermo, como en tantos otros, sobrevino la ruptura franca y con ella una hemorragia que infiltró el meso colon, mesenterio, músculos psoas, etc.

En los casos de diagnóstico tardío el enfermo manifiesta un dolor sordo con irradiación a la espalda, hay una anemia que se hace cada vez más severa y los facultativos muchas veces piensan en afecciones de la columna vertebral o del área renal. Finalmente sobreviene la hemorragia masiva, el shock y otras complicaciones, como la insuficiencia renal aguda, que hacen que el pronóstico sea muy sombrío.

Siempre he dicho que la primera condición para diagnosticar la ruptura de un aneurisma, es que se piense en la posibilidad de su existencia. No han sido pocos los casos de consultas urgentes, a veces hasta por teléfono y no he vacilado en aconsejar una laparotomía como primer paso. Demás está decir, que, una vez que ha tenido lugar el accidente hemorrágico, el tiempo es un factor de primera importancia, tanto para detener el sangramiento, como para evitar las casi siempre letales complicaciones.

El examen nos mostrará un enfermo pálido, ansioso, consciente, distendido, con gran dolor lumbar y que bruscamente cae en shock. Muchas veces, la distensión del abdomen y la presencia de gran cantidad de líquido, hacen imposible la palpación que pueda identificar el tumor y se debe tomar una decisión rápida, sin recurrir a otros exámenes complementarios, como los ya mencionados (ecografía o tomografía computada) que pueden hacer que se pierda un tiempo precioso. Aunque el enfermo se encuentre en estado de muerte aparente, si existe la menor actividad cardíaca, se debe proceder a la laparotomía, muchas veces sin haber preparado correctamente la pared y con la mayor premura. Lo importante es detener la hemorragia y restablecer la volemia; después se tomarán las precauciones posibles.

TECNICA QUIRURGICA

La laparotomía deberá ser extensa, supra e infra umbilical. Si se encuentra un gran hematoma que obscurece la visión e impide la identificación de las estructuras, se puede resear el apéndice xifoides para obtener un campo más amplio y si aún así no podemos obtener seguridad

en las maniobras, es aconsejable practicar una toracotomía izquierda, a nivel del octavo espacio intercostal, con el fin de poder pinzar la aorta descendente.

Se han descrito varias maniobras para detener la hemorragia y restablecer la volemia. La compresión digital de la aorta, ya sea por encima o por debajo del diafragma, es de gran utilidad y el operador puede sentir las variaciones de la presión arterial, a medida que se transfunden varios litros de sangre. Cuando esa presión alcance cifras de 100 mm de Hg., el cirujano deberá tomar una decisión sobre la mejor forma para controlar la situación.

Si el campo está totalmente oscurecido por el hematoma, se mantendrá la presión sobre la aorta y se diseccionará, a través de la toracotomía, la a. descendente, que luego se cerrará con una pinza de ramas anchas, tipo De Bakey (un instrumento de ramas delgadas puede provocar la ruptura del vaso). Establecida la hemostasia se procederá a la extracción de sangre y coágulos, hasta identificar a la aorta, por debajo de las arterias renales. Debe tenerse especial cuidado con la vena renal izquierda que, en un 90% de los casos, cruza por delante de la aorta. En estos momentos, es obvio que habrá una gran pérdida de sangre, que se reemplazará con transfusiones provenientes del banco o bien con la ayuda de las modernas máquinas de autotransfusión, de gran utilidad, pero que, por desgracia, sólo las tienen los centros especializados.

Si el operador tiene cierta experiencia podrá diseccionar en forma digital, la aorta por debajo del diafragma y colocar sobre ella, a ciegas, una pinza. Esta maniobra puede ser o no precedida por el pinzamiento de la a. descendente, según las condiciones del caso, pero debe evitarse mantener una anoxia renal por un tiempo mayor de 30 minutos porque este hecho podría conducir a la insuficiencia renal aguda, siempre de tratamiento difícil y de mortalidad elevada.

En ciertos enfermos, la aorta proximal se encuentra en pésimas condiciones, desgarrada y a la que no es posible pinzar sin hacer una disección minuciosa. Si esta es la situación se puede introducir en el vaso una sonda de Fogarty, de balón grande (20 cms³ de capacidad) o una de Foley. Al inflar el balón hasta el máximo, la hemorragia podrá ser cohibida y se podrá trabajar en el segmento que deberá ser preparado para la anastomosis.

Una vez lograda la estabilización de las condiciones vitales, se podrán diseccionar ambas arterias ilíacas primitivas y hacer una evaluación de su condición. Si se encuentran lesionadas, con numerosas placas de ateroma y calcificaciones, es mejor proceder a ligarlas e ir hacia la disección de ambas arterias femorales comunes, a nivel del tercio superior del muslo. Durante ese proceso, el anestesiólogo continuará con el tratamiento de la hipovolemia, usará drogas hipertensoras; si es necesario, administrará solución de Manitol al 18% para prevenir la insuficiencia renal aguda, y de bicarbonato de sodio para compensar la acidosis metabólica.

La escogencia de la prótesis es importante. En general se recomienda la fabricada en forma de tejido apretado (tipo "woven") para impedir que haya salida de sangre a través de la tela. Existen prótesis que vienen preparadas por medio de la impregnación con una gelatina especial, pero si no se dispone de ellas, se impone una precoagulación que tendrá más efecto si la prótesis, ya embebida de sangre, se coloca en el autoclave por unos 10 minutos a 120C°. Se apreciará un cambio de color y un olor característico, pero no habrá filtración sanguínea.

La anastomosis proximal, término terminal, se hará con sutura continua. No es necesario liberar totalmente la pared posterior de la ectasia y los puntos, efectuados con sutura 2-0 ó 3-0 de material plástico, deben ser profundos y colocados en los sectores que se consideren más fuertes en la pared. Es de notar que el aspecto de dicha pared es, a veces, francamente desalentador, pero en nuestra experiencia, siempre ha sido posible la sutura. Una vez finalizada ésta, se hará una prueba de permeabilidad y se tomarán todas las precauciones para lograr que sea hermética, sobre todo en el sector posterior. A continuación se anastomosarán las ramas correspondientes a las arterias ilíacas, si la condición de las mismas lo permite, con sutura 4-0 o bien se deben crear los túneles adecuados, en la zona retroperitoneal, para llevar las ramas de la prótesis hasta las arterias femorales comunes. Por supuesto, se hace primero la unión, en forma término lateral, a la femoral común de un lado, se coloca una pinza en la rama no anastomosada y se deja pasar la sangre hacia dicha femoral, retirando lentamente la pinza de la aorta para evitar bruscas caídas de la tensión arterial. En ese momento debe haber un acuerdo total entre el cirujano y el anestesiólogo porque, de otra forma, se correría el riesgo de deteriorar aun más las ya precarias condiciones vitales del enfermo. Terminadas estas maniobras, se pasa la otra rama por el túnel y se efectúa la anastomosis término-lateral a la a. femoral común.

Es importante la colocación de antibióticos de amplio espectro sobre las zonas anastomóticas y se impone la protección con el epiplón mayor de la unión proximal de la aorta con el plástico. Esta maniobra puede evitar la formación de fístulas aortoentéricas, una de las más terribles complicaciones tardías de esta cirugía. Antes de cerrar el retroperitoneo y las heridas en los muslos, debe verificarse la presencia de pulsos proximales y distales. Bajo ninguna circunstancia el enfermo debe abandonar el quirófano cuando exista una duda razonable sobre la permeabilidad de la prótesis. El paciente debe pasar en terapia intensiva un período aproximado de 72 horas, de acuerdo con su evolución. En caso necesario se aplicarán las medidas habituales de asistencia respiratoria, diálisis, etc.

RESULTADOS

Hasta hace unos 15 años, la mortalidad por ruptura de los A.A.A. era superior al 60%. Por fortuna, todos los trabajos recientes coinciden en afirmar que esta situación ha cambiado en forma notable. Por ejemplo, el Dr. G. M.

ANEURISMAS COMPLICADOS DE LA AORTA ABDOMINAL

Biasi, del Hospital General de Milán, Italia, informa una mortalidad de 48% en el tratamiento de 306 A. rotos, pero en los últimos dos años, se ha logrado bajar esa rata a un estimulante 1.8%. El Dr. B. Paetz, del Hospital General de Heidelberg, Alemania, acusa inicialmente la misma mortalidad (48%), hasta 1983, pero en esa institución, se ha llegado a disminuirla, a partir de esa fecha y hasta 1988, a un 15%.

En general, la hipotensión severa pre-operatoria, la edad avanzada, la diabetes, unidas a otros factores conocidos de riesgo y a la gran pérdida de sangre en el transoperatorio, son factores que aumentan la mortalidad. Plecha (9) hace una comparación de la mortalidad de acuerdo con la edad. En los enfermos menores de 75 años, la rata de decesos es de 44.2% pero, en los mayores de 80 años, la cifra llega hasta un 60%. En total, en 42 casos, entre 75 y 94 años, la mortalidad fue de un 57% promedio. En cambio, en los pacientes de menor edad, el éxito puede ser logrado en un 93% de los casos (8).

Un factor no despreciable, en nuestro país, es la falta de personal de amplia experiencia para cubrir las guardias en los hospitales del Estado. En los casos de A. A.A. rotos, como en tantos otros de patología complicada, la atención directa está en manos de personal en formación, circunstancia que, sin duda, es de gran importancia en el aumento de la mortalidad y morbilidad. Este es un problema complejo, de difícil solución inmediata y que exigiría, para su solución, un cambio radical de las condiciones de trabajo en los hospitales públicos.

COMPLICACIONES

Como en toda cirugía arterial reconstructiva, el enfermo debe permanecer bajo vigilancia constante de sus cirujanos durante las primeras setenta y dos horas. Aunque es cierto que los especialistas de terapia intensiva pueden tratar al paciente, en forma general, no lo es menos que una hemorragia o trombosis debe ser diagnosticada y tratada, por el cirujano, en forma inmediata. En nuestra experiencia, la hemorragia por las suturas ha sido inexistente, pero no así la obstrucción de la prótesis, que hemos observado en un 5% de los casos. Una reintervención urgente y una evaluación de las condiciones, tanto de las anastomosis, como de las arterias periféricas, conducen a un éxito seguro. De otra manera se producirá una condición desastrosa que llevará a la amputación o a la muerte.

La distensión abdominal debe ser evitada con la aplicación juiciosa de la succión gástrica y la emisión de orina debe ser controlada minuciosamente para hacer un diagnóstico precoz de cualquier problema renal. En caso necesario, se impondrá la diálisis, ya sea por circuito venoarterial o más raramente por el método intraperitoneal, muy riesgoso, por el peligro de infección.

Las complicaciones infecciosas deben ser evitadas y los antibióticos deberán ser administrados en el pre, trans y post operatorio, según normas ya establecidas. En lo posible debe usarse material descartable

(campos y batas). No es necesario insistir en las consecuencias nefastas de la infección de las prótesis, que obliga a extraerlas en su totalidad y a recurrir a medidas extremas como la implantación de prótesis extra anatómicas axilo-femorales. La disciplina del personal de quirófanos debe ser mantenida a toda costa, así como, las condiciones generales de los locales. Por desgracia, en Venezuela, los cirujanos, acostumbrados a la cirugía general, que rara vez requiere implantación de materiales extraños, no han luchado con suficiente energía para mejorar las condiciones de asepsia en sus locales de trabajo.

Otra complicación de origen infeccioso es la ya mencionada fístula aorto-entérica, cuya primera manifestación es, de ordinario, una hemorragia intestinal masiva, como consecuencia de la perforación de la zona de sutura de la anastomosis proximal, en el duodeno. Este cuadro tiene, casi siempre, lugar a muchos meses de una intervención, en apariencia exitosa; en cualquier lugar, circunstancia que hace difícil un tratamiento adecuado. Aunque se han informado casos donde ha sido posible una terapéutica quirúrgica salvadora, con reconstrucción del duodeno y eliminación de la prótesis (previa implantación de puentes extra anatómicos) esta es una lesión con índices prohibitivos de mortalidad.

EVOLUCION A LARGO PLAZO

Salvo la complicación antes mencionada, la evolución de estos enfermos es muy satisfactoria y se puede decir con toda propiedad, que la cirugía les ha salvado la vida. He tenido oportunidad de controlar pacientes operados durante períodos hasta por veinte años y su vida es absolutamente normal. Generalmente fallecen por complicaciones de arteriosclerosis, como trombosis cerebrales o infartos del miocardio, es decir las mismas causas de la población de ancianos. El examen de las prótesis que han permanecido implantadas durante años, pone de manifiesto una incorporación total al huésped y la presencia de una neo íntima formada por fibroblastos y tejido conectivo. No sería correcto afirmar que ya se ha encontrado el material plástico que substituya, en forma perfecta a las arterias humanas, pero la experiencia de treinta años en este campo me indica que se está en el camino adecuado.

ANEURISMAS INFLAMATORIOS

Considero oportuno hablar en esta exposición, sobre este tipo de lesión, identificada hace ya mucho tiempo por James (1935) (7) pero a la que no se dio mucha importancia, a pesar de que la primera intervención sobre una de ellas fue efectuada por De Weerd, en 1955 (3). Una nueva revisión hecha por Crawford y otros (2) ha demostrado que esta patología se encuentra en el 4,5% de todos los casos de aneurisma de la aorta abdominal.

La sintomatología se presta a confusión y hace pensar al observador que está en presencia de un A.A.A. con ruptura inminente. Sin embargo, hay ciertos signos que nos deben poner sobre aviso y que permitirán hacer un diagnóstico correcto.

Los pacientes acusan, generalmente, una gran pérdida de peso en tiempo corto, existe una leucocitosis y una urografía de eliminación revela un rechazo de los ureteres hacia afuera, con signos de obstrucción de los mismos. Se palpa la masa central pulsátil, pero siempre es dolorosa y hay una gran resistencia generalizada en la pared abdominal.

Aunque la descripción completa de este cuadro se sale de los límites de este trabajo, es bueno insistir en que el cirujano se encontrará con un tipo de lesiones totalmente distinto al habitual de los casos de A.A.A. Al abrir el abdomen se observará que un cuadro adherencial severo engloba los ureteres, bloquea el retroperitoneo, hay ganglios aumentados de tamaño y las adherencias son sumamente severas especialmente con el duodeno y otras secciones del intestino delgado. En ciertos casos, algunos cirujanos han cerrado el abdomen, ante la aparente imposibilidad de la liberación de esas adherencias. Sin embargo, debemos recordar que, en estos pacientes la pared de la aorta es fuerte y gruesa y puede separarse de las uniones con las otras vísceras. Una vez logrado este paso, se procederá a la resección parcial del saco, en la forma habitual y a la implantación de la prótesis.

La pieza nos mostrará una cavidad aneurismática, como de costumbre, repleta de coágulos antiguos y una pared muy engrosada que, en ocasiones llega a los 3 cms de espesor, con aspecto fibrótico. El examen histológico pone de manifiesto una destrucción de la túnica media y de la íntima, que son reemplazadas por tejido fibroso y se encuentran infiltradas por leucocitos, células plasmáticas, folículos linfoides y células gigantes de núcleos múltiples.

Hemos tenido oportunidad de intervenir sobre dos de estos casos, el primero, (paciente E.U.) en diciembre de 1986 en el Centro Médico de Caracas y puedo afirmar que la intervención es dificultosa. Aunque ambos enfermos sobrevivieron, la permanencia hospitalaria fue larga y la evolución complicada.

PERFORACION DE LOS ANEURISMAS DE LA AORTA ABDOMINAL EN LA CAVA INFERIOR

En algunos casos, raros, el aneurisma de la aorta abdominal se adhiere a la vena cava inferior y puede llegar a perforarse en la misma debido al intenso proceso inflamatorio. La sintomatología que, hasta el momento de la complicación, era comparable a la de cualquier ectasia de la aorta abdominal, cambia bruscamente hacia la de una importante fístula arterio-venosa, con su correspondiente y grave repercusión sobre la función cardíaca. En los casos que sobreviven, es frecuente observar un edema de los miembros inferiores, que aumenta con el tiempo, una enorme red venosa en dichas extremidades y en la parte inferior del abdomen y cambios tróficos en la piel con hiperchromia, úlceras, etc. En algunas ocasiones, un trombo puede ocluir temporalmente la fístula y hacer el

cuadro aun más confuso. Sin embargo, la presencia de una masa pulsátil abdominal, acompañada por los síntomas descritos anteriormente, con un soplo continuo en la zona afectada e insuficiencia cardíaca, nos deben orientar hacia un diagnóstico preciso.

Esta es una entidad tan poco frecuente que, hasta 1963, se habían intervenido en el mundo sólo diez casos, uno de ellos por nosotros (6) en el Hospital Universitario de Caracas, con sobrevida por largo tiempo. Este caso fue citado por los Dres. A. Beall y D. A. Cooley y en una revisión publicada en la revista *Archives of Surgery* (1).

TECNICA QUIRURGICA

La laparatomía mediana supra e infra umbilical debe ser amplia para tener un buen dominio de la lesión. Cuando no se disponga de aparatos de autotransfusión, se debe proceder a la disección de ambas venas femorales comunes, a nivel de los pliegues inguinales y referirlas con cintas umbilicales para su oclusión transitoria. La aorta abdominal y las arterias ilíacas primitivas deben ser disecadas, así como también la a. mesentérica inferior. Debe tenerse en cuenta que no es posible hacer una ligadura preventiva de la cava inferior o de las venas ilíacas primitivas, debido al severo proceso adherencial.

Terminadas las referencias, se pinza la aorta abdominal, por debajo de las arterias renales, las dos a. ilíacas primitivas y se ocluyen las venas femorales comunes. De todas formas, se producirá una intensa hemorragia venosa, al abrir la ectasia, debido a la comunicación entre la aorta y la cava, y el cirujano debe tener como primero y único objetivo, la introducción de uno o dos dedos en el orificio fistuloso que, generalmente, tiene un diametro de dos a cuatro cms. Detenida la hemorragia, se colocarán (aún con los dedos ocluyendo la comunicación) varios puntos con sutura gruesa (2-0) de monofilamento, incluyendo no menos de 10 mms de tejido, de cada lado, para así evitar desgarros. Con la colocación de esas suturas, puede ocluirse, aunque sea parcialmente la fístula y luego se completa el cierre con varios puntos suplementarios, apoyados en pedazos de telfa, si es necesario. Finalizada esta parte, se podrá extirpar el aneurisma de la aorta, con la técnica acostumbrada y se procederá a la implantación de una prótesis aorto-ilíaca o aorto-femoral, bifurcada, de dacrón.

En tres décadas de cirugía cardiovascular, hemos tenido oportunidad de operar solamente a tres pacientes con este tipo de patología y todos sobrevivieron, con excelente evolución. Aunque se trata de una operación aparatosa, por la hemorragia y de difícil ejecución, hoy podemos hacerla con más seguridad con la ayuda de los aparatos de autotransfusión, cada vez más indispensables para la cirugía cruenta cardiovascular o de otro orden.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Beall, A.; Cooley, D. A.; Morris, G.; De Bakey, M. E.- Perforation of arterioesclerotic aneurysms into inferior vena cava. *Arch. of Surgery* 86:809, 1963.

ANEURISMAS COMPLICADOS DE LA AORTA ABDOMINAL

- 2 Crawford, et al S.- Inflammatory aneurysms of the aorta. The Jour. Vasc. Surg. 2: 113, 1985.
- 3 De Weerd, J. H.- Aortic aneurysms causing bilateral ureteral obstruction. Journal Urology 74: 78, 1955.
- 4 Dubost, C.; Allary, M.; Economus, N.- Resection of an aneurysm of the abdominal aorta. Results after five months. A M A Arch. Surg. 64: 405, 1952.
- 5 Jaén, R. et al.- The surgical treatment of aneurysms and thrombosis of the abdominal aorta and iliac arteries. (A study of 100 cases). The Jour. Card. Vasc. Surg. 8: 271, 1967.
- 6 Jaén, R.; Bello Valera, L. A.- Aneurisma de la aorta abdominal perforado en la vena cava inferior. Bol. Soc. Ven. de Cir. 15: 428, 1961.
- 7 James, T.- Uremia due to aneurysm of the abdominal aorta. British Jour. Urology 7: 157, 1935.
- 8 Johnston, W.; Socibie, K.- Multicenter prospective study of non ruptured abdominal aortic aneurysms. The Jour. Vasc. Surg. 7: 69, 1988.
- 9 Plecha, F. et al.- The early results of vascular surgery in patients 75 years of age and older. (An analysis on 3259 cases). The Jour. Vasc. Surg. 2: 769, 1985.
- 10 Reul, G. Jr. et al.- The effect of coronary bypass on the outcome of peripheral vascular operations. The Jour. Vasc. Surg. 3: 788, 1986.

Manejo de las Infecciones de Partes Blandas, en el Medio Rural Venezolano

Dr. Alejandro González *
Dr. Honorio Sigala *
Dra. Libia Henao **

RESUMEN

Las infecciones constituyen la patología más frecuente en el medio rural. Y las infecciones de partes blandas afectan a gran número de la población.

Nosotros nos motivamos a evaluar la etiología de estas infecciones y sus implicaciones terapéuticas. En el ambulatorio rural tipo II de San Fernando de Atabapo, en la Amazonia venezolana se evaluaron 14 pacientes con lesiones dermatológicas con signos inflamatorios francos como rubor, calor, aumento de volumen, secreción purulenta y pérdida de sustancia en algunos casos.

Se realizaron fichas clínicas y se tomaron muestras para coloración de Gram, procesándose por el método original.

De los 14 pacientes 8 (57.14%) eran de sexo masculino y 6 (42.86%) de sexo femenino. El 85.7% de los pacientes eran menores de 10 años. La presentación clínica más frecuente fue la úlcera (12 muestras) sólo en 2 pacientes se observaron pústulas.

La morfología bacteriana predominante fue la de cocos Gram (+) en 13 pacientes. La coloración de Gram demostró abundantes polimorfonucleares en 8 casos coincidiendo con la observación clínica de secreción purulenta.

Las bacterias generalmente implicadas son los estreptococos pyogenes y los estafilococos aureus. En nuestra experiencia la utilización de penicilina procaínica produjo mejoría clínica de todos los pacientes, pero no eliminó el estado de portador en el núcleo familiar.

SUMMARY

The infections remains the most frequent pathology in the rural area. The infections of the soft tissues affect

a very important number of the population. We searched and made an evaluation of the etiology and therapeutic implication of this group of infections. At the type II rural ambulatory of San Fernando de Atabapo in the Venezuelan Amazon, we evaluated 14 patients with dermatological lesions characterized by inflammatory sign like redness, heat, increase in size, purulent discharge and lost of tissue in some cases.

We made clinical file cards and took samples for Gram colorations by the original procedure.

Eight of the fourteen patients were males (57.14%) and six were females (42.86%). Of the total number of patients 85.7% were under ten years old.

The clinical lesion most frequently found was the ulcer (12 cases) followed by pustule.

The bacterial morphology most common was the Gram (+) cocci found in 13 cases. Gram's coloration showed polymorphonuclear cells in eight patients coinciding with the clinical finding of purulent discharge.

Bacterial species usually implicated were streptococcus pyogenes and staphylococcus aureus. In our experience the use of penicillin procaine produced a clinical improvement in all the patients, but did not eliminate the carrier state in the familiar nucleus.

Palabras Claves: Infección. Tejidos blandos.
Medio Rural.

INTRODUCCION

Como parte del internado rotatorio de pre-grado de la Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, la Universidad Central de Venezuela, a través del proyecto Amazonas, brinda la oportunidad al estudiante de medicina de trasladarse al Territorio Federal Amazonas para realizar la pasantía rural de tres meses.

* Médico Residente, Centro Médico de Caracas.

** Adjunto Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de Caracas.

MANEJO DE LAS INFECCIONES DE PARTES BLANDAS

Además la Ley de Ejercicio de la Medicina vigente en nuestro país, establece en su artículo No. 8, que para ejercer libremente la profesión todo médico recién graduado debe ejercer el cargo de médico rural durante un año o en su defecto realizar un internado rotatorio de post-grado, realizándose la primera actividad sin ningún tipo de supervisión.

San Fernando de Atabapo es una pintoresca localidad al sur del territorio, donde realizamos actividades médico-asistenciales durante el lapso comprendido entre Febrero y Abril de 1988. Allí comprobamos, como ha sido reportado en otros trabajos, que las enfermedades infecciosas constituyen las patologías más frecuentes en medio rural venezolano (1,4) y entre éstas, las infecciones de partes blandas liderizan el motivo de consulta, justificándose así la utilización de gran variedad de antimicrobianos. Esto nos motivó a evaluar la etiología de estas infecciones, ya que en muchos casos no se realiza el diagnóstico con adecuadas bases y por ende las respuestas terapéuticas son impredecibles y a costos muy variados.

MATERIALES Y METODO

En el ambulatorio rural tipo II de San Fernando de Atabapo, se evaluaron 14 pacientes con lesiones dermatológicas, donde se evidenciaban signos inflamatorios francos tales como rubor, calor, aumento de volumen, secreción y pérdida de sustancia en algunos de los casos.

A cada paciente se le realizó una ficha clínica y se le tomó muestras para coloración de Gram, procediéndose según método original (2). Se prefirió este método diagnóstico rápido por su bajo costo, fácil accesibilidad y adecuado valor predictivo (3). Aún cuando se tomaron muestras para cultivos estas fueron imposibles de procesar por retardo en el transporte, contaminación de los medios y falta de luz eléctrica.

Las láminas para coloración de Gram fueron coloreadas por el autor directamente y observadas al microscopio de luz con aumento 100x.

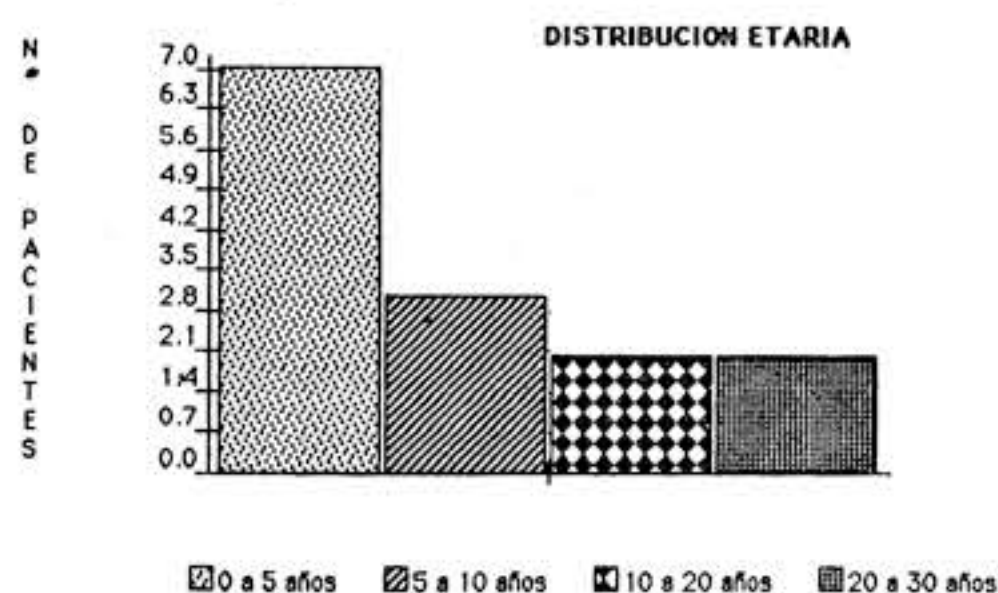
RESULTADOS

Se evaluaron 14 pacientes con infección de partes blandas, de los cuales 8 (57.14%) eran de sexo masculino y 6 (42.86%) de sexo femenino.

DISTRIBUCION POR SEXO:



El 85.7% de los pacientes eran menores de 10 años.



Las características de las lesiones y las observaciones de Gram aparecen en la Tabla 1.

TABLA 1

Caso	Edad	Sexo	Localización	Características Lesión	Gram
1	8m	m	Dorso pie	Ulceras, aprox. 1cm, bordes irregulares escasa secreción serohemática, NEP	PMN, Diplococos Gram (+)
2	11a	f	miembros inferiores	Múltiples pústulas y abscesos, abundante secreción purulenta, CEP	PMN, Cocos en tetradas, Gram (+)
3	18m	m	espalda	Ulceras, aprox. 0,5cm x 0,5cm secreción seropurulenta abundante	PMN, cocos en cadenas Gram (+)
4	18m	m	retroauricular	Ulceras, aprox. 1cm, fondo granular escasa secreción seropurulenta, CEP	Tej. Necrótico, hematíes bacilos Gram (-)
5	4a	f	retroauricular	Ulceras, aprox. 1,5cm secreción seropurulenta escasa, CEP	PMN, cocos cadenas cortas Gram (+)

Caso	Edad	Sexo	Localización	Características Lesión	Gram
6	6a	m	glúteos y región sacra	Úlceras, aprox. 1cm, bordes indurados fondo granular limpio, CEP	diplococos Gram (-) bacilos Gram (-)
7	6a	f	miembros inferiores	Úlceras y ulcerocostras de 1cm escasa secreción seropurulenta, CEP	PMN, cocos racimo Gram (+), bacilos Gram (+)
8	30a	f	miembros inferiores	Úlcerocostras 0.5 a 1cm, escasa secreción serohemática, CEP	Tej. necrótico, cocos en cadena Gram (+)
9	10a	f	antihelix	Úlcerocostras 1.5 x 0.5cm secreción serohemática escasa, CEP	Diplococos Gram (+) bacilos Gram (+) esporulados
10	1a	m	abdomen	Pústulas y costras 1.5 x 1.5cm secreción purulenta, CEP	PMN, cocos en racimos Gram (+)
11	27a	m	dorso del pie	Úlcera aprox. 1cm secreción seropurulenta, CEP	PMN, diplococos Gram (+)
12	6m	m	lóbulo oreja izquierda	Úlcera aprox. 1cm, secreción serohemática escasa, CEP	Tejido necrótico diplococos Gram (+)
13	10a	f	dorso del pie	Úlcerocostras aprox. 1.5cm secreción serohemática, CEP	Tejido necrótico diplococos Gram (-) bacilos Gram (+)
14	2a	m	dorso del pie	Úlceras y pústulas aprox. 0.5cm secreción seropurulenta abundante, CEP	PMN, cocos en cadenas Gram (+)

La presentación clínica más frecuente fue la úlcera, observada en 12 pacientes (85.71%) y pústulas en 2 pacientes (14.28%). La coloración de Gram demostró abundantes polimorfonucleares en 8 casos coincidiendo con la observación clínica de secreción purulenta.

La morfología bacteriana predominante fue la de cocos Gram (+) en 13 pacientes.

DISCUSION Y COMENTARIOS

Las infecciones de partes blandas son patologías muy frecuentes en Venezuela; en el área rural se intensifica el problema por el hacinamiento, las inadecuadas medidas higiénicas y la dificultad en la asistencia médica precóz.

Los agentes etiológicos en estas infecciones suelen provenir de la propia flora normal de la piel y son básicamente *Streptococos Pyogenes* y *Estafilococos Aureus* (5), estos gérmenes pueden producir manifestaciones clínicas muy similares lo cual dificulta el diagnóstico, más aún si no se cuenta con experiencia, como ocurre con el médico recién graduado.

Esta disyuntiva diagnóstica del agente etiológico es de suma importancia por:

- A.- Escogencia del antibiótico: oral, parenteral o local.
 — Penicilina para *Streptococos* y no útil para *estafilococos*.

— Oxacilina para *Estafilococos* y no útil para prevención de fiebre reumática.

— Tratamiento local, tipo Mupirocina o Polimixina.

- B.- Costos de la antibioticoterapia. Ejemplo: elegir una cefalosporina para "cubrir" *Streptococo* y *Estafilococos*, eleva los costos del tratamiento.

En la Tabla 2 se anotan los costos por presentación de antibióticos y el costo/día de un tratamiento.

- C.- Retardo del diagnóstico preciso y peligro de complicaciones.

- D.- Limitación para el tratamiento de portadores.

En el medio rural, y aun en ciertas áreas urbanas, la accesibilidad a los laboratorios de microbiología es nula o muy costosa para ser financiadas por las instituciones públicas o por los pacientes.

La coloración de Gram descrita hace más de 100 años es reconocida internacionalmente como una forma fácil y económica de realizar un diagnóstico etiológico aproximado.

La coloración de Gram nos permite ver la presencia o no de polimorfonucleares, tejido necrótico y bacterias, diferenciando éstas en bacilos o cocos y en base a su tinción determinar si son Gram positivos o Gram negativos.

MANEJO DE LAS INFECCIONES DE PARTES BLANDAS

TABLA 2
Costo de Antibióticos — Abril 1990

Droga	Presentación	Costo Presentación Bs.	Costo Día Bs.
1. Ampicilina	8 cáps. 500 mg	47.95	24
2. Ampicilina + Sulbactan	6 cáps. 375 mg	460	306.60
3. Amoxicilina	6 cáps. 500 mg	172	114.66
4. Cefalexina	8 cáps. 500 mg	208	104
5. Cefadroxilo	6 cáps. 500 mg	337	224.66
6. Clindamicina	12 cáps. 300 mg	350	116.66
7. Dicloxacilina	6 cáps. 250 mg	156	104
8. Eritromicina estearato	12 cáps. 500 mg	38	12.66
9. Floxacilina	12 cáps. 500 mg	254.10	84.70
10. Gentamicina	amp. 80 mg	101.45	202.90
11. Lincomicina	amp. 300 mg	106	212
12. Oxacilina	12 cáps. 500 mg	182	60.66
13. Penicilina Procaínica	amp. 400000 u	14.35	28.71

Las bacterias mayormente implicadas en infecciones de piel tienen disposiciones al Gram bastante típicas:

Estreptococos: en diplococos o en cadenas.

Estafilococos: en tetradas o en racimos.

Por otra parte la necesidad o no de tratamiento sistémico va a depender de:

- Tiempo de la lesión
- Extensión de la misma
- Edad del paciente
- Presencia de polimorfonucleares en la lesión.

Lesiones pequeñas, recientes en un paciente adulto, pueden ser fácilmente tratadas con medicación tópica.

Lesiones más extensas, crónicas o en niños usualmente ameritan tratamiento parenteral, este último bastante difícil de lograr en medios socioeconómicos muy bajos como ocurre en las áreas rurales.

En nuestro trabajo encontramos bacterias en todos los frotis realizados; correspondiéndose el tipo de bacteria observado con las características de la lesión.

En nuestra evaluación el único paciente en el cual se observaron bacterias Gram negativas (Caso No. 4), la

lesión era crónica y un tratamiento local adecuado no solo disminuye costos sino también acelera la cicatrización.

En aquellos frotis en los cuales se observaron bacterias Gram positivas dispuestas en racimos sugestivas de Estafilococos la utilización empírica de Penicilina procaínica sola, puede o no mejorar al paciente pero no evitará su estado de portador y las lesiones Estafilococicas sucesivas en el núcleo familiar.

Por ser el único antibiótico a la disposición, usamos penicilina procaínica en todos nuestros pacientes con resultados satisfactorios.

En base a nuestra corta experiencia en el área rural nos permitimos realizar las siguientes sugerencias:

- Intentar habilitar las medicaturas rurales de un microscopio no sólo útil para la evaluación de problemas de partes blandas sino también para el diagnóstico de micosis superficiales y hemoparásitos.
- Recordar al estudiante de los últimos semestres de medicina el manejo del microscopio y su utilidad como método paraclínico.
- Considerar en la selección de un antimicrobiano el antibiótico más efectivo al menor costo para la patología a tratar.

En base a nuestros datos, en pacientes sin manifestaciones sistémicas (fiebre, toque al edo. general) recomendamos:

LESIONES SEROSAS

	Gram (+)	Gram (—)
NIÑOS:	Penicilina	Limpieza local Agua oxigenada
ADULTOS:	Mupirocina	Limpieza local Agua oxigenada

LESIONES PURULENTAS

	Gram (+)	Gram (—)
NIÑOS	Penicilina	Referir a Centro de Salud
ADULTOS:	Oxacilina	Trimetoprim sulfa Quinolona Aminoglicósido

BIBLIOGRAFIA

- 1 Avilán R. José.- Características de los planes de estudio en relación con el diagnóstico de salud. Foros de la Facultad de Medicina en Noviembre-Diciembre de 1982.
- 2 Carmona, O. Gram.- Médico que marcó época con su famoso método de coloración. Aplicaciones prácticas. Monografía editada por Laboratorios Bristol, Charlas Venezuela 1987.
- 3 D'Albano, O.- Coloración de Gram y cultivo, relación de resultados en especímenes clínicos. Trabajo de grado. HUC-UCV, 1988.
- 4 Halbrohr, Juan G.- La medicina rural en Venezuela. Cátedra de Medicina Tropical. Facultad de Medicina. Escuela Luis Razetti. UCV 1985.
- 5 Swartz, M.- Celulitis and superficial infections, Principles and practice of infectious diseases, Mandell, G. ED. Churchill-Livingstone, Third Edition, 1990.

Oficina Técnica P.P.C.A.

INSTALACIONES ELECTRICAS

Ing^o MICHAEL B. PLAM C.
DIRECTOR

QUINTA ROSE EILEEN - AVENIDA GLORIA
Urbanización El Bosque
Teléfonos: 72.73.17 - 72.46.82

Diagnósticos en Hospitalización Servicios de Pediatría, Hospital Luis Salazar Domínguez, Guarenas - Años 1985 - 1988

Dra. Isabel Tovar *
Dra. Amarilys Murillo *
Dr. Antonio Patete **

RESUMEN

Fueron recogidos los datos de las tarjetas del archivo general del Hospital Luis Salazar Domínguez (I.V.S.S., Guarenas), en donde se registran los diagnósticos de egreso, servicio al que pertenece, edad y sexo del paciente.

Revisamos 4 años que comprenden desde 1985-1988 inclusive. Obteniendo un aproximado de 26-27 diagnósticos principales cuyo total de casos oscila entre un máximo de 374 como por ejemplo ASMA BRONQUIAL en 1987 y un mínimo de 1 caso como NEFROPATIA y CATARRO COMUN en 1988.

De estos 27 diagnósticos registrados, se destacan 7 patologías principales como se puede observar en los resultados; estas son: ANEMIA, ASMA BRONQUIAL, DIARREA y DESHIDRATACION, PARASITOSIS, NEUMONIA, CELULITIS y ABSCESOS, BRONQUITIS y BRONQUIOLITIS. A su vez más del 50% de los casos se ubican entre las tres primeras patologías (ANEMIA, ASMA BRONQUIAL, DIARREA y DESHIDRATACION); motivo por el cual las tomamos como parámetros para el análisis tanto del comportamiento en general, como para el de la edad y sexo, en cada año.

Así tenemos que: ANEMIA ocupa el primer lugar en 1985-1986 y el segundo lugar en 1987 y 1988. Durante los 4 años el sexo predominante fue el masculino y la edad los lactantes menores.

ASMA BRONQUIAL ocupa el primer lugar en 1987 y 1988, el sexo predominante fue el masculino y el grupo etario más afectado los pre-escolares.

* Médicos Residentes, Servicio de Pediatría, Hospital L.S.D., Guarenas.

** Médico Pediatra, Adjunto del Servicio de Pediatría, Hospital L.S.D., Guarenas.

DIARREA y DESHIDRATACION ocupó el segundo lugar en 1986 y el tercer lugar en 1985-1987-1988; en cuanto al sexo hay una evidente tendencia a ser más afectado el masculino; solo en 1987 predomina el femenino, sin embargo, no es significativa la diferencia en el mismo. El grupo etario predominante son los lactantes menores.

ABSTRACT

From the general records of the Hospital Luis S. Domínguez (IVSS-Guarenas). It was taking out the data where is registered the egress diagnostic service relate with age and patients sex.

We revised 4 years, from 1985 until 1988 erren. Obtained near of 26-27 principals diagnostic of wich total cases are betwen a maximun of 374 as for example Bronchial Asthma in 1987 and minimun of 1 case as Nephropathy and Common Cold in 1988.

From the 27 registered diagnostic, 7 principal pathology stand out as can be see at the resultes; they are: ANAEMIA, BRONCHIAL ASTHMA, DIARRHEA and DEHYDRATATION, PARASITOSIS, PNEUMONIA, CELLULITHIS and ABCES, BRONCHITIS and BRONCHIOLITIS. At the same time, more of the 50% of the cases are betwen 3 first pathologys (ANAEMIA, BRONCHIAL ASTHMA, DIARRHEA and DEHYDRATATION), reason they were taking as parameter to analyze the general behaviur, as to the age and sex each year.

We have that: ANAEMIA is in the first place in 1985-1986 and second place in 1987 and 1988. During the 4 years the predominant sex was the masculine.

BRONCHIAL ASTHMA: take the first place in 1987-88, the predominant sex was masculine and the years more affected was pre-scholar.

DIARRHEA and DESHYDRATATION: take second place in 1986 and third place in 1985-1987-1988; about the sex,

DIAGNÓSTICOS EN HOSPITALIZACIÓN

there is a tendency to be more affected the masculine sex, and only in 1987 predominate the female, erren though, does not mean any difference in that year the predominate years group are the minor suckling.

Palabras Claves: Pediatría. Hospitalización.

INTRODUCCION

El propósito de este trabajo es analizar cuales son las patologías más frecuentes que sufre la población infantil del Edo. Miranda, principalmente la población de Guarenas-Guatire que son los que consultan a este centro, decidiéndose sus ingresos por la patología aguda pero que al momento del egreso siempre presentan otros diagnósticos agregados al primero que fueron precisados durante su hospitalización. Así mismo, la edad y el sexo que más se afecta dentro de las patologías principales.

Analizando la morbilidad infantil, pre-escolar y escolar registrada en los Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital del MSAS en Venezuela para 1983 que son los más recientes, observamos que las principales patologías son: Infecciones Intestinales mal definidas con 18.698 casos, Neumonía 18.667 casos, Bronquitis Crónica y Asma 11.380 casos, Traumatismos 10.167 casos, Tumores Benignos 5.505 casos, Bronquitis y Bronquiolitis 4.091 casos, Infecciones de la piel y Alergias 3.896 casos.

Es notorio que las enfermedades que ocupan los primeros lugares en nuestro estudio se encuentran ubicadas entre las 7 primeras causas de morbilidad en niños en nuestro país para 1983. La excepción se da con las Anemias, las cuales se encuentran como décima causa en dichos registros, mostrando un comportamiento diferente.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Luis Salazar Domínguez (Guarenas), el cual consistió en revisar los archivos de dicho hospital, precisando el año, diagnósticos de egreso, edad y sexo de los pacientes que permanecieron en el Servicio de Hospitalización Pediatría

entre 1985 y 1988 inclusive; lo cual se logró a través de la toma de dichos datos registrados en las tarjetas de Kardex y en las Historias Clínicas de cuyos pacientes necesitáramos información más precisa.

Se agruparon para cada año los diagnósticos, la edad y el sexo. Luego dentro del mismo año se totalizaron:

1. Número de casos para cada patología (Diagnóstico).
2. Cuantificamos masculinos y femeninos para cada diagnóstico (Sexo) y
3. Las edades definidas según los siguientes parámetros:
 - a) Lactantes menores: 1-12 meses,
 - b) Lactantes mayores: 13-24 meses,
 - c) Pre-escolares: 25-83 meses y
 - d) Escolares: 84-144 meses.

Una vez obtenido el total de cada uno de estos datos, los organizamos de mayor a menor según el número de casos para cada diagnóstico, y la distribución por sexo y grupo etario para cada uno.

Realizamos Cuadros y Gráficos representativos de cada año, tomando como parámetro las 7 patologías más frecuentes para el análisis total y las 3 principales de estas para el análisis de edad y sexo más afectado.

Las mediciones fueron realizadas en números absolutos, y solo se utilizó el porcentaje para magnificar las diferencias en edad y sexo.

RESULTADOS

A continuación reportamos los resultados en este estudio utilizando el siguiente orden:

1. Cuadros para cada año de Diagnóstico, Sexo y Edad.
2. Representación gráfica en Barras de las ocho primeras patologías y las agrupadas como OTRAS.
3. Representación gráfica en Tortas (Cakes) de las tres primeras patologías y de la edad más frecuente en cada una de ellas.

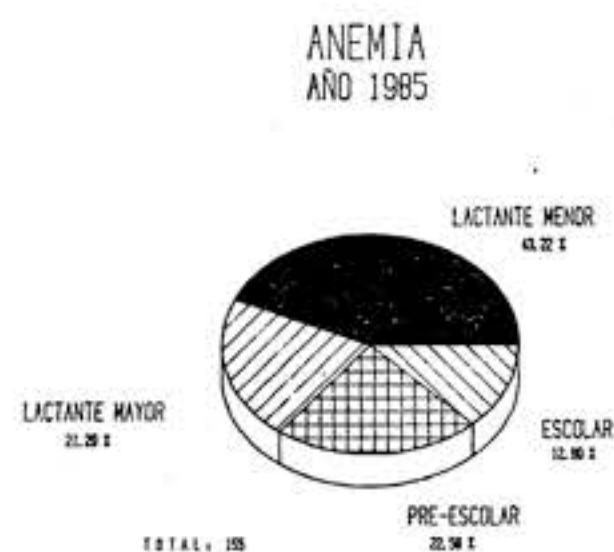
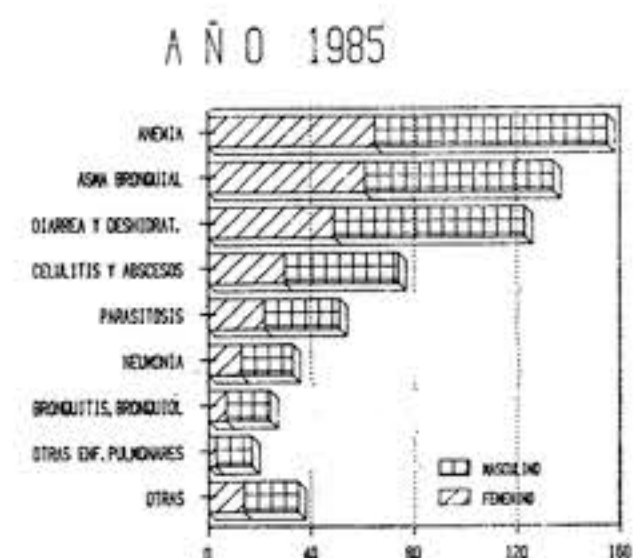
AÑO 1985

Diagnóstico	Total	Fem.	Masc.	Lact. Menor	Lact. Mayor	Pre-Escolar	Escolar
Anemia	155	65	90	67	33	35	20
Asma Bronquial	134	61	73	15	40	47	32
Diarrea y Deshidratación	123	49	74	85	19	14	5
Celulitis y Abscesos	74	30	44	11	14	23	26
Parasitosis	51	22	29	11	9	17	14
Neumonía	33	13	20	9	8	8	8
Bronquitis y Bronquiolitis	24	7	17	21	0	3	0
Otras Enf. Pulmonares *	17	3	14	5	7	1	4
Trastornos Hematológicos **	14	3	11	1	5	4	4
Caries Dentales	13	4	9	0	1	5	7
Catarro común Virosis							
Gingivo-Estomatitis	12	6	6	6	3	2	1
Hernias	11	6	5	6	3	1	1
Quemadura	11	4	7	1	2	6	2
Enf. SNC	11	5	6	1	2	1	7
Nefropatía	10	5	5	0	0	6	4
Desnutrición	8	2	6	2	3	3	0
Infección Urinaria	8	2	6	4	0	1	3
Traumatismo y Fracturas	7	1	6	3	2	2	0
Laringotraqueitis	7	2	5	5	1	1	0
Candidiasis-Moniliasis	5	1	4	5	0	0	0
Faringo Amigdalitis	4	1	3	1	0	1	2
Adenitis	4	0	4	0	2	1	1
Heridas Infectadas	3	3	0	0	0	0	3
Artritis	3	0	3	1	0	0	2
Eruptivas	3	0	3	0	0	1	2
Obesidad	2	1	1	1	0	0	1
Otras ***	35	14	21	14	5	8	8

* Incluye TBC, Atelectasia, Derrame Pleural.
 ** Hemofilia, Púrpura, Eosinofilia, Leucopenia y Otros.
 *** Fiebre Tifoidea, Sind. Febril, Eritema Nodoso, Urticaria, Exotropia y Estrabismo, Ictericia no precisada, Genus Varus, Obstrucción vía lagrimal, Verruga peri-Orbitaria, Neurofibromatosis, Colopatía, Mononucleosis infecciosa, Escarlatina, Alergia medicamentosa y Reacción a Drogas, Eritema.

COMENTARIO

El principal diagnóstico es la Anemia con un total de 155 casos, los cuales 41.93% son femeninos y 58.06% masculinos. El segundo lugar lo ocupa el Asma Bronquial con 134 casos, 45.52% femeninos y 54.47% masculinos; el tercer lugar la Diarrea y Deshidratación con un total de 123 casos, el 29.83% femeninos y 60.16% masculinos. El grupo etario que predomina son los lactantes menores para la Anemia, con 43.22%. Los pre-escolares en el Asma Bronquial con 35.07%; y los lactantes menores para la Diarrea y Deshidratación con 69.10%. Continúan las Celulitis y los Abscesos con 74 casos, Parasitosis 51 casos, Neumonía 33 casos, Bronquitis y Bronquiolitis 24 casos.



DIAGNOSTICOS EN HOSPITALIZACION

AÑO 1986

Diagnóstico	Total	Fem.	Masc.	Lact. Menor	Lact. Mayor	Pre-Escolar	Escolar
Anemia	196	75	121	105	33	38	20
Diarrea y Deshidratación	193	79	114	149	19	20	5
Asma Bronquial	192	85	107	28	49	75	40
Neumonía	77	32	45	21	18	21	17
Parasitosis	67	25	42	18	12	26	11
Bronquitis y Bronquiolitis	36	11	25	33	2	1	0
Celulitis y Absceso	19	6	13	5	2	3	9
Hernias	15	7	8	6	4	2	3
Laringotraqueitis	12	4	8	6	3	3	0
Faringoamigdalitis	12	9	3	2	3	1	6
Quemaduras	10	6	4	1	4	4	1
Infecciones y Afecciones del Aparato Genital	10	2	8	7	1	2	0
Infección Urinaria	9	8	1	5	1	3	0
Trastornos Hematológicos **	8	2	6	1	1	0	6
Otitis	7	4	3	2	1	3	1
Enfermedades del SNC	6	1	5	3	0	3	0
Traumatismos Fracturas	5	1	4	2	2	1	0
Nefropatías	4	2	2	0	0	2	2
Catarro común, Virosis	4	1	3	2	1	0	1
Desnutrición	3	2	1	0	1	1	1
Erisipela	3	3	0	0	1	1	1
Candidiasis y Moniliasis	2	1	1	0	0	1	1
Heridas infectadas	2	1	1	0	0	1	1
Eruptivas	2	2	0	1	0	1	0
Otras Enf. del Apar. respiratorio *	2	0	2	0	1	1	0
Obesidad	1	0	1	0	0	0	1
Diabetes Mellitus	1	1	0	0	0	0	1
Otras ***	21	7	14	5	5	8	3

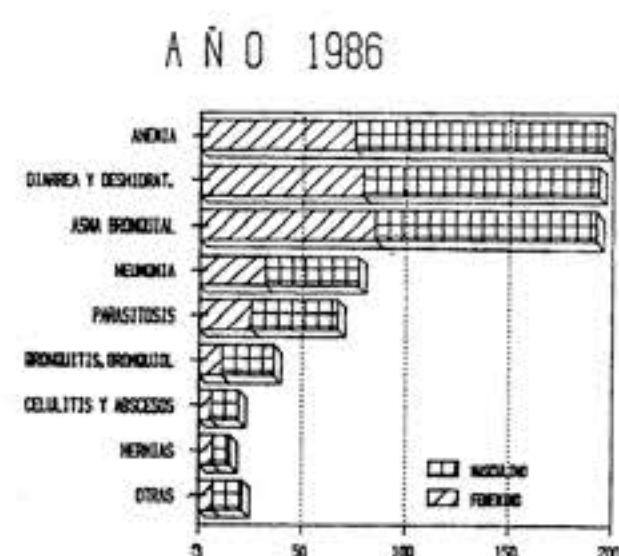
* Incluye TBC, Atelectasia, Derrame Pleural.

** Hemofilia, Púrpura, Eosinofilia, Leucopenia y Otros.

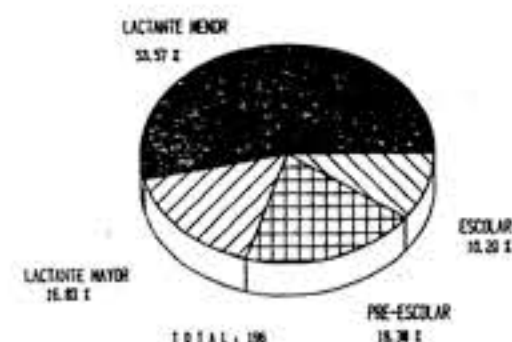
*** Pseudo Obstrucción Intestinal, Anomalías Cromosómicas, Epistaxis, Anomalías Congénitas Sistema Osteomuscular, Trastornos de Huesos y Cartílagos y otras deformidades, Edema Angioneurótico, Hepatomegalia, Dermatitis Atópica y Eritema.

COMENTARIO

Al igual que en los gráficos anteriores, para 1986 continúa en primer lugar el diagnóstico de Anemia con un total de 196 casos, 38.26% femeninos y 61.73% masculinos. En segundo la Diarrea y Deshidratación con 193 casos, 40.93% son femeninos y 59.06% son masculinos. En tercer lugar lo ocupa el Asma Bronquial con 192 casos, 44.27% femeninos, 55.72% masculinos. El predominio del sexo masculino se repite en esos años para las tres patologías principales. Los grupos etarios conservan su comportamiento predominando los lactantes menores para los diagnósticos de: Anemia, Diarrea y Deshidratación que representan el 53.57% y 77.20% respectivamente. En el Asma Bronquial predominan los pre-escolares con 39.06%. Continúan las Neumonías con 77 casos, Parasitosis con 67 casos y Bronquitis y Bronquiolitis 36 casos.



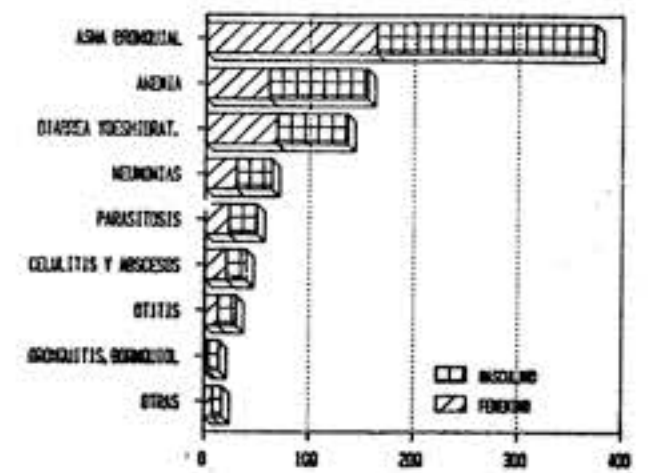
ANEMIA AÑO 1986



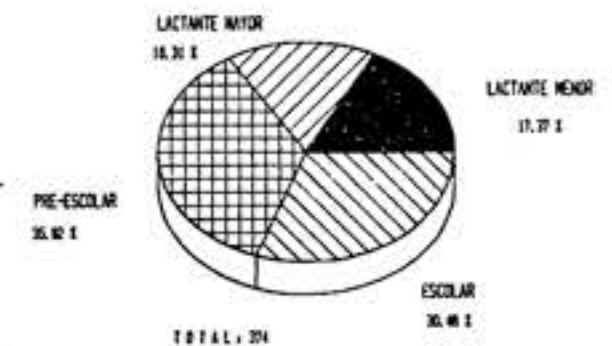
AÑO 1987

Diagnóstico	Total	Fem.	Masc.	Lact. Menor	Lact. Mayor	Pre-Escolar	Escolar
Asma Bronquial	374	164	210	65	61	134	114
Anemia	155	61	94	70	30	38	17
Diarrea y Deshidratación	136	69	67	93	25	9	9
Neumonías	64	30	34	23	14	15	12
Parasitosis	50	23	27	18	6	21	5
Celulitis y Abscesos	40	21	19	6	8	11	15
Otitis	30	13	17	10	7	7	6
Bronquitis y Bronquiolitis	14	4	10	12	1	0	1
Faringoamigdalitis	12	5	7	0	2	7	3
Hernias	9	6	3	4	1	2	2
Laringotraqueitis	7	0	7	5	0	2	0
Trastornos Hematológicos **	6	2	4	0	0	0	6
Heridas Infeccionadas	5	3	2	1	0	3	1
Quemadura	5	1	4	3	2	0	0
Obesidad	5	1	4	2	0	1	2
Otras Enf. Pulmonares *	4	1	3	2	0	2	0
Enf. SNC	4	3	1	2	1	0	1
Nefropatías	3	0	3	0	0	0	3
Erisipela	3	3	0	0	0	0	3
Diabetes	2	1	1	0	0	0	2
Adenitis	1	0	1	0	0	1	0
Infección Urinaria	1	1	0	0	0	1	0
Candidiasis y Moniliasis	1	0	1	0	0	1	0
Traumatismo y Fracturas	1	1	0	0	0	1	0
Catarro común, Virosis							
Gingivoestomatitis	1	1	0	0	1	0	0
Otras ***	17	8	9	7	1	4	5

AÑO 1987



ASMA BRONQUIAL AÑO 1987



- * Incluye TBC, Atelectasia, Derrame Pleural.
- ** Hemofilia, Púrpura, Eosinofilia, Leucopenia y Otros.
- *** Hiperlipemia, Escarlatina, Picadura de Abeja, Osteomielitis, Pie Varo, Epistaxis, Anomalías Congénitas del Sistema Osteomuscular, Pseudo-Obstrucción Intestinal, Dermatitis Atópica, Eritema.

COMENTARIO

La primera causa de hospitalización es el Asma Bronquial con 374 casos, de ellos 43.85% son femeninos y 56.14% masculinos. El segundo lugar la Anemia con 155 casos, 39.35% femeninos y 60.64% masculinos. En tercer lugar se encuentran Diarrea y Deshidratación con 136 casos, 50.73% femeninos y 49.26% masculinos. El sexo masculino predomina en las dos primeras patologías y el femenino en la última. El grupo etario más afectado resultaron ser los pre-escolares para el Asma Bronquial con 35.82%; los lactantes menores para la Anemia con 45.16% y 68.38% para la Diarrea y Deshidratación. Le siguen a estos diagnósticos Neumonía con 64 casos, Parasitosis 50 casos, Celulitis y Abscesos con 40 casos y Otitis con 30 casos

DIAGNOSTICOS EN HOSPITALIZACION

AÑO 1988

Diagnóstico	Total	Fem.	Masc.	Lact. Menor	Lact. Mayor	Pre-Escolar	Escolar
Asma Bronquial	300	117	183	43	63	125	69
Anemia	193	86	107	65	53	54	21
Diarreas y Deshidratación	99	41	58	71	17	10	1
Neumonía	55	30	25	11	16	17	11
Bronquitis y Bronquiolitis	30	13	17	30	0	0	0
Parasitosis	29	15	14	4	6	12	7
Celulitis y Abscesos	23	12	11	4	2	11	6
Hernias	14	6	8	4	3	5	2
Desnutrición	11	5	6	4	3	4	0
Traumatismo y Fracturas	10	4	6	2	0	5	3
Candidiasis y Moniliasis	9	7	2	3	3	1	2
Otras Enf. Pulmonares	8	5	3	2	3	0	3
Obesidad	8	2	6	0	0	2	6
Faringoamigdalitis	7	5	2	1	1	2	3
Quemadura	5	1	4	0	3	2	0
Erisipela	5	3	2	0	0	4	1
Infección y Afección del Aparato Genital	5	0	5	1	0	3	1
Otitis	4	1	3	0	4	0	0
Infección Urinaria	4	4	0	1	0	1	2
Caries Dentales	4	2	2	0	0	2	2
Trastornos Hematológicos **	4	2	2	1	1	1	1
Laringotraqueitis	4	1	3	1	3	0	0
Heridas Infeccionadas	3	0	3	0	0	1	2
Apendicitis	2	1	1	0	0	0	2
Enf. SNC	2	1	1	0	0	2	0
Nefropatías	1	0	1	0	0	1	0
Catarro Común, Virosis							
Gingivostomatitis	1	1	0	0	1	0	0
Otras ***	10	4	6	1	2	6	1

* Incluye TBC, Atelectasia, Derrame Pleural.

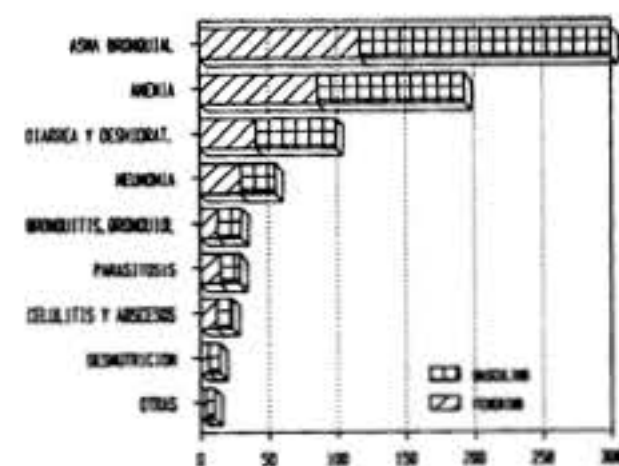
** Hemofilia, Púrpura, Eosinofilia, Leucopenia y Otros.

*** Hepatitis Fulminante, Pseudo-Obstrucción Intestinal, Anomalías Cromosómicas, Anomalías Congénitas del Sistema Osteo-Muscular, Dermatitis Atópica.

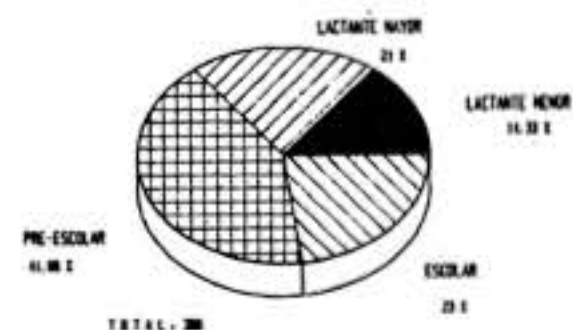
COMENTARIO

Se observa un total de 300 casos de Asma Bronquial con 39% femeninos y 61% masculinos. Seguidas de 193 casos de Anemias (44.53% femeninos y 54.44% masculinos). En tercer lugar Diarreas y Deshidratación con 99 casos (41.41% femeninos y 58.58% masculinos). El sexo masculino continúa siendo el predominante para las tres primeras patologías, y el grupo etario afectado resultaron ser los pre-escolares con un 41.66% para el Asma Bronquial; los lactantes menores para la Anemia con 33.67% así como Diarrea y Deshidratación con 71.71%. Continúa Neumonía con 55 casos, Bronquitis y Bronquiolitis con 30 casos, Parasitosis 29 casos, Celulitis y Abscesos 23 casos.

AÑO 1988



ASMA BRONQUIAL AÑO 1988



COMENTARIOS

Este estudio nos permitió corroborar que la población infantil del Edo. Miranda (principalmente Guarenas-Guatire), no escapa de estar afectada de las patologías que se describen como causas de morbilidad infantil; y que ello a su vez responde a factores de orden socio-económico, culturales y ambientales que influyen directamente en la salud de esta población.

Tenemos así que la alta frecuencia de Asma Bronquial puede responder al efecto ambiental de contaminación importante de esta zona (zona industrial de Guarenas), así como a la poca salubridad y a los cambios bruscos de temperatura, por sólo nombrar alguno de los factores.

Las Anemias, como vimos en los resultados obtenidos, predomina en lactantes menores, lo que podemos interpretar como Anemia fisiológica pero que probablemente se acompañe de un déficit suplementario importante por lo cual se acentuaría y perpetuaría la misma.

Finalmente las malas condiciones de higiene y aseo, la presencia de aguas contaminadas y la deficiencia de medidas preventivas colocan al cuadro de Diarrea y Deshidratación como patología importante en este medio, que sumado a la condición de inmadurez inmunológica de los lactantes menores sean estos los principalmente afectados.

Para concluir, el hecho que los varones siempre resulten el sexo predominante, podría ser motivo para estudios ulteriores, ya que por los momentos no se tiene información seria que explique este hallazgo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital MSAS.- Morbilidad Infantil Pre-Escolar y Escolar en Venezuela, Año 1983.
- 2 Nelson, W. E.; Vaughan, V. C.; McKay, R. J.- Tratado de Pediatría. Tomos I y II, Décima Tercera (13) Edición.

TraduSystem

Inglés, Francés, Italiano, Portugués y Español

- Traducciones técnicas, médicas en general y de intérprete público
- Servicio de Intérpretes para Congresos y Seminarios
- Transcripción de cintas de audio y video
- Subtitulación de cintas de video
- Interpretación Consecutiva

TELEFONO: 979.9439

La Obstrucción Intestinal Hoy: Clínica, Imágenes y Terapéutica

Dr. Rafael M. Belloso C. -1
Dr. Luis A. Ayala N. -2
Dr. Eduardo A. Souchon V. -3
Dr. Marcel Belloso -4
Dr. Guillermo Alonso -5

RESUMEN

Se realiza una detallada revisión de los aspectos etiológicos y epidemiológicos de la obstrucción intestinal. Se revisan los cambios fisiopatológicos, aspectos clínicos y de laboratorio más resaltantes. Se muestran imágenes radiológicas características, y se recomiendan las medidas básicas generales y específicas para la resolución del problema.

SUMMARY

We did a detailed revision of etiology and epidemiology of Intestinal Obstruction. With a study of the pathophysiology and clinical as well as laboratory important findings. We show the characteristic radiology findings. General therapy and surgical management is specified.

Palabras Claves: Cirugía Abdominal.
Obstrucción Intestinal.

Definición

La obstrucción intestinal es la interferencia a la progresión normal del contenido intestinal. Los términos íleo y oclusión intestinal son sinónimos de obstrucción intestinal (2), pero han sido utilizados comunmente para definir el fallo del progreso del contenido intestinal debido a desórdenes de los movimientos propulsivos, y cuando existe compromiso vascular respectivamente.

- 1- Profesor Agregado Hospital Universitario de Caracas. Facultad de Medicina. Escuela Luis Razetti, U.C.V.
- 2- Profesor Titular Hospital Universitario de Caracas. Facultad de Medicina. Escuela Luis Razetti, U.C.V.
- 3- Profesor Asistente Hospital Universitario de Caracas. Facultad de Medicina. Escuela Luis Razetti, U.C.V.
- 4- Médico Residente Centro Médico Nueva Esparta. La Asunción. Edo. Nueva Esparta.
- 5- Residente de Cirugía, Hospital Universitario de Caracas. Universidad Central de Venezuela.

Etiología

La etiología de la obstrucción intestinal se puede clasificar de la siguiente manera (13):

I. Obstrucción mecánica de la luz; esta es debida a:
1) obturación de la luz intestinal secundaria a impactación fecal, Bario, Bezoar, parásitos, cuerpos extraños, intususcepción intestinal (Fig. 1) y litiasis biliar. 2) Lesiones del intestino; estas pueden ser congénitas (atresia, estenosis, ano imperforado, divertículo de Meckel), traumáticas, inflamatorias (enfermedad de Crohn, rectocolitis ulcerativa, diverticulitis) (Fig. 2), neoplásicas y otras como las inducidas por potasio, radiación, endometriosis y hematomas. 3) Lesiones extrínsecas al intestino como adherencias, hernias y masas extrínsecas (páncreas anular, vasos anómalos, hematomas, abscesos y tumores) (Fig. 3). 4) Vólvulo intestinal.

II. Movimientos propulsivos inadecuados; estos pueden ocurrir por defectos neuromusculares (íleo paralítico, espástico, síndrome de Ogilvie y megacolon), o por oclusión vascular (arteria o vena mesentérica).

El íleo paralítico puede ser causado por lesiones abdominales como peritonitis, lesiones rectoperineales; o causas sistémicas como mixedema, desequilibrio hidroelectrolítico, diabetes, colagenosis, toxemia y drogas (bloqueadores ganglionares, antihistamínicos, opiáceos, clonidina, y antidepresivos tricíclicos). El íleo espástico puede ser provocado por intoxicación con metales pesados y porfirias.

Otras clasificaciones diferentes a la etiológica son las siguientes: aguda y crónica, dependiendo de la forma de aparición y persistencia de la sintomatología; completa o incompleta, dependiendo de la oclusión total o parcial del tubo digestivo; alta o baja, de acuerdo a la ubicación por encima o por debajo del ligamento de Treitz; y de intestino delgado o intestino grueso, de acuerdo al asa intestinal que afecte.

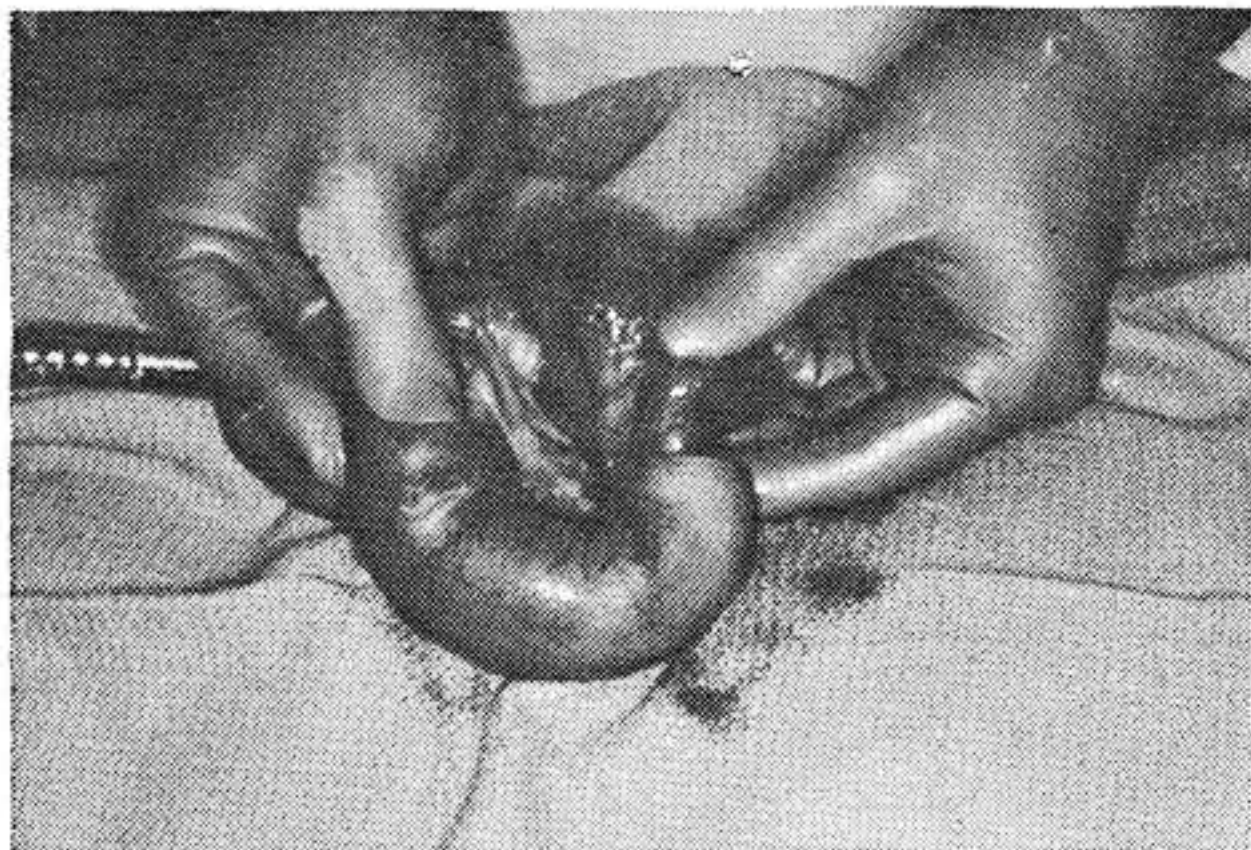


Fig. 1 - Intususcepción del I. delgado. Causa de obstrucción mecánica de la luz. (Cortesía Dr. Leonardo Henríquez).

Fig. 2 - Enfermedad de Crohn. Obsérvese distensión severa del asa intestinal por estenosis de la luz. Los cambios macroscópicos son característicos (opacidad serosa, arropado de la grasa mesentérica, engrosamiento del meso y lesiones cicatriciales).

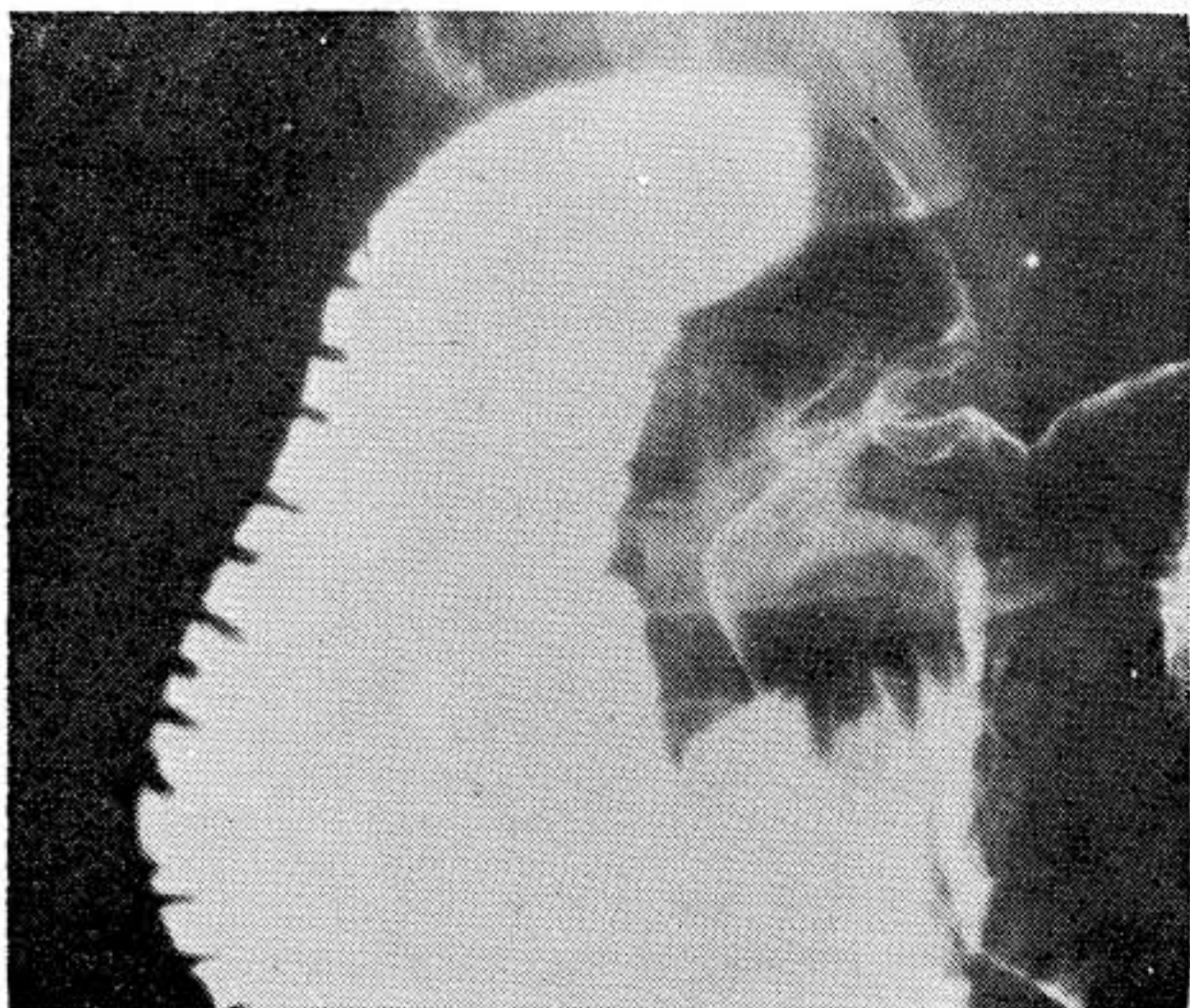
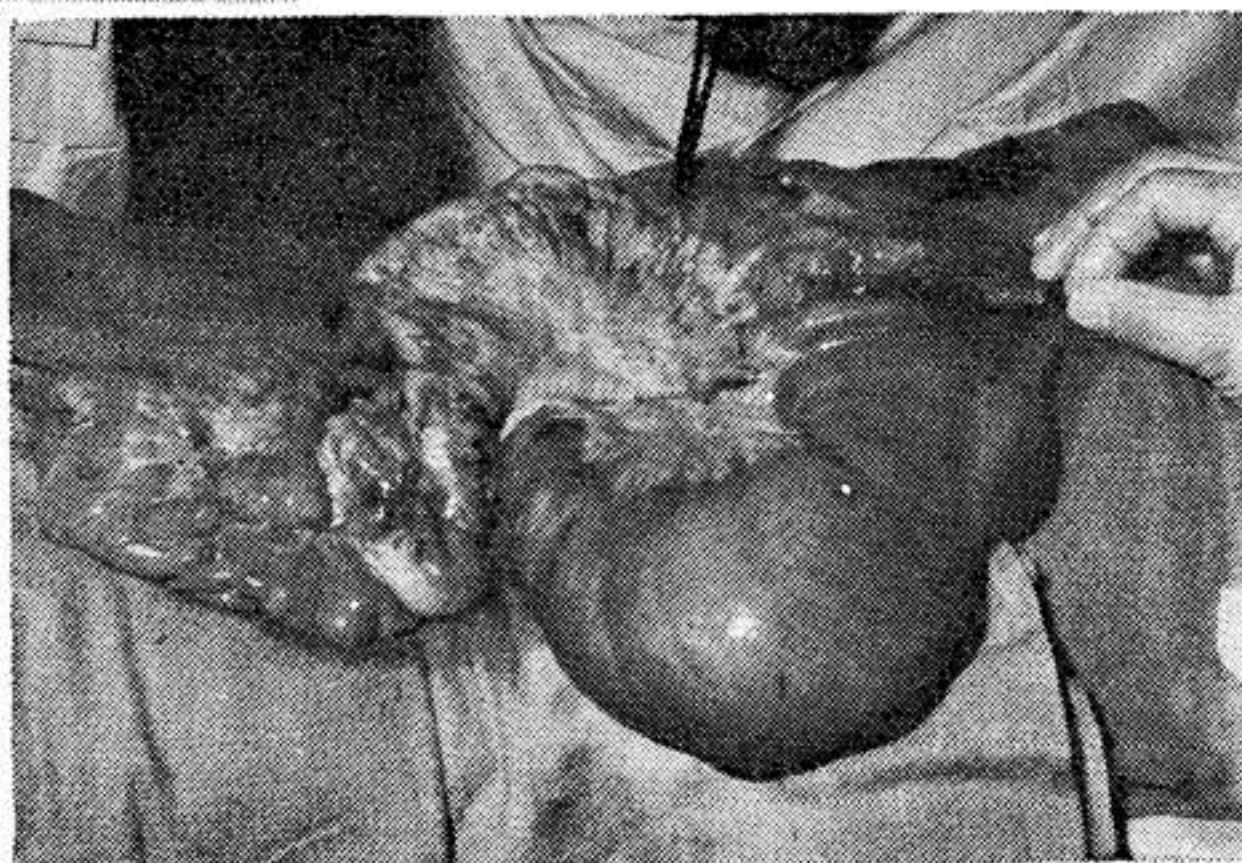


Fig. 3 - Duodenografía con bario. Obsérvese la obstrucción de la tercera porción del duodeno por síndrome de la arteria mesentérica superior.

Incidencia

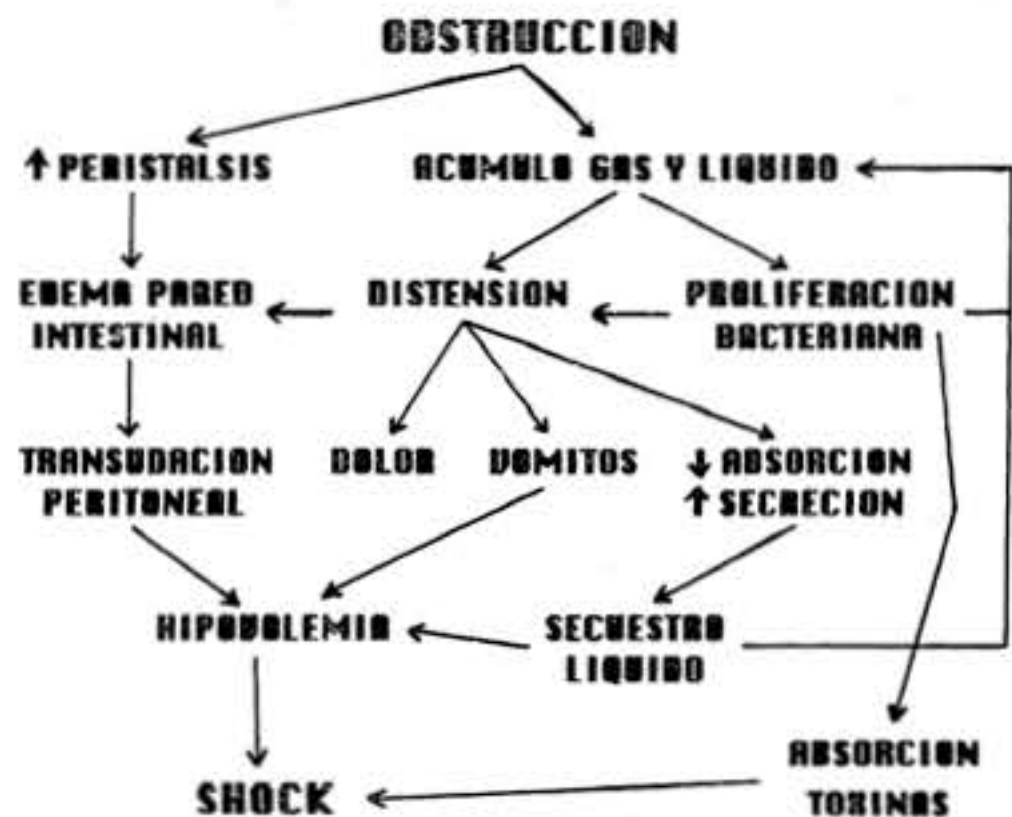
El 80% de las obstrucciones intestinales ocurren en el I. Delgado (7). Esta distribución varía con la situación geográfica, por ejemplo la enfermedad de Crohn aumenta la incidencia en países nórdicos e industrializados y es menos frecuente en Venezuela.

Las adherencias son la causa general más frecuente de obstrucción intestinal; sin embargo, al diferenciar en los grupos etarios las hernias son la causa más frecuentes en jóvenes y el cáncer en adultos (11,12). Otros autores (7,8) afirman que las adherencias prevalecen en ambos grupos etarios. Si diferenciamos el asa afectada veremos que las adherencias ocupan el primer lugar de obstrucción del intestino delgado seguido de las hernias, y en el intestino grueso el cáncer es seguido de la enfermedad diverticular del colon (11,12).

Fisiopatología

La fisiopatología de la obstrucción intestinal depende del tipo de asa obstruida (intestino delgado o grueso), de la simultaneidad de obstrucción del asa simple o complicado con torsión (asa cerrada), y de la presencia de estrangulación.

La obstrucción del intestino delgado (esquema 1) produce aumento de la peristalsis intestinal para tratar de vencer el obstáculo, con un consecuente acúmulo de gas (principalmente nitrógeno) y líquido. Este provoca distensión abdominal y proliferación bacteriana que agravan la distensión abdominal por la producción de gas de las mismas. Se disminuye el retorno venoso, hay edema de la pared intestinal y transudación peritoneal con secuestro líquido.



Esquema 1 - Fisiopatología de la obstrucción intestinal.

La distensión abdominal provoca dolor, vómitos, disminución de la absorción intestinal y aumento de las secreciones intraluminales de agua, sodio y cloruros (probablemente mediados por prostaglandinas). De esta forma se favorece el secuestro líquido que aunado a los vómitos y pérdidas intestinales provocan hipovolemia y

shock (13). La proliferación bacteriana produce y libera exo y endotoxinas que se absorben a través de la pared intestinal y agravan el shock.

En enfermos con obstrucción en asa cerrada (asa aferente y eferente), el fenómeno fisiopatológico es más intenso, con una rápida progresión a la estrangulación por el temprano compromiso del retorno venoso y circulación arterial.

La obstrucción del colon produce un fenómeno fisiopatológico similar pero menos intenso por diversas causas: su mayor diámetro le permite almacenar más líquido; su capacidad absorptiva y de excreción es menor; la válvula ileocecal incompetente en ciertos casos le permite transferir el acúmulo de líquido y gas al intestino delgado; y rara vez se estrangula.

En los casos de obstrucción estrangulada (oclusión vascular del segmento intestinal) los fenómenos fisiopatológicos son más violentos y graves por la pérdida intraluminal de sangre y sus derivados a través de la mucosa necrótica, y a una mayor producción, liberación intraperitoneal y absorción de endo y exotoxinas (7,9,13).

Clínica

Las manifestaciones clínicas de la obstrucción intestinal fundamentalmente son dolor abdominal, vómitos, distensión abdominal y obstipación.

El dolor abdominal, usualmente de tipo cólico, coincide con los movimientos hiperperistálticos abdominales de tono metálico. En las obstrucciones altas se presenta con una frecuencia de cada 4 a 5 minutos, y en las bajas cada 15 a 20 minutos (13).

En las obstrucciones altas usualmente está localizado en el hemiabdomen superior, las del ileon periumbilical y las del colon son referidas al hemiabdomen inferior. En los casos de dolor abdominal generalizado debemos pensar que es producto de la distensión severa, estrangulación y/o perforación.

El vómito es consecuencia del acúmulo de líquido intestinal represado en el estómago, aunque puede producirse como un fenómeno reflejo. En las obstrucciones altas son inmediatos, abundantes, y mejoran la distensión abdominal. Los vómitos "fecaloideos" no consisten en la expulsión de materia fecal, sino son la manifestación de la descomposición por la acción bacteriana del contenido intestinal estancado.

La obstipación es la disminución de la expulsión de gases y heces a través del recto. Otros signos y síntomas son borborigmo, taquicardia, deshidratación, oliguria, defensa abdominal, fiebre y tumor palpable. Estos dos últimos sugieren estrangulación.

Laboratorio

Es importante mencionar antes de proseguir con las diferentes alteraciones que se pueden encontrar en los pacientes con obstrucción intestinal, que no hay ningún examen específico que sugiera este diagnóstico. Las manifestaciones más frecuentes encontradas son las siguientes:

LA OBSTRUCCION INTESTINAL HOY: CLINICA, IMAGENES Y TERAPEUTICA

tes: desequilibrio hidroelectrolítico, hemoconcentración, hipokalemia e hipernatremia, elevación de la urea, trastornos ácido-básico que variarán entre alcalosis metabólica en las obstrucciones intestinales altas por pérdidas de ácido clorhídrico y cloruro de potasio, y acidosis metabólica en las bajas fundamentalmente por deshidratación, ayuno, cetosis, y pérdida de secreciones alcalinas.

La leucocitosis en las obstrucciones simples se observan inferiores a 15.000 glóbulos blancos x mm³; en los casos estrangulados o perforados es usual ver valores de 20 y 30.000 glóbulos blancos x mm³ con predominancia de los polimorfonucleares y aparición de formas jóvenes (desviación a la izquierda) (9).

La hiperamilasemia es un fenómeno usual aunque en valores inferiores a 200 unidades. Es causada por el paso facilitado al torrente sanguíneo por el aumento de presión intraluminal en el duodeno, y por la absorción peritoneal del transudado rico en amilasa (13).

La presencia de sangre oculta en las heces (Test de Guayaco positiva) es sinónimo de necrosis.

Radiología

Los estudios radiológicos son indispensables para diagnosticar la obstrucción, intentar localizar el nivel de la misma, buscar signos de estrangulación y la etiología productora del mismo. Deberán hacerse siempre dos proyecciones (de pie y acostado) y en caso de duda diagnóstica utilizar una tercera posición (decúbito lateral).

Qué debemos buscar en los pacientes con obstrucción intestinal?. En las radiografías simples se buscarán:

- 1) Las válvulas conniventes que se observan como pliegues transversales a intervalos regulares que cruzan totalmente la sombra distendida del intestino delgado dando el aspecto pila de moneda (Figura 4).
- 2) Las haustras, características del I. grueso, se observan como pliegues transversales a intervalos irregulares que no atraviesan totalmente el asa distendida (Figura 5).
- 3) La presencia de niveles hidroaéreos producto del contraste entre el gas y el líquido que al agruparse provocan el llamado signo de la escalera (Figura 6).
- 4) Presencia de neumoperitoneo o gas dentro de la pared del intestino lo que es sinónimo de perforación.
- 5) Cuerpos extraños, calcificaciones, y aire en las vías biliares consecuencia de una fístula colecistoduodenal (Figura 7).

En caso de vólvulo se observará un asa tremendamente distendida que ocupa todo el abdomen (Figura 5). Una imagen de ciego distendido mayor de 11 cms alerta a la posibilidad de perforación debido a gangrena por presión (14).

Los estudios radiológicos con contraste (tránsito intestinal, colon por enema y arteriografía selectiva) están indicados en aquellos enfermos con obstrucciones parciales donde se intente localizar el área y etiología de la obstrucción, o para diferenciar del íleo postoperatorio

(Figura 8,9). En ocasiones estos tienen doble finalidad (diagnóstico y terapéutico) como ocurre en la intususcepción intestinal. Estos estudios deberán ser realizados con suspensión diluida de sulfato de Bario que brinda una mayor definición, con un bajo riesgo de obstrucción por el mismo material. Deben ser manejados muy juiciosamente por el peligro de que pudiendo estar perforado cause peritonitis por bario, por lo que el uso de sustancias hidrosolubles a veces se impone a pesar de la menor información que este ofrece (7).

Los estudios endoscópicos de vías digestivas superior e inferior deberán preceder, salvo excepciones, a los estudios radiológicos.

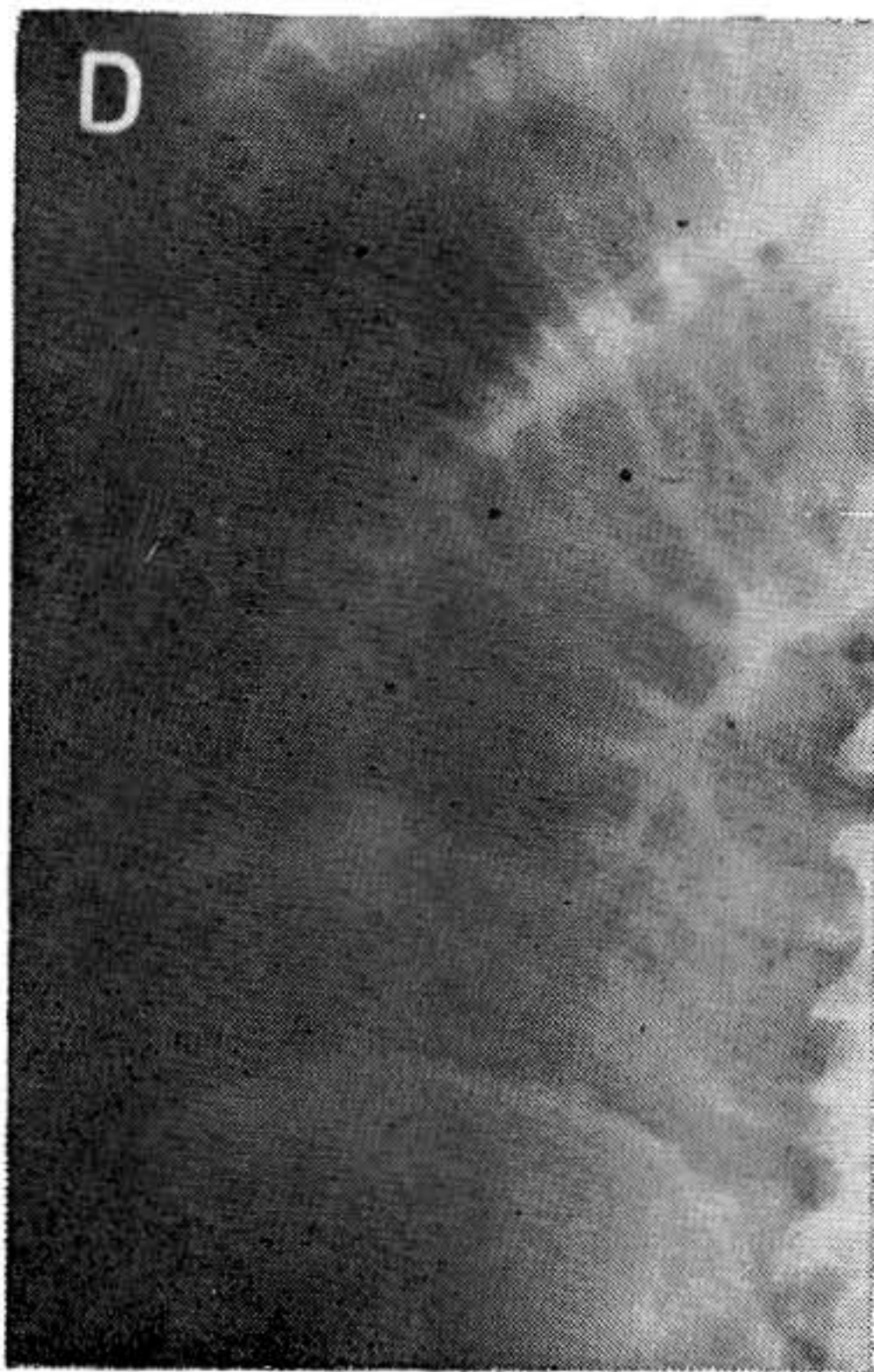


Fig. 4 - Asa de intestino delgado obstruida que muestra las válvulas conniventes que le dan el aspecto de "Pila de Monedas".

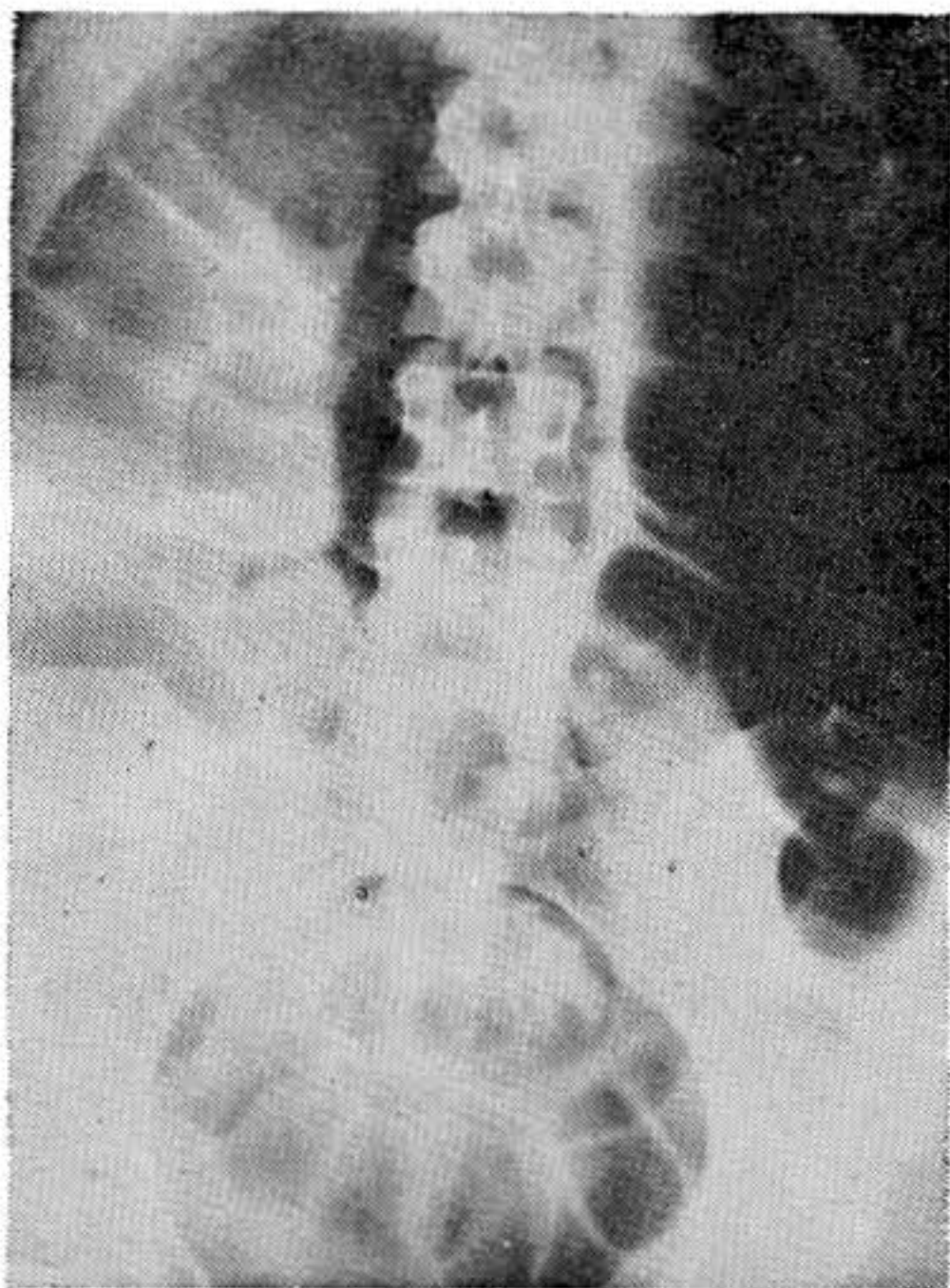


Fig. 5 - Vólvulo de intestino grueso que muestra las haustras características.



Fig. 6 - Íleo paralítico. Niveles hidroaéreos en secuencia que dan el "Signo de la Escalera".

Tratamiento

El tratamiento es siempre quirúrgico y estará precedido de una serie de medidas básicas destinadas a mejorar las condiciones del enfermo. Es recomendable operar a todos los pacientes con signos clínicos y radiográficos de obstrucción intestinal completa. No debemos operar a los enfermos con obstrucción post-operatoria inmediata parcial, o secundaria a inflamación susceptible de ser tratada medicamente (Eje. Diverticulitis, Crohn, etc.). Aquellos pacientes con obstrucción parcial sin signos clínicos de estrangulación pueden ser observados con descompresión nasogastrointestinal con un 60% de probabilidades de evitarle una operación (4).

Las medidas básicas no deben tomar más de 8 horas y servirán para compensar al enfermo. Ellas consisten en 1.- Dieta absoluta; 2.- Colocar un catéter venoso central manteniendo el equilibrio hidroelectrolítico (especialmente el potasio), ácido básico y la presión venosa central entre 10 y 12 cms de agua con soluciones isotónicas (preferiblemente ringer lactato y dextrosa al 5%, excepto en las pérdidas severas de jugo gástrico donde debe usarse

solución fisiológica) (13). De ser necesario se utilizará sangre y sus derivados, etc. 3.- Colocar una sonda de Foley seguido de control estricto de líquidos; 4.- Colocar una sonda nasogástrica para succión (preferiblemente de sumidero No. 16-18). El uso de sondas largas tipo "Miller-Abbot" o "Cantor" son útiles para drenar áreas del intestino delgado distantes en enfermos que no ameriten tratamiento quirúrgico. Otros autores(3,4) no han encontrado diferencias significativas entre el uso de tubos largos y cortos en relación a evolución y/o beneficio para el enfermo; 5.- Diferir los analgésicos hasta no tener un plan definitivo de tratamiento; 6.- Antibioticoterapia; se recomienda el uso combinado de metronidazol y cefalosporinas de tercera generación (7) o ampicilina, gentamicina y clindamicina; 7.- Marcar probables áreas de colostomías.

El tratamiento quirúrgico debe ser realizado lo antes posible después de haber mejorado al enfermo, ya que el pronóstico depende del mismo. 1.- Se deberá prevenir la broncoaspiración durante la inducción anestésica; 2.- Se utilizarán incisiones medias ya que permiten una ade-

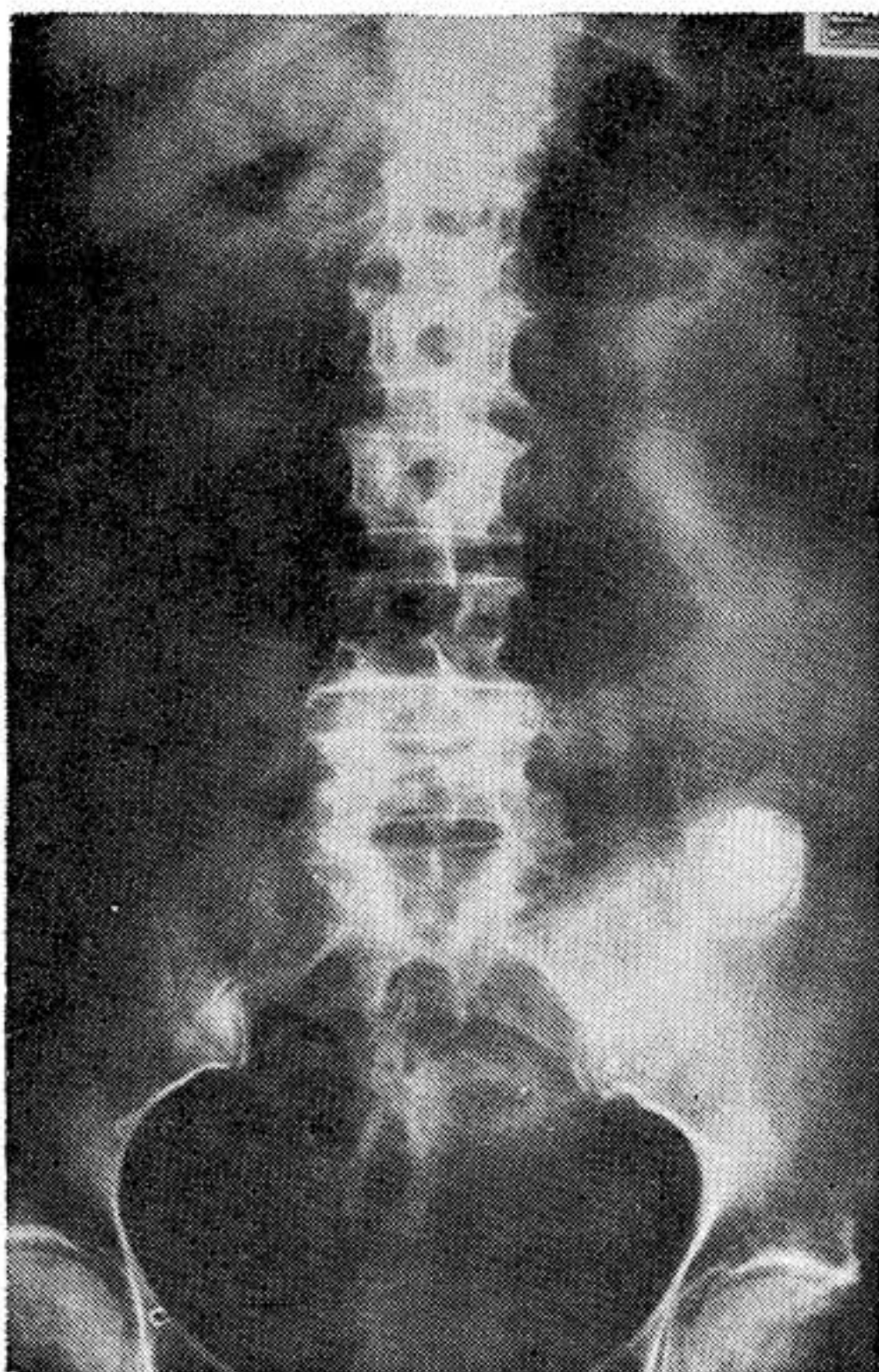


Fig. 7 - Ileo biliar. Obsérvese la imagen de litiasis sobre el hueso iliaco izquierdo, las asas delgadas distendidas, y la presencia de neumobilia dibujando las vías biliares como consecuencia de la fístula colecistoduodenal.

cuada exploración de toda la cavidad abdominal; 3.- Las técnicas quirúrgicas variarán de acuerdo al hallazgo etiológico. Unas técnicas resuelven el problema sin abrir el intestino como la lisis de adherencias y la reducción de hernias. Otras técnicas tienen la finalidad de "armar" el intestino de una manera ordenada para evitar ángulos muy agudos y obstrucciones subsiguiente como las operaciones de Noble (10), Child-Phillips (6) y colocación de sondas tipo Baker o Dennis (1). El tubo de Dennis se utiliza en obstrucciones intestinales recidivantes y debe ser colocado a través de gastrostomías o yeyunostomías, (introducidos por la técnica de Witzel). Se lleva el balón hasta el ileón terminal y se vacía en las 12 a 24 horas del postoperatorio. Se retira al 21 día en forma progresiva para evitar intususcepción del propio intestino.

Las enterostomías se utilizarán en los casos de obstrucción mecánica para remover litiasis, bezoares o cuerpos extraños. El bypass o derivación proximal intestinal se usa en los casos de obstrucción por cáncer no susceptible de ser resecado, o en aquellas obstrucciones por

metástasis difusas peritoneales. Las resecciones intestinales se usan en casos de tumores del intestino delgado, grueso, o presencia de necrosis intestinal. Las ostomías son recomendables en aquellos casos de obstrucciones del colon izquierdo con marcada dilatación del mismo, enfermedad de Hirschsprung y megacolon tóxico.

Los criterios de viabilidad del intestino están muy bien establecidos: color, motilidad y presencia de pulso mesentérico. En caso de duda puede utilizarse la colocación de compresas tibias durante 10 minutos y si todavía existe duda se inyectará fluoresceína 1 amp I.V. por cada 50 a 60 kgrs de peso e iluminándolo con la lámpara de Wood. La adecuada circulación se observará de color amarillo brillante fluorescente. Otros métodos más sofisticados e imprácticos son la medición de la hiperemia reactiva midiendo la temperatura de superficie intestinal y la actividad eléctrica muscular (5).

Pronóstico

El pronóstico se mide como mortalidad operatoria. Para las obstrucciones simples varía de 1 al 5% (11,13), para

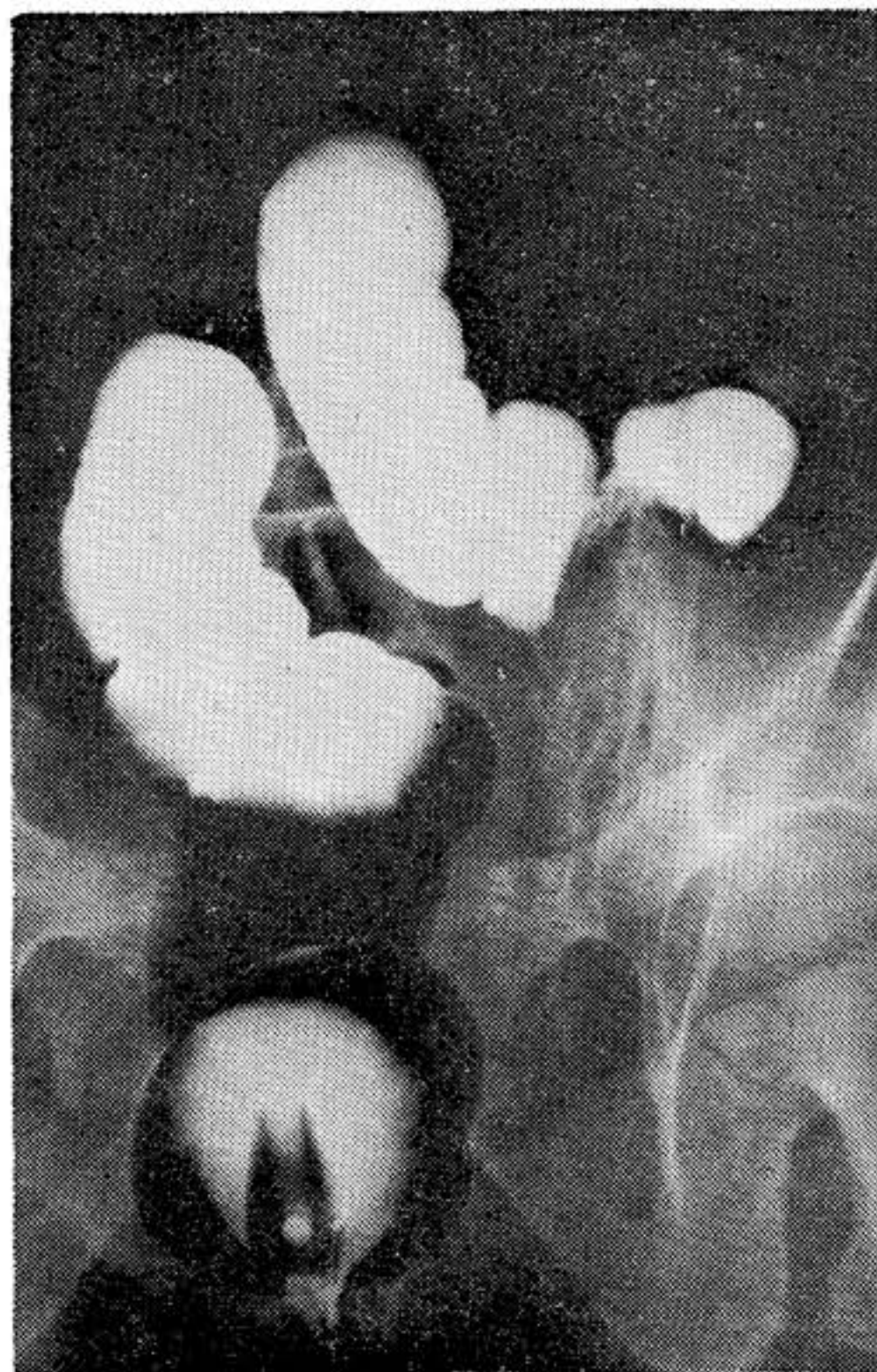


Fig. 8 - Colon por enema que muestra imagen de compresión extrínseca del sigmoides por metástasis de carcinoma de endometrio.

las estranguladas cuando el paciente es operado antes de 36 horas de haberse iniciado los síntomas es de 8%; sin embargo, cuando se realiza después de 36 horas se eleva a 25% (11,13).

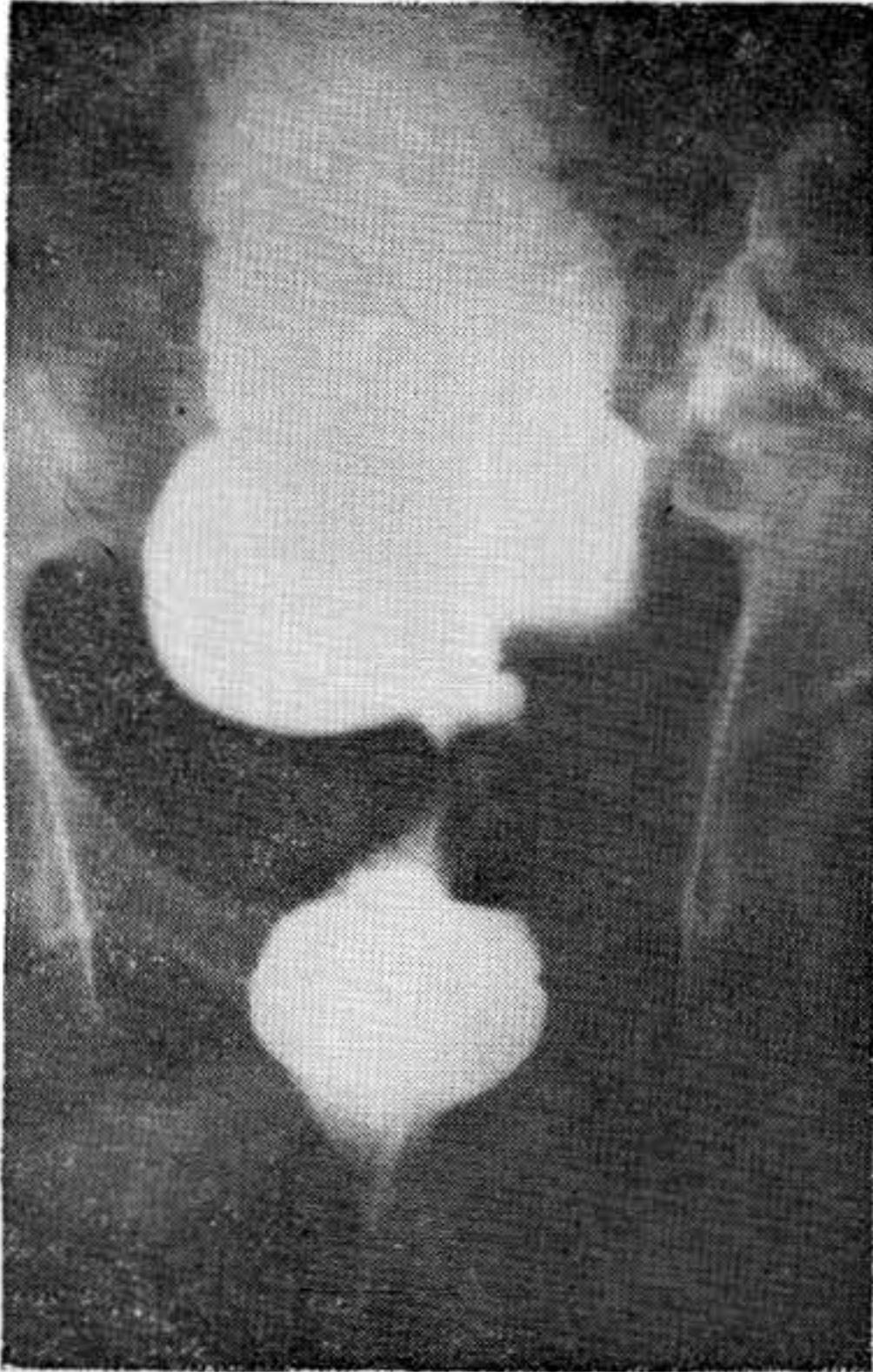


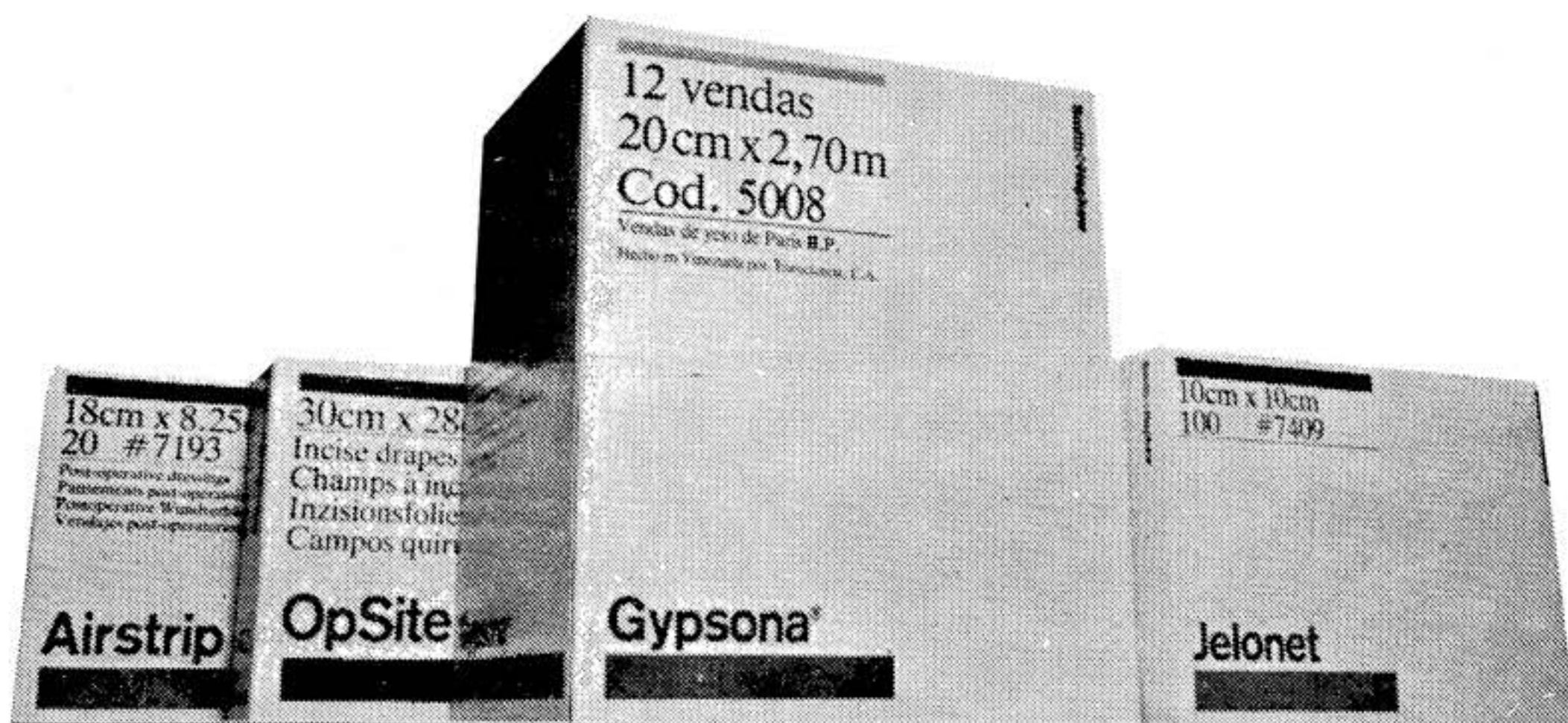
Fig. 9 - Colon por enema que muestra obstrucción parcial del recto por adenocarcinoma.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Baker, J. W.- A long jejunostomy tube for decompressing intestinal obstruction. *Surg. Gynecol. Obst.* 109: 519, 1959.
- 2 Ballantyne, G. H.- The meaning of ileus. Its changing definition over three millenia. *Am. J. Surg.* 148: 252-256, 1934.
- 3 Bizer, L. S.; Liebling, R. W.; Delany, H. M.; Gliedman, M. L.- Small bowel obstruction. The role of nonoperative treatment in simple intestinal obstruction. *Surgery* 89: 477-413, 1931.
- 4 Brolin, R. E.; Krasna, M. J.; Mast, B. A.- Use tubes and radiographs in the management of small bowel obstruction. *Ann. Surg.* 206: 126-133, 1967.
- 5 Bussemaker, J. B.; Lindeman, J.- Comparison of methods to determine viability of small intestine. *Ann. Surg.* 176: 97-101, 1972.
- 6 Childs, W. A.; Phillips, R. B.- Experience with intestinal application and a proposed modification. *Ann. Surg.* 1932: 258-1909.
- 7 Ellis, H.- Acute Intestinal obstruction. In: Schwartz, S. J.; Ellis, H.;- *Maingot's Abdominal Operations*, eight edition vol. two. Appleton-Century-Crofts. Connecticut 1157-1182, 1985.
- 8 Montefusco, P. P.; Ward, R. J.; Geiss, A. C.- Recurrent adhesive small bowel obstruction. *Contemp. Surg.* 27: 98-100, 1985.
- 9 Nadrowski, L. F.- Pathophysiology and current treatment of intestinal obstruction. *Rev. Surg.* Nov-Dec. 381-407, 1974.
- 10 Noble, T. B.- Plication of the small intestine as prophylaxis against adhesions. *Am. J. Surg.* 35:41, 1937.
- 11 Schrock, T. R.- Intestino Delgado En: Dunphy, J. E.; Way, L. W. *Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos*. Tercera Edición. Editorial El Manual Moderno S. A. de C. V. Mexico 531-555, 1982.
- 12 Schrock, T. R.- Intestino Grueso En: Dunphy, J. E.; Way, L. W. *Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos*. Tercera Edición. Editorial El Manual Moderno S. A. de C. V. Mexico 556-593, 1982.
- 13 Schwartz, S. I.- Manifestations of Gastrointestinal Disease. In: Schwartz, S. I.; Schires, G. T.; Spencer, F. C., *Principles of Surgery*, fifth edition, Mc Graw-Hill Book Company, New York 1061-1101, 1989.
- 14 Wanebo, H.; Conolly, B.- Pseudo-Obstruction of the Colon. *Surg. Gynecol. Obstet.* 133: 44, 1971.

EUROCIENCIA

alta tecnología al servicio de la salud



Como usted sabe, el uso de productos médico-quirúrgicos de primera calidad puede ayudar a salvar la vida de su paciente y permitir su pronta recuperación. En Eurociencia trabajamos para que eso sea una feliz realidad.

Los productos elaborados o distribuidos por Eurociencia, son fabricados con la más avanzada tecnología y el más estricto control de calidad. En Venezuela producimos las reconocidas vendas **Gypsona**, la marca de mayor venta en el mundo; además distribuimos en forma exclusiva para nuestro país las prestigiosas marcas:

- | | |
|----------------------|---|
| Tensoplast | : Vendas y equipos de tracción |
| Airstrip | : Apósitos post-operatorios |
| Soffban | : Guata quirúrgica |
| Jelonet | : Cura parafinada |
| Bactigras | : Cura parafinada con clorhexidina |
| Opsite | : Campos quirúrgicos y vendajes |
| Perry | : Guantes para cirujanos y examen |
| Dynacast | : Vendaje ortopédico sintético |
| Avon Medicals | : Catéteres, agujas de anestesia, agujas de fistulas y productos de diálisis. |

Usted sabe que puede confiar en la calidad de los productos de **Eurociencia**. Su confianza es nuestro orgullo.

EUROCIENCIA, 20 años al servicio de la salud del venezolano

Av. Francisco de Miranda, Callejón Gutiérrez, Edf. Eurociencia, La California, Caracas. Teléfonos 238.02.12 - 238.35.61 - 238.69.08 - 238.31.74

Raquiostenosis Lumbar

Tratamiento Quirúrgico con Preservación de las Apofisis Espinosa

Presentación Preliminar

Dr. Abraham Krivoy *
Dr. Jaime Krivoy
Dr. Mauricio Krivoy

RESUMEN

Se presentan 15 casos con el diagnóstico de raquiostenosis, 2 casos con herida por arma de fuego y 1 caso tumoral infantil.

Catorce de los casos están por encima de 60 años, 2 casos en la década de 40-50 y un caso debajo de los 10 años.

El sexo fue 12 femeninos y 6 masculinos.

Las raquiostenosis eran de clínica de lumbalgia severa 5 casos, 6 casos de claudicación intermitente a la marcha, 5 casos con claudicación postural, 1 caso de dolor genital; la clínica de todos estos casos fue insidiosamente progresiva.

Se destaca la importancia de la preservación de las apofisis espinosas con los ligamentos interespinosos y supraespinosos como uno de los elementos importantes para evitar la desestabilización de la columna. Se detalla la técnica. El seguimiento es solo de 3 años con buena evolución.

ABSTRACT

Fifteen cases of lumbar spinal stenosis, two more, with Gun sot spinal injured and one case with intradural tumor were presented. Forteen cases were over 60 years, two cases between 40-50 years. One case under 10 years. Female 12 cases; male 6. Low back severe pain: 5 cases. Intermittent cauda equina claudication: 6 cases. Postural claudication: 5 cases. Groin pain: 1 case. All cases with progressive complain.

The preservation of spinous proceses and its ligament are recommended in order to preserve stability. The sur-

gical technique was described. The follow-up ranged up to 3 years.

Palabras Claves: Neurocirugía. Dolor Lumbar.
Raquiostenosis. Cirugía Columna.

INTRODUCCION:

Para evitar inestabilizaciones futuras en las laminectomías se ha introducido recientemente la metodología de preservar las 2 ó 4 apofisis espinosas, que junto con sus ligamentos inter-espinosos y supra-espinosos juegan papel importante en la estabilidad espinal. Presentamos los primeros casos realizados con esta técnica (11). El número de casos y el tiempo de seguimiento es reducido, pero intenta difundir la técnica para motivar una mayor experiencia. La mayoría de nuestros casos corresponden a la región lumbar, pero la técnica es aplicable a cualquier altura espinal.

Aún cuando nos encontramos dentro de la época en la que la mayoría de las patologías dolorosas lumbares, o de carácter radicular tipo lumbociática o compresivas de tipo de claudicación nuerogénica, son atribuidas fundamentalmente a herniaciones discales, estamos asistiendo al comienzo de la rectificación de este exceso de apreciación clínico-quirúrgica.

Efectivamente, debido al porcentaje de fracasos de operaciones de hernias discales, que en pocos casos producen sólo alivio temporal y en otros empeoramiento del cuadro doloroso e incapacidad para regresar a sus labores habituales, se ha venido revisando con mayor detenimiento las diferentes etiologías de estos dolores lumbares, lo cual ha producido un enfoque distinto sobre el problema (5,6,7).

Así las recientes revisiones estadísticas (10) sobre 2.500 intervenciones de discos lumbares realizados en Suecia, sólo lograron una remisión del cuadro doloroso en 60,2% del total de pacientes. Su revisión en el resto de la literatura sobre el tema encontró que sólo se logró alivio en el 46,2% del total.

* Centro Médico de Caracas, Profesor Titular Jefe de la Cátedra -Servicio, de Neurocirugía del Hospital Universitario de Caracas y del Servicio y Post-Grado de Neurocirugía Pediátrica del Hospital de Niños J. M. de Los Ríos.

RAQUIESTENOSIS LUMBAR

Shealy (9) por otro lado, en una revisión personal, de 250 casos encontró 6 casos con verdaderos discos herniados; en 224 casos las discoidectomías fueron practicadas en protrusiones moderadas del disco, pero no sobre verdaderas hernias y en 20 casos las historias clínicas fueron insuficientes.

También es muy conocido el hecho de que cuando se practican mielografías cervicales, se suelen hallar herniaciones discales lumbares asintomáticas y viceversa.

Todo lo anterior ha llevado a re-enfocar el problema doloroso de la región lumbar bajo un nuevo criterio, que es el del canal espinal estrecho o raquiestenosis, junto con múltiples etiologías de dicho dolor y enfoques terapéuticos distintos.

En este trabajo presentaremos nuestros casos con concomitancia de etiologías, es decir: raquiestenosis, hipertrofia de láminas, apófisis articulares bulosas, herniaciones discales y atrapamiento radicular a la reabsorción del disco intervertebral, que junto con la espondilolistesis forman parte de las etiologías estenosantes de carácter degenerativo.

MATERIAL Y METODOS:

Entre los años de 1985 y 1987 se revisaron 15 casos con el diagnóstico de estenosis del canal espinal lumbar, hemos agregado 2 casos adicionales de lesiones por herida por arma de fuego en región dorsal y una estenosis artrósica dorsal de tipo radicular para demostración de la técnica de preservación de las apófisis espinosas y sus ligamentos.

El análisis de los 15 casos de estenosis muestra que 14 casos se hallan por encima de los 60 años y 3 casos en la década de 40-50. El sexo fue de 12 femeninos y 6 masculinos.

El motivo de consulta fue de 5 cuadros dolores lumbares, 1 caso de dolor genital, 6 casos con presencia claudicación intermitente a la marcha y cinco casos con claudicación postural de pie o sentado. La clínica fue en los 16 casos insidiosamente progresiva. Los antecedentes generales fueron sin importancia excepto el caso de dolor radicular en banda dorsal que 6 meses antes de la clínica tiene un trauma con fractura del fémur derecho. La paciente con dolor genital tiene toda la exploración urológica normal.

El examen físico neurológico mostró en los casos de lumbalgia limitación antálgica importante a los movimientos espinales, más a la extensión espinal, de pie, que ya en 5 grados causaba dolor, 3 de ellos con Lasegue positivo a 15 y 60 grados.

Los trastornos de sensibilidad eran básicamente ausentes, exceptos 2 casos dudosos e imprecisos en las formas de claudicación, después de pruebas de esfuerzo o postura.

Los reflejos frecuentemente eran hipo-activos, exceptuando los dos casos no quirúrgicos, donde existían componentes escolióticos importantes y los reflejos eran hiper-activos.

La radiografía simple se practicó en todos los casos con 5 de ellos con signo de Knuttson del vacío positivo, artrosis importante en todos, incluyendo las deformaciones articulares y en dos casos componentes escolióticos importantes.

La mielografía se practicó en todos los casos quirúrgicos y 6 mielotomografía. La electromiografía se practicó en 1 solo caso.

La terapéutica en los casos quirúrgicos fue individualizada en cuanto a decompresiva de los niveles ad hoc.

Un caso de un sólo nivel, 11 casos de decompresivas de 3 niveles, 4 de los cuales acompañados de discoidectomía y facetectomía parcial. La evolución en los casos con cirugía de 1 nivel fue excelente y la de más de dos niveles siempre dejó cierto grado de molestia variable para todos con incorporación a sus actividades habituales pre-operatorias.

TECNICA:

Se agregan 1 caso de estenosis dorsal ósea, uno lumbar y 2 casos más por herida de bala dorsal para ilustrar la técnica de preservación de las espinosas y sus ligamentos que en términos generales es la siguiente: (Ver Figuras 2 y 3).

Expuesto el campo quirúrgico en los niveles que debe decomprimirse, con la cizalla o gubia de Liston se secciona el ligamento supra e inter-espinoso del límite inferior, de allí se cortan las bases de las 2 a 4 apófisis espinosas que se van a intervenir y se separan hacia arriba sin desprenderle de sus inserciones superiores. Se practica la laminectomía amplia, bilateral en los niveles elegidos, así como facetectomías y discoidectomías, cuando las hay que realizar. Finalizada la decompresiva, se recoloca la apófisis espinosas en sitio suturado primero a la altura adecuada el punto que va del plano muscular perivertebral lateral, pasando por la parte más adecuada de los ligamentos inter-espinosos al plano muscular del

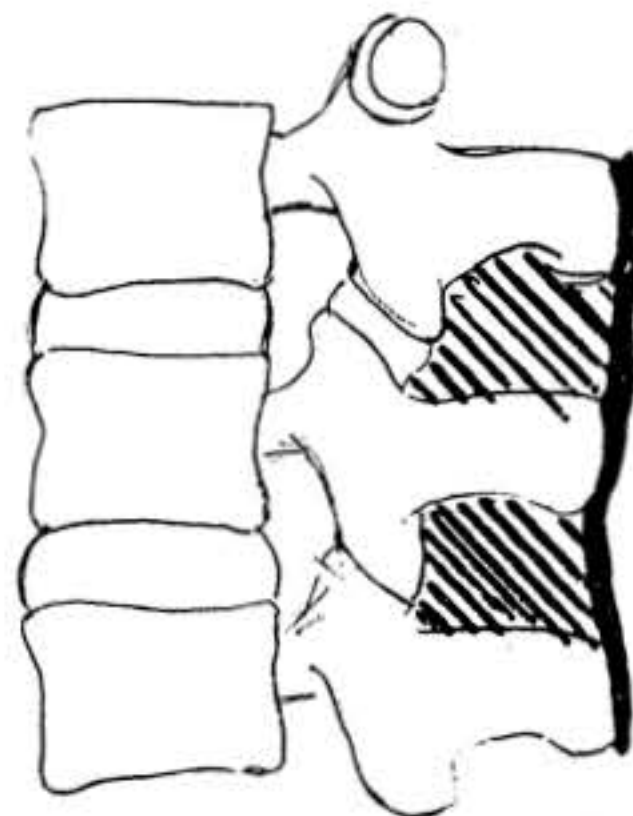


Fig. 2 - Los ligamentos interespinosos y supraespinosos pueden preservarse en las laminectomías decompresivas junto con las apófisis espinosas, contribuyendo a la estabilidad espinal.

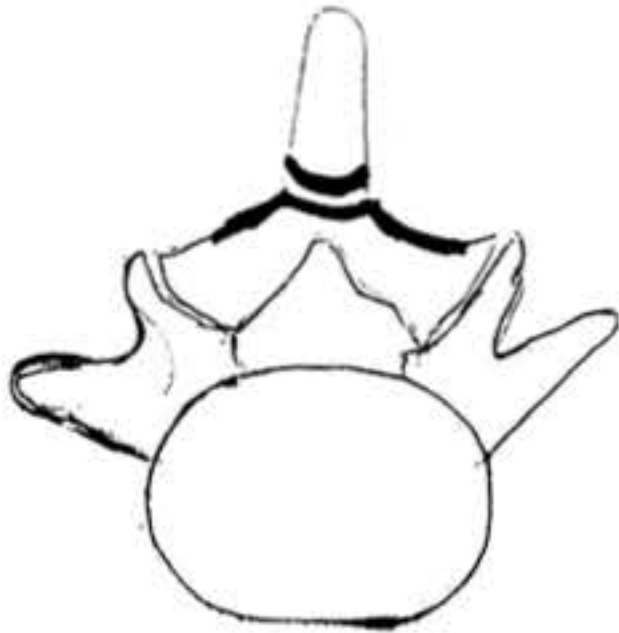


Fig. 3 - Sección de las apófisis espinosa en su base junto con los ligamentos inter-espinosos y supraespinosos que se reponen una vez realizada la laminectomía decompresiva.

otro lado y regresando al primero, que también se carga de nuevo, sin anudar, así se colocan el resto de los niveles y se anudan todos, uno por uno, una vez colocados, así se asegura la ubicación del conjunto de las espinosas, para que no descienda a la dura. Solemos usar Vicril-0 en este plano. A veces puede ser necesario 2 puntos en el nivel inter-espinoso; luego se fija con una o dos suturas de alambre 30, atravesando la base de las apófisis espinosas libre y la primera que esté fija y se cierra dicho punto (cerclaje) lateralmente. Finalmente se sutura los planos laterales cargando la aponeurosis del gran dorsal de ambos lados con el ligamento supra-espinoso a lo largo de lo expuesto, quedando así dicha estructura de las apófisis espinosas y sus ligamentos en sitio y pudiendo soportar las cargas biológicas a las que suelen estar sometido y eliminando uno de los factores de inestabilidad espinal posterior. Esta técnica tiene mayores bondades, donde los músculos espinales son hipotroficados, o donde fue necesario hacer facetectomía importante o hay rupturas previas del ligamento vertebral común posterior y de discos (Ver Figura 1).

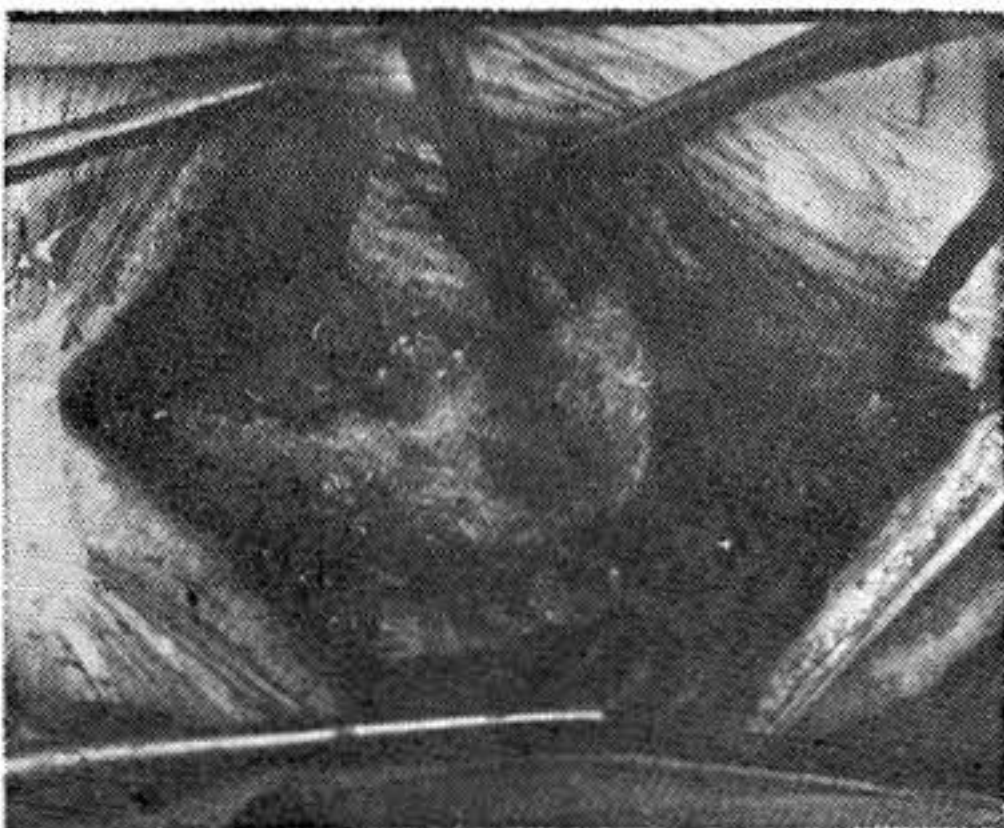


Figura 1 - A

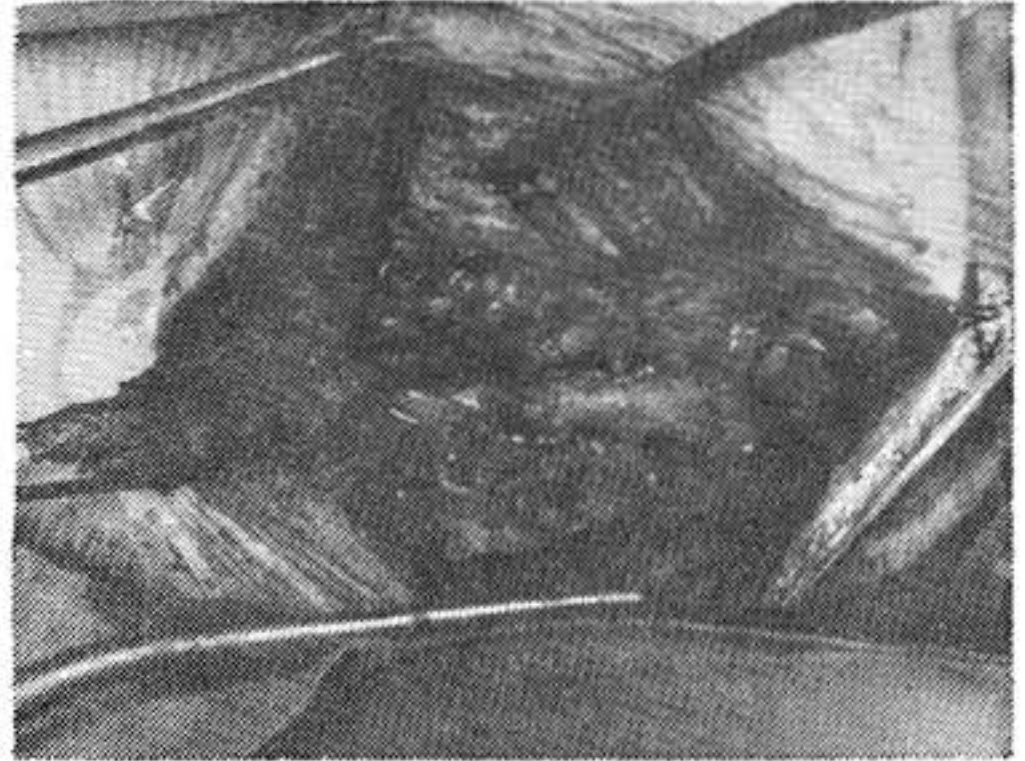


Figura 1 - B

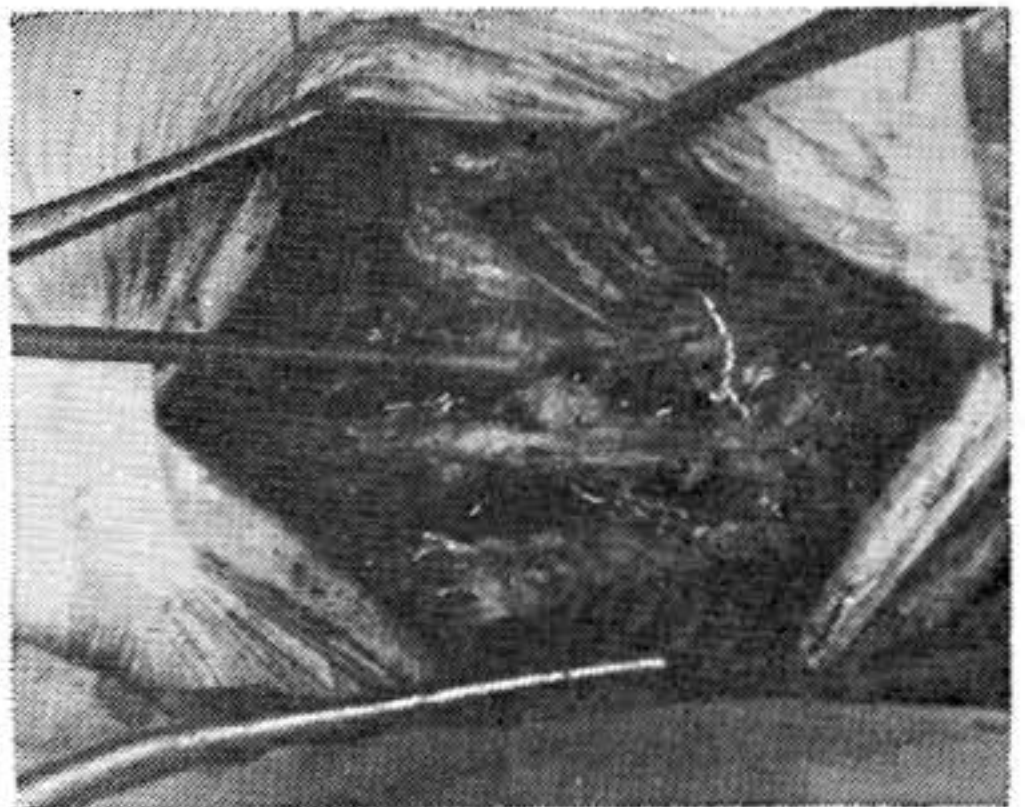


Figura 1 - C

Fig. 1 - Paciente masculino de 61 años de edad con severa estenosis lumbar tipo lumbo-ciática derecha y claudicación postural L3-L4-L5. En la foto A se comienza a levantar las espinosas con sus ligamentos de las 3 vértebras estenosadas. En la foto B se nota el levantamiento cefálico de las 3 espinosas. Se ve la duramadre expuesta. En este tiempo se realiza la laminectomía, facetectomía, discoliectomía o lo que hubiera a lugar realizar. Terminada la decompresiva, se observa en C la reposición de la espinosas con sus ligamentos y su fijación caudal con un punto de alambre. Dicha fijación se reasegura con las suturas musculares con los ligamentos inter-espinosos y la sutura de la aponeurosis del gran dorsal con los ligamentos supra-espinosos.

DISCUSION:

La laminectomía decompresiva como terapéutica única en múltiples patologías espinales, tanto estenosantes como traumáticas ha sido duramente criticada, particularmente por Ortopedistas y Traumatólogos como operación desestabilizadora (2). El número de laminectomías

RAQUIESTENOSIS LUMBAR

tomías decompresivas realizadas en el mundo entero y su seguimiento prolongado, desmienten la anterior aseveración, cuando la laminectomía decompresiva está bien indicada y ello depende de un juicio maduro por parte del neurocirujano. Sin embargo, es importante considerar que mientras se mantenga el sistema ecológico espinal lo más cercano a lo normal, se preserva mejor su estabilidad. Por ello se conservan las apófisis espinosas y sus ligamentos para preservar mejor la estabilidad espinal, que a manera de cuerdas de acero mantienen fijas las antenas de televisión en los tejados de las viviendas y soportan aceptablemente los embates de la naturaleza. Soltar una de las cuerdas, la posterior por ejemplo, puede abrir un camino, por prevalencia de las "cuerdas de acero" anteriores, a deformidades y desestabilizaciones espinales en un futuro variable.

El equilibrio entre todas "las cuerdas", da mayor estabilidad (1).

Es importante resaltar las formas clínicas bien diferenciadas de las estenosis lumbares de tipo claudicación neurogénica isquémica intermitente, la claudicación neurogénica postural que suelen ser la mayoría de los casos y las formas dolorosas tipo lumbalgias o lumbociáticas (12,13).

La forma clínica de claudicación neurogénica intermitente de tipo isquémico producen más pesadez que calambres al caminar y mejoran con el reposo. No empeoran con las exacerbaciones de la lordosis como en las formas posturales. Mejoran con el aumento de la tensión de oxígeno lo que habla en favor del factor isquémico de la cola de caballo. Es importante recordar que las arterias medulares ingresan a lo que el segmento medular concierne entre L1-L2, particularmente la llamada arteria de Adankewitz, por lo que dicho vaso queda preservado de las espondilolistesis. Es de pensar por ello que la claudicación es radicular pura y no medular.

La claudicación intermitente fue descrita por Charcot en 1858 sin involucrar etiologías. La palabra claudicación se refiere a la marcha y es la secuencia: ejercicio, dolor, descanso. El examen clínico antes del ejercicio y después del ejercicio suelen mostrar cambios neurológicos notorios.

La forma clínica de claudicación neurogénica postural, suelen ser la mayoría de los casos y está en relación a la postura lordótica y cuyos síntomas suelen aparecer tanto en el caminar como en la posición fija de pie y a veces reclinado. No suelen aparecer con la bicicleta y el tenis porque no requieren hiper-extensión y mejoran con la flexión anterior como se ve en la mielografía que en extensión bloquea e contrasta y con la flexión facilita su pasaje. (Ver Cuadro de Clasificación)

CLASIFICACION DE LAS ESTENOSIS ESPINAL LUMBAR

1. Desarrollo de las estenosis espinales
2. Espondilolistesis degenerativas
3. Espondilolistesis espondilolítica
4. Iatrogénica
5. Traumática
6. Enfermedades del sistema esquelético (acondroplasia, Paget).

FORMAS CLINICAS DE PRESENTACION

- Claudicación
 - Bilateral
 - Unilateral
- Irritación de raíces nerviosas con signos objetivos
 - Bilateral
 - Unilateral
- Lumbalgia.

El peso del cuerpo en las formas posturales puede influir en protruir moderadamente los discos pero no es determinante ya que en posición recostada puede aparecer la clínica.

Las láminas engrosadas en más de 12 mm y su tendencia a la horizontalización tienen a comprimir el estuche dural particularmente en su borde cefálico y dificulta la penetración de cualquier instrumentación quirúrgica. Igualmente, los ligamentos amarillos hipertrofiados en más de 5 mm de grueso y no raras veces calcificadas colaboran con la presión dural.

En las formas dolorosas lumbares o lumbociáticas recordar que las goteras laterales son la continuación de los recesos laterales donde puede producirse atrapamiento radicular debido a la participación de la faceta articular superior de la vértebra inferior. Epstein (4) llama a este atrapamiento síndrome facetar superior, aunque otras estructuras pueden contribuir al atrapamiento.

La inestabilidad espinal se define clínicamente como la pérdida de la habilidad del organismo, bajo condiciones fisiológicas de carga, de mantener las relaciones entre las vértebras en situación de ausencia de daño físico o irritación de médula o raíces nerviosas, ni en trastornos del desarrollo o dolor. Esta definición involucra anomalía de la relación intervertebral y como consecuencia del alineamiento total de la columna vertebral.

En la vista de perfil el apex de la cifosis es el punto más vulnerable desde el punto de vista de la biomecánica de la columna (Ver Figura 4).

Los factores que producen cargas flexoras como gravedad y contractura abdominal, aumentan la cifosis. Los factores antagónicos a este momento son los extensores que por el hecho de estar muy cerca del eje espinal de flexión poseen, por ello, una gran desventaja biomecánica (1).

Las laminectomías múltiples pueden destruir los soportes posteriores que facilita el avance de la cifosis (2).

Recordar que la clínica de la estenosis lumbar es bizarra y tiene participación de múltiples factores estenosantes, artrósicos, apófisis articulares bulbosas e hipertrofiadas, pedículos inclinados, reabsorciones discales, subluxaciones articulares, hernias discales, atrapamientos foraminales, hipertrofia del ligamento amarillo, etc. cuya totalidad actuando en uno o más niveles, uni o bilaterales, deberán ser tomadas en cuenta para la terapéutica definitiva.

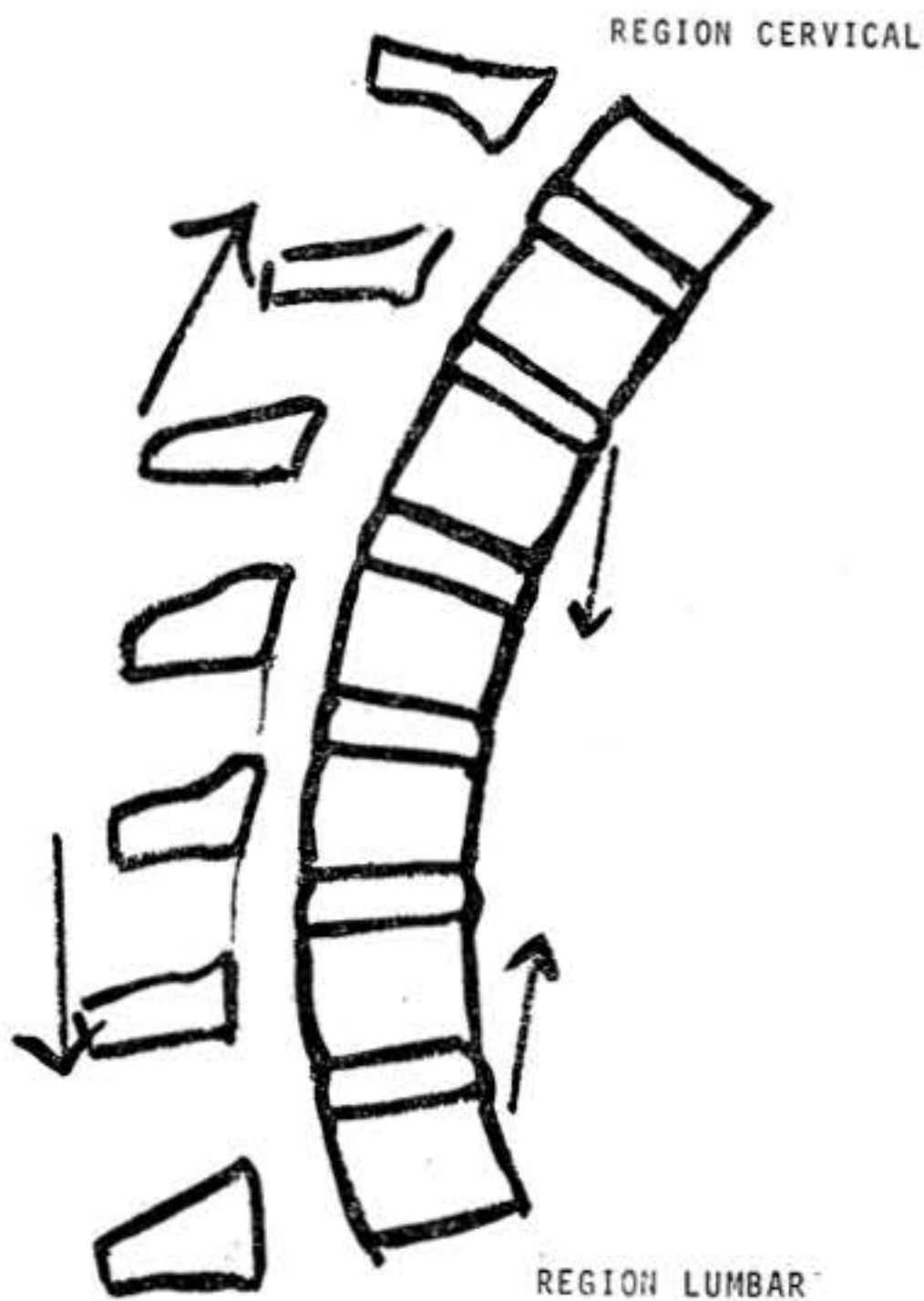


Fig. 4 - Inestabilidad espinal clínicamente corresponde a la pérdida de la habilidad, en condiciones fisiológicas, de mantener las relaciones vertebrales con las cargas normales. No suele conllevar daño o irritación en médula o raíces ni tampoco de desarrollo de deformidad incapacitante o dolor debido a cambios estructurales. Los elementos posteriores resisten a la flexión, mientras que los anteriores resisten a la compresión.

Recordar que el término foraminectomía suele estar mal usado y que lo que realmente hacemos, en la mayoría de estas patologías son hemifacetectomías, que no suelen producir ninguna inestabilidad espinal.

La práctica del dominio de una sola técnica familiar al cirujano ante un espectro amplio de factores etiológicos suele conducir al fracaso. La sistemática laminectomía o discoidectomía sin evaluar los otros factores participantes, o la sistemática de la estabilización pura sin evaluación integral llevan al fracaso y sirve más para paliar la conciencia del cirujano que el alivio del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Bradford, D. S.- (1980). Spinal instability: Orthopedic Perspective and Prevention. Clin. Neurosurg. 27: 591-610.
- 2 Cattell, H. S.; Clark, G. L. J.- (1967) Cervical Kyphosis and instability following multiple laminectomies in children. J. Bone Joint Surg. 49A: 713-720.
- 3 Crock, H. V.- Isolated lumbar disk resorption as a cause of nerve root canal stenosis. Clinical Orthopaedics and related research. 115: 109-115, 1976.
- 4 Epstein, J. A.; Epstein, B. S.; Lavine, L.; Carras, R.; Rosenthal, A.- 1976. Degenerative lumbar Spondyloisthesis with an intact neural arc (pseudospondyloisthesis) J. Neurosurg. 44: 139-147.
- 5 Krivoy, A.- Lumbalgias y Lumbociáticas Neurológicas. Medicine: 560-572, 1979.
- 6 Krivoy, A.- Estenosis Espinal. Anatomía y Fisiopatología. Chile, Junio 1977, (XXXV 205-215).
- 7 Krivoy, A.- Raquiestenosis Lumbar. 1978 Consulta. 2: 13-15.
- 8 Pennal, G. F.; Schatzker, J. (1971) Stenosis of the Lumbar Spinal. Clinical Neurosurgery 18: 86-105.
- 9 Shealy, C. N.- Facet denervation in the management of back and sciatic pain. Clinical Orthopedics and Related Research, 115:157-164, 1976. Lippincott Co. Philadelphia.
- 10 Spangorth, E. V.- Lumbar disc herniation. Acta Orthop. Scand. Supp. 142, 1972.
- 11 Vrankovic, Dj., Milics.- (1987) Reconstruction of the Spinal Process and Ligaments After Laminectomy of the Lumbar Spine. Proceeding of the 8^o European Congress of Neurosurgery. Barcelona, Spain W 26-328.
- 12 Weinstein, P. R.- (1980) The application of anatomy and pathophysiology in the Management of lumbar spine disease. Clin: Neurosurg, 27: 517-540.
- 13 Weinstein, P. R.- Diagnosis and Management of Lumbar spinal stenosis (1984) Clin. Neurosurg. 30: 677-697.

Efecto de la Vitamina C sobre la Supervivencia de Ratones en un Modelo de Sepsis Abdominal

Dr. Enrique Montbrun -1
Dr. Ricardo Pereiro -2
Dr. Rafael Antequera -3
Dr. Antonio Nastasi -4
Dr. Javier Barbeito -4
Dr. Luis Báez -5

RESUMEN

Se desarrolla un modelo de sepsis experimental con 180 ratones cepa Balb-C a fin de demostrar el efecto producido por la Vitamina C en la supervivencia de ratones a los cuales se le provocó sepsi abdominal y si la localización del foco infeccioso influye en el efecto producido por la administración de la misma. Se demostró que la Vitamina C mejora la supervivencia de ratones sépticos y que la localización del foco infeccioso influye en ese efecto. Los ratones cuyo foco infeccioso se provocó a nivel del colon derecho mostraron un índice de supervivencia significativamente mayor.

SUMMARY

We make an experimental sepsis model with 180 mices type Balb-C to demonstrate the effect of the Vitamin C in the survival of them and if the localization of the sepsis process is important in this effect. We are demonstrated that the Vitamin C improve the survival of the septic mices and the localization influence this effect. The mices with the septic process locate at right colon have the best survival rate.

Palabras Claves: Vitamina C. Sepsis Abdominal.
Modelo Animal de Sepsis.

INTRODUCCION

La sepsis abdominal continúa siendo un problema de importancia capital en el campo de la cirugía a pesar del descubrimiento de nuevos agentes antimicrobianos. Las evidencias obtenidas a través de numerosos estudios han demostrado que durante la sepsis hay un aumento de todos los procesos catabólicos, lo cual se traduce en la utilización elevada de todos los sustratos energéticos, trayendo como consecuencia el consumo de todos los componentes orgánicos, especialmente las vitaminas y los oligoelementos. Otros estudios han demostrado que la carencia parcial o total de un elemento nutricional conduce a un estado de inmunosupresión. Se ha demostrado que diferentes vitaminas y oligoelementos participan en el buen funcionamiento del sistema inmunológico. Los resultados de los estudios con Vitamina C han generado mucha controversia. Se ha discutido mucho acerca del papel de los altos niveles de Vitamina C encontrados a nivel de las células fagocitarias y su relación con la inmunosupresión. Desde el punto de vista inmunológico, la Vitamina C es vital para el desarrollo del tejido linfático. Se le asocia con la habilidad de los fagocitos para movilizarse al foco infeccioso, o sea, en los procesos de migración y quimiotaxis de los leucocitos. Algunos estudios sugieren que el Acido Ascórbico influencia la motilidad por efecto directo en la síntesis y ensamblaje de las estructuras microtubulares. También, se dice que la deficiencia de Vitamina C produce una reducción significativa de la población de células T y sus funciones. El objetivo del presente trabajo es establecer los efectos producidos por la Vitamina C en la supervivencia de ratones sometidos a un modelo de sepsis abdominal ex-

- 1- MASVC, MASILAC, Docente de Cátedra de Clínica Quirúrgica "B", Escuela de Medicina "J. M. Vargas", UCV. Adjunto del Servicio de Cirugía I, Hospital Vargas. Cirujano, Centro Médico de Caracas.
- 2- MASVC, Adjunto del Servicio de Cirugía I, Hospital Vargas.
- 3- Docente de Cátedra de Bioquímica, Escuela de Medicina "J. M. Vargas", UCV.
- 4- Residentes de Postgrado de Cirugía General, Servicio de Cirugía I, Hospital Vargas.
- 5- MASVC, Jefe de Cátedra de Clínica Quirúrgica "B", Escuela de Medicina "J. M. Vargas", UCV. Adjunto del Servicio de Cirugía I, Hospital Vargas.

EFFECTO DE LA VITAMINA C

perimental y si dicho efecto se verá modificado cuando se varía la localización del foco infeccioso que produce la sepsis en el modelo experimental.

MATERIALES Y METODOS

Para desarrollar la experiencia utilizamos 180 ratones machos cepa Balb-C de ocho semanas de edad y de 60 grs de peso promedio aproximadamente, mantenidos en condiciones apropiadas y con libre acceso al agua y a la comida. Se desarrolló un modelo experimental de sepsis abdominal (Baker y col.), modificado, el cual, se basa en lo siguiente:

1. Anestesia de los ratones con Tiopental sódico a dosis de 50 mg/kg de peso administrados por vía intraperitoneal.
2. Abordaje quirúrgico de la cavidad abdominal a través de una incisión en la parte media inferior del abdomen. Visualización del colon, exteriorización del mismo y una vez aislado el segmento: perforación del mismo en sus dos caras con una aguja calibre 21, dejando orificios visibles en ambas paredes.
3. Reintroducción del colon a la cavidad abdominal. Sutura de la pared en un solo plano con seda 3-0.

Los ratones fueron agrupados en cajas en número de 15 ratones con agua y comida ad-libitum. La mortalidad fue cuantificada a las 24, 48 y 168 horas de inducida la sepsis. La dosis a emplear de Vitamina C (ácido ascórbico Roche, ampollas de 500 mg) se calculó en base a la dosis estándar empleada para tal fin en seres humanos. Dicha dosis fue disuelta en solución salina y administrada por vía intraperitoneal a una dosis estándar de 60 mg/kg. Los ratones utilizados como control solo recibieron solución fisiológica en forma intraperitoneal. Se realizaron dos experiencias:

1.- Experiencia A

Se dividieron los ratones al azar en dos grupos de 30. El lote 1 se tomó como control y el lote 2 como experimental. Se desarrolla la sepsis abdominal utilizando el modelo experimental descrito. A los ratones pertenecientes al lote experimental, se le administró una dosis de Vitamina C al final del procedimiento quirúrgico. La vigilancia de los ratones fue diaria, cada doce horas.

2.- Experiencia B

Se dividieron los ratones al azar en cuatro grupos de 30. Los lotes 1 y 2 se tomaron como control de colon derecho y colon izquierdo respectivamente. Los lotes 3 y 4 de colon derecho e izquierdo se tomaron como grupos experimentales y se les administraron Vitamina C. Los lotes 1 y 3 fueron anestesiados con pentotal sódico y sometidos a laparotomía a fin de localizar el intestino grueso a nivel del colon derecho (ciego) y se provocó una peritonitis al perforar el mismo con una aguja desechable calibre 21, a fin de permitir la salida del material fecal a la cavidad peritoneal. Una vez logrado dicho objetivo, se procedió al cierre de la cavidad. Los lotes 2 y

4 fueron anestesiados de la misma forma y sometidos a laparotomía a fin de localizar el intestino grueso a nivel del colon izquierdo (colon descendente) y se provocó una peritonitis de la misma forma que en los lotes 1 y 3. El cierre se realizó de la misma manera.

A los ratones pertenecientes a los lotes experimentales 3 y 4 se les administró una dosis de ácido ascórbico diluida en solución salina normal al final del procedimiento quirúrgico. Los lotes controles 1 y 2 recibieron de igual forma solución salina normal en la misma cantidad y en el mismo momento. Los ratones se colocaron en cajas en grupos de 15, con agua y comida ad libitum. Su vigilancia se realizó a las 24, 48 y 168 horas de ocurrida la sepsis. Todos los datos fueron tabulados y analizados estadísticamente por el método chi cuadrado con la modificación de Yates. La significancia estadística fue determinada al nivel del 5%.

RESULTADOS

La mortalidad por el procedimiento y el acto anestésico fue del 20%. Se analiza la mortalidad totalizada cada 24 horas en los diferentes grupos experimentales. La Tabla 1 resume los resultados obtenidos en la Experiencia A, donde el lote experimental tratado con Vitamina C mostró un incremento significativo en la sobrevivencia a las 24, 48 y 168 horas cuando se compararon con los ratones del lote control. A las 24 horas, la mortalidad en el grupo control fue del 20% comparado con el 6% del grupo experimental. De igual forma, la mortalidad a las 48 horas del grupo experimental tratado con Vitamina C fue del 20% comparado con el 40% del grupo control. A los 7 días (168 horas) la mortalidad del grupo control se mantuvo con el mismo porcentaje (40%) manteniéndose la tendencia anterior (Fig. 1).

TABLA 1

Efecto de la Vitamina C sobre la mortalidad de ratones en un modelo de sepsis abdominal

	24 horas		48 horas		168 horas		Total
	N	%	N	%	N	%	
Control	6	20	12	40	12	40	30
Experimental	2	7	6	20	8	27	30
Total	8		18		20		

FIGURA 1
EFECTO DE LA VITAMINA C EN LA SUPERVIVENCIA DE RATONES SEPTICOS

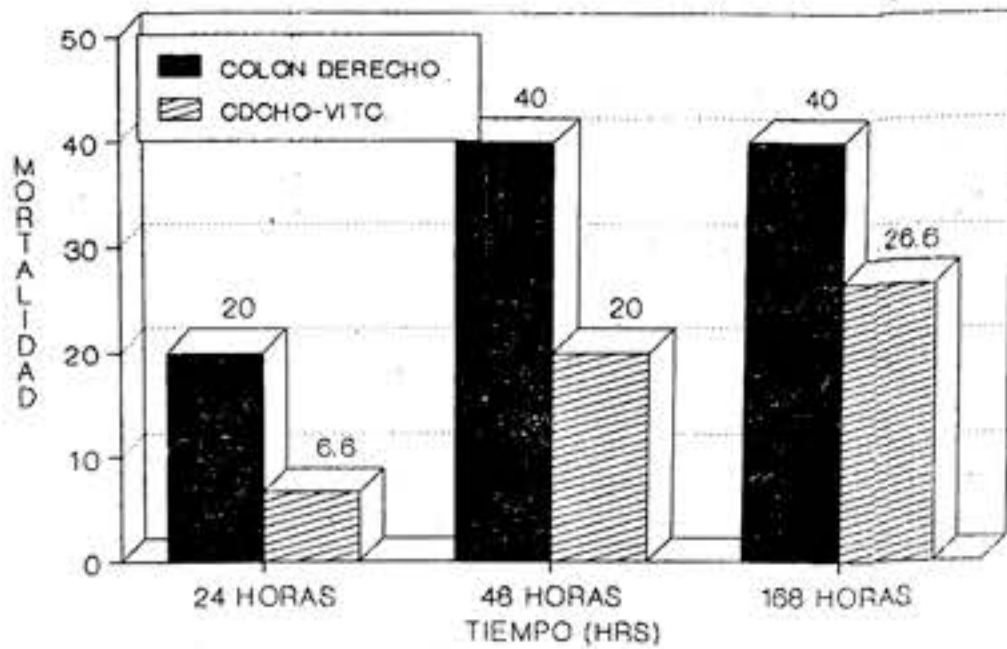
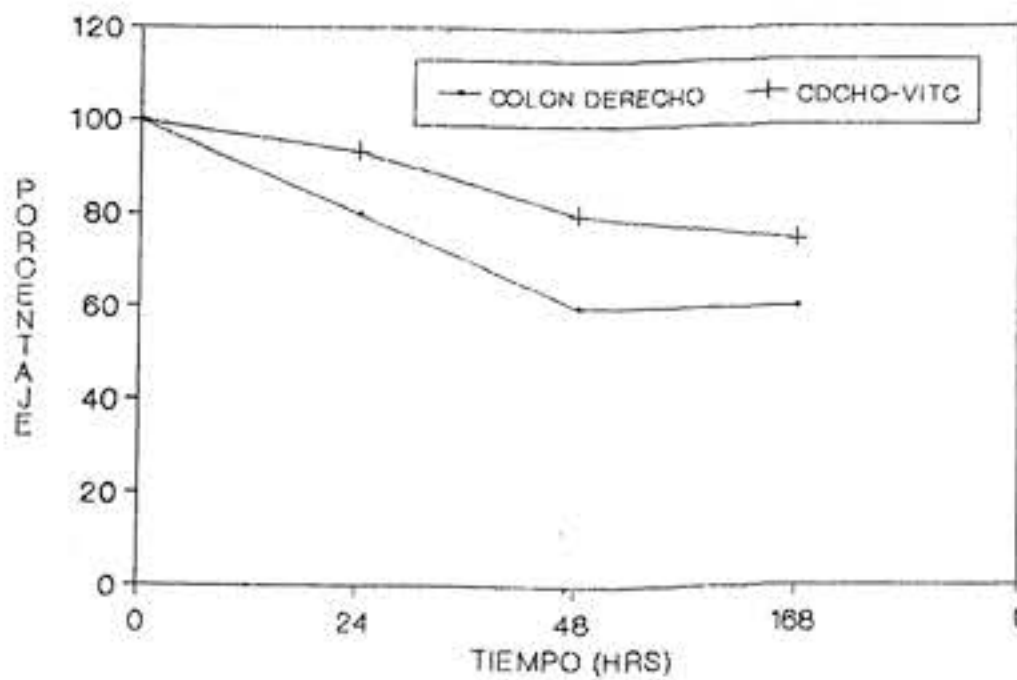


FIGURA 2

EFECTO DE LA VITAMINA C EN LA SUPERVIVENCIA DE RATONES SEPTICOS



En la Fig. 2 se demuestra la diferencia en sobrevivencia entre el grupo control y el grupo experimental, el cual recibió Vitamina C. Con respecto a la Experiencia B, donde comparamos el efecto de la Vitamina C sobre la mortalidad de los ratones sépticos, de acuerdo a la localización de la perforación en el colon observamos los siguientes resultados: A las 24 horas, el grupo experimental tratado con Vitamina C y cuya sepsis fue provocada a nivel del colon derecho fue el que tuvo menor índice de mortalidad (6.66%). A las 48 horas, este grupo sigue manteniendo el menor índice de mortalidad (20%). Llama la atención que el grupo control cuya sepsis se originó en el colon derecho y no fue tratado con Vitamina C presentó un porcentaje menor que los grupos experimental y control correspondientes al colon izquierdo. A los 7 días (168 horas), los grupos cuya sepsis se produjo a nivel del colon izquierdo, presentaron los porcentajes más elevados (66% para el grupo control y 53.33% para el grupo experimental (Tabla 2). La mortalidad totalizada

cada 24 horas para los diferentes grupos aparece resumido en la Fig 3 en relación a la localización del foco infeccioso y el tiempo de inducida la sepsis. La diferencia en la sobrevivencia para los cuatro grupos aparece resumida en la Fig. 4.

TABLA 2

Efecto de la Vitamina C sobre la mortalidad de los ratones de acuerdo a la localización de la perforación colónica

	24 horas		48 horas		168 horas		Total
	N	%	N	%	N	%	
Colon derecho	6	20	12	40	12	40	30
Colon izquierdo	4	13	20	67	20	67	30
Derecho + Vit. C	2	7	6	20	8	27	30
Izqdo. + Vit. C	4	13	14	47	16	53	30
Total	16		52		56		

FIGURA 3

EFECTO DE LA VITAMINA C EN LA SUPERVIVENCIA DE RATONES SEPTICOS

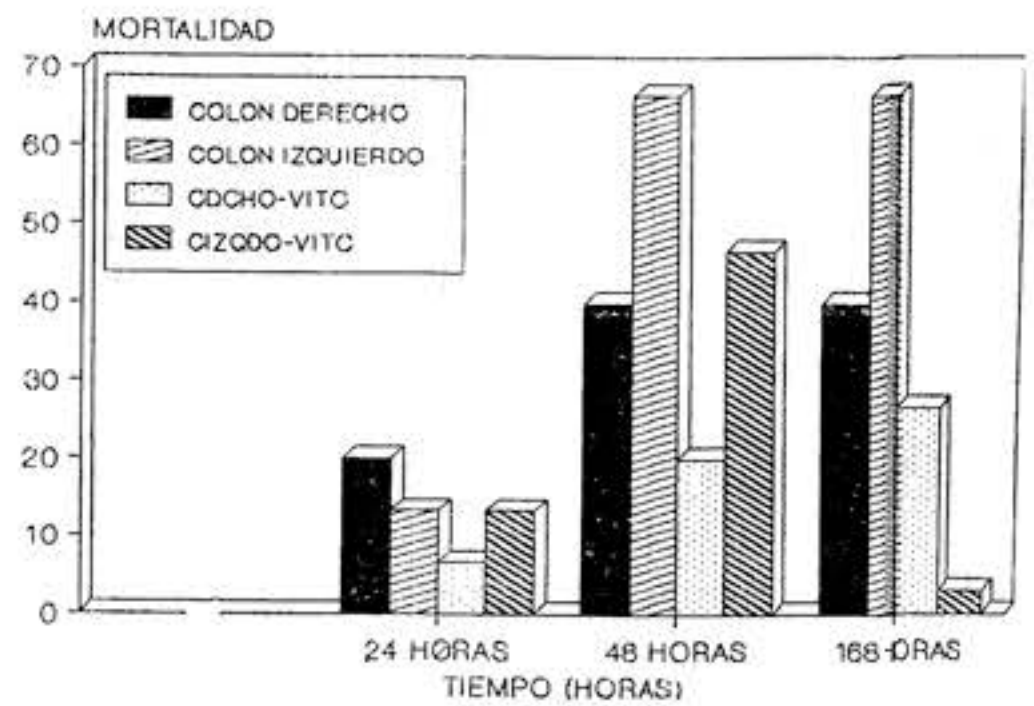
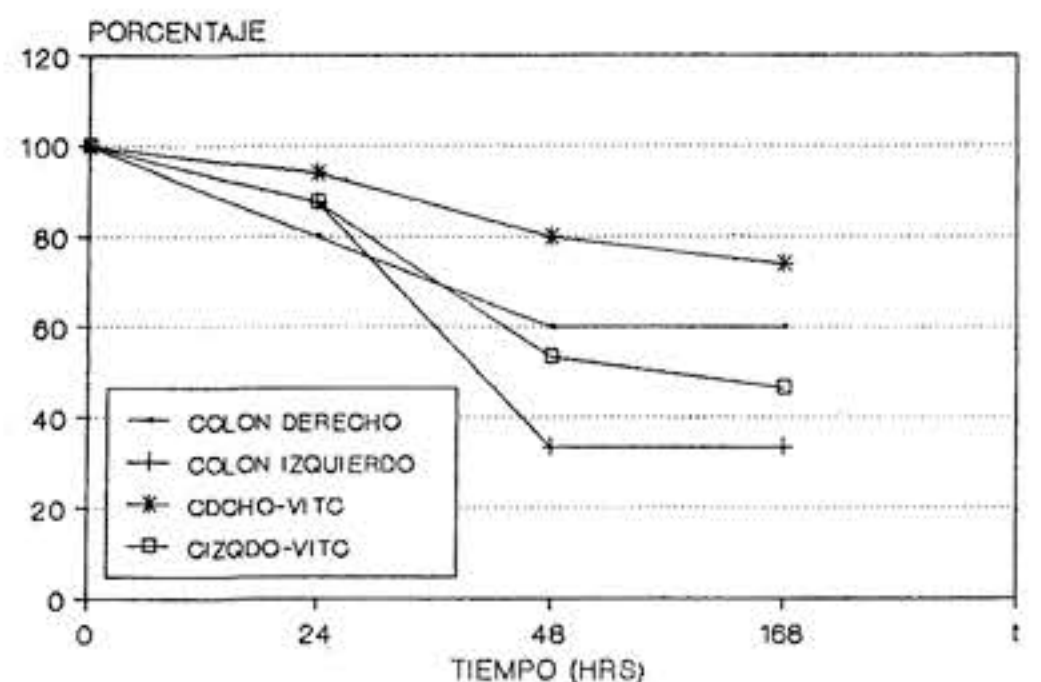


FIGURA 4

EFECTO DE LA VITAMINA C EN LA SUPERVIVENCIA DE RATONES SEPTICOS



EFFECTO DE LA VITAMINA C

COMENTARIOS

De acuerdo a los resultados obtenidos, podemos inferir que la administración de Vitamina C a ratones sometidos a sepsis abdominal es beneficiosa. Esto pudo ser demostrado en la Experiencia A, al incrementarse en forma significativa la supervivencia en el grupo experimental que recibió ácido ascórbico. Con estos resultados, no podemos atribuir ninguna función específica al ácido ascórbico en la sepsis con respecto al mecanismo de acción, sitio efector, población celular afectada. Corresponde a nuevas experiencias la investigación de su mecanismo y sitio de acción.

Con respecto a la Experiencia B, los resultados parecen indicar que existe una diferencia significativa en el efecto de la Vitamina C con respecto a la localización del foco infeccioso. Esto pudiera ser explicado por la población bacteriana a nivel de los diferentes segmentos del colon, bien sea en número o en la prevalencia de una especie distinta que reaccione menos favorablemente al efecto de la Vitamina C. Pensamos que debemos llevar a cabo un estudio de la flora bacteriana a nivel del colon derecho e izquierdo y estudiar su comportamiento individual "in vitro" ante la Vitamina C.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Baker, H.; Lindsey, J.; Weisbroth, S.- The Laboratory rat, Vol. II. Research and applications, Academic Press, Nueva York, 1979.
- 2 Baker CC., et al.- Evaluation of factors affecting mortality rate after sepsis in a murine cecal ligation and puncture model, *Surgery* 94:331, 1983.
- 3 Cerra, F. B.; Konstantinides, F.; Wade, S.- Vitamin balance in trauma and sepsis. (submitted).
- 4 De Chatelet, L. R. et al.- Ascorbic Acid. Level in phagocytic cells. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 145: 1170, 1974.
- 5 Lane-Petter, W.; Person, A.- The laboratory animal. Principles and practice. Academic Press, Londres, 1971.
- 6 Marchuck, J. B.; Finley, R. J.; Groves, A. C.- Catabolic hormones and substrates patterns in septic patients. *J. Surg. Res.* 23:177, 1977.
- 7 Nichoalds, G. E.; Meng, H. C.; Caldwell, M. D.- Vitamin requirements in patients receiving total parenteral nutrition. *Arch. Surg.* 112:1061-1064, 1977.
- 8 Nichols, R. L.- Empiric antibiotic therapy for intrabdominal infections. *Rev. Infect. Dis.* 5 (Suppl.): S90-S97, 1983.
- 9 Nohr, C. W.; Tchervenkof, H.- Malnutrition and humoral immunity. *Surgery* 98: 769-72, 1985.
- 10 Solomkin, J. S.; Bauman, M. P.; Nelson, R. D.- Neutrophil dysfunction during the course of intrabdominal infection. *Ann. Surg.* 194:9, 1981.
- 11 Wiles, J.; Cerra, F. B.- The systemic septic response. *Crit. Care Med.* 8:55, 1980.
- 12 Zapata, R. y Col.- Efecto del ácido ascórbico sobre la supervivencia de ratones sépticos. *Arch. Ven. Farmac.*

Nueva Perspectiva en el Tratamiento de las Enfermedades Inmuno-Alérgicas, Dextrán de Bajo Peso Molecular o Dextrán 40

Dr. Alberto Mamán

RESUMEN

Se realiza tratamiento experimental con Dextrán de Bajo peso Molecular (Dextrán 40) en 10 casos de afección inmunoalérgica en estado de crisis. Se incluyen: dolores inmovilizantes en artritis reumatoidea y artrosis (5 casos); cortedad respiratoria severa con trastornos de deglución y motilidad en esclerodermia generalizada (2 casos); dolores torácicos rebeldes y otras complicaciones agudas, en Lupus Eritematoso Diseminado (1 caso); flebitis recurrente en trombo-angiítis obliterante (1 caso); y trombosis venosa aguda severa, complicada con arteriopatía oclusiva, necrosis inminente y microembolismo pulmonar de origen indeterminado (1 caso). Se realiza un total de 15 tratamientos, con excelente resultado clínico. Se considera la posibilidad de desarrollo de una nueva conducta en el manejo de las afecciones inmuno-alérgicas, con evidente alivio sintomático y funcional; y la perspectiva de reducir o evitar el empleo de corticoides, lograr mayores remisiones y prolongar la vida de estos pacientes.

SUMMARY

Ten cases of acute symptomatic immuno-allergic disease were treated experimentally with Low Molecular Weight Dextran. Cases of rheumatoid arthritis and artrosis, restrictive pain (5 cases); Severe breath shortening (respiratory impairment) with swallow and mobility troubles in generalized sclerodermia (2 cases); Severe chest pain in disseminated lupus erithematosus (1 case); thromboangiitis obliterans (1 case); and acute severe venous thrombosis, complicated by occlusive arteritis, imminent necrosis and pulmonary microembolism of undetermined origin (1 case), were included. 15 treatments were developed with satisfactory good clinical result. This can be a new approach in the management of the Immuno-allergic Diseases with evident Symptomatic and functional improvement and the possibility of lowering or avoiding the use of corticoids, improve remision periods and prolong life.

Palabras Claves: Enfermedades Inmunoalérgicas.
Dextranos. Esclerodermia Sistémica.
Artritis Reumatoidea. Lupus Eritematoso
Diseminado. Microcirculación. Trombosis.

INTRODUCCION

El tratamiento de las afecciones inmuno-alérgicas y sus complicaciones, está aún rodeado de incertidumbres y contradicciones.

Las medidas terapéuticas empleadas en algunas de ellas son indirectas, meramente paliativas y tratan de combatir situaciones críticas. Su uso es relativamente empírico, dudoso y a veces contraproducente. El empleo de corticoides, por ejemplo, en el L.E.D., efectivo durante las crisis (4), no parece alterar la evolución natural de la enfermedad.

Trabajando sobre los mecanismos y control de la circulación microscópica, dedicamos (18,20,24,26,28) atención al aspecto fisiopatológico natural de estas enfermedades.

Diversas afecciones incluidas en este complejo: la artritis reumatoidea, el lupus eritematoso diseminado, la esclerodermia generalizada, la polimiositis, la tromboangiitis obliterante, etc., comparten un fondo fisiopatológico genético común, consistente en alteraciones de la circulación microscópica y de la reología sanguínea, provocadas por los antígenos y anticuerpos inmunológicos circulantes.

Según la enfermedad, esta alteración se exterioriza manifestándose específicamente en tejidos determinados. En la artritis reumatoidea, interesa la sinovia de las articulaciones; en el lupus, afecta la microcirculación renal, pulmonar y cutánea; en la esclerodermia tiene mayor afinidad por la piel, pulmones, vías digestivas y tejido conjuntivo, en general. Se ha comprobado un factor plasmático, de naturaleza no inmunoglobulínica (?), con propiedades citotóxicas sobre las células endoteliales, que

carecen de dicho poder sobre otros tipos de células en cultivo. La fibrosis característica, localizadas en la piel, el pulmón, las vías digestivas, etc. son precedidas de alteraciones microvasculares comprobadas.

Basados en observaciones incompletas provenientes de Europa (12) (Holti), y en 12 años de experiencia con el empleo del Dextrán de bajo peso molecular en cuadros de trombosis aguda y otras afecciones y condiciones trombogénicas; incluyendo un caso circunstancial de esclerodermia, resolvimos ensayar el producto en situaciones críticas y limitantes de estas afecciones.

MATERIAL Y METODO

Fueron seleccionados 10 casos con afección inmunológica: cinco (5), de artritis reumatoidea; dos (2), de esclerodermia generalizada con fenómeno de Raynaud; uno (1), de lupus eritematoso diseminado; uno (1), de tromboangiítis obliterante; y uno (1), de tendencia a coagulación intravascular y con trombosis recurrente.

Los diagnósticos fueron establecidos en base a datos clínicos, de laboratorio bioanalítico, estudios radiológicos y de microcirculación, de criterio bien establecido.

Todos fueron sometidos a tratamiento con Dextrán de Bajo Peso Molecular (L.M.W.D.) durante episodios críticos de la enfermedad, caracterizados por: dolor articular intenso y pseudo-anquilosis, disnea severa, trastornos severos de deglución, dolores torácicos, dolores en hipocondrio derecho, tromboflebitis aguda, complicaciones necróticas.

Por su carácter de expansor plasmático, el Dextrán fue dosificado, tomando en cuenta la edad del paciente, su condición de riesgo cardiovascular, las características de función renal y sensibilidad al medicamento. La dosis fluctuó entre 100 ml, a razón de 10 gotas por minuto cada 12 ó 24 horas; hasta 500 ml a razón de 40 gotas por minuto, cada 12 ó 24 horas. Preferimos el dextrán 40, en solución al 10% en suero fisiológico. Las infusiones endovenosas fueron alternadas o acompañadas de solución fisiológica, 0,45 dextrosada o Dextrosa al 5%, suministradas también a razón de 10 gotas por minuto.

Al frasco de dextrán (500 ml), acostumbramos agregar, en forma rutinaria, 5.000 a 10.000 unidades de heparina.

El período de tratamiento regular fue de 4 a 7 días y durante el mismo, el paciente es sometido a control clínico, electrocardiográfico y, en casos especiales, monitoreo de la presión venosa central. No consideramos necesario el control mediante exámenes de laboratorio.

RESUMEN DE CASOS

Caso 1 — (A.P.)

Paciente femenina de 34 años de edad, con artritis reumatoidea severa inmovilizante de 6 años de evolución. Fue el primer caso tratado con fines de ensayo terapéutico.

En 4 días, se obtuvo recuperación de movilidad en pequeñas y grandes articulaciones, disminución del cuadro doloroso y desaparición de su estado depresivo. El efecto fue observado por más de dos años.

Caso 2 — (C. B.)

Paciente femenina de 73 años, que ingresa con diagnóstico de posible flebitis en MID. sin base clínica suficiente. Se comprueba cuadro de artritis reumatoidea, inmovilizante, pseudo-anquilosante y deformante de años de evolución, sometiendo a la paciente a más de un año de reposo obligatorio.

En 7 días de tratamiento, se obtiene mejoría notable en la movilización de las rodillas, mejoría de los dolores (complementando el tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios de poca efectividad anterior) y recuperación relativa de capacidad de caminar. El efecto se observó por más de 8 meses.

Caso 3 — (B.D.)

Paciente femenina de 69 años, traída a consulta en silla de ruedas e inmovilizada por más de un año, por dolor y flogosis en rodillas y con diagnóstico presuntivo de flebitis. Como resultado del estudio clínico y radiológico se concluye en la presencia de artropatía crónica de 20 años de evolución.

Responde satisfactoriamente al tratamiento recuperando la movilización con notable disminución de los dolores. Es controlada por más de un año, manteniendo estas condiciones.

Caso 4 — (C.M.)

Religiosa de 67 años de edad, bajo control de años por hipertensión arterial severa. Manifiesta, a comienzos de 1984, molestias dolorosas intensas en ambas rodillas que la limita en sus actividades y le impide arrodillarse para sus oficios religiosos por más de un año. Se comprobó el diagnóstico de artropatía crónica de tipo degenerativo.

Se observa recuperación de la facultad de usar sus rodillas con evidente mejoría del dolor. Dicha mejoría se ha mantenido, sin nuevo tratamiento, hasta 1990, controlada por su estado tensional.

Caso 5 — (G.Ch.)

Paciente femenina de 55 años de edad que recurre en Septiembre de 1984, específicamente por intensos dolores en rodillas y pseudoanquilosis en pequeñas articulaciones de miembros superiores y con diagnóstico de artritis reumatoidea de 5 años de evolución clínica. Viene solicitando el tratamiento.

Utilizando el dextrán conjuntamente con antiinflamatorios, a los dos días de tratamiento se observa liberación de los movimientos finos y notable mejoría en el dolor de las rodillas. La paciente fue vista en Octubre de 1988 manteniendo la mejoría, prácticamente sin uso de analgésicos y sin haberse repetido el tratamiento. A pesar de la mejoría clínica, el RA Test y la Proteína C Reactiva, se mantuvieron elevadas casi todo el tiempo.

Casi todos esos casos de artritis, habían sido sometidas con anterioridad a tratamiento antirreumático, por especialistas, sin observar resultados satisfactorios a largo plazo.

Caso 6 — (J.O.)

Paciente femenina tratada en 1971, a la edad de 57 años, por úlcera isquémica infectada y resistente a tratamiento, en primer dedo del pie derecho. Se trataba de un cuadro de esclerodermia generalizada de 8 años de evolución.

Estudios de microcirculación realizados en esa época revelaron, en pliegue ungueal, alteraciones de asas capilares compatibles con fenómeno de Raynaud en esclerodermia, que algunos autores relacionan con la presencia de crioglobulinemia, hecho no comprobado por nosotros. En la conjuntiva se observó evidente tendencia a agregación eritrocítica.

En base a esto, fue tratada con Dextrán en el Hospital Universitario de Caracas, sin observar resultado beneficioso sobre sus lesiones. El tratamiento fue completado en la forma habitual con bloqueantes alfa adrenérgicos por vía oral y parenteral y tratamiento local de acuerdo a principios establecidos (Mamán) 13. La evolución fue lenta pero satisfactoria culminando con la cicatrización de las lesiones.

A comienzos de 1974, la paciente reaparece por lesión similar en el otro pie, y, al ser interrogada por su falta de control, manifestó haber pasado esos años sintiéndose bastante bien. Fue tratada hasta cicatrización en forma convencional.

En 1979, la paciente es recibida en malas condiciones generales con problemas severos de deglución, anorexia casi absoluta, piel acartonada con limitación de movimientos en párpados, boca y manos, intensa palidez, temblor tipo Parkinsoniano, artralgias y pseudoanquilosis.

Sometida a tratamiento con Dextrán, se observa desde el día siguiente: desaparición de la palidez cérea facial, notable aumento de la elasticidad cutánea, mayor capacidad para abrir los párpados (Ptosis), gran mejoría en el temblor, liberación de los movimientos bucales, normalización de la capacidad de deglución, mejoría de la anorexia, disminución del cuadro doloroso en miembros superiores e inferiores, con aumento en la movilidad de los dedos. Esta evolución no progresó mucho en los días sucesivos, pero se mantuvo por 8 meses en que estuvo bajo control.

Caso 7 — (T.G.)

Paciente de 64 años de edad, bajo nuestro control de más de 30 años, con diagnóstico de esclerodermia generalizada y fenómeno de Raynaud. A pesar de controles irregulares, la evolución fue satisfactoria durante muchos años. En 1970 y en ocasiones posteriores, la paciente es sometida a estudio de microcirculación, comprobándose las alteraciones descritas en esta enfermedad.

Desde 1983 viene refiriendo tendencia a cortedad respiratoria y dificultad en la deglución, con carácter progresivo. Bajo control gastroenterológico constante, el especialista no había manifestado hallazgos de importancia hasta 1984 en que reporta dilatación de la porción inferior del esófago con aquinesia y posible espasmo del

cardias. La paciente refiere extrema dificultad para la deglución. Al control neumonológico, limitación progresiva de la capacidad respiratoria por posible fibrosis intersticial, frecuente en esta enfermedad.

En Junio de 1984 es sometida a tratamiento con Dextrán. La evolución fue espectacular desde el comienzo, refiriendo la paciente: liberación de la función respiratoria hasta normalización aparente, recuperación de la capacidad de deglución, mismo a alimentos sólidos, alivio de los dolores artríticos y, según testimonio propio y de los familiares, evidente mejoría en el aspecto y elasticidad de la piel.

A pesar del propósito de repetir el tratamiento, cada 3 a 6 meses, por razones técnicas, éste no se realizó. La paciente fue controlada hasta 1987, (más de 3 años después del tratamiento), manifestando conservar la mejoría en todos los aspectos, incluyendo ausencia de cuadros de fenómeno de Raynaud, frecuentes anteriormente.

En Enero de 1987, refiriendo nuevamente aumento de la cortedad respiratoria y dificultad para la deglución, el gastroenterólogo le sugiere someterse nuevamente a tratamiento con Dextrán. El tratamiento se realiza en Febrero refiriendo desde el comienzo, evidente mejoría en la capacidad respiratoria y en la deglución; que se ha mantenido hasta 1990. Refiere sensación de calor en las manos y pies y no ha presentado fenómeno de Raynaud.

Caso 8 — (A.V.)

Paciente femenina de 40 años de edad, hospitalizada en Hospital de Emergencia a fines de 1981 con presunto diagnóstico de colagenosis, específicamente de lupus eritematoso diseminado, de 5 años de evolución. Presentaba cuadro doloroso persistente, intenso y rebelde a todo tratamiento, en base derecha de tórax.

Es sometida a tratamiento de ensayo con Dextrán y el cuadro experimentó notable mejoría sintomática.

A comienzos de 1982, la paciente solicita el tratamiento por nueva intensificación del dolor. En esta ocasión, durante un fin de semana, la paciente presenta cuadro de edema pulmonar agudo por aparente sobredosis de Dextrán al ser suministrado con mucha velocidad. Ante tales circunstancias, se suspende el tratamiento.

A fines de 1982, reingresa la paciente por cuadro de dolor intenso y edema en miembro inferior derecho que se interpreta como flebitis aguda. Al examen físico se observa lesión ulcerosa, de característica necrótica, en dorso del pie. Habiendo sido tratada con altas dosis de corticoides, presenta síndrome Cushingoide. Los exámenes mostraron: crioglobulina positiva, anticuerpos antinucleares, positivo fuerte; Complemento sérico de 13 mgr% que luego subió a 55%; IgA e IgG, aumentados.

Después de dos meses de tratamiento, sin observar mejoría en el cuadro doloroso y lesión necrótica del miembro inferior, se resuelve intentar nuevamente tratamiento con Dextrán 40.

Se comienza el tratamiento, vigilando estrechamente el suministro (250 ml cada 24 horas, a razón de 10 gotas por minuto). Desde el comienzo, refiere disminución rápida del dolor en la pantorrilla, pero persiste la lesión necrótica. Al agregar tratamiento con Tolazolina intraarterial, Benciclan, 250 mgr e infusión endovenosa diarias y tratamiento local adecuado, a las 3 semanas, la lesión se cubre de tejido de granulación y la paciente es dada de alta.

Caso 9 — (M.A.)

Paciente masculino de 24 años de edad, tratado en dos ocasiones, (1983 y 1984) por cuadro de flebitis aguda en miembro inferior izquierdo; la segunda vez, con Dextrán. Vuelve a consulta, en 1985, por nódulos rojizos, dolorosos en el trayecto de la vena safena interna izquierda. En vista de antecedentes tabáquicos acentuados, es hospitalizado con el diagnóstico presuntivo de flebitis migratoria recurrente y posible tromboangiítis obliterante (Enfermedad de Buerger). El examen físico e instrumental revela disminución de la circulación arterial en miembro inferior izquierdo.

Sometido a tratamiento con Dextrán, el paciente es dado de alta, al quinto día de tratamiento, con recuperación completa del cuadro.

Caso 10 — (A.P.)

Paciente femenina de 40 años de edad, tratada a fines de 1982 por cuadro de tromboflebitis severa con necrosis inminente en pie izquierdo. El cuadro comenzó con dolor e inflamación en esa rodilla y refiere haber padecido de artritis 3 años atrás. Fumó, durante 3 años menos de una cajetilla de cigarrillos al día.

Al examen físico y oscilométrico, se comprueba la presencia de insuficiencia arterial en ambos miembros inferiores aunque más acentuada en el derecho. La presencia de cortedad respiratoria y discretos cambios electrocardiográficos, indujo a la sospecha de microembolismo pulmonar. Exámenes tendientes a comprobar diagnóstico de afección inmunoalérgica, dieron resultados negativos.

El tratamiento con Dextrán dio como resultado restablecimiento aparente y funcional completos. Un año después, presenta trombosis arterial aguda espontánea en miembro superior izquierdo, recuperándose con una serie de bloqueos del ganglio estrellado. Desde entonces se mantiene bajo control, prácticamente asintomática, aspecto saludable, sobrepeso y tendencia depresiva (todavía de antes de su enfermedad). La pierna no molesta y el miembro superior le molesta ligeramente cuando carga bolsas pesadas en el supermercado. Futuros exámenes oscilométricos, pletismográficos y Doppler han corroborado su condición circulatoria defectuosa. En recientes exámenes solo se pudo comprobar, disminución a un 50% de la Antitrombina III, con aumento relativo del Plasminógeno. Función tiroidea, normal.

Algunos principios serán resumidos en los siguientes cuadros.

BASE FISIOPATOLOGICA EN LAS ENFERMEDADES INMUNO - ALERGICAS

Antígenos y anticuerpos inmunológicos circulantes

Alteración endotelial

Producción de Prostaciclina, inhibida

Producción de Tromboxano, liberada

Agregación plaquetaria y globular, aumentadas

Viscosidad y tixotropismo^{7,8,19}, aumentados

Enlentecimiento circulatorio

Acidosis regional agentes citotóxicos

Alteraciones parietales

secundarias y primarias

Coagulación intravascular (microtrombosis)

Alteraciones tisulares regionales específicas

FUNCIONES DEL DEXTRAN 40

1. Expansor plasmático (según velocidad de suministro).
2. Forma película protectora (células y endotelio).
3. Aumenta electro-negatividad superficial celular.
4. Proteje de agregación celular y plaquetaria entre sí y con la pared vascular.
5. Disminuye la viscosidad sanguínea.
6. Aumenta el flujo sanguíneo, especialmente en la circulación microscópica.
7. Favorece la oxigenación tisular, evitando la acidosis.
8. Vasodilatador, (liberación de Histamina Celular).
9. Favorece el desarrollo de red colateral.
10. Hipocolesterolemizante en la Hipercolesterolemia.
11. Clarificante del plasma (en Hiperquilomicronemia).
12. En electroforesis, aumenta capacidad migratoria de las lipoproteínas lentas.
13. Previene complicaciones trombo-embólicas en tromboflebitis, operaciones, partos, etc.
14. Restaura la función inmunológica del monocito, inhibiendo la actividad pro-coagulante, en situaciones anormales, como el trauma.
15. Inactiva virus que interviene en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) 1.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos con un tratamiento de Dextrán 40 son resumidos en el cuadro expuesto a continuación que se explica por sí mismo.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON DEXTRAN 40

	Ca.	Tr.	ESR	ENS	Co.
Artritis	5	6	6	0	0
Esclerodermia	2	4	3	1	0
Lupus Erit. Dis.	1	3	3	0	1
T.A.O.	1	1	1	0	0
Tromb. recurrente	1	1	1	0	0
Total	10	15	13	1	1

Ca. = Número de casos

Tr. = Número de tratamientos

ESR = Efecto satisfactorio rápido

ENS = Efecto NO satisfactorio

Co. = Complicaciones

COMENTARIOS

En base a más de 18 años de experiencia en el empleo del Dextrán de Bajo Peso Molecular (Dextrán 40) en más de 70 ocasiones, en el tratamiento de casos de Shock cardiogénico, trombosis cerebral, tromboembolismo pulmonar, tromboflebitis aguda, poliglobulias secundarias 10 y crisis dolorosas de hemoglobinopatías, fijamos la atención en el tratamiento en diversos cuadros de afección inmuno-alérgica basados en cuatro principios: a) la relación fisiopatológica de estas afecciones 4,5,30 con alteraciones de la circulación microscópica, b) la importancia de los fenómenos de la circulación microscópica 5,6,15,16,18,19, c) la acción comprobada del Dextrán de bajo peso molecular sobre la reología sanguínea 9,11,14, 15,17 y afecciones tromboembólicas 16,20,21,22; y posteriormente, d) la vinculación de la acción del Dextrán con diversos fenómenos inmuno-alérgicos 1,24,25,32.

Aunque su aplicación no requiere de ambientes condicionados ni instrumental especial, su control es delicado y sólo puede ser usado en un ambiente de responsabilidad ya que una sobre dosis puede conducir a sobrecarga con insuficiencia cardíaca aguda o trastornos de la función renal. En nuestra casuística de más de 80 casos tuvimos: un caso de anafilaxia que se corrigió al suspender el medicamento, un caso de elevación tensional por dosificación acelerada, un caso de insuficiencia cardíaca con edema pulmonar agudo en L.E.D. con posible lesión miocárdica y un caso de opresión esternal severa que obligó suspender el tratamiento.

CONCLUSIONES

El tratamiento con Dextrán ha mostrado ser efectivo y útil en la Tromboflebitis aguda, como tratamiento y preventivo; en el Shock Cardiogénico, como adyuvante; en el tratamiento de trombo-embolismo pulmonar; en los

accidentes cerebro-vasculares trombogénicos; en poliglobulias secundarias; en ciertas hemoglobinopatías como la drepanocitosis 23; en el control de algún virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; y ahora, en la resolución de cuadros críticos de afección inmuno-alérgica.

Su empleo podría llegar a limitar o evitar el suministro de corticoides en las afecciones inmuno-alérgicas, con todo su conocido cortejo de efectos secundarios.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Abrams, Donald I. et al.- Oral Dextran Sulfate (UA 001) in the Treatment of the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and AIDS related Complex. *Annals of Internal Medicine*, 110:183-88 No. 3 1 Feb., 1989.
- 2 Braunwald, Eugene.- *Heart Disease. - A Textbook for Cardiovascular Medicine*. W. B. Saunders Co, 1984.
- 3 Buchanan, I. S.; Humpston, D. J.- Nail fold Capillaries in Connective Tissue Disorders. *Lancet* I:845 April, 20, 1968.
- 4 Carwile, Leroy, E.- *Esclerodermia*, Medicina Interna de H. Stein. Salvat Editores, 1983.
- 5 Davis, Eli; Landau, J. Jacob (Israel).- Capillary Microcopy in Rheumatic Fever. *Arch. Int. Med.* 97:51, 1956.
- 6 Davis, Eli; Landau, J.- *Clinical Capillary Microscopy*. Charles C. Thomas, 1966.
- 7 Dintenfass, Leopold (Australia).- Thixotropy of Blood and proneness to Thrombus formation. *Circulatory Research*, 11: 233 (Aug.), 1962.
- 8 Dintenfass, Leopold (Australia).- Rheologic Approach to Thrombosis and Arteriosclerosis. *Angiology*, 15:333 (Aug.), 1964.
- 9 Engeset, J.; Staiker, A. L.- Effects of Dextran 40 on Erythrocyte Aggregation. *The Lancet*, I:1124 (May, 21), 1966.
- 10 Gregory, R. J.- The rapid lowering of haematocrit by Exchange Transfusion of Dextran 40. *Acta Med. Scand.*, 189: 551-554, 1971.
- 11 Gryglewski, Ryszard & Vane.- The Evolution of Ideas in Prostaglandin Research. *Materia Medica Polona*, 12:159 (July-Sept.), 1980.
- 12 Holti, G.- Intermittent Low Molecular Weight Dextran Infusions in the Management of Ischemic Skin Disorders. 7th. Europ. Conf. of Microcirculation (1972). *Bibl. Anat.*, 11: 359, 1973.
- 13 Mamán, Alberto.- *Arteriopatías Oclusivas*, Estudio Clínico y Terapéutico. U.C.V. Editorial Sucre, 1968.
- 14 Mamán, Alberto.- Polisacáridos Sulfurados, Dextrán 40, Agregación Globular y Trombosis Intravascular. *Acta Méd. Ven.* 16:57 (Ene.-Feb.) 1969.
- 15 Mamán, Alberto.- Estudios de Microcirculación. Su Importancia clínica. *Rev. Oftalm. Ven.*, 21:18 (Abr.-Jun.), 1969.
- 16 Mamán, Alberto.- Dextrán 40, Un enfoque Fisiopatológico en el tratamiento del Infarto Miocárdico y otros Procesos Tromboembólicos Agudos. *Boletín*, 6:11 (Mar.-Abr.) 1970.
- 17 Mamán, Alberto; Apollonia, B.- Microcirculación, Agregación globular y Trombosis. *Boletín*, 5:9 (May.-Oct.), 1970.
- 18 Mamán, Alberto; Apollonia, B.- Microcirculación, Utilidad Clínica de su Estudio, especialmente en relación con afecciones del Sistema Cardiovascular. *Boletín* 5:22. (May.-Oct.), 1970.

NUEVA PERSPECTIVA EN EL TRATAMIENTO - ENFERMEDADES INMUNO - ALERGICAS

- 19 Mamán, Alberto.- Conceptos Recientes sobre Coagulación Intravascular (Tixotropismo y Microcirculación). *El Médico de Argentina*, 10:29 (Abril), 1972.
- 20 Mamán, Alberto.- Trombosis Aguda. Experiencia de 6 años, Tratamiento con Dextrán 40. *Minerva Cardiológica*, IX International Congress of Angiology, Florence, (April), 1974.
- 21 Mamán, Alberto.- Dextrán 40 en el Tratamiento de las Afecciones Tromboembólicas Agudas. 17 años de Experiencia. V Jornadas Científicas del Centro Médico de Caracas, (Dic.), 1985.
- 22 Mamán, Alberto.- El Dextrán 40 en Afecciones Tromboembólicas Pulmonares. Para publicar, 1986.
- 23 Mamán, Alberto.- Tratamiento de la Crisis Dolorosa Drepanocítica con Dextrán 40. *Boletín (Hospital R.B.G.)* 12:51-53 No. 1 (Enero-Marzo), 1987.
- 24 Miller, Carol; Robert. C.- Dextran as a Modulator of Immune and Coagulation Activities in Trauma Patients. *The J. of Surg. Res.* 39:183-191, 1985.
- 25 Moncada, S.- The Role of prostaciline and Thromboxane A2 in the regulation of Piatlet behaviour. *Materia Medica Polona*, 12:207 (Jul.-Sept.) 1980.
- 26 Pharmacia. Dextran Restores Immunocompetence. *Circular letter*, Dec. 6, 1985.
- 27 Salgado, Enrique.- *Angio-Cardio-Oftalmologia*. Ferre Oisina, (Barcelona, España), 1970.
- 28 Schinio Schonbein, H.; Goldstone, J.- *Microrheology of Thrombus formation*. *Circulation*, 39-40 (S.III) : 180 (Oct.), 1969.
- 29 Stalker, A. L.; Matheson & Ensgeset (Escocia). A micro-circulation study on the effects of Dextran 40 4th. European Conference on Microcirculation, Cambridge (July), 1966.
- 30 Stein, Jay H.- *Medicina Interna*. Salvat Editores S. A., 1983.
- 31 Wysenbeek, Arie & Leibovici. Cohen (Israel).- *Nailfold Capillary Microscopy in Esential Mixed Crioglobulinemia: A Report of Several Cases*. *Angiology* 36:552 (August), 1985.
- 32 Zimmerman, Teodore S. & Plow.- *Trastornos de la Coagulación Sanguínea*. (Stein, Medicina Interna). 3 Editores Salvat, 1983.

Indice del Volumen 35, Nos. 1, 2 y 3

AUTORES

A

ACOSTA, GLORIA

Duplicación intestinal en el adulto. A propósito de un caso.
35(2): 95-7; (Mayo, 1989)
INTESTINO-anomalías - INTESTINO-cirugía

AGÜERO, OSCAR

"Parto Natural". Presencia del padre y/o familiares. Editorial
35(1): 1-5; (Enero, 1989)
PARTO NORMAL - efectos adversos EDITORIAL PARTO
NORMAL - psicología ETICA MEDICA

ALFONZO, CARMEN

La gestación después de un transplante renal
35(1): 31-6; (Enero, 1989)
RIÑÓN - transplante DONADORES DE TEJIDO HIPERTEN-
SION - quimioterapia PREDNISONA - uso terapéutico

ARANGUREN C., GERARDO A.

**Anemia drepanocítica. Tratamiento quirúrgico de las com-
plicaciones ortopédicas**
35(3): 119-24; (Septiembre, 1989)
HEMOGLOBINOPATIAS - ANEMIA DE CELULAS FALCIFORME -
ARTRITIS INFECCIOSA - OSTEOMIELITIS

AURE, ALEJANDRO

**Hemorragia digestiva superior en el Hospital Privado Cen-
tro Médico de Caracas 1984-1988**
35(1): 37-40; (Enero, 1989)
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL-terapia CENTRO MEDI-
CO - CIMETIDINA-uso terapéutico - ANTIACIDOS-uso
terapéutico - DIETA GASTRECTOMIA

AYALA N., LUIS A.

Carcinoma del conducto tirogloso
35(1): 41-5; (Enero, 1989)
NEOPLASIA DE LA TIROIDES-patología - ADENOMA
PAPILAR-diagnóstico

**Nutrición en situaciones especiales (insuficiencia hepática
y fístula intestinal**
35(2): 89-93; (Mayo, 1989)

FISTULA INTESTINAL-dietoterapia - HEPATOPATIAS-dieto-
terapia - CARBOHIDRATOS EN LA DIETA-toxicidad - LIPI-
DOS EN LA DIETA-toxicidad - PROTEINAS EN LA DIETA-
toxicidad

AYALA, LUIS

**Fístulas enterocutáneas. Apoyo nutricional. Modalidad im-
portante en el tratamiento**
35(3): 135-36; (Septiembre, 1989)
FISTULA - CARBOHIDRATOS EN LA DIETA - LIPIDOS EN
LA DIETA - PROTEINAS EN LA DIETA - FISTULA GASTRICA

B

BAEZ, LUIS

Liposarcomas retroperitoneales
35(2): 85-8; (Mayo, 1989)
LIPOSARCOMA-cirugía - NEOPLASIAS RETROPERITONEA-
LES-cirugía -DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO

BARBEITO, JAVIER

Liposarcomas retroperitoneales
35(2): 85-8; (Mayo, 1989)
LIPOSARCOMA-cirugía - NEOPLASIAS RETROPERITONEA-
LES-cirugía - DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO

BARBOSA, G. DE

Pubertad precoz secundaria a lesiones intracraneanas
35(3): 137-41; (Septiembre, 1989)
HIPOFISITIS - PINEALOMA - PUBERTAD PRECOZ -
CELULAS GERMINATIVAS - ENFERMEDADES DEL SISTEMA
NERVIOSO CENTRAL

BELLOSO C., RAFAEL M.

**Nutrición en situaciones especiales (insuficiencia hepática
y fístula intestinal**
35(2): 89-93; (Mayo, 1989)
FISTULA INTESTINAL-dietoterapia - HEPATOPATIAS-dieto-
terapia - CARBOHIDRATOS EN LA DIETA-toxicidad - LIPI-
DOS EN LA DIETA-toxicidad - PROTEINAS EN LA DIETA-
toxicidad

BELLOSO, M.

Carcinoma del conducto tirogloso
35(1): 41-5; (Enero, 1989)
NEOPLASIA DE LA TIROIDES-patología - ADENOMA
PAPILAR-diagnóstico

BELLOSO, RAFAEL

Fístulas enterocutáneas. Apoyo nutricional. Modalidad importante en el tratamiento

35(3): 135-36; (Septiembre, 1989)

FISTULA - CARBOHIDRATOS EN LA DIETA - LIPIDOS EN LA DIETA - PROTEINAS EN LA DIETA - FISTULA GASTRICA

BETANCOURT, ALFONSO

La gestación después de un transplante renal

35(1): 31-6; (Enero, 1989)

RIÑON-transplante - DONADORES DE TEJIDO - HIPERTENSION-quimioterapia - PREDNISONA-uso terapéutico

BILBAO, JOSEBA

Estudios sobre las patologías quirúrgicas de colon ,durante los años 1986-87-88 en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas

35(2): 73-5; (Mayo, 1989)

DIVERTICULITIS DEL COLON - CENTRO MEDICO - NEOPLASIAS DEL COLON-cirugía - POLIPOS DEL COLON-cirugía

BLANCH, RICARDO

Obstrucción intestinal baja por tricobezoar

35(1): 47-9; (Enero, 1989)

BEZOARES-diagnóstico - OBSTRUCCION INTESTINAL-cirugía - COLECTOMIA

BORREGALES C., LEONARDO

Hemorragia digestiva superior en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1984-1988

35(1): 37-40; (Enero, 1989)

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL-terapia - CENTRO MEDICO - CIMETIDINA-uso terapéutico - ANTIACIDOS-uso terapéutico - DIETA GASTRECTOMIA

BORREGALES, LEONARDO

Análisis retrospectivo de histerectomías realizadas en el Hospital General de Guatire-Guarenas, 1982-1987

35(1): 19-22; (Enero, 1989)

HISTERECTOMIA - FIBROMA-cirugía - NEOPLASIAS DEL CUELLO UTERINO - LEIOMIOMA-diagnóstico

BRICEÑO P., MARIA DE LOURDES

Obstrucción intestinal baja por tricobezoar

35(1): 47-9; (Enero, 1989)

BEZOARES-diagnóstico - OBSTRUCCION INTESTINAL-cirugía - COLECTOMIA

BRICEÑO, CARLOS

Colestasis intrahepática del embarazo

35(3): 129-33; (Septiembre, 1989)

COLESTASIS - MUERTE FETAL - COMPLICACIONES DEL EMBARAZO - COLESTIRAMINA-uso terapéutico - COMBINACION DE MEDICAMENTOS - SILIMARINA-uso terapéutico

C

CARVALLO, JUAN RAMON

Aspectos epidemiológicos en lupus eritematoso sistémico. Estudio en 51 pacientes hospitalizados

35(3): 111-18; (Septiembre, 1989)

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO - ARTRITIS REUMATOIDEA

CARVALLO, PEDRO IGNACIO

Infección en cirugía traumatológica

35(1): 15-8; (Enero, 1989)

INFECCION DE HERIDA OPERATORIA - FRACTURAS-cirugía

CASTAÑON RODRIGUEZ, ANDRES

Tendencias actuales en psicoterapia

35(2): 61-6; (Mayo, 1989)

PSICOTERAPIA - PSICOTERAPIA MULTIPLE-metodología - PSICOTERAPIA DE GRUPO-metodología

CEBRIAN P., JAVIER

Obstrucción intestinal baja por tricobezoar

35(1): 47-9; (Enero, 1989)

BEZOARES-diagnóstico - OBSTRUCCION INTESTINAL-cirugía - COLECTOMIA

Duplicación intestinal en el adulto. A propósito de un caso.

35(2): 95-7; (Mayo, 1989)

INTESTINO-anomalías - INTESTINO-cirugía

CERDEÑA VILLAMAR, JAIME

Tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de la cadera con ' técnica de Ludloff

35(3): 107-9; (Septiembre, 1989)

LUXACION CONGENITA DE LA CADERA - TECNICAS QUIRURGICAS

CUADROS S., CARMEN

Anemia drepanocítica. Tratamiento quirúrgico de las complicaciones ortopédicas

35(3): 119-24; (Septiembre, 1989)

HEMOGLOBINOPATIAS - ANEMIA DE CELULAS FALCIFORME - ARTRITIS INFECCIOSA - OSTEOMIELITIS

D

DELLAN P., NELSON

Obstrucción intestinal baja por tricobezoar

35(1): 47-9; (Enero, 1989)

BEZOARES-diagnóstico - OBSTRUCCION INTESTINAL-cirugía - COLECTOMIA

Duplicación intestinal en el adulto. A propósito de un caso

35(2): 95-7; (Mayo, 1989)

INTESTINO-anomalías - INTESTINO-cirugía

F

FEBLES, JAVIER

Infección en cirugía traumatológica

35(1): 15-8; (Enero, 1989)

INFECCION DE HERIDA OPERATORIA - FRACTURAS-cirugía

FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO

Anemia drepanocítica. Tratamiento quirúrgico de las complicaciones ortopédicas

35(3): 119-24; (Septiembre, 1989)

HEMOGLOBINOPATIAS - ANEMIA DE CELULAS FALCIFORME - ARTRITIS INFECCIOSA - OSTEOMIELITIS

Sida y Hemofilia

35(2): 51-4; (Mayo, 1989)

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) HEMOFILIA

FIGUEIRA, MARISOL

Infeción en cirugía traumatológica

35(1): 15-8; (Enero, 1989)

INFECCION DE HERIDA OPERATORIA - FRACTURAS-cirugía

FLEITAS, FANNY

Colestasis intrahepática del embarazo

35(3): 129-33; (Septiembre, 1989)

COLESTASIS - MUERTE FETAL - COMPLICACIONES DEL EMBARAZO - COLESTIRAMINA-uso terapéutico - COMBINACION DE MEDICAMENTOS - SILIMARINA-uso terapéutico

FLORIK, MARIA DEL PILAR

Experiencia en reconstrucción de mama post-mastectomía radical y en radionecrosis post-mastectomía mediante colgajo miocutáneo de recto, e incisión transversa tipo lipectomía

35(3): 125-6; (Septiembre, 1989)

NEOPLASIA DE LA MAMA - MASTECTOMIA - COLGAJOS QUIRURGICOS - CIRUGIA PLASTICA

G

GONCALVES S., IVONNE E.

Liposarcom troperitoneales

35(2): 85-8; (Mayo, 1989)

LIPOSARCOMA-cirugía - NEOPLASIAS RETROPERITONEALES-cirugía - DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO

GONCALVEZ S., IVONNE E.

Estudios sobre las patologías quirúrgicas de colon, durante los años 1986-87-88 en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas

35(2): 73-5; (Mayo, 1989)

DIVERTICULITIS DEL COLON - CENTRO MEDICO - NEOPLASIAS DEL COLON-cirugía - POLIPOS DEL COLON-cirugía

GONZALEZ, A.

Pubertad precoz secundaria a lesiones intracraneanas

35(3): 137-41; (Septiembre, 1989)

HIPOPITUITARISMO - PINEALOMA - PUBERTAD PRECOZ - CELULAS GERMINATIVAS - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

GUNZLER, P.

Pubertad precoz secundaria a lesiones intracraneanas

35(3): 137-41; (Septiembre, 1989)

HIPOPITUITARISMO - PINEALOMA - PUBERTAD PRECOZ - CELULAS GERMINATIVAS - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

H

HARATZ R., NATAN

Aspectos epidemiológicos en lupus eritematoso sistémico.

Estudio en 51 pacientes hospitalizados

35(3): 111-18; (Septiembre, 1989)

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO - ARTRITIS REUMATOIDEA

HERNANDEZ, JAIME

Intoxicaciones por plantas venenosas en la edad infantil

35(2): 55-9; (Mayo, 1989)

ENVENENAMIENTO POR PLANTAS-terapia

VOL. 36 No. 1 - ENERO 1990

I

ISTURIZ, RAUL

Sida en Venezuela. La primera década

35(3): 99-101; (Septiembre, 1989)

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) - SALUD PUBLICA - ZIDOVUDINA-uso terapéutico

K

KIANG, ELENA

Infeción en cirugía traumatológica

35(1): 15-8; (Enero, 1989)

INFECCION DE HERIDA OPERATORIA - FRACTURAS - cirugía

KORCHOFF, WLADIMIR

Aspectos epidemiológicos en lupus eritematoso sistémico.

Estudio en 51 pacientes hospitalizados

35(3): 111-18; (Septiembre, 1989)

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO - ARTRITIS REUMATOIDEA

KRIVVOY, ABRAHAM

Pubertad precoz secundaria a lesiones intracraneanas

35(3): 137-41; (Septiembre, 1989)

HIPOPITUITARISMO - PINEALOMA - PUBERTAD PRECOZ - CELULAS GERMINATIVAS - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Encefalo-arterio-sinangiosis. Reporte preliminar

35(2): 67-71; (Mayo, 1989)

ISQUEMIA CEREBRAL-cirugía - CRANIOTOMIA

KRIVVOY, FRANCIS

El niño maltratado

35(1): 23-9; (Enero, 1989)

SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO - TRAUMATISMO MULTIPLE - HERIDAS Y LESIONES

Encefalo-arterio-sinangiosis. Reporte preliminar

35(2): 67-71; (Mayo, 1989)

ISQUEMIA CEREBRAL-cirugía - CRANIOTOMIA

KRIVVOY, JAIME

Encefalo-arterio-sinangiosis. Reporte preliminar

35(2): 67-71; (Mayo, 1989)

ISQUEMIA CEREBRAL-cirugía - CRANIOTOMIA

KRIVVOY, MAURICIO

Encefalo-arterio-sinangiosis. Reporte preliminar

35(2): 67-71; (Mayo, 1989)

ISQUEMIA CEREBRAL-cirugía - CRANIOTOMIA

L

LEON PONTE A., ODOARDO M.

Carcinoma del conducto tirogloso

35(1): 41-55; (Enero, 1989)

NEOPLASIA DE LA TIROIDES-patología - ADENOMA PAPILAR-diagnóstico

LEON PONTE A., ODOARDO M.

Fístulas enterocutáneas. Apoyo nutricional. Modalidad importante en el tratamiento

35(3): 135-36; (Septiembre, 1989)

FISTULA - CARBOHIDRATOS EN LA DIETA - LIPIDOS EN LA DIETA - PROTEINAS EN LA DIETA - FISTULA GASTRICA

LOPEZ NOUEL, ROBERTO

Trombolisis en el infarto agudo del miocardio
35(2): 77-83; (Mayo, 1989)
INFARTO DEL MIOCARDIO - AGENTES FIBRINOLITICOS-
uso terapéutico

LOZANO W., JOSE R.

Trombolisis en el infarto agudo del miocardio
35(2): 77-83; (Mayo, 1989)
INFARTO DEL MIOCARDIO - AGENTES FIBRINOLITICOS-
uso terapéutico

M

MARCANO, GERARDO

Colestasis intrahepática del embarazo
35(3): 129-33; (Septiembre, 1989)
COLESTASIS - MUERTE FETAL - COMPLICACIONES DEL
EMBARAZO - COLESTIRAMINA-uso terapéutico - COMBI-
NACION DE MEDICAMENTOS - SILIMARINA-uso
terapéutico

MARIÑO, ALBA

**Fistulas enterocutáneas. Apoyo nutricional. Modalidad im-
portante en el tratamiento**
35 (3): 135-36; (Septiembre, 1989)
FISTULA - CARBOHIDRATOS EN LA DIETA - LIPIDOS EN
LA DIETA - PROTEINAS EN LA DIETA - FISTULA GASTRICA

MARTINEZ DE LEON, NUBILDE

Intoxicaciones por plantas venenosas en la edad infantil
35(2): 55-9; (Mayo, 1989)
ENVENENAMIENTO POR PLANTAS-terapia

MAZZUCCA, ANDRES

**Análisis retrospectivo de histerectomías realizadas en el
Hospital General de Guatire-Guarenas, 1982-1987**
35(1): 19-22; (Enero, 1989)
HISTERECTOMIA - FIBROMA-cirugía - NEOPLASIAS DEL
CUELLO UTERINO - LEIOMIOMA-diagnóstico

MAZZUCCA, GIANNI

Fracturas extremo superior del fémur
35(3): 103-6; (Septiembre, 1989)
FRACTURAS DEL FEMUR - MORBILIDAD - MORTALIDAD

MEDRANO, GIOCONDA

**Análisis retrospectivo de histerectomías realizadas en el
Hospital General de Guatire-Guarenas, 1982-1987**
35(1): 19-22; (Enero, 1989)
HISTERECTOMIA - FIBROMA-cirugía - NEOPLASIAS DEL
CUELLO UTERINO - LEIOMIOMA-diagnóstico

MELE V., FRANCISCO

**Hemorragia digestiva superior en el Hospital Privado Centro
Médico de Caracas 1984-1988**
35(1): 37-40; (Enero, 1989)
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL-terapia - CENTRO
MEDICO - CIMETIDINA-uso terapéutico - ANTIACIDOS-
uso terapéutico - DIETA GASTRECTOMIA

MELE V., FRANCISCO

**Análisis retrospectivo de histerectomías realizadas en el
Hospital General de Guatire-Guarenas, 1982-1987**
35(1): 19-22; (Enero, 1989)
HISTERECTOMIA - FIBROMA-cirugía - NEOPLASIAS DEL
CUELLO UTERINO - LEIOMIOMA-diagnóstico

MENDEZ, MARYCEL

**Análisis retrospectivo de histerectomías realizadas en el
Hospital General de Guatire-Guarenas, 1982-1987**
35(1): 19-22; (Enero, 1989)
HISTERECTOMIA - FIBROMA-cirugía - NEOPLASIAS DEL
CUELLO UTERINO - LEIOMIOMA-diagnóstico

MILGRON, ROSARA

El niño maltratado
35(1): 23-9; (Enero, 1989)
SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO - TRAUMATISMO
MULTIPLE - HERIDAS Y LESIONES

MONTBRUN G., ENRIQUE

Liposarcomas retroperitoneales
35(2): 85-8; (Mayo, 1989)
LIPOSARCOMA-cirugía - NEOPLASIAS RETROPERITONEA-
LES-cirugía - DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO

MONTES DE OCA, ISRAEL

**Aspectos epidemiológicos en lupus eritematoso sistémico.
Estudio en 51 pacientes hospitalizados**
35(3): 111-18; (Septiembre, 1989)
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO - ARTRITIS
REUMATOIDEA

MURILLO P., AMARILYS

**Estudios sobre las patologías quirúrgicas de colon, durante
los años 1986-87-88 en el Hospital Privado Centro Médico
de Caracas**
35(2): 73-5; (Mayo, 1989)
DIVERTICULITIS DEL COLON - CENTRO MEDICO - NEO-
PLASIAS DEL COLON-cirugía POLIPOS DEL COLON-cirugía

N

NASTASI, ANTONIO

Liposarcomas retroperitoneales
35(2): 85-8; (Mayo, 1989)
LIPOSARCOMA-cirugía - NEOPLASIAS RETROPERITONEA-
LES-cirugía - DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO

NIETO, EDGARD

Fracturas extremo superior del fémur
35(3): 103-6; (Septiembre, 1989)
FRACTURAS DEL FEMUR - MORBILIDAD - MORTALIDAD

O

OCHOA, JOSE

**Experiencia en reconstrucción de mama post-mastectomía
radical y en radionecrosis post-mastectomía mediante col-
gajo miocutáneo de recto, e incisión transversa tipo
lipectomía**
35(3): 125-6; (Septiembre, 1989)
NEOPLASIA DE LA MAMA - MASTECTOMIA - COLGAJOS
QUIRURGICOS - CIRUGIA PLASTICA

OLAVARRIA, RENATO

Síndrome febril prolongado en drogadicto. Coincidiendo con depósito de cristales de basuco
35(3): 143-47; (Septiembre 1989)
COCAINA-efectos adversos - ABUSO DE SUBSTANCIAS - HIPERTEMIA INDUCIDA - TOXICIDAD POR DROGAS

P

PEREIRO, RICARDO

Liposarcomas retroperitoneales
35(2): 85-8; (Mayo, 1989)
LIPOSARCOMA-cirugía - NEOPLASIAS RETROPERITONEALES-cirugía - DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO

POPELKA S., jr.

La osteotomía de la pelvis según Steel en el tratamiento de la Coxartrosis como consecuencia del desplazamiento congénito de la cadera
35(1): 7-13; (Enero, 1989)
OSTEOTOMIA - OSTEOARTRITIS DE LA CADERA - PELVIS

R

RAMIREZ, RAFAEL

Fístulas enterocutáneas. Apoyo nutricional. Modalidad importante en el tratamiento
35(3): 135-36; (Septiembre, 1989)
FISTULA - CARBOHIDRATOS EN LA DIETA - LIPIDOS EN LA DIETA - PROTEINAS EN LA DIETA - FISTULA GASTRICA

REJHOLEC, M.

La osteotomía de la pelvis según Steel en el tratamiento de la Coxartrosis como consecuencia del desplazamiento congénito de la cadera
35(1): 7-13; (Enero, 1989)
OSTEOTOMIA - OSTEOARTRITIS DE LA CADERA - PELVIS

REY, JULIO

Encefalo-arterio-sinangiosis. Reporte preliminar
35(2): 67-71; (Mayo, 1989)
ISQUEMIA CEREBRAL-cirugía - CRANIOTOMIA

RODRIGUEZ, ZORAYA

Duplicación intestinal en el adulto. A propósito de un caso
35(2): 95-7; (Mayo, 1989)
INTESTINO-anomalías - INTESTINO-cirugía

ROMANO, ANIELLO

Encefalo-arterio-sinangiosis. Reporte Preliminar
35(2): 67-71; (Mayo, 1989)
ISQUEMIA CEREBRAL-cirugía - CRANIOTOMIA

RUSSO, SALOMON

Experiencia en reconstrucción de mama post-mastectomía radical y en radionecrosis post-mastectomía mediante colgajo miocutáneo de recto, e incisión transversa tipo lipectomía
35(3): 125-6; (Septiembre, 1989)
NEOPLASIA DE LA MAMA - MASTECTOMIA - COLGAJOS QUIRURGICOS - CIRUGIA PLASTICA

RYBKA, V.

La osteotomía de la pelvis según Steel en el tratamiento de la Coxartrosis como consecuencia del desplazamiento congénito de la cadera
35(1): 7-13; (Enero, 1989)
OSTEOTOMIA - OSTEOARTRITIS DE LA CADERA - PELVIS

S

SALAS CORRALES, VICTOR

Tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de la cadera con la técnica de Ludloff
35(3): 107-9; (Septiembre, 1989)
LUXACION CONGENITA DE LA CADERA - TECNICAS QUIRURGICAS

SANABRIA, JOSE ANTONIO

Síndrome febril prolongado en drogadicto. Coincidiendo con depósito de cristales de basuco
35(3): 143-47; (Septiembre, 1989)
COCAINA-efectos adversos - ABUSO DE SUBSTANCIAS HIPERTEMIA INDUCIDA - TOXICIDAD POR DROGAS

SANCHEZ, SILVIA

La gestación después de un transplante renal
35(1): 31-6; (Enero, 1989)
RIÑON-transplante - DONADORES DE TEJIDO - HIPERTENSION-quimioterapia - PREDNISONA-uso terapéutico

SANTAELLA, CARMEN

Fístulas enterocutáneas. Apoyo nutricional. Modalidad importante en el tratamiento
35(3): 135-36; (Septiembre, 1989)
FISTULA - CARBOHIDRATOS EN LA DIETA - LIPIDOS EN LA DIETA - PROTEINAS EN LA DIETA - FISTULA GASTRICA

SEKLER, EUGENIA

El niño maltratado
35(1): 23-9; (Enero, 1989)
SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO - TRAUMATISMO - MULTIPLE - HERIDAS Y LESIONES

SILVA, V.

Pubertad precoz secundaria a lesiones intracraneanas
35(3): 137-41; (Septiembre, 1989)
HIPOPITUITARISMO - PINEALOMA - PUBERTAD PRECOZ - CELULAS GERMINATIVAS - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

SOSA, L.

Síndrome febril prolongado en drogadicto. Coincidiendo con depósito de cristales de basuco
35(3): 143-47; (Septiembre, 1989)
COCAINA-efectos adversos - ABUSO DE SUBSTANCIAS - HIPERTEMIA INDUCIDA - TOXICIDAD POR DROGAS

SOUCHON V., EDUARDO A.

Carcinoma del conducto tirogloso
35(1): 41-5; (Enero, 1989)
NEOPLASIA DE LA TIROIDES-patología - ADENOMA PAPILAR-diagnóstico

INDICE VOLUMEN 35, Nos. 1, 2 y 3

Nutrición en situaciones especiales (insuficiencia hepática y fístula intestinal)

35(2): 89-93; (Mayo, 1989)

FISTULA INTESTINAL-dietoterapia - HEPATOPATIAS-dietoterapia - CARBOHIDRATOS EN LA DIETA-toxicidad - LIPIDOS EN LA DIETA-toxicidad - PROTEINAS EN LA DIETA - toxicidad

SOUCHON, EDUARDO

Fístulas enterocutáneas. Apoyo nutricional. Modalidad importante en el tratamiento

35(3): 135-36; (Septiembre, 1989)

FISTULA - CARBOHIDRATOS EN LA DIETA - LIPIDOS EN LA DIETA - PROTEINAS EN LA DIETA -FISTULA GASTRICA

SUAREZ, JOSE A.

Carcinoma del conducto tirogloso

35(1): 41-5; (Enero, 1989)

NEOPLASIA DE LA TIROIDES-patología - ADENOMA PAPILAR-diagnóstico

V

VALDIVIA, R.

Pubertad precoz secundaria a lesiones intracraneanas

35(3): 137-41; (Septiembre, 1989)

HIPOPITUITARISMO - PINEALOMA - PUBERTAD PRECOZ - CELULAS GERMINATIVAS - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

VECCHINI, GERMAN

Hemorragia digestiva superior en el Hospital Privado

Centro Médico de Caracas 1984-1988

35(1): 37-40; (Enero, 1989)

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL-terapia - CENTRO MEDICO - CIMETIDINA-uso terapéutico - ANTIACIDOS-uso terapéutico - DIETA GASTRECTOMIA

VILLORIA C., GUILLERMO

Trombolisis en el infarto agudo del miocardio

35(2): 77-83; (Mayo, 1989)

INFARTO DEL MIOCARDIO - AGENTES FIBRINOLITICOS-uso terapéutico

VINUEZA, WILSON

Fístulas enterocutáneas. Apoyo nutricional. Modalidad importante en el tratamiento

35(3): 135-36; (Septiembre, 1989)

FISTULA - CARBOHIDRATOS EN LA DIETA - LIPIDOS EN LA DIETA - PROTEINAS EN LA DIETA - FISTULA GASTRICA

Z

ZAMORA, ALBERTO

Colestasis intrahepática del embarazo

35(3): 129-33; (Septiembre, 1989)

COLESTASIS - MUERTE FETAL - COMPLICACIONES DEL EMBARAZO - COLESTIRAMINA-uso terapéutico - COMBINACION DE MEDICAMENTOS - SILIMARINA-uso terapéutico

ZCHAEK, DIETRICH

La gestación después de un transplante renal

35(1): 31-6; (Enero, 1989)

RIÑON-transplante - DONADORES DE TEJIDO - HIPERTENSION-quimioterapia - PREDNISONA-uso terapéutico

ZOGHBI, SAMI

Fístulas enterocutáneas. Apoyo nutricional. Modalidad importante en el tratamiento

35(3): 135-36; (Septiembre, 1989)

FISTULA - CARBOHIDRATOS EN LA DIETA - LIPIDOS EN LA DIETA - PROTEINAS EN LA DIETA - FISTULA GASTRICA

M A T E R I A S

A

ABUSO DE SUBSTANCIAS

SANABRIA, JOSE ANTONIO; OLAVARRIA, RENATO; SOSA, L.

Síndrome febril prolongado en drogadicto. Coincidiendo con depósito de cristales de basuco

35(3): 143-47; (Septiembre, 1989)

ADENOMA PAPILAR-DIAGNOSTICO

BELLOSO, M.; AYALA N., LUIS A.; SOUCHON, V., EDUARDO A.; SUAREZ, JOSE A.; LEON PONTE, A. ODOARDO, M.

Carcinoma del conducto tirogloso

35(1): 41-5; (Enero, 1989)

AGENTES FIBRINOLITICOS - USO TERAPEUTICO

LOZANO W., JOSE R.; LOPEZ NOUEL, ROBERTO; VILLORIA C., GUILLERMO

Trombolisis en el infarto agudo del miocardio

35(2): 77-83; (Mayo, 1989)

ANEMIA DE CELULAS FALCIFORME

FERNANDEZ-PALAZZI, FEDERICO; CUADROS S., CARMEN; ARANGUREN, C.; GERARDO, A.

Anemia drepanocítica. Tratamiento quirúrgico de las complicaciones ortopédicas

35(3): 119-24; (Septiembre, 1989)

ANTIACIDOS - USO TERAPEUTICO

MELE V., FRANCISCO; BORREGALES, C. LEONARDO; AURE, ALEJANDRO; VECCHINI, GERMAN

Hemorragia digestiva superior en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1984-1988

35(1): 37-40; (Enero, 1989)

ARTRITIS INFECCIOSA

FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO; CUADROS, S. CARMEN; ARANGUREN, C.; GERARDO, A.

Anemia drepanocítica. Tratamiento quirúrgico de las complicaciones ortopédicas

35(3): 119-24; (Septiembre, 1989)

ARTRITIS REUMATOIDEA

MONTES DE OCA, ISRAEL; HARATZ, R.; NATAN, KORCHOFF, WLADIMIR; CARVALLO, JUAN RAMON
Aspectos epidemiológicos en lupus eritematoso sistémico. Estudio en 51 pacientes hospitalizados
 35(3): 111-18; (Septiembre, 1989)

B

BEZOARES - DIAGNOSTICO

BRICEÑO P., MARIA DE LOURDES; CEBRIAN P., JAVIER; DELLAN P., NELSON; BLANCH, RICARDO
Obstrucción intestinal baja por tricobezoar
 35(1): 47-9; (Enero, 1989)

C

CARBOHIDRATOS EN LA DIETA

SOUCHON, EDUARDO; AYALA, LUIS; BELLOSO, RAFAEL; ZOGHBI, SAMI; LEON-PONTE, ODOARDO; MARIÑO ALBA RAMIREZ, RAFAEL VINUEZA, WILSON SANTAELLA, CARMEN
Fístulas enterocutáneas. Apoyo nutricional. Modalidad importante en el tratamiento
 35(3): 135-36; (Septiembre, 1989)

CARBOHIDRATOS EN LA DIETA - TOXICIDAD

BELLOSO C., RAFAEL M.; SOUCHON V., EDUARDO A.; AYALA N., LUIS A.
Nutrición en situaciones especiales (insuficiencia hepática y Fístula intestinal)
 35(2): 89-93; (Mayo, 1989)

CELULAS GERMINATIVAS

KRIVOY, ABRAHAM; GUNZLER, P.; BARBOSA, G DE; VALDIVIA, R.; SILVA, V.; GONZALEZ, A.
Pubertad precoz secundaria a lesiones intracraneanas
 35(3): 137-41; (Septiembre, 1989)

CENTRO MEDICO

MURILLO P., AMARILYS; GONCALVEZ S., IVONNE E.; BILBAO, JOSEBA
Estudio sobre las patologías quirúrgicas de colon, durante los años 1986-87-88 en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas
 35(2): 73-5; (Mayo, 1989)

MELE V., FRANCISCO; BORREGALES C., LEONARDO; AURE, ALEJANDRO; VECCHINI, GERMAN
Hemorragia digestiva superior en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1984-1988
 35(1): 37-40; (Enero, 1989)

CIMETIDINA - USO TERAPEUTICO

MELE V., FRANCISCO; BORREGALES C., LEONARDO; AURE, ALEJANDRO; VECCHINI, GERMAN
Hemorragia digestiva superior en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1984-1988
 35(1): 37-40; (Enero, 1989)

CIRUGIA PLASTICA

OCHOA, JOSE; RUSSO, SALOMON; FLORIK, MARIA DEL PILAR
Experiencia en reconstrucción de mama post-mastectomía radical y en radionecrosis post-mastectomía mediante colgajo miocutáneo de recto, e incisión transversa tipo lipectomía
 35(3): 125-6; (Septiembre, 1989)

COCAINA - EFECTOS ADVERSOS

SANABRIA, JOSE ANTONIO; OLAVARRIA, RENATO; SOSA, L.
Síndrome febril prolongado en drogadicto. Coincidiendo con depósito de cristales de basuco
 35(3): 143-47; (Septiembre, 1989)

COLECTOMIA

BRICEÑO P., MARIA DE LOURDES; CEBRIAN P., JAVIER; DELLAN P., NELSON; BLANCH, RICARDO
Obstrucción intestinal baja por tricobezoar
 35(1): 47-9; (Enero, 1989)

COLESTASIS

BRICEÑO, CARLOS; MARCANO, GERARDO; ZAMORA, ALBERTO; FLEITAS, FANNY
Colestasis intrahepática del embarazo
 35(3): 129-33; (Septiembre, 1989)

COLESTIRAMINA - USO TERAPEUTICO

BRICEÑO, CARLOS; MARCANO, GERARDO; ZAMORA, ALBERTO; FLEITAS, FANNY
Colestasis intrahepática del embarazo
 35(3): 129-33; (Septiembre, 1989)

COLGAJOS QUIRURGICOS

OCHOA, JOSE; RUSSO, SALOMON; FLORIK, MARIA DEL PILAR
Experiencia en reconstrucción de mama post-mastectomía radical y en radionecrosis post-mastectomía mediante colgajo miocutáneo de recto, e incisión transversa tipo lipectomía
 35(3): 125-6; (Septiembre, 1989)

COMBINACION DE MEDICAMENTOS

BRICEÑO, CARLOS; MARCANO, GERARDO; ZAMORA, ALBERTO; FLEITAS, FANNY
Colestasis intrahepática del embarazo
 35(3): 129-33; (Septiembre, 1989)

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

BRICEÑO, CARLOS; MARCANO, GERARDO; ZAMORA, ALBERTO; FLEITAS, FANNY
Colestasis intrahepática del embarazo
 35(3): 129-33; (Septiembre, 1989)

CRANIOTOMIA

KRIVOY, ABRAHAM; ROMANO, ANIELLO; REY, JULIO; KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO; KRIVOY, FRANCIS
Encefalo-arterio-sinangiosis. Reporte preliminar
 35(2): 67-71; (Mayo, 1989)

D

DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO

BARBEITO, JAVIER; MONTBRUN G., ENRIQUE; GONCALVES IVONNE; NASTASI, ANTONIO; BAEZ, LUIS; PEREIRO RICARDO

Liposarcomas retroperitoneales
35(2): 85-8; (Mayo, 1989)

DIETA

MELE V., FRANCISCO; BORREGALES C., LEONARDO; AURE, ALEJANDRO; VECCHINI, GERMAN

Hemorragia digestiva superior en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1984-1988
35(1): 37-40; (Enero, 1989)

DIVERTICULITIS DEL COLON

MURILLO P., AMARILYS; GONCALVEZ S., IVONNE E.; BILBAO, JOSEBA

Estudios sobre las patologías quirúrgicas de colon, durante los años 1986-87-88 en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas
35(2): 73-5; (Mayo, 1989)

DONADORES DE TEJIDO

ALFONZO, CARMEN; ZCHAEK, DIETRICH; SANCHEZ, SILVIA; BETANCOURT, ALFONSO

La gestación después de un tratamiento renal
35(1): 31-6; (Enero, 1989)

E

EDITORIAL

AGÜERO, OSCAR

"Parto Natural". Presencia del padre y/o familiares.

Editorial

35(1): 1-5; (Enero, 1989)

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

KRIVVOY, ABRAHAM; GUNZLER, P. BARBOSA, G DE; VALDIVIA, R; SILVA, V.; GONZALEZ, A.

Pubertad precoz secundaria a lesiones intracraneanas
35(3): 137-41; (Septiembre, 1989)

ENVENENAMIENTO POR PLANTAS - TERAPIA

MARTINEZ DE LEON, NUBILDE; HERNANDEZ, JAIME

Intoxicaciones por plantas venenosas en la edad infantil
35(2): 55-9; (Mayo, 1989)

ETICA MEDICA

AGÜERO, OSCAR

"Parto Natural". Presencia del padre y/o familiares

Editorial

35(1): 1-5; (Enero, 1989)

F

FIBROMA - CIRUGIA

BORREGALES, LEONARDO; MAZZUCCA, ANDRES; MEDRANO, GIOCONDA; MENDEZ, MARYCEL; MELE, FRANCISCO

Análisis retrospectivo de histerectomías realizadas en el Hospital General de Guatire-Guarenas, 1982-1987
35(1): 19-22; (Enero, 1989)

FISTULA

SOUCHON, EDUARDO; AYALA, LUIS; BELLOSO, RAFAEL; ZOGHBI, SAMI; LEON-PONTE, ODOARDO; MARIÑO, ALBA; RAMIREZ, RAFAEL; VINUEZA, WILSON; SANTAELLA, CARMEN

Fístulas enterocutáneas. Apoyo nutricional. Modalidad importante en el tratamiento

35(3): 135-36; (Septiembre, 1989)

FISTULA GASTRICA

SOUCHON, EDUARDO; AYALA, LUIS; BELLOSO, RAFAEL; ZOGHBI, SAMI; LEON-PONTE, ODOARDO; MARIÑO, ALBA; RAMIREZ, RAFAEL; VINUEZA, WILSON; SANTAELLA, CARMEN

Fístulas enterocutáneas. Apoyo nutricional. Modalidad importante en el tratamiento

35(3): 135-36; (Septiembre, 1989)

FISTULA INTESTINAL - DIETOTERAPIA

BELLOSO C., RAFAEL M.; SOUCHON V., EDUARDO A.; AYALA N., LUIS A.

Nutrición en situaciones especiales (insuficiencia hepática y fistula intestinal)

35(2): 89-93; (Mayo, 1989)

FRACTURAS DEL FEMUR

NIETO, EDGARD; MAZZUCCA, GIANNI

Fracturas extremo superior del fémur

35(3): 103-6; (Septiembre, 1989)

FRACTURAS - CIRUGIA

FIGUEIRA, MARISOL; FEBLES, JAVIER; KIANG, ELENA; CARVALLO, PEDRO IGNACIO

Infección en cirugía traumatológica

35(1): 15-8; (Enero, 1989)

G

GASTRECTOMIA

MELE V., FRANCISCO; BORREGALES C., LEONARDO; AURE, ALEJANDRO; VECCHINI, GERMAN

Hemorragia digestiva superior en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1984-1988

35(1): 37-40; (Enero, 1989)

H

HEMOFILIA

FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO

Sida y Hemofilia

35(2): 51-4; (Mayo, 1989)

HEMOGLOBINOPATIAS

FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO; CUADROS S., CARMEN;
ARANGUREN, C., GERARDO A.

Anemia drepanocítica. Tratamiento quirúrgico de las complicaciones ortopédicas
35(3): 119-24; (Septiembre, 1989)

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL - TERAPIA

MELE V., FRANCISCO; BORREGALES C., LEONARDO;
AURE, ALEJANDRO; VECCHINI, GERMAN

Hemorragia digestiva superior en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas 1984-1988
35(1): 37-40; (Enero, 1989)

HEPATOPATIAS - DIETOTERAPIA

BELLOSO C., RAFAEL M.; SOUCHON V., EDUARDO A.;
AYALA N., LUIS A.

Nutrición en situaciones especiales (insuficiencia hepática y fístula intestinal)
35(2): 89-93; (Mayo, 1989)

HERIDAS Y LESIONES

KRIVOY, FRANCIS; SEKLER, EUGENIA; MILGRON, ROSARA
El niño maltratado

35(1): 23-9; (Enero, 1989)

HIPERTEMIA INDUCIDA

SANABRIA, JOSE ANTONIO; OLAVARRIA, RENATO;
SOSA, L.

Síndrome febril prolongado en drogadicto. Coincidiendo con depósito de cristales de basuco
35(3): 143-47; (Septiembre, 1989)

HIPERTENSION - QUIMIOTERAPIA

ALFONZO, CARMEN; ZCHAEK, DIETRICH; SANCHEZ,
SILVIA; BETANCOURT, ALFONSO

La gestación después de un trasplante renal
35(1): 31-6; (Enero, 1989)

HIPOPITUITARISMO

KRIVOY, ABRAHAM; GUNZLER, P.; BARBOSA, G. DE;
VALDIVIA, R.; SILVA, V.; GONZALEZ, A.

Pubertad precoz secundaria a lesiones intracraneanas
35(3): 137-41; (Septiembre, 1989)

HISTERECTOMIA

BORREGALES, LEONARDO; MAZZUCCA, ANDRES;
MEDRANO, GIOCONDA; MENDEZ, MARYCEL; MELE,
FRANCISCO

Análisis retrospectivo de histerectomías realizadas en el Hospital General de Guatire-Guarenas, 1982-1987
35(1): 19-22; (Enero, 1989)

I

INFARTO DEL MIOCARDIO

LOZANO W., JOSE R.; LOPEZ NOUEL, ROBERTO;
VILLORIA C., GULLERMO

Trombolisis en el infarto agudo del miocardio
35(2): 77-83; (Mayo, 1989)

INFECCION DE HERIDA OPERATORIA

FIGUEIRA, MARISOL; FEBLES, JAVIER; KIANG, ELENA;
CARVALLO, PEDRO IGNACIO

Infección en cirugía traumatológica
35(1): 15-8; (Enero, 1989)

INTESTINO - ANOMALIAS

DELLAN P, NELSON; RODRIGUEZ, ZORAYA; CEBRIAN P.,
JAVIER; ACOSTA, GLORIA

Duplicación intestinal en el adulto. A propósito de un caso
35(2): 95-7; (Mayo, 1989)

INTESTINO - CIRUGIA

DELLAN P, NELSON; RODRIGUEZ, ZORAYA; CEBRIAN P.,
JAVIER; ACOSTA, GLORIA

Duplicación intestinal en el adulto. A propósito de un caso
35(2): 95-7; (Mayo, 1989)

ISQUEMIA CEREBRAL - CIRUGIA

KRIVOY, ABRAHAM; ROMANO, ANIELLO; REY, JULIO;
KRIVOY, JAIME; KRIVOY, MAURICIO; KRIVOY, FRANCIS

Encefalo-arterio-sinangiosis. Reporte preliminar
35(2): 67-71; (Mayo, 1989)

L

LEIOMIOMA - DIAGNOSTICO

BORREGALES, LEONARDO; MAZZUCCA, ANDRES;
MEDRANO, GIOCONDA; MENDEZ, MARYCEL; MELE,
FRANCISCO

Análisis retrospectivo de histerectomías realizadas en el Hospital General de Guatire-Guarenas, 1982-1987
35(1): 19-22; (Enero, 1989)

LIPIDOS EN LA DIETA

SOUCHON, EDUARDO; AYALA, LUIS; BELLOSO, RAFAEL;
ZOGHBI, SAMI; LEON-PONTE, ODOARDO; MARIÑO, ALBA;
RAMIREZ, RAFAEL; VINUEZA, WILSON; SANTAELLA,
CARMEN

Fístulas enterocutáneas. Apoyo nutricional. Modalidad importante en el tratamiento
35(3): 135-36; (Septiembre, 1989)

LIPIDOS EN LA DIETA - TOXICIDAD

BELLOSO C., RAFAEL M.; SOUCHON V., EDUARDO A.;
AYALA N., LUIS A.

Nutrición en situaciones especiales (insuficiencia hepática y fístula intestinal)
35(2): 89-93; (Mayo, 1989)

LIPOSARCOMA - CIRUGIA

BARBEITO, JAVIER; MONTBRUN G., ENRIQUE;
GONCALVES, IVONNE; NASTASI, ANTONIO; BAEZ, LUIS;
PEREIRO, RICARDO

Liposarcomas retroperitoneales
35(2): 85-8; (Mayo, 1989)

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

MONTES DE OCA, ISRAEL; HARATZ R., NATAN;
KORCHOFF, WLADIMIR; CARVALLO, JUAN RAMON
Aspectos epidemiológicos en lupus eritematoso sistémico. Estudio en 51 pacientes hospitalizados
35(3): 111-18; (Septiembre, 1989)

LUXACION CONGENITA DE LA CADERA

SALAS CORRALES, VICTOR; CERDEÑA VILLAMAR, JAIME
Tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de la cadera con la técnica de Ludloff
35(3): 107-9; (Septiembre, 1989)

M

MASTECTOMIA

OCHOA, JOSE; RUSSO, SALOMON; FLORIK, MARIA DEL PILAR
Experiencia en reconstrucción de mama post-mastectomía radical y en radionecrosis post-mastectomía mediante colgajo miocutáneo de recto e incisión transversa tipo lipectomía
35(3): 125-6; (Septiembre, 1989)

MORBILIDAD

NIETO, EDGARD; MAZZUCCA, GIANNI
Fracturas extremo superior del fémur
35(3): 103-6; (Septiembre, 1989)

MORTALIDAD

NIETO, EDGARD; MAZZUCCA, GIANNI
Fracturas extremo superior del fémur
35(3): 103-6; (Septiembre, 1989)

MUERTE FETAL

BRICEÑO, CARLOS; MARCANO, GERARDO; ZAMORA, ALBERTO; FLEITAS, FANNY
Colestasis intrahepática del embarazo
35(3): 129-33; (Septiembre, 1989)

N

NEOPLASIA DE LA MAMA

OCHOA, JOSE; RUSSO, SALOMON; FLORIK, MARIA DEL PILAR
Experiencia en reconstrucción de mama post-mastectomía radical y en radionecrosis post-mastectomía mediante colgajo miocutáneo de recto, e incisión transversa tipo lipectomía
35(3): 125-6; (Septiembre, 1989)

NEOPLASIA DE LA TIROIDES - PATOLOGIA

BELLOSO, M.; AYALA N., LUIS A.; SOUCHON V., EDUARDO A.; SUAREZ, JOSE A.; LEON PONTE A., ODOARDO M.
Carcinoma del conducto tirogloso
35(1): 41-5; (Enero, 1989)

NEOPLASIAS DEL COLON - CIRUGIA

MURILLO P., AMARILYS; GONCALVEZ S., IVONNE E.; BILBAO, JOSEBA
Estudios sobre las patologías quirúrgicas de colon, durante los años 1986-87-88 en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas
35(2): 73-5; (Mayo, 1989)

NEOPLASIAS DEL CUELLO UTERINO

BORREGALES, LEONARDO; MAZZUCCA, ANDRES; MEDRANO, GIOCONDA; MENDEZ, MARYCEL; MELE, FRANCISCO
Análisis retrospectivo de histerectomías realizadas en el Hospital General de Guatire-Guarenas, 1982-1987
35(1): 19-22; (Enero, 1989)

NEOPLASIAS RETROPERITONEALES - CIRUGIA

BARBEITO, JAVIER; MONTBRUN G., ENRIQUE; GONCALVES, IVONNE; NASTASI, ANTONIO; BAEZ, LUIS; PEREIRO, RICARDO
Liposarcomas retroperitoneales
35(2): 85-8; (Mayo, 1989)

O

OBSTRUCCION INTESTINAL - CIRUGIA

BRICEÑO P., MARIA DE LOURDES; CEBRIAN P., JAVIER; DELLAN P., NELSON; BLANCH, RICARDO
Obstrucción intestinal baja por tricobezoar
35(1): 47-9; (Enero, 1989)

OSTEOARTRITIS DE LA CADERA

REJHOLEC, M.; RYBKA, V.; POPELKA S. jr.
La osteotomía de la pelvis según Steel en el tratamiento de la Coxartrosis como consecuencia del desplazamiento congénito de la cadera
35(1): 7-13; (Enero, 1989)

OSTEOMIELITIS

FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO; CUADROS S., CARMEN; ARANGUREN C., GERARDO A.
Anemia drepanocítica. Tratamiento quirúrgico de las complicaciones ortopédicas
35(3): 119-24; (Septiembre, 1989)

OSTEOTOMIA

REJHOLEC, M.; RYBKA, V.; POPELKA S. jr.
La osteotomía de la pelvis según Steel en el tratamiento de la Coxartrosis como consecuencia del desplazamiento congénito de la cadera
35(1): 7-13; (Enero, 1989)

P

PARTO NORMAL - PSICOLOGIA

AGÜERO, OSCAR
"Parto Natural". Presencia del padre y/o familiares. Editorial
35(1): 1-5; (Enero, 1989)

PARTO NORMAL - EFECTOS ADVERSOS

AGÜERO, OSCAR
"Parto Natural". Presencia del padre y/o familiares.
 Editorial
 35(1): 1-5; (Enero, 1989)

PELVIS

REJHOLEC, M.; RYBKA, V.; POPELKA, S. jr.
La osteotomía de la pelvis según Steel en el tratamiento de la Coxartrosis como consecuencia del desplazamiento congénito de la cadera
 35(1): 7-13; (Enero, 1989)

PINEALOMA

KRIVOY, ABRAHAM; GUNZLER, P.; BARBOSA, G. DE;
 VALDIVIA, R.; SILVA, V.; GONZALEZ, A.
Pubertad precoz secundaria a lesiones intracraneanas
 35(3): 137-41; (Septiembre, 1989)

POLIPOS DE COLON - CIRUGIA

MURILLO P., AMARILYS; GONCALVEZ S., IVONNE E.;
 BILBAO, JOSEBA
Estudios sobre las patologías quirúrgicas de colon, durante los años 1986-87-88 en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas
 35(2): 73-5; (Mayo, 1989)

PREDNISONA - USO TERAPEUTICO

ALFONZO, CARMEN; ZCHAEK, DIETRICH; SANCHEZ,
 SILVIA; BETANCOURT, ALFONSO
La gestación después de un transplante renal
 35(1): 31-6; (Enero, 1989)

PROTEINAS EN LA DIETA

SOUCHON, EDUARDO; AYALA, LUIS; BELLOSO, RAFAEL;
 ZOGHBI, SAMI; LEON-PONTE, ODOARDO; MARINO, ALBA;
 RAMIREZ, RAFAEL; VINUEZA, WILSON; SANTAELLA,
 CARMEN
Fistulas enterocutáneas. Apoyo nutricional. Modalidad importante en el tratamiento
 35(3): 135-36; (Septiembre, 1989)

PROTEINAS EN LA DIETA - TOXICIDAD

BELLOSO C., RAFAEL M.; SOUCHON V., EDUARDO A.;
 AYALA N., LUIS A.
Nutrición en situaciones especiales (insuficiencia hepática y fístula intestinal)
 35(2): 89-93; (Mayo, 1989)

PSICOTERAPIA

CASTAÑON RODRIGUEZ, ANDRES
Tendencias actuales en psicoterapia
 35(2): 61-6; (Mayo, 1989)

PSICOTERAPIA DE GRUPO - METODOLOGIA

CASTAÑON RODRIGUEZ, ANDRES
Tendencias actuales en psicoterapia
 35(2): 61-6; (Mayo, 1989)

PSICOTERAPIA MULTIPLE - METODOLOGIA

CASTAÑON RODRIGUEZ, ANDRES
Tendencias actuales en psicoterapia
 35(2): 61-6; (Mayo, 1989)

PUBERTAD PRECOZ

KRIVOY, ABRAHAM; GUNZLER, P.; BARBOSA, G. DE;
 VALDIVIA, R.; SILVA, V.; GONZALEZ, A.
Pubertad precoz secundaria a lesiones intracraneanas
 35(3): 137-41; (Septiembre, 1989)

R

RIÑON - TRANSPLANTE

ALFONZO, CARMEN; ZCHAEK, DIETRICH; SANCHEZ,
 SILVIA; BETANCOURT, ALFONSO
La gestación después de un transplante renal
 35(1): 31-6; (Enero, 1989)

S

SALUD PUBLICA

ISTURIZ, RAUL
Sida en Venezuela. La primera década
 35(3): 99-101; (Septiembre, 1989)

SILIMARINA - USO TERAPEUTICO

BRICEÑO, CARLOS; MARCANO, GERARDO; ZAMORA,
 ALBERTO; FLEITAS, FANNY
Colestasis intrahepática del embarazo
 35(3): 129-33; (Septiembre, 1989)

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. (SIDA)

FERNANDEZ PALAZZI, FEDERICO
Sida y Hemofilia
 35(2): 51-4; (Mayo, 1989)

ISTURIZ, RAUL
Sida en Venezuela. La primera década
 35(3): 99-101; (Septiembre, 1989)

SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

KRIVOY, FRANCIS; SEKLER, EUGENIA; MILGRON, ROSARA
El niño maltratado
 35(1): 23-9; (Enero, 1989)

T

TECNICAS QUIRURGICAS

SALAS CORRALES, VICTOR; CERDEÑA VILLAMAR, JAIME
Tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de la cadera con la técnica de Ludloff
 35(3): 107-9; (Septiembre, 1989)

INDICE VOLUMEN 35, Nos. 1, 2 y 3

TOXICIDAD POR DROGAS

SANABRIA, JOSE ANTONIO; OLAVARRIA, RENATO;
SOSA, L.
**Síndrome febril prolongado en drogadicto. Coincidiendo
con depósito de cristales de basuco**
35(3): 143-47; (Septiembre, 1989)

TRAUMATISMO MULTIPLE

KRIVOY, FRANCIS; SEKLER, EUGENIA; MILGRON, ROSARA
El niño maltratado
35(1): 23-9; (Enero, 1989)

Z

ZIDOVUDINA

ISTURIZ, RAUL

Sida en Venezuela. La primera década
35(3): 99-101; (Septiembre, 1989)

ZIDOVUDINA - USO TERAPEUTICO

ISTURIZ, RAUL

Sida en Venezuela. La primera década
35(3): 99-101; (Septiembre, 1989)

NOTICIAS DE CONGRESOS Y REUNIONES

El VIII Congreso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida se realizará en Santiago de Chile del 01 al 14 de Septiembre de 1991. Dicho Congreso es realizado por la Unión Latinoamericana contra las enfermedades de Transmisión sexual, ULACETS, patrocinado por la Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS y será organizado por la Fundación Nacional contra el Sida, FUNACS.

El Congreso será dividido por especialidades tanto médicas como no médica, sociología, leyes, teología, educadores, etc., y se dará especial importancia al profesional joven con el fin de estimular el interés por el tema, que ocupará por muchos años el quehacer social y médico Latinoamericano. Cualquier profesional que crea pueda aportar algo a este Congreso, que nos envíe su tema y Curriculum Vitae que avale su petición. Los mejores trabajos de los jóvenes serán premiados con estadía e inscripción gratuita y otras modalidades que se están estudiando en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud.

Cuota de Inscripción: US\$ 100

Recepción de trabajos hasta 31 de Mayo de 1991

Dr. JUAN BERNAL
Editor ETS
Presidente VIII Congreso Latinam. ETS y SIDA
ULACERS/OPS/OMS/FUNACS
Teléfono: 2731438-Casilla 132-12
Telex: 340412 PB-VTR CK for ETS
Fax: Funacs 56-02-2742823
Santiago de Chile

ARRENDADORA BANCARAC



Le financia su equipo médico

Si usted desea adquirir o renovar el equipo médico de su consultorio, la Arrendadora Bancarac le ofrece.

- * *Financiamiento del equipo, hasta el 100% de su costo.*
- * *Ventajas en los precios por compra de contado.*
- * *Pagos deducibles del Impuesto sobre la Renta.*
- * *Hasta 5 años de plazo.*
- * *Equipamiento sin inicial.*

Para mayor información, acérquese a la oficina del Banco Caracas, ubicada en el Centro Médico Anexo B, Planta Baja, o a cualquiera de las Agencias, donde gustosamente lo atenderemos.



**Arrendadora
Bancarac** Arrendamiento Financiero

*Jesuitas a Tienda Honda Edif. Seguros Avila, Piso 3, Ofic. 3-A, Caracas 1010,
Telfs.: 81.84.76 / 87.50 / 83.57.95 / 82.85.01 / 28.69*

SIEMENS

SONDA TRANSRECTAL ENDO-P

Para la exploración endo-sonográfica del recto, la próstata y la vesícula seminal, Siemens desarrolló la sonda transrectal ENDO-P.

- El transductor sectorial está dotado de dos cristales rotatorios y visualiza campos de 360° en el plano transversal y 240° en el plano longitudinal.
- La banda de frecuencias entre 5 MHz y 7.5 MHz permite focalizar el objeto dominante en forma exacta y reproducible.

