

1

VOLUMEN 35



ENERO

1989

centro médico

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

ISSN 1010-7290

DEPOSITO LEGAL pp 76-0323

- "PARTO NATURAL". PRESENCIA DEL PADRE Y/O FAMILIARES
Dr. Oscar Agüero
- LA OSTEOTOMIA TRIPLE DE LA PELVIS SEGUN STEEL EN EL TRATAMIENTO DE LA COXARTROSIS COMO CONSECUENCIA DEL DESPLAZAMIENTO CONGENITO DE LA CADERA
M. Rejholec; V. Rybka; S. Popelka Jr.
- INFECCION EN CIRUGIA TRAUMATOLOGICA
Dra. Marisol Figueira; Dr. Javier Febles;
Dra. Elena Kiang; Dr. Pedro Ignacio Carballo
- ANALISIS RETROSPECTIVO DE HISTERECTOMIAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE GUATIRE - GUARENAS 1982-1987
Dr. Leonardo Borregales; Dr. Andrés Mazzucca;
Dra. Gioconda Medrano; Dr. Francisco Mele;
Dra. Marycel Méndez
- EL NIÑO MALTRATADO
Bres. Francis Krivoy; Eugenia Sekler; Rosara Milgrom
- LA GESTACION DESPUES DE UN TRANSPLANTE RENAL
Dra. Carmen Afonso; Dr. Dietrich Zchaek;
Dra. Silvia Sánchez; Dr. Alfonso Betancourt
- HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR EN EL HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS, 1984-1988
Dres. Francisco Mele V.; Leonardo Borregales;
Alejandro Aure; Germán Vecchini
- CARCINOMA DEL CONDUCTO TIROGLOSO
Dres. Rafael M. Belloso C.; Luis A. Ayala N.;
Eduardo A. Souchon V.; José A. Suárez;
Odoardo M. León-Ponte A.
- OBSTRUCCION INTESTINAL BAJA POR TRICOBEOZAR
Dra. María de Lourdes Briceño P.;
Dres. Javier Cebrian P.; Nelson Dellan P.;
Ricardo Blanch

SUMARIO COMPLETO EN LA PRIMERA PAGINA

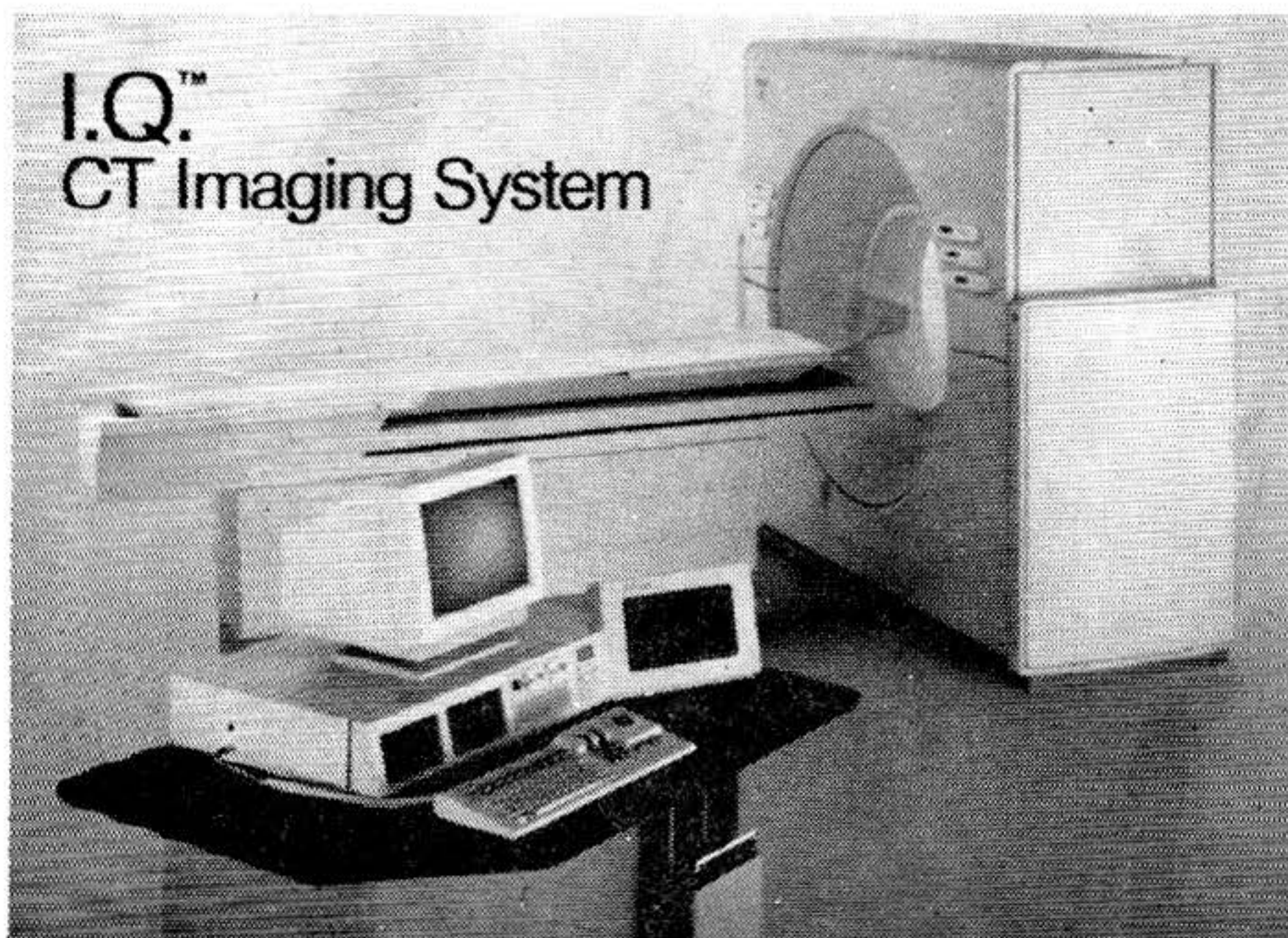
MEDITRON C. A.

CONFIANZA EN TECNOLOGIA MEDICA

REPRESENTANTE PARA VENEZUELA DE LA AFAMADA FIRMA:

PICKER

PICKER INTERNATIONAL INC.



CON SU LINEA DE PRODUCTOS:

- Resonancia Magnética
- Tomografía Axial Computarizada
- Rayos X Telecomandados
- Fluroscopia Digital
- Servicio y Mantenimiento a Nivel Nacional por Ingenieros Especializados
- Suministros y Accesorios

MEDITRON C. A.

Calle 10, Edificio Meditrón, La Urbina - Caracas

Teléfono: (02) 241.0944 Master

Telex: 25309 Medit-VC

FAX: (02) 241.0339



Vol. 35 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 Zighelboim

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. 35 No. 1 — ENERO 1989

centro médico

VOL. 35 No. 1

ENERO 1989

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 1983

SUMARIO

Editorial

"Parto Natural". Presencia del Padre y/o Familiares

Dr. Oscar Agüero

1

La Osteotomía Triple de la Pelvis según Steel en el Tratamiento de la Coxartrosis como Consecuencia del Desplazamiento Congénito de la Cadera

M. Rejholec; V. Rybka; S. Popelka Jr.

7

Infección en Cirugía Traumatológica

Dra. Marisol Figueira; Dr. Javier Fobles;

Dra. Elena Kiang; Dr. Pedro Ignacio Carballo

15

Análisis Retrospectivo de Histerectomías realizadas en el Hospital General de Guatiro-Guaremas 1982-1987

Dr. Leonardo Borregales; Dr. Andrés Mazzucca;

Dra. Gioconda Medrano; Dr. Francisco Melo;

Dra. Marycel Méndez

19

El Niño Maltratado

Br. Francis Krivoy; Br. Eugenia Sokler;

Br. Rosara Milgrom

→

| | |
|--|----|
| La Gestaclón después de un Transplante Renal Dra. Carmen Afonso; Dr. Dietrich Zchaek; Dra. Silvia Sánchez; Dr. Alfonso Betancourt | 31 |
| Hemorragia Digestiva Superior en el Hospital Privado Contro Médico de Caracas, 1984-1988 Dra. Francisco Mele V.; Leonardo Borregales; Alejandro Auro; Germán Vecchini | 37 |
| Carcinoma del Conducto Tirogloeo Dra. Rafael M. Bolloso C.; Luis A. Ayala N.; Eduardo A. Souchon Y.; José A. Suárez; Odoardo M. León-Ponte A. | 41 |
| Obstrucción Intestinal Baja por Tricobezoar (Reporte de dos casos) Dra. María de Lourdes Briceño P.; Dra. Javier Cobrian P.; Nelson Dellan P.; Ricardo Blanch | 47 |
| Cartas al Director Asociación Venezolana del Riñón y Transplante de Organos | 50 |

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 clics 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, Simposios 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 considera 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 (MEXICO)

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

Miembro de ASEREME.

(Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas).

ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION
VENEZOLANA
DE HOSPITALISTAS



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 Piaz | 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 ACCVEDO, Dr. Feliciano Acquatella, Dr. Harry Acquatella, Dr. Máximo AGUIERO, Dr. OSCAR AGUIRRE, Dra. Margarita R. de Andrade Páez, Dr. Pedro Aranda, Dra. Kezia de Arellano Herrera, Dr. Samuel Arceaga Collazo, Dr. Néstor Arreaza, Dra. Livia Escalona de Auro, Dr. César Auro Talero, 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 Barrisla, Dr. Jon Bastidas, Dr. Jorge Baker, 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. Fermán Calatrava, Dr. Alonso Calatrava, Dr. Fernando Capriles, Dr. Armando Cárdenas Góndr, Dr. Leopoldo Carballo, Dr. Pedro Ignacio Castañón, Dr. Andrés Castillo, Dr. Rafael Castro Sánchez, Dr. César Cifuentes Spinetti, Dr. Bernardo Ciobăţaru, Dra. Silica Cisneros, Dr. José A. Condado Rodríguez, Dr. José Colina,, Dr. Oscar Coya Arria, Dr. Ramón Gudemus Márquez, Dr. Gastón Ghwoschtschinsky, Dra. Elisa Izquierdo de Daantje, Dr. Ashley Díaz, Dra. Alies Abreu de Díaz Pántin, Dr. Carlos Díaz Piatti, 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 Avelado, Dr. Luis A. González, Dra. Mireya González Berti, Dr. Marco González Serva, Dr. Aldo González Serva, Dr. Luis Gordils, Dr. Antonio Granier, Dr. Marcel Grosman, Dr. Víctor 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 Krullig Schatten, Dr. Leopoldo Kizer, Dr. Saúl Lairret, Dr. Andrés</p> | <p>Lairret, 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. Yudit 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
 Plas, Dr. José Francisco
 Plas, Dra. Lilian Casas de
 Plaza Salas, Dr. Rodrigo
 Potenziari, Dr. Julio César
 Potenziari, 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
 Scarciolfo, Dr. Pedro
 Sekler, Dra. Eva
 Sierralta, 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
 Vázquez, Dra. Alicia Sequera de
 Vegas, Dr. Armando Martín
 Velásquez, Dra. Elinka G.
 Velutim, Dr. Luis Alberto
 Villalobos N., Dr. Orlando E.
 Weffer, Dr. René
 Zigelboim, Dr. Itie
 Zubillaga, Dr. Rafael
 Zavalta, Dr. César
 Zamacona, Dr. Mikel

MIEMBROS ASOCIADOS

Dr. Tomás Vethencourt
 Dra. Iliya Madrid
 Dra. Ismenia Chaustre
 Dra. Mónica Castellanos
 Dra. Erminia Orlando
 Dr. Oscar Tenreiro

Dr. Eduardo Casanova
 Dr. Alberto Andriollo
 Dr. Miguel Bracho
 Dra. Tibisay Villalobos
 Dr. Pedro Luis García
 Dr. Salvatore Verlezza

Dra. Belinda Florco
 Dra. Oly Lezada
 Dra. Coimbra Villapol
 Dra. Ana María Sananes

IN MEMORIAM

Dr. Francisco Herrera Guerrero †
 Dr. Andrés Gutiérrez Solís †
 Dr. Permin 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 †

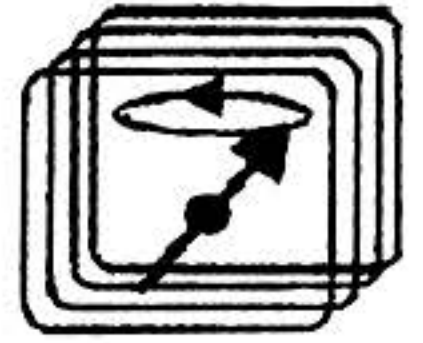
Dr. Hernán Hedderich †
 Dr. Rafael Deucosme †
 Dr. Joel Valencia Farparcén †
 Dr. Enrique Hedderich †
 Dr. Roberto Lucca Escobar †
 Dr. Eduardo Quintero Muro †
 Dr. Héctor Padula †
 Dr. Antonio Mota Salazar †
 Dr. Román Chalbaud Troconis †
 Dr. Pablo Luis Gonzalo Leonardi †
 Dr. Víctor Brito †
 Dr. Rafael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

“Parto Natural”

Presencia del Padre y/o Familiares

Dr. Oscar Agüero

Las exageraciones y el abuso en el empleo de algunas nuevas tecnologías en Obstetricia (examen con ultrasonido en cada consulta prenatal, monitorización electrónica y/o bioquímica en todo parto, etc.) han conducido, en algunos sitios, a una reacción extrema por parte de las embarazadas, sus esposos y familiares. Molestas por el excesivo aparataje y por la invasión de sus cuerpos por catéteres y cables abdominales, vaginales, cardíacos, han solicitado el regreso del parto a un ambiente más natural, familiar, rodeadas del esposo y otros familiares.

Las alternativas para atender esta “petición del consumidor”, han sido:

- 1) El regreso al parto en el domicilio, incluso con comadronas, basados en los resultados, aparentemente excelentes, de Holanda, donde tradicionalmente ha habido un predominio del parto en el hogar. De esta alternativa no nos ocuparemos, sólo mencionaremos que es objeto actual de controversia en Norte-América (Estados Unidos y Canadá) (4,3,6), estimulada por el hecho de haber ocurrido ya, catástrofes como muerte fetal intraparto y niño lesionado por distocia, en partos domiciliarios (11). El Colegio de Médicos y Cirujanos del Alberta, Canadá, ha prohibido el parto en el domicilio (2).
- 2) La construcción u organización, dentro del hospital, de un ambiente especial, con salas de estar, televisión, radio, música ambiental, plantas ornamentales, etc., donde puedan estar parturiente, marido, otros parientes y hasta los niños pequeños. Sin embargo, este recinto especial tiene que estar cerca de la sala de partos convencional, de manera que permita un traslado rápido de la paciente, cuando surja alguna complicación, o cuando ella desea o necesite analgo-anestesia o estimulación medicamentosa de las contracciones uterinas.

Algunas clínicas privadas de Caracas, sin tener, ninguna de ellas, ese ambiente especial, están permitiendo la presencia del marido y otros familiares en las salas de trabajo y de parto convencionales, lo cual ha originado ya diversos problemas: con los parteros que no están de acuerdo con ello, con los anestesiólogos, con las pacientes mismas y sus familiares quienes, al estar en contacto con otras parturientas con sus respectivos esposos y/o familiares, se quejan de perder la privacidad que deseaban compartir sólo con su médico y su esposo; a algunas no les agrada el espectáculo de estar deambulando por los pasillos, en bata de parto, arrastrando un equipo de suero endovenoso; un número impreciso de ellas no repiten la experiencia y, en el siguiente parto, buscan la asistencia convencional que utilizamos en otras clínicas.

No conocemos ninguna publicación venezolana que haya seriamente evaluado los resultados de esa “moda obstétrica”, en contraste con toda la información

obtenible en la literatura foránea, en la cual hay hasta un libro escrito por periodistas (7). Comontaremos algunas de esas publicaciones, una de las más importantes de las cuales es la de Klein y col. (8), porque se trata de un estudio prospectivo y controlado, apoyado además en 20 referencias bibliográficas. La descripción que se hace del ambiente de "parto natural" es interesante de reproducir, ya que "difiere de las salas de parto en diseño y rutinas. Es un cuarto atractivo, con una cama doble, adyacente al cual hay un estar para el comienzo del trabajo. El cuarto de parto le da a la embarazada mayor flexibilidad en las posiciones durante el parto y le permite tener huéspedes, además del marido. Los "rutinarios" rasurados, enema, infusiones endovenosas y monitorizaciones electrónicas fetales, están prohibidos en este ambiente. La necesidad o petición de infusión endovenosa, estimulación medicamentosa o anestesia epidural requieren la transferencia a la sala de partos convencional. . . . A diferencia de la práctica quirúrgica estéril usual, en este ambiente especial, los tapabocas y gorros son opcionales y casi nunca usados. Durante el parto sólo se utilizan guantes y un campo estéril debajo de los glúteos. Los huéspedes se visten como quieran". El grupo estudiado comprendió 163 embarazadas de bajo riesgo, inicialmente escogidas en las semanas 36 y 38, de las cuales tuvieron que eliminar 49 (30%) por presentar luego algún riesgo prenatal. De las 114 restantes, alternadamente, 56 fueron asistidas en el ambiente hogareño y 58 en sala de partos convencional; sin embargo, 24 de las primeras (42%) tuvieron que ser transferidas a la sala de parto usual, más a menudo en primíparas (10 de 30) que en múltiparas (5 de 26). O sea que un porcentaje bastante alto (42%) tiene que recurrir al ambiente convencional y acabar con el programa y los acompañantes. Además, una sola paciente es permitida a la vez en el local especial. La comparación de resultados en ambos ambientes muestra que las únicas diferencias son: "dramática caída en las tasas de rasurado perineal y uso de enemas y una ligera reducción en el uso rutinario de infusiones endovenosas", lo cual no sorprende ya que las tienen prohibidas; pero tienen más lesiones perineales, estadísticamente significativa, en el parto "hogareño".

El otro aspecto de esta moda actual es la presencia del marido y/o familiares durante el parto, que tampoco ha sido analizado, ni evaluado entre nosotros, a pesar de que hace ya bastante tiempo, los partidarios de la psico-profilaxis han estado propalando sus beneficios —muy difíciles o imposible de probar— en lo que se refiere a mayor afecto familiar, menos divorcios, mejores relaciones padre-hijo, etc. De otros países hay información interesante:

En Sydney, Australia (12), entrevistan a 150 embarazadas en el 2º y 3º trimestre y cuando les preguntan si desean que el marido esté presente en el parto, 82% dijeron que sí [esta cifra fue 78,8% entre 170 parturientas de una clínica alemana (5), 12% no y 7% se mostraron indiferentes; a la pregunta de si aceptan la presencia de otros familiares o amigos, la respuesta fue no en un 82%, sí en 7% o indiferentes en 11%. El hecho de que un 82% de las parturientas desean tener al esposo al lado, no es nada nuevo ya que ha estado presente desde épocas remotas y en los partos en el domicilio; pero es importante que el mismo porcentaje alto rechaza la presencia de otros "familiares y amigos"; suponemos que esta última cifra debe llegar a 100% cuando los presentes son los desconocidos esposos y parientes de otras parturientas, como ocurre en la práctica caraqueña. En Düsseldorf, Alemania (1) interrogan a 69 padres que participaron en el "parto natural", de los cuales un grupo recibió clases prenatales y otro no; al comprobar que los padres pre-entrenados cambian más los pañales y alimentan a sus hijos, significativamente más a menudo que los no preparados, concluyen que la participación del padre "puede ser facilitada por adecuados cursos preparatorios". De esta experiencia es fácilmente inferible que el resultado es muy pobre.

La importancia de esta preparación prenatal ha sido extensamente comentada (16,17), con la conclusión de que "es posible que los resultados equívocos de la

Investigación destinada a probar los efectos de los contactos post-parto estrechos, entre madre y niño, podrían explicarse por la presencia o ausencia de lazos establecidos antes del nacimiento". Con este fin preparan un plan, de 4 etapas, que se inicia desde que se confirma el embarazo (fase I), se continúa con la evaluación de la pareja, desde el punto de vista emocional hacia ese embarazo (fase II), sigue con la "percepción y tratamiento del feto como un ser humano" (fase III) y concluye (fase IV) con la "preparación activa al servicio del bienestar y de los cuidados del niño por venir". La conclusión es: "la incidencia creciente de inestabilidades personales y conyugales, de dificultades en asumir las tareas paternales, y los problemas pediátricos que se derivan, representan un obstáculo que las sociedades modernas deben vencer. Los parteros están en una situación estratégica para atacar el problema en su base y no pueden ignorar más su responsabilidad social a este respecto". Sin embargo, no se presenta ninguna prueba de estas aseveraciones, ni se mencionan las experiencias controladas sobre las cuales están basadas. Da la impresión de que a pesar de que el proceso natural de la reproducción humana, vigente probablemente desde hace muchos millones de años y que ha dado, igualmente, muchos millones de devotos, abnegados, amorosos y, muchas veces, sacrificados progenitores, se había estado haciendo mal y es ahora, gracias a algunos médicos (parteros, psiquiatras), psicólogos, antropólogos, periodistas, etc., cuando se comienza a tener una interpretación cabal de su significación y de la manera correcta de atender a las parejas en vías de tener descendencia.

No obstante las bondades teóricas de esta tendencia actual —repetimos, imposibles de probar—, ya han aparecido evidencias de las consecuencias adversas que pueden observarse en padres y/o familiares, no acostumbrados a presenciar actos médicos, ante la visión de un parto normal, con su acompañamiento de pérdida de líquido amniótico, de sangre, de orina, de materias fecales; y peor aún, cuando surgen complicaciones imprevisibles, como sufrimiento fetal agudo o sangrado intra o post-parto: Steward (14) hace la descripción de 4 maridos que requirieron asistencia psiquiátrica después de estar presentes en el trabajo y parto de sus compañeras: 1) uno presentó ansiedad persistente, fobia a los espacios cerrados e impotencia sexual; después de presenciar el parto, sintió náuseas, se desmayó ante el sangrado y las manifestaciones de dolor de la mujer; requirió un año de psicoterapia y de terapéutica de comportamiento. 2) un operador de cámaras de televisión sintió tal ansiedad que no pudo filmar el parto y sólo sintió deseos de correr del sitio; se quedó para no frustrar a su mujer y requirió 12 semanas de psicoterapia. 3) depresión y problemas maritales después de estar presente en el parto y asistir a la colocación de anestesia epidural; la pareja necesitó ayuda psiquiátrica durante 3 meses. 4) náuseas y desmayo cuando la mujer es pasada a quílorfano para cesárea por sufrimiento fetal, desinterés en el hijo y en actividad sexual; psicoterapia prolongada.

Dos casos más graves fueron publicados por Schoeffler y col. (10): 1) padre de 26 años asiste al parto de su esposa; muy impresionado, sale de la sala de partos presa de malestares, cae por las escaleras, coma, fractura occipital, hematoma subdural, operación, muerte 2 días después. 2) padre de 32 años con antecedentes de epilepsia, aun cuando asintomático desde hacía varios años; la visión del parto de la esposa provoca crisis tónico-clónica generalizada con caída, pérdida de conocimiento, coma, hematoma extradural, operación, coma crónico.

La primera de estas dos últimas publicaciones es comentada por el anestesiólogo, Bradley Smith (13) con las siguientes palabras: "El problema es claramente una falla médica en ejercer su guiamiento experimentado usual, informando profundamente a sus pacientes acerca de los riesgos, ahora fácilmente reconocidos, de los programas de "parto natural", riesgos que ciertamente incluyen problemas médicos y psiquiátricos. Puesto que el movimiento pro "parto natural" es francamente anti-médico en muchos de sus dogmas, debido a la po-

pularidad del "consumismo" y, en algún grado, a la creciente competencia por los pacientes, muchos médicos no desean hablar de ello".

Además, la presencia del marido presenta aspectos de ética médica y legales. De los primeros se ha ocupado, entre nosotros, Augusto León (9) quien reproduce el literal f) del artículo 20 del Código de Deontología Médica, de 1985, en el cual se considera contrario a la moral médica, "permitir a personas extrañas a la profesión presenciar innecesariamente actos médicos, quirúrgicos u obstétricos". Después de analizar lo que podría interpretarse como "presencia innecesaria" o "necesaria", se refiere a las "incertidumbres" del hecho: ambiente especial, dificultad o imposibilidad de generalización, aparición de complicaciones inesperadas. Afirma que "aceptar excepciones al texto del artículo 20 del Código para los actos obstétricos conducirá, inexorablemente, a exigencias similares para los restantes actos médicos y quirúrgicos".

El aspecto legal ha sido enfocado por Pies (15) a propósito de la demanda intentada por un grupo de parejas, contra un hospital público de Estados Unidos que mantiene una política de prohibir la presencia, en sala de partos, de nadie que no sea médico o enfermera. La Corte de Apelaciones rechazó los argumentos de demandantes y la Corte Suprema declinó considerar la apelación. La primera Corte argumentó que el hecho de que las parejas se hubiesen entrenado en el método psicoprofiláctico (versión Lamaze), que exige la presencia del marido en las clases prenatales y en el parto, "no justificaba, individual ni colectivamente, una revisión judicial de las reglas adoptadas por el personal profesional del hospital demandado", y que no puede haber una decisión judicial federal que imponga, a todos los hospitales, la regla de permitir la presencia de los padres.

Por nuestra parte, consideramos que las dramáticas reducciones en la morbi-mortalidad materno-perinatales, observadas en el presente siglo se han logrado, en buena parte, por la consideración del parto como un acto médico-quirúrgico, por supuesto en ambiente hospitalario, rodeado de todos los recursos de que hoy se dispone para evitar los sufrimientos y riesgos que supone, aun el parto más normal. Volver al "parto natural" es tan exagerado como el abuso de las modernas tecnologías. La presencia de personas ajenas a la profesión no ayuda al acto médico en sí, y sólo es un motivo más de estrés para los profesionales actuantes.

REFERENCIAS

- 1 Barloszyk, J.; Mickel, H.- Geburtsvorbereitung, geburtserlebnis und elter kind-kontakt während des klinikaufenthaltes; eine empirische analyse unter besonderer berücksichtigung der rolle des vaters. *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 46:353-358, 1986.
- 2 *Canadian Med. Ass. J.* 124:1354, 1981.
- 3 Court, G.- Legalization of midwifery and the issue of home births. *Canad. Med. Ass. J.* 135:285-288, 1986.
- 4 Hinds, M.; Bergelson, G.; Allen, D.- Neonatal outcome in planned v. unplanned out-of-hospital birth in Kentucky. *JAMA* 253:1578-1582, 1985.
- 5 Kentenich, H.; Stareber, M.- Individual birth in hospital: investigation of acceptance and preference. *J. Psych-somatic Obst. Gynaec.* 7:93-116, 1987.
- 6 Kinch, R.- Midwifery and home births. *Canad. Med. Ass. J.* 135:280-281, 1986.
- 7 Kitzinger, S.; Davis, J.- *The place of birth.* Oxford Med. Publications. Oxford, 1978.
- 8 Klein, M.; Papageorgiou, A.; Westreich, R.; Spector-Dunsky, L.; Elkins, V.; Kramer, M.; Gelfand, M.- Care in a birth room versus a conventional setting: a controlled trial. *Canad. Med. Ass. J.* 131:1401-1406, 1984.

OSCAR AGÜERO

- 9 León C., A.- El derecho del padre a presenciar el nacimiento de su hijo. *Tribuna Médica*. 66 (No. 7): 30, 1987.
- 10 Schoeffler, P.; Haberer, J.; Mage, G.; Bonnard, M.; Montellard, G.; Fouly, A. A propos de la presence de le père dans la salle d'accouchement. *Presse Med.* 13: 2455, 1984.
- 11 Semchyshyn, S.- Prenatal care for women planning home birth. *Canad. Med. Ass. J.* 130:1260-1261, 1984.
- 12 Skuja, E.; Grundzinskas, J.; Skuja, K.- What do expectant mothers want?: a preliminary report on consumer demand for obstetric services. *Aust. N.Z. Obstet. Gynaec.* 22:206-211, 1982.
- 13 Smith, B.- *Obst. Anesth. Digest*. 5:12, 1985.
- 14 Steward, D.- Psychiatric symptoms following attempted natural childbirth. *Canad. Med. Ass. J.* 127:713-716, 1982.
- 15 Pies, H.- The right of the father to be present in the delivery room. *Am J. Public Health*. 66:686-687, 1987.
- 16 Wertheim, E.; Morris, N.- Origine prénatale des relations parent-enfant. Première partie: essai de schéma du développement. *J. Gynec. Obst. Biol. Reprod.* 16:442-441, 1987.
- 17 Wertheim, E.; Morris, N.- Origine prénatale des relations parent-enfant. Deuxième partie: implications pour le soins en Obstétrique. *J. Gynaec. Obst. Biol. Reprod.* 16: 605-613, 1987.

Oficina Técnica P.P.C.A.

INSTALACIONES ELECTRICAS

Ingº MICHAEL B. PLAM C.
DIRECTOR

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

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 Osteotomía Triple de la Pelvis según Steel en el Tratamiento de la Coxartrosis como Consecuencia del Desplazamiento Congénito de la Cadera

M. Rajholae *

V. Ryhka **

S. Popelka Jr. ***

RESUMEN

Se expone la experiencia de la I Clínica Ortopédica de la Universidad Carolina de Praga en el tratamiento de la coxartrosis secundaria a displasia de cadera, por medio de la triple osteotomía de pelvis según Steel, reportando los resultados de cuatro casos.

ABSTRACT

A preliminary report is made on four cases of triple pelvic osteotomy for hips osteoarthritis secondary to hips displasia performed in the Orthopaedic Clinic I of Carolina University of Praga.

Palabras Claves: Cadera. Coxartrosis. Osteotomía de pelvis. Cirugía ortopédica.

INTRODUCCION

El tratamiento quirúrgico de la artrosis de la articulación de la cadera ha sufrido en los últimos decenios un desarrollo significativo. Sobre todo es el progreso científico-técnico que posibilitó el desarrollo de las sustituciones de la articulación de la cadera sin necesidad de usar el cemento de hueso aplicando los principios de estimulación del tejido in vivo de alrededor con la participación activa en el implante biomecánicamente perfecto de la sustitución de la articulación. Lógicamente el tratamiento quirúrgico sin uso de la articulación artificial quedó un poco abandonado. Lo representan por el momento la osteotomía del fémur proximal aplicando métodos de Pauwel, Müller

y Bombelli (1) y la osteotomía del pelvis según Chiari (5, 10). El objetivo de este trabajo es reportar las primeras experiencias en una intervención quirúrgica que aplaza la necesidad de la sustitución de la articulación de la cadera y a la vez mejora las condiciones anatómicas para su implantación.

Las intervenciones quirúrgicas que eliminan las molestias del paciente y mantienen su propia articulación significan el camino moderno en la ortopedia contemporánea (7) porque la suplantación, por más perfecta que sea, hace falta verla como un aplazamiento con tiempo limitado de las dificultades y tiene su lugar como "últimum refugium".

MATERIAL Y METODO

Durante los años 1986-1987 se realizaron en la Ira. Clínica de Ortopedia del Hospital Docente II en Praga la osteotomía triple del pelvis según Steel en 4 pacientes con coxartrosis desarrollada; a base del desplazamiento del acetábulo, como consecuencia del desplazamiento congénito de la articulación de la cadera.

Paciente No. 1

Mujer, nacida año 1964, desplazamiento congénito de la cadera izquierda, hasta la edad de tres años fue tratada ortopédicamente; a los tres años le hicieron una reposición cruenta. A la edad de 7 años se le hizo en la Ira. Clínica de Ortopedia una osteotomía de Chiari con rotación del fémur proximal (antes la trataron en la otra clínica). El resumen clínico del estado de la articulación de la cadera izquierda a principios del año 1986 presenta dolor gradualmente creciente, ya después de 20 minutos de caminar, la extremidad inferior izquierda más corta en 2,5 cm signo de Trendelenburg positivo, el movimiento en comparación con la extremidad sana sin limitación notable, solamente

* Jefe del Dpto. Pediátrico de la Clínica.

** Profesor, Doctor en Ciencias, Jefe de la Clínica.

*** Médico de la Clínica.

Primera Clínica de Ortopedia de la Facultad de la Medicina General de la Universidad Carolina, Praga.

la rotación interna 0-20°. La placa de Rx (Fig. 1a) coxa valga, ángulo CCD 100°, desplazamiento del acetábulo - el ángulo CE negativo -5°, encima del techo del acetábulo un pseudoquiste artrótico de tamaño 1 x 2 cm. la interlínea articular muy estrechada. La paciente tuvo indicación de sustitución total de la articulación de la cadera. En el seminario de la Clínica se decidió realizar la osteotomía triple del pelvis según Steel. La operación fue practicada el 10-1-1986.



Fig. 1a - Paciente No. 1, antes de la operación, ángulo CE negativo -5°, disminución notable de la interlínea de la articulación, el pseudoquiste artrótico en el techo de acetábulo.

Paciente No. 2

Mujer, nacida 1947, tratada de convención por el desplazamiento congénito de la cadera derecha hasta la edad de 3 años en la otra clínica, después sin control. Desde el año 1985 le aumentó el dolor en la articulación de la cadera derecha acompañado por cojera. En el chequeo clínico en el año 1987 el estado de la articulación fue el siguiente: dolores en la articulación de la cadera derecha después de caminar cerca de una hora, el signo de Trendelenburg negativo, la longitud de las extremidades igual, movimientos en la articulación flexibles, la rotación interior de 0-10°. La placa de rayos X (Figura 2a) coxa valga, ángulo CCD 150°, el desplazamiento del acetábulo - ángulo CE 5°, en el techo de acetábulo un pseudoquiste artrótico, la interlínea articular disminuida en la mitad exterior del acetábulo, con esclerosis del hueso vecino. El 27-1-1987 se le hizo una osteotomía triple de pelvis según Steel.

Paciente No. 3

Mujer, nacida 1952, con desplazamiento congénito de la cadera - bilateral, reducción y fijación con yeso, hasta la edad de 4 años con aparato de Hanasek, después hasta el año 1982 sin problemas. El año 1982 le apareció un dolor gradualmente progresivo en la articulación de la cadera izquierda. El resumen clínico del estado de la articulación de la cadera izquierda a principios del año 1987: dolores fuertes en estado de reposo y de la noche intranquilizando evidenciamiento el estado nervioso de la paciente. La longitud de las extremidades igual, el signo de Trendelenburg negativo, los movimientos flexibles, la rotación interna limitada a 0-15°. La placa de Rx (Fig. 3a) coxa valga, ángulo CCD 155°, el desplazamiento del acetábulo y disminución significativa de la interlínea articular. La

osteotomía triple del pelvis se le realizó 18-2-1987. Por redislocación a la posición anteoperatoria se hizo el día 22-3-1987 la retransposición de osteotomía con la fijación de 3 alambres de Kirschner.

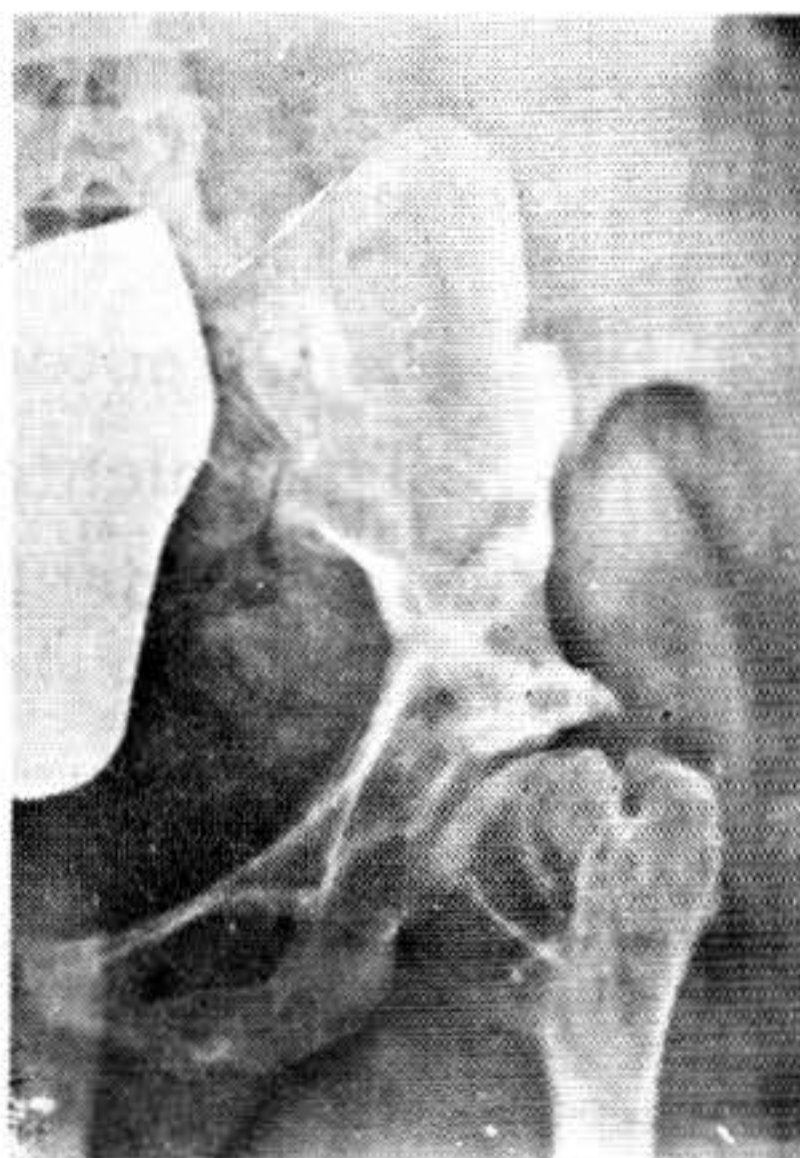


Fig. 1b - Paciente No. 1, 2 años después de la osteotomía del pelvis según Steel. Subjetivamente sin dificultades, se modificó la diferencia de longitud del miembro en 2,5 cm, se amplió la interlínea de la articulación, la cabeza está bien cubierta por el acetábulo, ángulo CE 30°, pseudoquiste casi reabsorbido.



Fig. 2a - Paciente No. 2, antes de la operación ángulo CE 5°, el pseudoquiste artrótico presente en el techo del acetábulo.

Paciente No. 4

Hombre, nacido 1952, tratado por métodos convencionales por desplazamiento congénito de la cadera izquierda. A partir del año 1980 progresivas molestias hasta dolores diarios permanentes en el año 1986. El resumen clínico en Junio de 1987: dolor en la articulación de la cadera izquierda después de caminar 10 minutos, la longitud de ambas extremidades igual, el signo de Trendelenburg positivo, la limitación del movimiento en flexión de 0-90° y la rotación interior a 0-10°. La placa de Rx (Fig. 4a) coxa valga, ángulo CCD 145°, el desplazamiento notable del acetábulo con ángulo CE negativo - 5°, y el estrechamiento de la interlínea de la articulación y esclerosis del acetábulo. El día 24-6-1987 se le realizó una osteotomía triple según Steel.



Fig. 2b - Paciente No. 2, 16 meses después de la osteotomía del pelvis, ángulo CE 35°.

Las osteotomías fueron realizadas según el trabajo del autor del año 1973, se cambió solamente la fijación con los alambres de Kirschner en dirección proximodistal como en la mayoría de osteotomías. Traspasando los pilares isquiático, púbico e iliaco del acetábulo se ejecutó la transposición del fragmento del acetábulo completo hacia adelante y exteriormente para cubrir la cabeza del fémur con un beneficio máximo. En el caso de la paciente No. 1 se alargó a la vez la extremidad inferior por uso del injerto de forma de trapecio.

Después de la intervención quirúrgica se aplica una espica de yeso en abducción ligera, flexión y rotación interna de la extremidad inferior. Steel (13) no precisa la duración de la fijación con yeso, Dungal (2) anota 2-16 se-

manas dependiente a la edad del paciente. En nuestra Clínica se aplicaron las primeras fijaciones de yeso por 8 semanas. Después de aplicar la espica de yeso 3 semanas la cortamos sobre la rodilla y durante las otras 2 semanas quitamos el resto de yeso y el paciente hace ejercicios en la cama en total de 12 semanas después de la operación. Al terminar los ejercicios puede empezar el aprendizaje de la marcha sin recargar la extremidad inferior y a partir del 4° mes después de la intervención quirúrgica la carga gradualmente hasta la carga completa 6 meses después de la operación.



Fig. 3a - Paciente No. 3, antes de la operación ángulo CE 5°, la esclerosis del acetábulo y la disminución de la interlínea de la articulación son evidentes.

RESULTADOS

Resultados Clínicos: Todos los pacientes están sin dificultades subjetivas, tienen la misma longitud de las extremidades, el signo de Trendelenburg negativo (excepto la paciente No. 2 que tiene este signo ligeramente positivo.) La extensión de movilidad no presentó cambios considerables. En lugar de la limitación esperada de la rotación interna en la articulación de la cadera, quedó sin alteración o se amplió ligeramente en el caso del paciente No. 4.

Los resultados de la placa de Rayos X se ven en las Figuras 1b, 2b, 3b, 4b. En todos los casos se logró una cobertura perfecta de la cabeza del fémur por el acetábulo (ángulo CE fue mayor o igual 25°) y el aumento de la interlínea de la articulación fue evidente. Los pseudoquistos,

si existían antes de la intervención quirúrgica se reabsorrieron en el periodo postoperatorio (Figs. 1b, 2b). La curación pasó en todos los casos p.p.i. Se anotó solamente una complicación por el desplazamiento del segmento de acetábulo a la posición original antes de la operación por la fijación más estable con 3-5 alambres de Kirschner (de 3 mm y más) aplicados en dirección describiendo la superficie del cono (Figura 5).



Fig. 3b - Paciente No. 3, 12 meses después de la operación, ángulo CE 3°, la interlínea de la articulación se ha aumentado.



Fig. 4a - Paciente No. 4, antes de la operación ángulo CE negativo -5°.

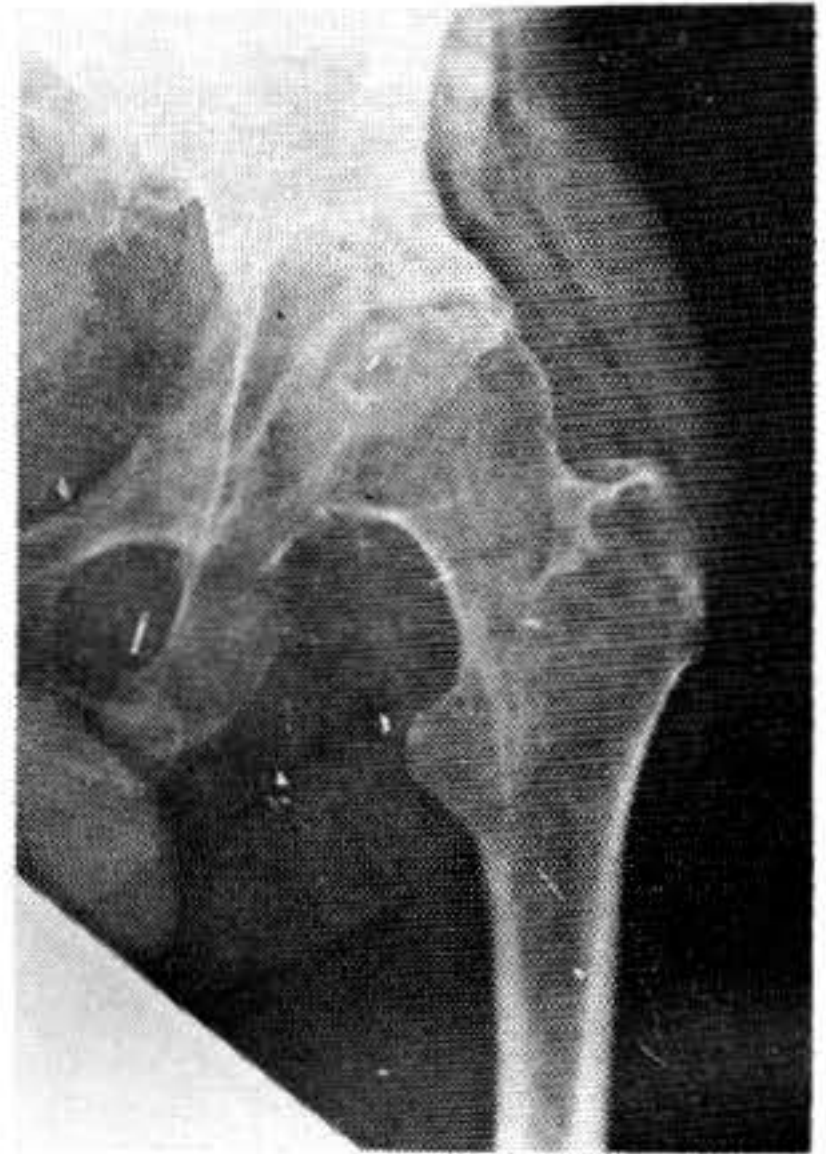


Fig. 4b - Paciente No. 4, 11 meses después de la operación, ángulo CE 30°.

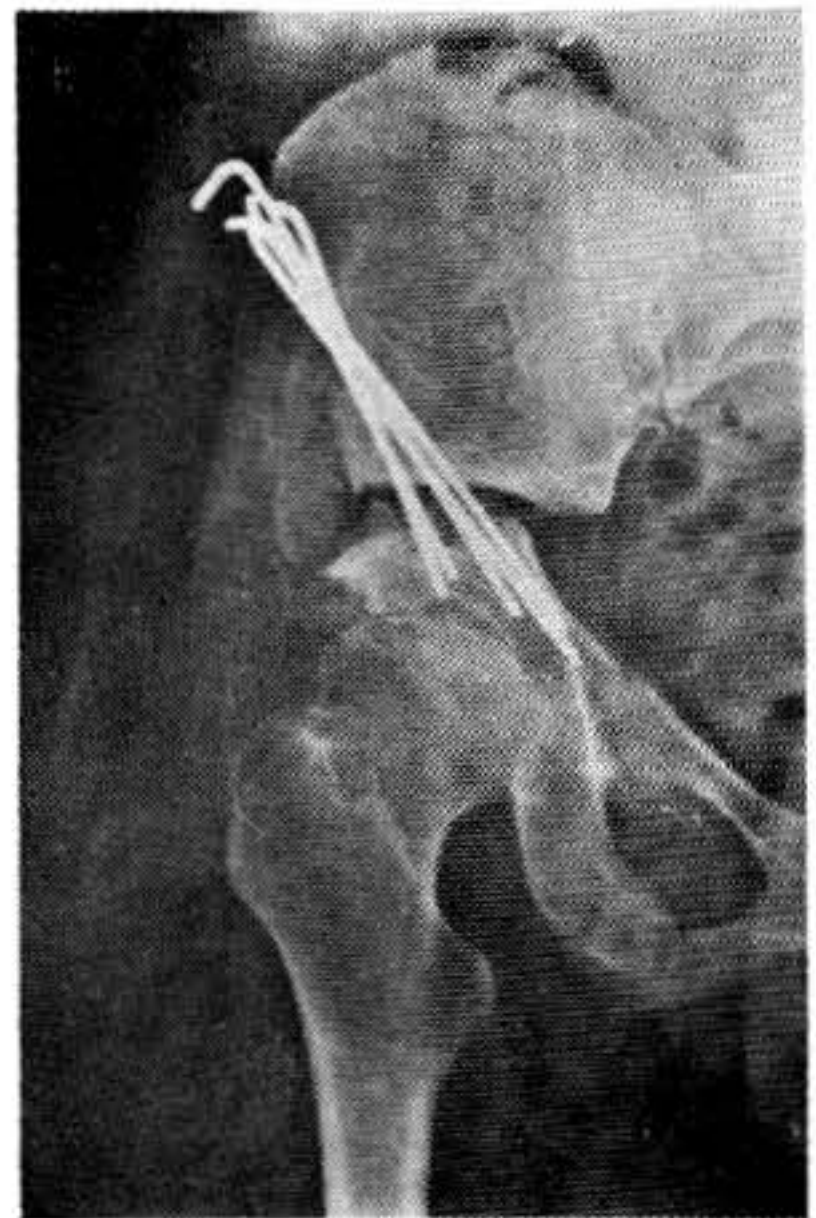


Fig. 5 - Muestra de la fijación con 5 alambres de Kirschner describiendo la superficie del cono.

DISCUSION

El tratamiento de la artrosis de la articulación de la cadera en pacientes adultos por osteotomía del pelvis que inclina el acetábulo ya se mencionó en el año 1974. Salter (11) demuestra la influencia de esta osteotomía en la articulación de la cadera de una mujer de 42 años donde se comprobó con una revisión de 14 años desde la operación el mejoramiento de la cobertura de la cabeza, el aumento de la interlínea de la articulación y la disminución de la esclerosis subcondral. Se demuestra la evolución de la articulación desplazada de la cadera en el caso de la mujer de 43 años donde durante 2 años se ha empeorado el estado de tal manera que ya no se podía realizar la osteotomía de la pelvis.

La osteotomía mencionada por los autores (13) se puede realizar en los casos siguientes:

- 1) si la cabeza está en el acetábulo original,
- 2) si la articulación es congruente, y en flexión moderada, abducción y rotación interna,
- 3) si la disminución de la interlínea de la articulación está estrechada máximo a la mitad,
- 4) si se mantiene la movilidad mínima de 60%.

En el año 1978 Gilmour (4) mencionó la osteotomía triple del pelvis en el tratamiento del desplazamiento del paciente adulto. El subrayó que el acetábulo original constituye la cobertura óptima para la articulación desplazada. Como contraindicación él considera una coxartrosis desarrollada con limitación de abducción y subluxación fuera del acetábulo original.

En el 18 Simposio de la Asociación de Osteología 20 al 22 - 11 - 1985 en Zinnowitz en la RDA, fue Ganz de Berna quien ha presentado las mejores experiencias con la osteotomía triple del pelvis modificada en el tratamiento de la coxartrosis.

La osteotomía del pelvis en el tratamiento de coxartrosis aprovecha los principios que describió Bombelli (1) en la osteotomía del fémur proximal. Por cambio en el desgaste de las superficies de contacto se retrasó las deformidades artróticas.

En el desplazamiento del acetábulo se levanta la carga de 18 hasta 225 kg/cm² (14). Así naturalmente se alcanza una usura más rápida del cartilago de la articulación y eso se manifiesta en la imagen de Rayos X como estrechamiento de la interlínea de la articulación. A la vez se sobrecarga el tejido óseo vecino representado en la imagen de Rx por la condensación y después por la creación de pseudoquistes. Todo eso concluye en una artrosis de la articulación manifiesta por clínica y por Rx.

Se describen casos de desarrollo de artrosis grave en un tiempo relativamente corto de 1-2 años del 3º o 4º decenio de edad después de un período con mínimo de dificultades. Estos casos sirven del argumento a los de-

fensores del tratamiento quirúrgico del desplazamiento del acetábulo en el período antes del desarrollo o al comienzo de artrosis de la articulación de la cadera, es decir en el período cuando el paciente tiene pocas o ningunas dificultades.

Dependiendo del grado de la afectación de la articulación de la cadera se pueden realizar varias intervenciones quirúrgicas. Si se mantiene la interlínea de la articulación en toda su extensión y si no hay pseudoquistes en acetábulo que imposibilitan poner el injerto de hueso, tiene buenos resultados la plástica del techo según Bosworth (8,12). En casos con interlínea estrechada, con esclerosis del hueso de alrededor y con pseudoquistes artróticos donde se mantiene la congruencia de las superficies de la articulación y la extensión de movilidad sobre todo en el sentido de rotación interior y abducción el techo ya no tiene el efecto (8).

Precisamente en estos casos la osteotomía del pelvis con inclinación del acetábulo contribuye a la solución de situación por los siguientes hechos (9):

- 1) La creación de la cobertura ordinaria de la cabeza disminuye la presión a su superficie por el aumento de los planos de contacto
- 2) las superficies de usura en el acetábulo se transponen fuera de la área de carga de la articulación de la cadera, al contrario se ajustan las superficies con cartilago de la articulación filo-genéticamente más fuerte, como lo comprobaron Kurrat y Oberländer (9) en la serie de cortes superfinos transversales en la articulación de la cadera
- 3) los pseudoquistes artróticos presentes en el acetábulo se ven estimulados a la reabsorción tanto por la línea cercana de osteotomía, como por el cambio del vector de la transmisión de las fuerzas de presión en la articulación de la cadera
- 4) se puede corregir la diferencia eventual de la extremidad inferior más corta hasta 4 cm
- 5) la osteotomía de Bombelli no sólo elimina el desplazamiento del acetábulo, sino puede ser una fuente de complicaciones en caso de la implantación posterior del componente femoral de la endoprótesis de la articulación de la cadera. La osteotomía del pelvis crea la situación más agradable para la implantación del acetábulo y la introducción del componente femoral no está complicado por la intervención anterior en la parte intertrocantérica.

En casos del desplazamiento más grave (ángulo CF 5° y menos) según nuestras experiencias es más conveniente la osteotomía triple de pelvis según Steel por su mayor beneficio de corrección de la cobertura de la cabeza (2). En casos del desplazamiento ligero es la osteotomía del pelvis de Salter que también en el 5º decenio de edad es capaz de posponer las dificultades de 14 y más años (11).

Como desventaja de la osteotomía triple del pelvis podemos señalar la imposibilidad de caminar sin recargar las extremidades operadas hasta 3 meses después de la intervención quirúrgica mientras en caso de la osteotomía de Salter el paciente puede caminar con muletas prácticamente dos semanas después de la operación.

Si por la artrosis desarrollada no es conveniente la osteotomía del pelvis que inclina el acetábulo, se pueden también en casos indicados atrasar las dificultades por la osteotomía del pelvis según Chiari. Esa osteotomía no crea una cobertura por el cartilago semi-cristalino pero es capaz de mantener la cabeza en el acetábulo original y por hacer las relaciones más favorables de los brazos de vector de abductores y los abductores después de la medialización de la articulación limita el exceso de carga de la articulación de la cadera (5,10). Pero a la vez empeora las relaciones biomecánicas en la articulación opuesta (3) tanto en el sentido de la inclinación del acetábulo, como por la mayor carga de la articulación completa de la cadera por su lateralización de los valores que equivalen a la mitad de la medialización de la articulación operada.

Gracias al examen preliminar del desplazamiento congénito de la cadera se disminuye la cantidad de luxaciones. Sin embargo se puede esperar la presencia de desplazamiento primario del acetábulo por causa genética, como lo comprobó Wynne Davis (9) y precisamente este desplazamiento del acetábulo clínicamente "mudo" va a amenazar los adultos en el 4º o 5º decenio de edad por desarrollo de artrosis de la articulación de la cadera.

CONCLUSIONES

Las experiencias de los primeros 3 años señalan un aporte de la osteotomía triple del pelvis según Steel para los pacientes con artrosis de la articulación de la cadera a base del desplazamiento acetabular. Además del retraso de la necesidad de sustituir la articulación de la cadera, se crea una mejor situación para la implantación posterior del componente acetabular. Esta intervención se toma en consideración en caso de cadera sin subluxación con el acetábulo desplazado, con la interlínea de la articulación estrechada o desaparecida en su parte exterior, con las superficies de articulación congruentes en la posición que limita el estado final postoperatorio, es decir la flexión 20°, la abducción 30° y la rotación interna 10° a la vez, con la extensión de movilidad en cuanto a la abducción (mínima de 40°) y la rotación interna (mínima de 10°). La osteotomía triple de la pelvis muestra el complemento de la escala de las intervenciones de la cadera desplazada por la artrosis incipiente desde la plástica del techo, la osteotomía de Salter en el menor grado del desplazamiento con ángulo CE mayor de 5°, la osteotomía triple de Steel por el desplazamiento acetabular más grave, hasta la osteotomía de Chiari en casos donde la osteotomía de la pelvis con inclinación del acetábulo está contraindicada.

RESUMEN

Los autores ponen de realce la importancia de los métodos operatorios en el tratamiento de artrosis en la ar-

ticulación de la cadera al mantener el tejido propio, también en el tiempo de la endoprotética de la articulación de la cadera muy desarrollada. La osteotomía triple de la pelvis según Steel al transponer el segmento acetabular tiene las ventajas siguientes en el tratamiento de artrosis como consecuencia del desplazamiento acetabular:

- 1) creando la cobertura adecuada de la cabeza se elimina la presión elevada a la cabeza de la articulación de la cadera
- 2) las superficies de usura en el acetábulo están transmitidos fuera del área de la carga principal de la articulación de la cadera; al contrario se acercan los planos con cartilago de articulación filo-genéticamente más fuertes
- 3) la osteotomía de la pelvis sirve de estímulo biológico junto con el cambio del vector de la dislocación de las fuerzas a la reabsorción de pseudoquistes artróticos
- 4) eventualmente se puede corregir la extremidad inferior corta de 3-4 cm
- 5) la osteotomía del pelvis crea la situación favorable para la implantación del componente acetabular de la endoprotesis total de la articulación de la cadera en el futuro.

Las realidades señaladas están comprobadas en cuatro pacientes operados entre Enero 1986 y Junio 1987. En todos los casos se amplió la interlínea de la articulación, se reabsorbieron los pseudoquistes artróticos y se cubrió perfectamente la cabeza. En el cuadro clínico se reflejó el retroceso de las dificultades subjetivas, la corrección de la longitud de las extremidades al mantener el aumento de la movilidad y en un caso incluso se aumentó ligeramente la rotación interna en la articulación de la cadera.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Bombelli, R.- Osteoarthritis of the Hip 2ª edición, Berlin Heidelberg - New York, Springer, 1983.
- 2 Dungal, P.; Slavik, M.- Primeras experiencias con la osteotomía triple del pelvis según Steel, Acta Chir. Orthop. Traumat. Checo, 52 No. 4, pág. 303-315, 1985.
- 3 Fischenko, P. J.; Pozdnikin, Y. I.- Anatomico-biomechanická izmenenija pri osteotomii taza po Chiari, Ortopediya, traumatologija i protezirovanije, No. 1, pág. 20-25, 1973.
- 4 Gilmour, W. N.- Pelvic osteotomy for hip dysplasia in adults J. Bone Jt Surg., 60-B, No. 2, pág. 287-288, 1978.
- 5 Chiari, K.- Geschichte und aktuelle Indikation der planenbildenden Eingriffe am Hüftgelenk, Arch. Orthop. Unfall Chir., 86, No. 1, pág. 67-76, 1976.
- 6 Kurrat, H. S.; Oberlander, W.- The thickness of the cartilage in the hip joint, J. Anat. 126, No. 1, pág. 145-155, 1978.

LA OSTEOTOMIA TRIPLE DE LA PELVIS SEGUN STEEL

- 7 Pavlansky, R.- Ortopedia en el futuro cercano por los ojos del ortopedo viejo. Acta Chir. Orthop. Traum., Checo, 54 No. 6, pág. 482-484, 1987.
- 8 Rejholec, M.; Popelka, S. jun.- Resultados del largo tiempo de la plástica del techo según Bosworth. Acta Chir. Orthop. Traum. Checo, 53, No. 6, pág. 492-499, 1986.
- 9 Rejholec, M.- Osteotomía del pelvis - posibilidades del uso en la ortopedia. Trabajo de candidatura, Praga, 1987.
- 10 Reynolds, D. A.- Chiari Innominata Osteotomy in Adults. J. Bone Jt Surg., 68B, No. 1, pág. 45-54, 1986.
- 11 Salter, R. B.; Harrison, G.- Innominate Osteotomy in the Management of Residual Congenital Subluxation of the Hip in Young Adults. Clin. Orthop. 182, pág. 53-68, Enero, 1984.
- 12 Slavik, M.; Capla, D.- Plástica del techo del acetábulo como prevención de osteoartrosis de la articulación de la cadera, Acta Chir. Orthop. Traum., Checo, 54 No. 2, pág. 122-131, 1987.
- 13 Steel, H. H.- Triple Osteotomy of the Innominate Bone. J. Bone Jt Surg. 55-A, No. 2, pág. 343-350, 1973.
- 14 Wedge, J. H.; Salter, R. B.- Innominate Osteotomy - Its Role in the Arrest of Secondary Degenerative Arthritis of the Hip in the Adult. Clin. Orthop., 98, pág. 214-224, 1974.
- 15 Wiberg, G.- Studies on Dysplastic acetabulum and congenital subluxation of the hip joint with special reference to the complication of osteoarthritis. Acta Chir. Scand., 93, Suppl. 58, 1939.



TELEMENSAJES METROPOLITANOS C. A.

Teléfono 74.51.11

y sus Compañías Afiliadas

TELEMENSAJES CLAVE 2, C. A.

Teléfono: 74.90.11

TELEVIPER C. A.

Telf.: 74.63.11

TELECENTRO C. A.

(Valencia)

Telf.: 89.345

88.983

Le ofrecen el mejor Servicio de
"RADIO LOCALIZADOR DE PERSONAS"
las 24 horas del día.

CARACAS:

Av. Prolongación Las Estancias, Quinta Carlos - La Campiña

Teléfono: 74.58.45 (Oficina)

VALENCIA:

Av. Urdaneta, Centro Profesional Urdaneta II

Teléfono: (041) 87.397 (Oficina)

Infección en Cirugía Traumatológica

Dra. Marisol Figuera *

Dr. Javier Febles **

Dra. Elena Kiang **

Dr. Pedro Ignacio Carvalho ***

RESUMEN

Un estudio retrospectivo de 101 casos de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por presentar fractura de huesos largos, fue realizado en el Hospital Domingo Luciani, Caracas.

Los casos fueron separados en 2 grupos: grupo A (casos en los cuales se reportó infección postoperatoria), grupo B (casos en los que no se reportó infección postoperatoria).

Fueron analizados 6 parámetros en ambos grupos: edad, atención primaria, estadía hospitalaria preoperatoria, tiempo de estadía hospitalaria postoperatoria, tipo de fractura (abierta o cerrada) y empleo de tracción esquelética previo al tratamiento quirúrgico definitivo.

La incidencia de infección postoperatoria fue de 10,8%, la incidencia de infección en los casos de fractura abierta fue de 45,5%.

Se encontró que 2 factores estaban relacionados con un alto riesgo para la aparición de infección postoperatoria: estadía hospitalaria preoperatoria larga y la presencia de fractura abierta.

ABSTRACT

A retrospective study of 101 cases of patient which were intervened surgically for to present long bone's fractures were maked in the Hospital Domingo Luciani, Caracas, Venezuela.

Trabajo Premiado, presentado en las Primeras Jornadas de Medicina Integral de Ambiente Rural del Internado Rotatorio de Postgrado del Hosp. General del Este, "Dr. Domingo Luciani", Caracas, Diciembre de 1988.

* Residente Centro Médico de Caracas.

** Médicos Internos, Hosp. Domingo Luciani.

*** Médico Adjunto, Servicio Traumatología, Hosp. Domingo Luciani.

The cases were separated in 2 groups: A group (cases wich were reported postsurgical infection) B group (cases wich didn't reported postsurgical infection).

Were analized 6 paramotors in both groups: age, primary attention, presurgical hospital stay time, postsurgical stay time, fracture type (open or closed) and esqueletic traction previous definitive surgical treatment.

The incidence of postsurgical infection was 10,8%; the incidence of infection in the open fracture's cases was 45,5%.

Was found that 2 factors were relationed with high risk of postsurgical Infections: long presurgical hospital stay and open fracture presence.

Palabras Claves: Cirugía Ortopédica. Traumatología. Infección.

A pesar de todos los esfuerzos para mantener la asepsia en el acto operatorio, las infecciones postquirúrgicas son complicaciones relativamente frecuentes. Las infecciones de las heridas aparecen habitualmente entre el 5° y el 10° día después del acto quirúrgico, pero pueden aparecer mucho más temprano o incluso años después, como es el caso de las osteomielitis (3.0).

Entre los factores que aumentan el riesgo de infección postoperatoria, se han reportado defectos en las defensas inmunitarias del paciente (edad avanzada, diabetes, neoplasias, inmunodeficiencias primarias y adquiridas, uremia), fallas en la técnica quirúrgica (tejidos traumatizados, presencia de cuerpos extraños, mala homeostasia, suturas inadecuadas), contaminación previa al acto quirúrgico (pacientes politraumatizados), estadía hospitalaria preoperatoria prolongada y, en el caso específico de los pacientes traumatizados, la presencia de fractura abierta (2,5,4).

En este trabajo se estudia la incidencia de infección postoperatoria en cirugía traumatológica durante el primer año de actividad del Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital "Domingo Luciani" del IVSS., analizándose

también los posibles factores que influyen en la aparición de infección en los casos estudiados.

MÉTODOS

En un estudio retrospectivo, se revisaron las historias de 101 pacientes admitidos y hospitalizados en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital "Domingo Luciani" entre el 24-4-87 y el 15-1-88, a los cuales se les intervino quirúrgicamente por presentar fracturas de huesos largos (tibia, peroné y fémur en miembro inferior y húmero, codo y radio en miembro superior).

Las historias fueron obtenidas del archivo general del hospital, tomándose los datos directamente de las mismas: edad, sexo, patología, tratamiento quirúrgico realizado, empleo de tracción esquelética previo al tratamiento definitivo, tiempo entre el accidente y la atención primaria, tiempo de hospitalización prequirúrgico, tiempo de hospitalización postquirúrgico, presencia o no de infección, tipo de infección, agentes patógenos aislados, antibióticos suministrados.

Posteriormente, se separaron los casos en 2 grupos: un grupo de casos en los que se evidenció infección postquirúrgica (Grupo A), otro grupo de casos en los que no se evidenció infección postquirúrgica (Grupo B).

Se analizaron ambos grupos tomando en cuenta 6 parámetros:

- edad
- atención primaria, entendiéndose como atención primaria inmediata aquella atención médica suministrada al paciente antes de transcurrir 6 horas de producido el accidente que causó la patología
- tiempo de hospitalización prequirúrgico
- tiempo de hospitalización postquirúrgico
- tipo de fractura (abierta o cerrada)
- empleo de tracción esquelética previo al tratamiento quirúrgico definitivo.

Luego, las diferencias entre los 2 grupos de casos fueron analizadas mediante la prueba de la t de Student para determinar si eran o no estadísticamente significativas.

RESULTADOS

Fueron revisados 101 casos, 72 varones, 29 hembras, con un rango de edad de 2,5 a 95 años ($\bar{X} = 40,41$ años).

Del total de casos revisados, se encontró infección postquirúrgica en 11, lo que representa el 10,8%.

Al comparar los 2 grupos de casos (grupo A, casos infectados y grupo B, casos no infectados) con respecto a cada uno de los 6 parámetros estudiados, se encontró lo siguiente:

Edad

Para el grupo A el \bar{X} de edad fue de 40,7 años (rango 5-95), mientras que para el grupo B fue 32,5 años

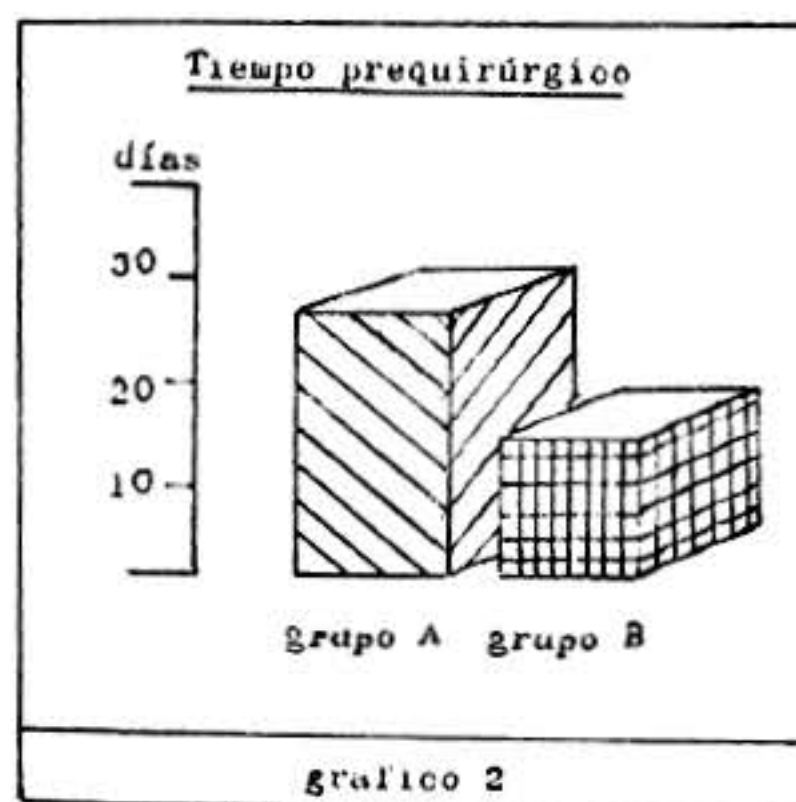
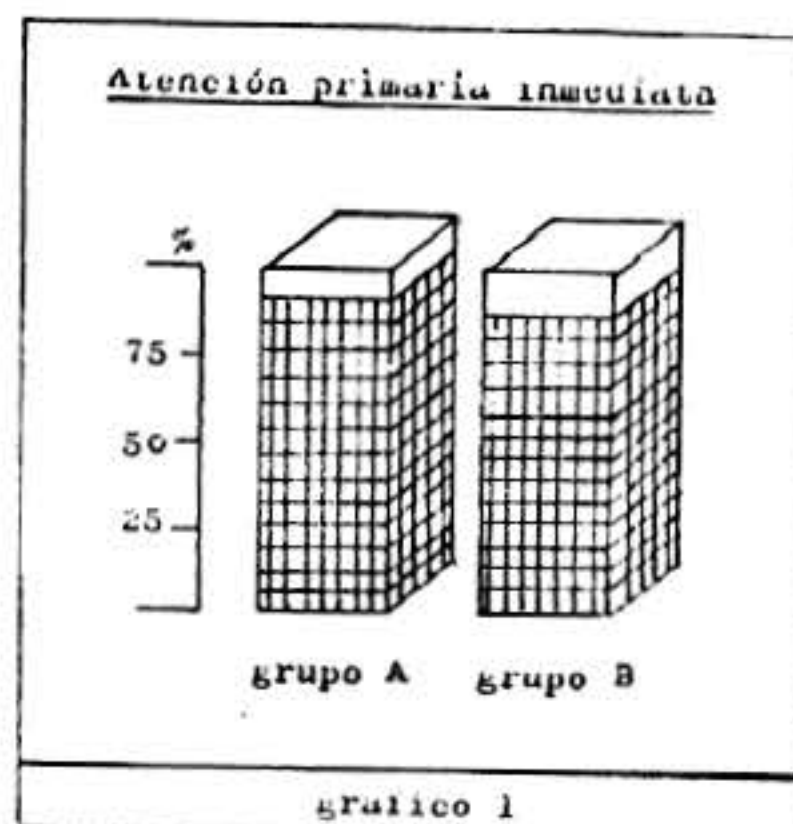
(rango 2,5-76). Al analizar la diferencia existente entre ambos grupos, se encontró que no era estadísticamente significativa.

Atención primaria

Para el grupo A, en 10 de los 11 casos hubo atención primaria inmediata (menos de 6 horas), lo que representa el 90,9%, mientras que para el grupo B la atención primaria inmediata ocurrió en el 86,6%, siendo no significativa la diferencia (Gráfico 1).

Tiempo de hospitalización prequirúrgico

El promedio de días de hospitalización prequirúrgico para el grupo A fue de 26,0 (rango 1-60), mientras que para el grupo B fue 14,0 (rango 1-118), siendo significativa la diferencia desde el punto de vista estadístico (Gráfico 2).

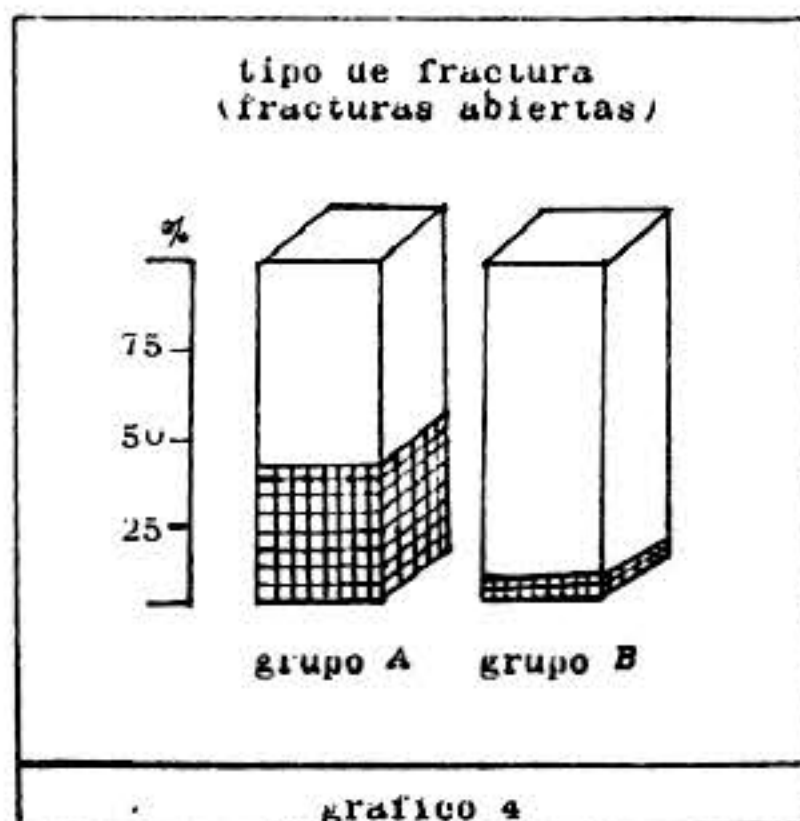
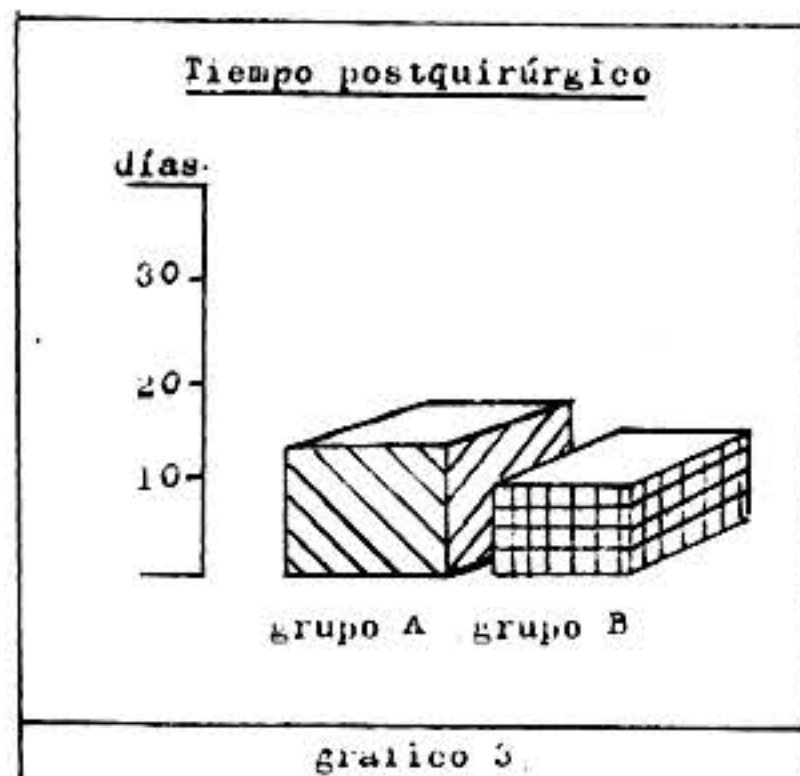


Tiempo de hospitalización postquirúrgico

Grupo A $\bar{X} = 11,3$ días (rango 3-30), grupo B $\bar{X} = 10,6$ días (rango 1-30), siendo no significativa la diferencia (Gráfico 3).

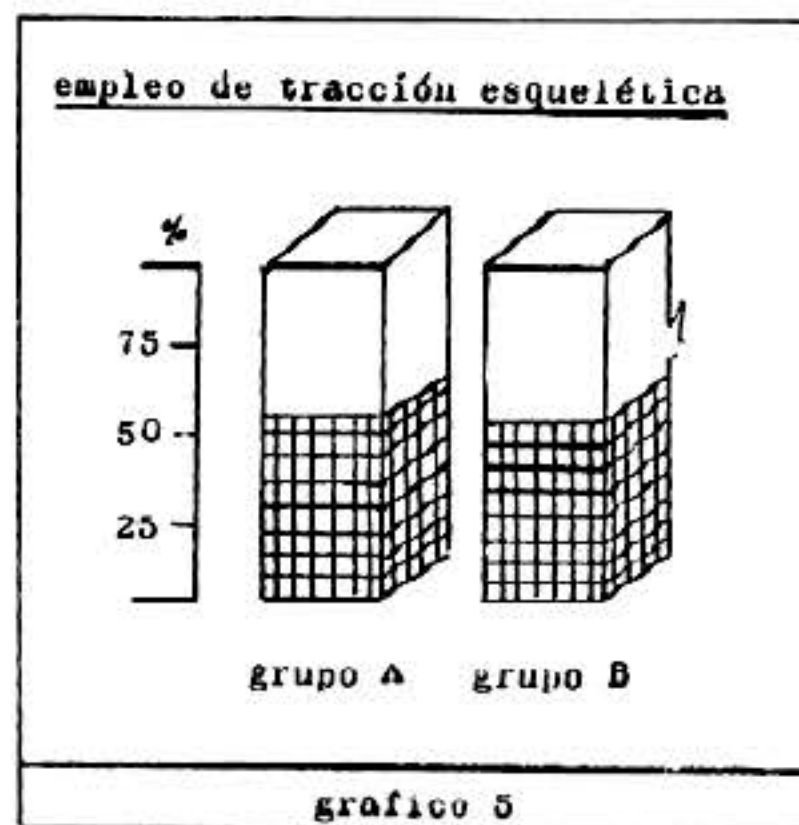
Tipo de fractura

En el grupo A, el % de fracturas abiertas fue de 45,5, mientras que el grupo B presentó un 6,6%, siendo significativa la diferencia desde el punto de vista estadístico (Gráfico 4).



Empleo de tracción esquelética

En el grupo A se empleó tracción esquelética en el 54,5% de los casos, mientras que en el grupo B en el 51,4%, no siendo significativa la diferencia (Gráfico 5).



Cuadro Resumen

| Factores analizados | Grupo A (inf.) | Grupo B (no inf.) |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Edad | \bar{X} = 40,7 años | \bar{X} = 32,5 años |
| Atención primaria inmediata | 86,6% | 90,9% |
| Tiempo prequirúrgico | \bar{X} = 26,0 días | \bar{X} = 14,0 días |
| Tiempo postquirúrgico | \bar{X} = 11,3 días | \bar{X} = 10,6 días |
| Fracturas abiertas | 45,5% | 6,6% |
| Tracción esquelética previo al tratamiento definitivo | 54,5% | 51,4% |

Del total de fracturas abiertas atendidas, en 5 casos se produjo infección postquirúrgica (45,5%).

Al revisar los agentes patógenos aislados en los casos infectados, se encontró lo siguiente:

| | |
|-------------------------------|---------|
| Estafilococo aureus | 2 casos |
| E. coli | 2 casos |
| Pseudomona aeruginosa | 2 casos |
| Proteus vulgaris | 1 caso |
| Proteus mirabilis | 1 caso |
| Klebsiella | 1 caso |
| Enterobacter cloacae | 1 caso |
| Cocos gram + no especificados | 1 caso |

En 2 casos se encontró más de un germen productor del proceso.

En 3 casos en los que se evidenció infección postquirúrgica, no se realizó cultivo, desconociéndose la causa de esto.

En lo que al tipo de infección, se encontraron, de un total de 11 casos infectados, 8 casos de infección de partes blandas y 3 casos de osteomielitis.

DISCUSION

De las 6 categorías analizadas para los 2 distintos grupos, sólo se encontró diferencia estadísticamente significativa con respecto al tiempo de hospitalización prequirúrgico y el tipo de fractura (% de fracturas abiertas).

Se sabe que los individuos hospitalizados por un período largo de tiempo antes de la operación, tienen un mayor riesgo de infección que aquellos en los cuales el período de hospitalización prequirúrgico fue corto. Esto se debe a que el paciente tiende a acumular números crecientes de gérmenes patógenos procedentes del medio hospitalario (4).

En lo que respecta al tipo de fractura, ha sido reportado riesgo aumentado para la aparición de infección cuando se trata de fractura abierta (5), tal como se encontró en este estudio, siendo este un factor importante en la aparición no sólo de infección de partes blandas, sino también en la ocurrencia de osteomielitis.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Alexander, J. W.- Emerging concepts in the control of surgical infections. *Surgery* 34:325-331, 1974.
- 2 Bucknall, T.- Factors influencing wound complications, clinical and experimental study. *Am. R. Coll. Surg. Engl.* 45:102-112, 1983.
- 3 Csaba, L. et al.- Factors influencing wound infection (a prospective study of 280 cases). *J. Postgrad. Med.* 15:501-506, 1981.
- 4 Hasselgreen, P. et al.- Postoperation wound infection in patient with long preoperative hospital stay. *Acta Chir. Scand.* 200-216, Feb. 1982.
- 5 Weigelt, J.- Risk of wound infection in trauma patients. *Am. J. Surg.* 101-109, Mar. 1985.
- 6 Yang Jia-Fen; Ouyang Ke; Zang Zheng.- Risk factors in postoperative wound infection. *Chin. Med. J.* 864-870, Mar. 1986.

Análisis Retrospectivo de Histerectomías Realizadas en el Hospital General de Guatire-Guarenas, 1982-1987

Dr. Leonardo Borregales *
Dr. Andrés Mazzucca **
Dra. Gioconda Medrano **
Dra. Marycel Méndez **
Dr. Francisco Mele ***

RESUMEN

Se evaluaron retrospectivamente 200 Historias de pacientes Histerectomizadas, en el Hospital General de Guatire-Guarenas, realizadas durante los años 1982 a 1987. De estas 200 (100%), 188 fueron por causa Ginecológica (94%) y 12 fueron por causa Obstétrica (6%). La edad promedio se situó entre los 32 y 49 años (72,5%). El 63,5% de las pacientes eran multíparas. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: Sangramiento genital y Dolor en hipogástrico. El método diagnóstico más utilizado fueron la Citología y el Ecosonograma. El estudio anatomopatológico predominante fue Leiomiomatosis Uterina. El tratamiento más frecuente fue la Histerectomía abdominal simple con conservación de anexos. La morbilidad Intra y postoperatoria fue de 1,5% y la correspondiente a la Cirugía General de 5,5% siendo finalmente el promedio de estancia 10,3 días.

ABSTRACT

200 Hysterectomized records from General Hospital of Guatire-Guarenas were evaluated since 1982-1987. 188 (94%) with Gynecologic cause and by Obstetric cause were 12 (6%). Ranging age was 32 to 49 (72%). Multipares were 63,5%. Clinical Fashion was Genital bleeding and Hypogastric pain. Usualy diagnoses methods were Citologic

and Ultrasound. The Most Citologic was Uterine leiomyomas. The treatment more frequent was abdominal simple hysterectomy and the morbidity was around 1,5% and for general surgery proceeding were 5,5%. Finally the inward stay of patient was around 10,3 days.

Palabras Claves: Histerectomía. Cirugía Abdominal.

INTRODUCCION

La Histerectomía es una de las intervenciones más frecuentes tanto en el campo de la Cirugía como lo es en el de Obstetricia y Ginecología. Viene a ser el tratamiento de elección para una extensa variedad de Patologías, y debido a que es una intervención clásica, su técnica ha sido perfeccionada. Igualmente la misma no acarrea mayores riesgos, que los inherentes a la misma, y se observará a lo largo del trabajo que las complicaciones Intra y Post operatorias son mínimas.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron retrospectivamente 200 casos intervenidos quirúrgicamente por los Servicios de Cirugía General y de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Guatire-Guarenas entre los años 1982 y 1987 Inclusive, y que ameritaron por lo menos la extirpación del Utero.

Entre los parámetros analizados se tienen: Edad, Gestaciones, Paridad, Clínica, Métodos diagnósticos empleados, indicación de la Histerectomía, Intervención practicada, Análisis de Anatomía Patológica, complicaciones y período de estancia.

* Médico Residente. Centro Médico de Caracas.

** Médicos Internos de Post-Grado. Hospital General de Guatire-Guarenas, 1987-1989.

*** Médico Rural en Araira, Edo. Miranda, 1987-1988.

Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Científicas del Hospital Dr. Domingo Luciani, 17 de Junio de 1988, Caracas, Venezuela.

RESULTADOS

De las 200 Histerectomías realizadas (100%), 188 (94%) correspondieron a alguna causa Ginecológica y sólo 12 (6%) correspondieron a causa Obstétrica.

A. EDAD

La distribución por grupos etarios se puede observar en el Cuadro No. 1. La edad de las pacientes osciló entre los 20 y los 85 años, el 72.5% de los casos estudiados estaba comprendido entre 32-49 años.

CUADRO No. 1
Distribución por edades

| Edad | No. de casos | Porcentaje |
|------------|--------------|------------|
| 20-25 años | 0 | 4.5 |
| 26-31 años | 19 | 9.5 |
| 32-37 años | 45 | 22.5 |
| 38-43 años | 47 | 23.5 |
| 44-49 años | 53 | 26.5 |
| 50-55 años | 13 | 6.5 |
| 56-61 años | 4 | 2.0 |
| 62-67 años | 6 | 3.0 |
| 68 o más | 4 | 2.0 |

B. GESTACIONES

El 73.5% de las pacientes Histerectomizadas presentaban entre III - VII Gestas, cuya distribución se observa en el Cuadro No. 2.

CUADRO No. 2
Gestaciones

| Gestaciones | No. de casos | Porcentaje |
|---------------|--------------|------------|
| Nulligestas | 18 | 9.0 |
| I-II Gestas | 23 | 11.5 |
| III-IV Gestas | 61 | 30.5 |
| V-VI Gestas | 41 | 20.5 |
| VII a más | 44 | 22.5 |
| No Reportados | 13 | 6.5 |

C. PARIDAD

El 63.5% de los casos eran pacientes multiparas (III o más partos) como se observa en el Cuadro No. 3.

CUADRO No. 3

| Paridad | | |
|---------------|--------------|------------|
| No de Partos | No. de casos | Porcentaje |
| Nulíparas | 22 | 11 |
| I-II Partos | 38 | 19 |
| III-IV Partos | 61 | 30.5 |
| V-VI Partos | 33 | 16.5 |
| VII a más | 33 | 16.5 |
| No Reportados | 13 | 6.5 |

D. MOTIVO DE CONSULTA

Debe tomarse en cuenta que algunas pacientes presentaban uno (1) o más síntomas concomitantemente. Como síntoma predominante se observó Sangramiento genital 58.5%, destacándose dentro del mismo la Hipermenorrea que constituye un 45.5% de los sangramientos. Es importante señalar que un 7% de las pacientes acudieron por control, es decir que para el momento del examen estaban asintomáticas. Este porcentaje representa 14 pacientes de las cuales 9 presentaron Cáncer in situ de Cuello Uterino.

CUADRO No. 4
Motivo de consulta

| Motivo de consulta | No. de casos | Porcentaje |
|----------------------|--------------|------------|
| Sangramiento genital | 117 | 58.5 |
| Dolor Hipogástrico | 54 | 27 |
| Sensación de peso | 26 | 13 |
| Tumor abdominal | 13 | 6.5 |

E. METODOS DIAGNOSTICOS

Los métodos diagnósticos más utilizados fueron la Citología y el Ecosonograma. Como se observa en el Cuadro No. 5.

CUADRO No. 5
Métodos diagnósticos

| Tipo | No. de casos | Porcentaje |
|-----------------------|--------------|------------|
| Citología | 144 | 72.0 |
| Ecosonograma | 121 | 60.5 |
| Biopsia Endometrio | 58 | 29.0 |
| Biopsia Cérvix | 22 | 11.0 |
| Histerosalpingografía | 12 | 6.0 |

ANALISIS RETROSPECTIVO DE HISTERECTOMIAS

De las 144 Citologías realizadas se detectaron 14 casos Grado II (Sospechoso) y 8 casos positivos para Cáncer in situ de Cuello Uterino. El diagnóstico Ecosonográfico predominante fue Fibromatosis Uterina con 85.95% asociado o no a otra patología (Quiste de ovario, Tumor de Ovario). El 73.5% de los casos estudiados por Ultrasonido correspondían a Fibromatosis Uterina aislada.

En un 79.2% de los resultados Anatomopatológicos de las Biopsias de Endometrio, correspondieron a Endometrio proliferativo y secretor, 12% a Hiperplasia, y 2 casos (3.4%) a Hiperplasia atípica.

F. INDICACION DE LA HISTERECTOMIA

Como se observa en el Cuadro No. 6, la Patología más frecuente correspondió a Fibromatosis Uterina 65%, seguidos por el Cáncer de Cuello Uterino con 23 casos (11.5%), en tercer lugar 18 pacientes (9.0%) presentaron Histerocele Grado III que ameritó dicha intervención.

CUADRO No. 6
Indicación de la Histerectomía

| Diagnóstico | No. de casos | Porcentaje |
|-------------------------|--------------|------------|
| Fibromatosis Uterina | 130 | 65.0 |
| Ca de Cuello Uterino | 23 | 11.5 |
| Histerocele | 18 | 9.0 |
| Tu de Ovario | 11 | 5.5 |
| Embarazo Ectópico | 4 | 2.0 |
| Ruptura Uterina | 3 | 1.5 |
| Atonía Uterina | 3 | 1.5 |
| Poliposis Endocervical | 3 | 1.5 |
| Hiperplasia Endometrial | 2 | 1.0 |
| D.P.P. | 1 | 0.5 |
| Hematometra | 1 | 0.5 |
| Placenta Acreta | 1 | 0.5 |

G. INTERVENCION PRACTICADA

Las Intervenciones practicadas se observan en el Cuadro No. 7.

CUADRO No. 7

| Histerectomía Abdominal | No. de casos | Porc. |
|--------------------------------|--------------|-------|
| Histerectomía Abdominal Simple | 96 | 48.0 |
| " " + Anex. Unilat. | 43 | 21.5 |
| " " + Anex. Bilater. | 34 | 17.0 |
| " " tipo TELINDE | 16 | 8.0 |
| " " tipo WERTHEIM | 1 | 0.5 |
| Histerectomía Vaginal | | |
| Total Simple | 10 | 5.0 |

Se realizó en 22 casos (11.0%) de los pacientes Apendicectomía profiláctica, en 3.5% se realizaron Curas de Incontinencia Urinaria, en 5 pacientes (2.5%) se realizaron Colpoperineoplastias, en 2 pacientes (1.0%) se realizó Hernioplastia Umbilical. Con dichas intervenciones no hubo aumento en la Morbilidad de las pacientes Histerectomizadas.

H. DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO

De las 200 Historias estudiadas, 166 fueron analizadas por Anatomía Patológica, constituyendo esta cifra el 100% de los datos.

El Diagnóstico Anatomopatológico más frecuente lo constituyó la Leiomiomatosis Uterina (65.6%) siguiendo en orden de frecuencia la Cervicitis crónica (10.8%), y en tercer lugar en orden de importancia lo constituyó Utero Normal en 5.4% (Cuadro No. 8).

CUADRO No. 8
Diagnóstico Anatómo-patológico

| Diagnóstico | No. de casos | Porc. |
|-----------------------------------|--------------|-------|
| Leiomiomatosis Uterina | 109 | 65.6 |
| Cervicitis crónica | 18 | 10.8 |
| Utero normal | 9 | 5.4 |
| Endometrio Proliferativo | 9 | 5.4 |
| Ca In Situ con Ext. Glandular | 6 | 3.6 |
| Leiomiomatosis + Tu de ovario | 5 | 3.0 |
| Adenomiosis | 5 | 3.0 |
| Fibrosis Uterina | 3 | 1.8 |
| Leiomiomatosis + Quiste de ovario | 2 | 1.2 |
| Total de casos | 100 | 100.0 |
| No Reportados | 34 | |

I. COMPLICACIONES

Entre las complicaciones podemos mencionar Generales: Absceso de Pared 4.51%; Evisceraciones 0.51% y Cuerpo Extraño 0.51%; y entre las complicaciones inherentes a la Histerectomía mencionamos: la Occción de Uréteres 0.5%; Lesión Vesical 0.5% y el Absceso de Cúpula Vaginal 0.5%.

J. PERIODO DE ESTANCIA

El tiempo de hospitalización varió entre un mínimo de 2 y un máximo de 64 días para situarse en 10.24%.

No se registraron muertes en el presente estudio.

CONCLUSIONES

En la mayoría de los resultados arrojados por este estudio coincidimos con la literatura Nacional y Extranjera, consultados a excepción de:

- 1) Como segunda indicación en orden de Frecuencia las Histerectomías se realizaron en pacientes que presentaban como diagnóstico Cáncer In Situ de Cuello Uterino, mientras que la mayoría de los autores consultados presentan esta causa como prácticamente la última causa (4,7,8).
- 2) La mayoría de la Literatura menciona que la causa obstétrica más frecuente fue la Atonía Uterina (6).
- 3) La mayoría de las Histerectomías realizadas fueron Abdominales y de estas la Histerectomía Abdominal Simple con conservación de anexos fue la predominante, en contraposición con la literatura revisada donde la Histerectomía Abdominal con Anexectomía Bilateral ocupa el primer lugar de las intervenciones realizadas (1,3,4).
- 4) Los Diagnósticos Anatomopatológicos en orden de frecuencia muestran una mayor incidencia de la Leiomiomatosis Uterina así como otros autores (1,7,8).
- 5) Las complicaciones tanto inherentes de la intervención como de la Cirugía General son considerables (7,8,9).
- 6) El período de estancia observado en el Hospital General de Cuatrecuareñas es considerablemente mayor que la reportada en otros centros (1,7,8).

BIBLIOGRAFIA

- 1 Alvarez, M.; Acosta, H.- 100 Histerectomías. Rev. Obstet. y Ginecología, Venezuela, 38:53-57, 1978.
- 2 Benson, R.- Manual de Ginecología y Obstetricia Cap. 23, Pág. 543-570. Editorial Moderno, Mexico D.F.
- 3 Dicker, R.; Scally, M.- Hysterectomy among Woman of Reproductive age: Trends in the U.S.A. 1970 - 1978. J. Am. Med. Association 248:323-326, 1988.
- 4 González, G.; García, I.- Histerectomías Post-Conización Biopsica en el Cáncer de Cuello Uterino in Situ. Rev. Obstet. y Ginecol. Venezuela, XL, 2:106-109, 1980.
- 5 González, M.- Ginecología, Cap. 23, Pág. 358-396. Salvat. Barcelona, España.
- 6 Hill, D.; Beischer, N.- Histerectomías en la Práctica Obstétrica. Rev. Obstet. y Ginecol. Venezuela 20:151-154, 1980.
- 7 Kalbakdij, B.; Sánchez, S.- Morbilidad de la Histerectomía. Rev. Centro Médico, Caracas, 24:227-235, 1985.
- 8 Mendoza, F.; Pinzón, A.- Histerectomías. Rev. Obstet. y Ginecol. Venezuela, 47:39-42, 1987.
- 9 Monroy, T.; Alfonso, C.- Histerectomías Obstétricas. Rev. Obstet. y Ginecol. Venezuela, 40:173-180, 1980.

El Niño Maltratado

Dr. Francis Krivoy
Dr. Eugenia Sekler
Dr. Rosara Milgrom

RESUMEN

Se revisaron 32 casos del Síndrome del Niño Maltratado o Golpeado. Existe una prevalencia de dicho síndrome en los primeros 4 años de la vida, la participación de sexo fue mayoritariamente masculina.

El mayor motivo de ingreso correspondió a politraumatismos. El nivel de educación de los padres y los ingresos familiares fueron en su mayoría bajos (sin concluir bachillerato, y menor de 3.000 Bolívares, respectivamente). Por lo general, las ocupaciones desempeñadas por estos fueron poco calificadas.

La estructura familiar fue en su mayoría no nuclear. La distribución de los golpeadores fue variada, prevaleciendo como golpeador el padre.

SUMMARY

Thirty two cases of battered child' syndrome were reviewed. The prevalent age was 4 years, and the prevalent sex who produce de syndrome was the male, and the more frequent was the father.

The most of the patient were politraumatized.

The economic and cultural parents level were very low. The most of their job were without qualification. The were not a nuclear family.

Palabras Claves: Pediatría. Traumatología.

INTRODUCCION

Dentro de las leyes biológicas establecidas, se conoce bien que toda criatura con potencial en desarrollo es más importante y de primera prioridad, con respecto a aquellos seres vivos que comienzan a declinar hacia la vejez.

Lo anterior significa que el potencial infantil de un país constituye la primera prioridad de atención, en lo cual se basa su futuro.

Cuando se observa el proceso de desarrollo infantil, con asombro se llega a conocer la problemática que tiene

la alimentación en grandes áreas del mundo, la asistencia sanitaria, y la educación. Estos problemas son comprensibles de una forma lógica por fallas económicas y desarrollos tecnológicos. Pero lo que no es fácilmente comprensible y que en los últimos años se sigue incrementando y aún más en los países desarrollados, es lo que se ha llamado Síndrome del Niño Maltratado, donde los adultos en múltiples formas, bien sea por exceso o déficit, arremeten contra la criatura indefensa.

Siendo los niños el futuro de nuestro país, parece inaudito que sean maltratados sin consideración ni motivos aparentes, lo cual nos hizo reflexionar acerca de los diversos factores desencadenantes o influyentes en dicho maltrato, constituyendo esto, la finalidad principal de este trabajo.

ANTECEDENTES

El maltrato al niño existe desde tiempos Inmemorables y en todas partes del mundo, pues está ligado al concepto de agresión física o psicológica como parte de la educación o del castigo.

En las civilizaciones antiguas se sacrificaban a los niños que nacían con defectos físicos. En la época de los romanos y en la Edad Media, el padre tenía el derecho de la vida o muerte de sus hijos, sin embargo podemos encontrar algunas leyes que penalizan al maltrato de los niños en las diferentes épocas, como por ejemplo en el Código de Hamurabí, 2.000 años a.C., se establecía la amputación de las mamas para las nodrizas que dejaban morir a un lactante en sus brazos. En el antiguo Egipto se relata como un hombre es obligado a cargar el cadáver de un niño que había matado. En la Roma de los emperadores se castigó el abandono de los menores, apareciendo luego en la Edad Media en el influjo del Derecho Canónico sobre el abandono.

Al pasar el tiempo las leyes de obligaciones y compromisos paternos, hacían mayor hincapié en los derechos del niño, así como una intervención del estado cuando el niño era lesionado desproporcionalmente.

En los últimos tiempos la atención de los médicos por maltratos realizados a los niños ha aumentado, resulta increíble que esto haya pasado casi desapercibido durante tanto tiempo.

En 1025, en Estados Unidos, se establece el Movimiento para el Bienestar del Niño, con el fin de difundir los principios en defensa de los niños desamparados y en 1871 se funda en Nueva York, The Society For The Prevention Of Cruelty To Children, seguido por sociedades semejantes en otras ciudades de Estados Unidos e Inglaterra.

En 1869, Tardieu en Francia, trata por primera vez el problema de los niños maltratados corporalmente, encontrando ciertos casos de muerte. En el mismo año A. Johnson, en Londres, estudió ciertos casos de niños con fracturas múltiples, por agresión física. Pero fue un neurocirujano Norteamericano, Ingraham, el primero en afirmar el origen traumático de la mayoría de los hematomas subdurales en los lactantes.

En 1939 se crea la Ley sobre los Niños y los Jóvenes, que consideró el ataque, maltrato, descuido, abandono, exposición al peligro y sanciones al niño.

Una de las primeras publicaciones de la literatura médica del niño maltratado, la hizo el pediatra radiólogo norteamericano J. Caffey en 1946, publicando un trabajo de 8 lactantes y niños pequeños correlacionando los hematomas subdurales y lesiones radiológicas de fracturas múltiples en los huesos largos con el castigo corporal de los niños. En 1957 y 1965 Caffey afirmó, en nuevas publicaciones, que la etiología debía ser traumática, por ejemplo por malos tratos.

En la misma época tuvo difusión cierto número de trabajos de casos similares. En 1953 Silverman, estableció la naturaleza traumática de iguales descubrimientos. En 1955 Wooly y W. A. Evans hicieron notar que en muchos casos el traumatismo era intencional.

En 1961 G. Henry Kempe organizó un simposio pediátrico en la Asociación Norteamericana de Pediatría, sobre el Síndrome del Niño Maltratado, a partir de esta fecha se comienza a publicar un gran número de trabajos sobre el tema.

Existen en los Estados Unidos estadísticas realizadas en el año de 1977 acerca de los niños maltratados y reflejan lo siguiente:

- 320 casos por millón de habitantes por año son denunciados por maltrato y/o negligencia.
 - 140 casos por millón de habitantes por año son denunciados por abuso sexual (1).
- Otras estadísticas (EEUU) comentan lo siguiente:
- Cada año se informan en los Estados Unidos más de 10.000 casos de niños maltratados.
 - Un tercio de ellos requieren hospitalización.

- Más del 3% llegan muertos al hospital.
- Entre los pacientes de emergencias pediátricas, 10% consultan por agresión física.
- Casi todas las muertes ocurren en el hogar (2).

En Venezuela, se ha hecho poco hincapié en este tema, no se presentan estadísticas nacionales aún cuando en estos últimos años ha habido una mayor preocupación. Prueba de esto es la presentación de diferentes trabajos en las Jornadas del Instituto Nacional de Psiquiatría Infantil (INAPSI) por el grupo de cirujanos pediatras del Hospital de Niños J. M. de Los Ríos de Caracas, al respecto y publicado en su Boletín.

Otra publicación es la presentada en el VII Congreso Nacional de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría y la creación en 1983 de la Oficina de Denuncia al Niño Maltratado ubicada en el Hospital de Niños J. M. de Los Ríos de Caracas.

Actualmente en nuestra Constitución están presentes diferentes aspectos de la protección infantil que abarca lo concerniente a los problemas que pertenecen al niño maltratado, como por ejemplo en el Código Penal (Libro II, Título IX, Capítulo V, Artículos 441 al 443) donde aparecen las siguientes figuras:

- 1) Abandono de niños.
- 2) Abuso del niño.
- 3) Servicio en la familia.

MARCO CONCEPTUAL

El maltrato al niño ha existido en todas las generaciones, pero es en las últimas décadas cuando ha surgido una mayor preocupación por el tema, como lo refleja la literatura médica mundial y el surgimiento de nuevas leyes de protección al niño.

Al Síndrome del Niño Maltratado se le ha definido de diferentes maneras, dependiendo de las bases legales de cada país. La más conocida es la emitida por Henry Kempe (3):

“Síndrome de los niños pequeños que han sido sometidos a malos tratos físicos, inferidos, generalmente por uno de sus padres”.

La Asociación Norteamericana de Pediatría (AAP), junto con el Centro Nacional del Niño Maltratado lo define de la siguiente forma:

“Un niño maltratado o desatendido es aquel en el cual su salud física, su salud mental o felicidad es perjudicada o amenazada por acciones y omisión de sus padres o por otra(s) persona(s) responsable(s) de su bienestar.

El síndrome puede dividirse de la siguiente forma:

- (2) Lonsdale, Derrick.- Bibliografía No. 4.
- (3) Francisco, José.- Bibliografía No. 2.

(1) Francisco, José.- Bibliografía No. 2.

MALTRATO FISICO:

Este es evidenciado por escoriaciones, equimosis, hematomas, quemaduras, fracturas, intoxicaciones, etc. no accidentales. Este tipo de maltrato es más frecuente en los niños menores de cuatro años, debido a que estos no pueden ofrecer resistencia al maltrato, y poseen una constitución débil; como se da el caso en los lactantes, los cuales poseen fontanela y un traumatismo en la cabeza puede acarrear serias lesiones cerebrales o la muerte.

MALTRATO EMOCIONAL:

No necesariamente el maltrato al niño debe ser exclusivamente físico, también se da el caso de agresión verbal, humillación, etc. lo cual conjuntamente con el maltrato físico puede acarrear serias implicaciones psicológicas.

ABUSO SEXUAL:

Esto incluye desde manipulación de genitales, hasta violación, embarazo, etc., evidenciándose en este caso, implicaciones psicológicas severas.

NEGLIGENCIA:

Abarca un amplio espectro de posibilidades, a veces difíciles de juzgar como intencionales: falta de vigilancia, privación de la alimentación, incumplimiento del tratamiento médico, impedimento de asistencia educativa, descuido físico prolongado, abandono, etc. En los países subdesarrollados, es más común este tipo de maltrato, ya que hay una baja formación y un gran índice de irresponsabilidad paterna.

Existen diferentes causas por las cuales un niño puede ser maltratado:

MALTRATO CON FIN EDUCATIVO:

Algunos padres tienen el convencimiento que la mejor forma de educar es por medio del castigo; generalmente dichos padres fueron educados bajo el mismo patrón. Pueden ser desencadenantes de maltrato: enuresis, mal rendimiento escolar, por ejemplo.

CONDICIONES SOCIO-ECONOMICAS:

Estas condiciones se encuentran como causales de maltrato en las clases sociales menos favorecidas, es decir las determinadas por hacinamiento, falta de alimentación, etc. Muchas veces el castigo es administrado por la madre, la cual vive todo el día con muchos niños pequeños, en un espacio reducido, con un padre ausente, esta al no conseguir dominar la situación, encuentra como vía de escape golpearlos.

ADULTO (GENERALMENTE LOS PADRES) CON PREDISPOSICION PSICOLOGICA O TRASTORNOS:

Estos trastornos pueden ser variados: Padres con trastornos del carácter o la personalidad, que vienen de la infancia o adolescencia, los cuales afectan las relaciones conyugales y en consecuencia a los hijos.

En otros casos las personas tienden a acumular las agresiones y los sentimientos de impotencia y se vuelven cada vez más severos con sus hijos, encontrando así una salida fácil a sus impulsos.

SITUACIONES DESENCADENANTES:

Ciertos factores como el alcohol y la droga, trastornan la conducta, recayendo los efectos sobre el niño. Esta causa de maltrato debe tomarse en consideración debido al exceso de consumo alcohólico en Venezuela y el abuso de las drogas que recientemente se conoce en sus mejores dimensiones.

NIÑO CON CARACTERISTICAS ESPECIALES:

Pueden ser físicas o psicológicas, las cuales no satisfacen las expectativas de los padres, como por ejemplo: niños con defectos físicos, retardos mentales, problemas de aprendizaje, etc.

OTRAS:

La víctima puede ser un hijo natural o nacido de un matrimonio anterior, un niño no planeado y cuyo advenimiento produce desajustes importantes en el hogar, tanto psicológicos como económicos.

Los niños que presentan este tipo de síndrome, demuestran una actitud característica, por medio de la cual se puede inducir a pensar que se trata de un caso de maltrato. Estos niños demuestran una actitud temerosa ante la presencia de los adultos, protegiéndose con las manos, no toman a los padres como protección, pueden llorar o mostrarse en silencio (indiferente), sin moverse; tienen aspecto triste, descuidado.

La encuesta psico-social reflejará, muchas veces, debilidad mental, trastornos de conducta, enuresis, etc.

En cuanto al aspecto físico, presentan un mal desarrollo de talla y peso, signos como: hematomas subdurales, quemaduras, fracturas múltiples, piodermatitis, escoriaciones, etc.

También podemos incluir entre los elementos de sospecha (diagnóstico) lo siguiente: explicaciones no lógicas, lapso prolongado entre el momento de la lesión y la primera consulta, fracturas múltiples de antigüedad diferente, historias traumáticas frecuentes en instituciones distintas, poca atención hacia el niño, falta de comunicación, crítica constante hacia el niño.

A pesar de estos signos es difícil determinar con certeza, cuando se está en presencia de un niño maltratado, bien sea por falsos testimonios del denunciante, (como es el caso de muchas madres que niegan las verdaderas razones del traumatismo del niño por temor a que se les condenen o para encubrir a otra persona) o por confusión de la etiología de los signos.

Existen varios factores, los cuales de una u otra manera están relacionados con el Síndrome del Niño maltratado, estos son:

Edad:

Los traumatismos en los menores de 3 años son más notorios debido a su condición de indefensos; los mayores, en frecuentes circunstancias, se pueden defender mejor de las agresiones y están en capacidad de informar o denunciar.

Sexo:

Internacionalmente hay cierta inclinación hacia el maltrato al sexo masculino en niños, aunque se desconocen las razones.

Educación y Ocupación de los padres (nivel económico):

Se observa mayor incidencia de maltrato en los bajos niveles culturales y en las ocupaciones inestables o trabajos de carga física importante.

La ignorancia total sobre la crisis normal que representa los primeros siete años de la vida de un niño, unido a la incapacidad de frenar una agresión, contribuyen marcadamente a situaciones muy tensas en el hogar y a explosiones de agresividad donde frecuentemente el chivo expiatorio por excelencia es el de menor capacidad de fuerza física.

No obstante, no es exclusivo de las familias pobres; se señala que los mismos tratos de agresión a niños se ven con frecuencia en familias de clase media y alta, pero en estos casos, se maneja con mayor discreción y llegan como accidentes o no se denuncian.

Estructura familiar:

Es lógico pensar que en una unión inestable o ilegal es más factible el maltrato debido a las tensiones de la situación.

En el caso de padrastros, al no haber nexos filiales es más probable que estos maltraten al niño.

Golpeador:

La persona que infiere los maltratos al niño varía en los diferentes casos haciéndose difícil el establecimiento de un patrón.

Muerte:

La mortalidad en este síndrome no se puede fijar, pues hay grandes variaciones en el grado de los maltratos, así por ejemplo unas estadísticas del Instituto Forense de Copenhagen, la mortalidad alcanzó al 55% de los maltratados y alrededor del 10% en las grandes series de Kempe y colaboradores (4).

(4) Vesterdal, J. Bibliografía No. 7.

MARCO METODOLOGICO:

Población y Muestra

Se trabajó con historias médicas de 32 pacientes del Hospital de Niños J. M. de Los Ríos de Caracas que fueron víctimas de maltrato, ingresados durante el año 1983.

Aunque estamos conscientes de que la muestra analizada no es cuantitativamente representativa creemos que es el reflejo de una realidad social.

MATERIALES Y METODOS:

Se utilizaron 32 historias médicas del Hospital de Niños J. M. de Los Ríos de Caracas, en las cuales analizamos las siguientes variables: Edad, sexo, motivo de ingreso, educación y ocupación de los padres, ingresos económicos, estructura familiar y golpeador.

RESULTADOS:

Una vez revisadas las historias de cada paciente se pasó al análisis de los datos obtenidos, los cuales fueron tabulados y graficados para que con ellos se facilite al análisis posterior.

| Edad | | |
|-----------|----|--------|
| Edad | VA | VR |
| 0-1 años | 17 | 53,13% |
| 2-4 años | 8 | 25,00% |
| 5-11 años | 7 | 21,87% |

VA = Valor Absoluto

VR = Valor Relativo

De los datos anteriores se puede observar que la mayor incidencia de maltrato se da entre la edad comprendida entre 0 y 1 año, con un 53,13%.

Se ve una incidencia menor en la edad de 2 a 4 años con un 25%, y en menor grado en los niños de 5 a 11 años con un 21,87%.

Aproximadamente un 80% de los casos son menores de 4 años de edad, coincidiendo esto con la literatura médica mundial.

| Sexo | | |
|-----------|----|--------|
| Sexo | VA | VR |
| Masculino | 21 | 65,63% |
| Femenino | 11 | 34,38% |

EL NIÑO MALTRATADO

Se puede observar que prácticamente, el doble de los casos corresponden al sexo masculino, con un 65,63% sobre el sexo femenino, que posee un 34,38%.

La causa de esto se desconoce, pero se puede especular que una posible causa puede ser el estereotipo creado por la sociedad del sexo femenino, como símbolo de delicadeza y debilidad, por lo cual posiblemente exista menor tendencia de maltrato en este sexo.

Motivo de ingreso

| Motivo de ingreso | VA | VR |
|------------------------|----|--------|
| Lesiones de cráneo | 5 | 15,63% |
| Lesiones generales | 16 | 50,00% |
| Abandono | 3 | 9,38% |
| Quemaduras | 2 | 6,25% |
| Desnutrición | 2 | 6,25% |
| Violación | 2 | 6,25% |
| Neurosis de conversión | 1 | 3,13% |
| Sin. de Munchausen | 1 | 3,13% |

En la mayoría de los casos se observó que el maltrato corresponde a fracturas o hematomas (lesiones en general) en cualquier parte del cuerpo, siendo el porcentaje de un 65,63%, de lesiones craneales un 15,63%, todos en niños menores de un año, y un 50% en el resto del cuerpo.

Las lesiones generales se dan con mayor frecuencia, ya que el maltrato generalmente es por golpes.

Se observa un 9,38% por abandono, aún cuando este dato no tiene validez absoluta, debido a que estos casos se deportan generalmente a otros organismos específicos.

Existe una incidencia semejante de casos por quemaduras, desnutrición y violación, con un 6,25% cada uno, que corresponden a tipos de maltratos menos comunes.

Hay un 3,13% por neurosis de conversión, que puede ser consecuencia de un maltrato físico o psicológico el cual se desconoce.

Y un 3,13% referido al Síndrome de Munchausen padecido por el golpeador y en consecuencia desconocemos el motivo real de ingreso del niño.

Golpeador

| Golpeador | VA | VR |
|-------------|----|--------|
| Padre | 8 | 25,00% |
| Madre | 5 | 15,63% |
| Padrastrós | 5 | 15,63% |
| Desconocido | 9 | 28,13% |
| Otros | 5 | 15,63% |

De los datos obtenidos en la mayoría de los casos, el golpeador es desconocido (28,13%), debido a que se encubre la situación real.

Entre los golpeadores que se conocen el mayor porcentaje corresponde al padre (25,00%).

Y correspondiendo a porcentajes similares entre sí, se encuentran las madres, padrastrós y otro (vecinos, hermanos, etc.) con un 15,63% cada uno.

Esto posiblemente ocurre ya que el padre quiere imponer su figura paterna, autoritaria, y por lo general el golpeador cohabita con el maltratado.

Educación de los Padres

| Educ. Padre | VA | VR |
|------------------|----|--------|
| Analfabeta | 2 | 6,25% |
| 1/2 primaria | 10 | 31,25% |
| Primaria | 4 | 12,50% |
| 1/2 Bachillerato | 10 | 31,25% |
| Desconocido | 6 | 18,75% |

| Educ. Madre | VA | VR |
|------------------|----|--------|
| Analfabeta | 4 | 12,50% |
| 1/2 primaria | 7 | 21,88% |
| Primaria | 7 | 21,88% |
| 1/2 bachillerato | 6 | 18,75% |
| Bachillerato | 1 | 3,13% |
| Desconocido | 7 | 21,88% |

La mayoría de los padres de los niños maltratados, no terminaron de cursar bachillerato, sin descartar la existencia de analfabetas, así como los que no han concluido los estudios primarios, y de nivel de instrucción desconocido.

Ingresos económicos (mensual)

| Ingresos < | VA | VR |
|-------------|----|--------|
| 1.000 | 2 | 6,25% |
| 2.000 | 1 | 3,25% |
| 3.000 | 4 | 12,50% |
| 7.000 | 1 | 3,25% |
| 8.000 | 1 | 3,25% |
| 9.000 | 2 | 6,25% |
| Variable | 17 | 53,13% |
| Desconocido | 4 | 12,50% |

En la mayoría de los casos el Ingreso familiar es variable (no fijo) con un 53,13%.

El máximo Ingreso mensual hallado es 9.000 Bs. con un 0,25% y los restantes oscilan entre 1.000 y 8.000 Bs. mensuales.

Ocupación del Padre

| Ocup. Padre | VA | VR |
|--------------|----|--------|
| Ambulante | 2 | 6,25% |
| Desempleado | 5 | 15,63% |
| Obrero | 4 | 12,50% |
| Desconocido | 7 | 21,88% |
| Comercio | 3 | 9,38% |
| Mensajero | 2 | 6,25% |
| Policia | 1 | 3,13% |
| Chofor | 1 | 3,13% |
| Agro | 2 | 6,25% |
| Cap. de Yate | 1 | 3,13% |
| Decorador | 2 | 6,25% |
| Oficinista | 2 | 6,25% |

En la mayoría de los casos las ocupaciones del padre son variadas, no estables que no requieren de estudios previos.

El más alto porcentaje corresponde a los casos en los cuales se desconoce la ocupación del padre (21,88%), ya que éste está ausente generalmente, pero del porcentaje conocido la mayoría están desempleados (15,63%).

Ocupación de la Madre

| Ocup. Madre | VA | VR |
|-------------|----|--------|
| Hogar | 17 | 53,13% |
| Desconocido | 8 | 25,00% |
| Ambulante | 3 | 9,38% |
| Comercio | 2 | 6,25% |
| Oficinista | 1 | 3,13% |
| Doméstica | 1 | 3,13% |

En la mayoría de los casos las madres se dedican al hogar, con un 53,13%.

Hay un 25,00% de desconocidos, pero los restantes, al igual que los padres, se dedican a ocupaciones no estables, y no requieren una educación previa.

Estructura familiar

| Estruct. fliar. | VA | VR |
|------------------|----|--------|
| Normal | 12 | 37,50% |
| Concubinato | 4 | 12,50% |
| Padrastrós | 7 | 21,88% |
| Abandono parcial | 5 | 15,63% |
| Separación | 2 | 6,25% |
| Desconocido | 2 | 6,25% |

En la mayoría de los casos la estructura familiar no es nuclear (ausencia de alguno de los padres, separación, etc.) con un 56,25%, dentro del cual se encuentra un 21,88% por padrastrós, un 15,63% por abandono parcial, un 12,50% de concubinato y un 6,25% de separación.

Existe, un 37,50% de familias con estructura normal y un 6,25% de desconocidos.

De lo analizado anteriormente se puede establecer cierta relación entre las variables, se puede observar que la mayoría de los padres, no concluyeron los estudios básicos, por lo tanto sus ocupaciones están limitadas a trabajos u oficios poco estables y poco calificados, en consecuencia de lo anterior obtendrán ingresos bajos.

Hay que hacer notar que la muestra obtenida, es procedente de hospital público, el cual atiende mayormente personas de bajo nivel económico, lo cual tiende a crear una imagen solamente parcial del problema.

RECOMENDACIONES

- Cuando se haya establecido el diagnóstico, lo más importante es impedir que el niño retorne a su domicilio donde corre el riesgo de ser maltratado de nuevo, hasta que la familia sea rehabilitada.
- Es necesario un trabajo en equipo de sociólogos, psiquiatras, médicos, etc. para rehabilitar la familia, esto incluye una educación dirigida a los padres o representantes para crear conciencia.
- Una educación de las comunidades escolares sobre el problema, para que estos puedan ejercer una verdadera función de vigilancia y apoyo.
- Se debe promover la creación de diferentes centros de denuncia y protección según las bases legales de cada país, como por ejemplo la Oficina Nacional de Denuncia del Niño Maltratado, que funciona en el Hospital de Niños J. M. de Los Ríos de Caracas.
- Protección médico legal del niño creando legislación adecuada, práctica y realista.

EL NIÑO MALTRATADO

- Involucrar a los medios de comunicación para la difusión y educación de la comunidad en general.

CONCLUSIONES

- 1) La mayor incidencia de maltrato se da en niños menores de 4 años.
- 2) La distribución por sexo no sigue patrones definidos.
- 3) El maltrato al niño ocurre mayormente en estratos socio-económicos bajos (sin descartar la incidencia en otros estratos).
- 4) La mayoría de los casos de maltrato ocurren en familias no nucleares.
- 5) El niño es maltratado generalmente por personas que cohabitan con él.
- 6) El maltrato al niño puede ser disminuido por medio de la educación y alerta a la comunidad en general.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Folleto impreso por la Oficina de Denuncia del Niño Maltratado. Sede Principal Caracas.
- 2 Francisco, José.- VII Congreso Nacional de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Síndrome del Niño Maltratado. p. 92-115, Nov. 1982.
- 3 Guerra, Elio.- VII Congreso Nacional de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, Síndrome del Niño Maltratado. - aspecto médico-legal - p. 80-92, Nov. 1982.
- 4 Lonsdale, Derrick; Ewart, Charles.- TRIBUNA Médica. Guía para el Síndrome del Niño Maltratado, No. 439 p. 37, Jun. 1972.
- 5 López, Silvia.- El Maltrato en el Niño. 1982.
- 6 Nelson, W. E.; Vaughn III, V. C.; McKay, R. J.- Tratado de Pediatría. Síndrome del Niño Golpeado. Tomo II. 7ª Edición. p. 1509. Barcelona, España, 1980.
- 7 Vesterdal, J.- Anales Nestlé. Del Niño Abandonado al Niño Mártir. No. 114. México.
- 8 Vivas Serfaty, Suave.- VII Congreso Nacional de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, El Niño Maltratado, p. 62-80, Nov. 1982.

La Gestación después de un Transplante Renal

Dra. Carmen Afonso *
 Dr. Dietrich Zehack **
 Dra. Silvia Sánchez ***
 Dr. Alfonso Betancourt ****

RESUMEN

Se presentan 6 pacientes transplantadas renales en el lapso entre 1977 y 1985 en quienes ocurrieron siete embarazos, durante los cuales las pacientes recibieron Azatriopina, Prednisona y Drogas hipotensoras. Se obtuvieron cuatro niños sanos presentando uno de ellos hipoglicemia y otro ictericia leve. Se realizaron tres interrupciones del embarazo, uno por deseo de la paciente y dos por deterioro de la función renal. Ocurrió una muerte materna imputable al procedimiento obstétrico.

SUMMARY

We presented six transplanted patients in the period of 1977-1985. In which occurred seven pregnancies. These patients received during there pregnancies Azatriopina, Prednisona, and hipotensive drugs. There were four healthy babies one of these presented hypoglicemia and the other ictericia. There were three interruptions 1 for desire of the mother and the other two because there was a deterioration of renal function. There was a maternal death because the obstetric procedure.

Palabras Claves: Transplante de Riñón. Embarazo.
 Nefrología. Obstetricia.

INTRODUCCION

Después de los avances en inmunología y técnicas que han permitido realizar numerosos trasplantes renales con éxito, ha surgido para el Obstetra un aumento del número de casos de mujeres trasplantadas quienes desean un embarazo, acuden ya embarazadas por deseo propio

o están embarazadas sin saberlo, por no disponer de un método anticonceptivo Idóneo para ellas y presentar con frecuencia trastornos menstruales del tipo oligomenorrea. Los Obstetras nos planteamos muchas interrogantes sobre: a) ¿Debe permitirse el embarazo? b) ¿Los riesgos maternos propios de la patología no aumentan con el embarazo? c) ¿Debemos a conciencia permitir que se forme un ser humano agredido in útero por drogas, desde las inmunosupresoras hasta los agentes hipotensores, los cuales (2, 8, 21, 23, 25) pudiesen actuar como teratogénicos, producir trastornos metabólicos en el neonato y quizá comprometerlo o transmitir alteraciones cromosómicas? d) ¿Estaremos cumpliendo el primer nivel de salud? Queda, por supuesto, a criterio de cada médico y cada paciente la discusión de estas interrogantes y las ulteriores respuestas.

Encontramos revisiones de embarazos posteriores a trasplantes renales como la de Penn (17) quien reporta 56 embarazos en 27 transplantadas con 43 productos vivos y una sola muerte materna. En un estudio conjunto realizado con 19 Países Europeos se habla de 120 embarazos en mujeres dializadas y transplantadas (21).

En los E.E.U.U., el número de embarazos después de trasplantes renales pasaba de 750 para 1982 según Davison (5). Dieron aportes importantes para el seguimiento de estos embarazos de riesgo elevado, los trabajos de Rifle (21), Coflan (3), Parsons (15), Horback (10), Williams (26), Sciarra (24), Nolan (14), en la década de 1970-1980. existiendo hasta un exitoso caso de embarazo triple publicado por MacLean (13). En 1980 Davison (6) en un seguimiento de la función renal de ocho transplantadas en quienes ocurrieron diez embarazos, dice que la depuración de creatinina en 24 horas, determinada en forma seriada antes del embarazo, durante el embarazo, 8 a 12 semanas después del parto y 4 a 6 meses después, retorna a los niveles previos al embarazo aproximadamente 8 a 12 semanas luego del parto, pero que después de dos embarazos en una misma paciente, la restauración de una depuración de creatinina adecuada no fue evidente. La aparición de la pre-eclampsia y eclampsia está en el orden de

* Adjunto al Servicio de Obstetricia del Hospital Miguel Pérez Carreño.
 ** Adjunto al Servicio de Nefrología del Hospital Miguel Pérez Carreño.
 *** Adjunto al Servicio de Obstetricia del Hospital Domingo Luciani.
 **** Adjunto al Servicio de Ginecología del Hospital José Ignacio Baldó.

un 30% (5,17,20). El parto prematuro y la R.P.M. aumenta; no se recomiendan las agresiones del saco amniótico ni los trabajos de partos prolongados en estas pacientes inmunosuprimidas (3,10,12,14,19,22,26). Los trastornos del metabolismo glucídico y lipídico materno están presentes (1,4,9).

El cáncer ginecológico aumenta su frecuencia de aparición en las transplantadas renales (16,18).

Las lesiones óseas como la necrosis de la cabeza femoral, la cual puede llevar a indicaciones maternas de una vía alta para la resolución obstétrica del caso, pueden estar presentes como consecuencia del tratamiento inmunosupresor.

A pesar de lo expuesto existen condiciones para considerar la posibilidad de embarazo en mujeres con transplante renal, como las presentadas por Lau y Scott (11):

- 1) Creatinina sérica menor de 2 mgr/100 ml.
- 2) Que no exista H.A. (o si la hay, leve y bien controlada)
- 3) Proteinuria (mínima o ausencia de ella)
- 4) Buen estado general de salud
- 5) Deben haber transcurrido de 18 a 24 meses a partir de la intervención renal
- 6) Ausencia de dilatación pielocalicial en una Urografía reciente
- 7) Debe existir estabilidad de las dosis de inmunosupresores (15 mg/día o menos de Prednisona y 2 mg/kg/día o menos de Azotioprina).

Se desprende de lo antes expuesto que al tener una paciente transplantada embarazada, su seguimiento debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinario compuesto por el Obstetra, el Nefrólogo, el Anestesiólogo y el Neonatólogo para lograr evoluciones satisfactorias.

Nuestra aspiración es contribuir, con la presentación de la estadística del Hospital Miguel Pérez Carreño del Instituto Venezolano del Seguro Social, al estudio de los beneficios o inconvenientes de permitir y seguir el curso de un embarazo en una paciente transplantada.

MATERIAL

Se estudiaron seis pacientes transplantadas renales (entre 1977 y 1985), en quienes ocurrieron siete embarazos evaluando los efectos de la gestación sobre la función renal y complicaciones obstétricas.

En el Cuadro No. 1, podemos observar que cuatro de ellas estaban entre los 15 y 25 años, o sea, en plena edad reproductiva. De ellas, cinco tenían un transplante de donante vivo y una de un cadáver, quien precisamente fue la que se embarazó a menos de un año de la intervención, por su bajo grado cultural, las restantes en su mayoría se embarazaron tres a cuatro años posteriores al transplante (Cuadro No. 2).

CUADRO No. 1

| Edad (años) | No. de casos |
|-------------|--------------|
| 15-20 | 2 |
| 21-25 | 2 |
| 26-30 | 0 |
| 31-35 | 1 |
| 36-40 | 1 |
| Total | 6 |

CUADRO No. 2

| Tiempo transcurrido entre el transplante y el embarazo | No. de casos |
|--|--------------|
| Menos de 1 año | 1 |
| 1 - 2 años | 0 |
| 3 - 4 años | 4 |
| 5 - 7 años | 1 |
| Total | 6 |

Los ciclos menstruales eran irregulares en cuatro pacientes.

Como podemos observar en el Cuadro No. 3, la función renal posterior al transplante era buena, cuatro de ellas quedaron hipertensas (una en forma leve y tres con H.A. moderada), no existiendo H.A. sino e ndos para el momento de embarazarse. Todas para el momento en que se embarazaron, recibían medicación inmunosupresora y algunas hipotensores.

En el Cuadro No. 4 vemos los antecedentes obstétricos (tres primigestas) y la edad gestacional para el momento de diagnosticar el embarazo; siendo la de la más avanzada de 20 semanas, por no sospecharse el embarazo ya que se interpretó su falta de menstruación en los meses siguientes al transplante como un trastorno menstrual propio de este tipo de pacientes.

LA GESTACION DESPUES DE UN TRANSPLANTE RENAL

CUADRO No. 3

| Caso | Función renal posterior al transplante de riñón | | | | Hb posterior al transplante (g%) | H.A. posterior al transplante | Medicación que recibían al día de pract. el emb. |
|------|---|----------------|---------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------------|---|
| | Urea (mg%) | Creatin. (mg%) | Depuración (ml/min) | Proteinuria (mg%) | | | |
| 1 | 134 | 1,5 | 100 | 1 | 12,4 | H.A. leve | Prednisona Azothip. |
| 2 | 32 | 1,0 | 101 | 9 | 11,8 | H.A. moderada | Prednisona Azothip. |
| 3 | 64 | 1,4 | 100 | 1 | 14,0 | NT | Prednisona Azothip. |
| 4* | 79 | 1,5 | 98 | 4 | 8,5 | H.A. moderada | Prednisona Azothip. Alfa-metil-Do Furosemida Propanolol |
| 5 | 43 | 1,2 | 66 | <1 | 12,8 | H.A. moderada | Prednisona Azothip. Propanolol |
| 6 | 57 | 1,0 | 100 | 1 | 12,4 | NT | Prednisona Azothip. |

CUADRO No. 4

| Caso | No. de Gest. | Diagóstico del emb. (semana) |
|------|----------------------|------------------------------|
| 1 | IIG - IP | 8va. |
| 2 | IG | 4ta. |
| 3 | IG | 8va. |
| | IIG I-C VIG - IVP | |
| 4 | I AB | 20va. |
| 5 | VG - IVP | 8va. |
| 6 | IG | 7ma. |

Cuatro pacientes siguieron el curso de su embarazo (Cuadro No. 5) hasta lograr un producto viable, una aún con buena función renal y a pesar de ser su primer embarazo decide mandarse a practicar un aborto en una institución privada y a otra por deterioro de las pruebas de funcionalismo renal después de su embarazo se lo indicó la interrupción del mismo, siendo el único caso de pérdida materna por complicaciones sépticas posteriores al logrado uterino.

CUADRO No. 5
Evolución del embarazo

| Caso | Aumento de peso total | Tensión arterial | Infecciones urinarias | Aborto | R.C.I.U. |
|------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--------------|----------|
| 1 | 7 Kgr. | No | No | — | No |
| 2 | 11 Kgr. | H.A. (32 S) | No | — | No |
| 3* | 9 Kgr. | H.A. (30 S) | Si (20va. s.) | — | No |
| 4 | 4,5 Kgr. | H.A. desde transplante | No | — | No |
| 5 | — | H.A. desde transplante | — | Si (8va. s.) | — |
| 6 | — | — | — | Si (8va. s.) | — |

* Dos años después tiene un segundo embarazo con deterioro franco de la función renal, por lo cual se indicó su interrupción.

En el caso No. 3, ocurre un segundo embarazo dos años después del primer hijo y también por deterioro de la función renal se le indicó una interrupción de la gestación.

Dos desarrollaron H.A. inducida por el embarazo en el tercer trimestre, un sólo caso presentó infección urinaria resuelta favorablemente.

De acuerdo al seguimiento de la altura uterina y la biometría fetal ninguna presentó retardo del crecimiento intrauterino.

En el Cuadro No. 6 podemos observar la evolución de la función renal del primer al tercer trimestre en los cuatro casos en quienes el embarazo siguió su curso, sólo una mantuvo cifras de Hb por debajo de 10 grs% en toda la gestación. La Azotoprina se le administró a todas en conjunto con la Prednisona durante todo el embarazo, los agentes hipotensores en quienes los requirieron fueron diversos.

Los cuatro pacientes que prosiguieron sus embarazos tuvieron una resolución obstétrica mediante cesárea por sugerencia de la Unidad de Nefrología.

Los productos fueron tres varones y una hembra cuyos pesos oscilaron entre 2,500 kgrs. y 3,100 kgrs., sin evidencia de anomalías congénitas y cuyas complicaciones neonatales fueron ictericia leve e hipoglicemia en dos casos (Cuadro No. 7).

La función renal evaluada (Cuadro No. 8) entre 6 y 8 semanas después de la resolución obstétrica fue satisfactoria excepto en el caso No. 3, quien fue la paciente que se embarazó dos veces después de su transplante y a quien en la segunda gestación hubo la necesidad de interrupción por deterioro de la función renal, asimismo esta paciente permaneció hipertensa posteriormente junto con el caso No. 4.

LA GESTACION DESPUES DE UN TRANSPLANTE RENAL

CUADRO No. 6

| Caso | Función renal (1er. trim. / 3er trim.) | | | | Hemoglobina 1er. t./3er. t. | Drogas adminis. durante el Emb. (32 s.) | Conducta Obstétrica |
|------|--|---------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------|--|--|
| | Urea (mg%) | Creatinina (mg%) | Depuración (ml/min) | Proteinuria (mg%) | | | |
| 1 | 25/30 | 1,0/1,1 | 110/100 | 1/1 | 10,5/10,0 | Azothioprina (100 mg.) Prednisona (10 mg.) | Cesárea y E. O. por sugerencia de Nefrología |
| 2 | 30/42 | 1,1/1,1 | 100/100 | 1/1,1 | 11,7/10,8 | Azothioprina (100 mg.) Prednisona (10 mg.) Labetalol 500 mg. (32 s.) | Cesárea a las 38 semanas por sug- erencia de Nefrología y Traumatología. |
| 3* | 32/34 64 | 1,0/1,2 1,5 | 90/100 55 | 1/1,2 2,4 | 11,5/10,3 | Azothioprina (100 mg.) Prednisona (10 mg.) Alfa metil Dopa (750 mg.) (30 s.) | Cesárea a las 38 semanas (Puerto Ordaz) 2do. embarazo in- terrup. Micro C. + E.O. |
| 4 | 36/41 | 0,6/1 | 100/120 | 1/1,1 | 8,5/9,4 | Azothioprina (100 mg.) Prednisona (10 mg.) Alfa metil Dopa (750 mg.) Propranolol (80 mg.) | Cesárea a las 38 semanas + E.O. por sugerencia de Nefrología |
| 5 | 57 | 1,8 | 75 | 1,1 | 11,7 | Azothioprina (100 mg.) Prednisona (10 mg.) Propranolol (80 mg.) | Interrupción en 9a. semana Perforación Sepsis Muerte Ca. in situ |
| 6 | 21 | 1,0 | 100 | <1 | 12,0 | Azothioprina (100 mg.) Prednisona (10 mg.) | Interrupción en 8va. semana en Clínica privada |

CUADRO No. 7

| Caso | Sexo | Peso fetal (Kgrs.) | Anomalías congénitas | Complicaciones Neonatales | Complicaciones Maternas |
|------|-----------|-----------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 1 | Masculino | 2,800 | No | No | No |
| 2 | Masculino | 2,500 | No | Hipoglicemia | No |
| 3 | Masculino | 2,700 | No | No | H.A. |
| 4 | Femenino | 3,100 | No | Ictericia | H.A., Anemia |
| 5 | — | — | — | — | Muerte |
| 6 | — | — | — | — | No |

CUADRO No. 8

| Caso | Función Renal posterior al embarazo | | | Proteinuria (mg. %) | Hemog.posterior al emb. (g%) | Hipert. arterial post.al emb. |
|------|-------------------------------------|------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | Urea (mg%) | Creatinina (mg%) | Depuración (ml/min) | | | |
| 1 | 45 | 1,1 | 98 | 1,0 | 11,0 | — |
| 2 | 38,5 | 0,6 | 75 | 1,9 | 10,7 | — |
| 3 | 66 | 3,7 | 43 | 12,0 | 9,0 | Si |
| 4 | 25,6 | 0,5 | 134 | <1,0 | 13,5 | Si |
| 5 | — | — | — | — | — | — |
| 6 | 39 | 0,8 | 139 | 1,0 | 12,2 | — |

RESULTADOS

Se presentan los casos de seis pacientes quienes presentaron gestaciones luego de un transplante renal, una de ellas dos veces, mostrando la evolución del embarazo y de la función renal, con obtención de cuatro niños hasta el presente en buen estado de salud; tres interrupciones del embarazo fueron realizadas entre las 8 y 20 semanas, ocurrió una muerte materna imputable al procedimiento obstétrico realizado.

En dos pacientes se observó un deterioro franco de la función renal; en dos casos se presentó hipertensión arterial inducida por el embarazo, en una de ellas la H.A. persistió después de culminar éste, la otra paciente que permaneció hipotensa lo era desde el transplante. No se observaron complicaciones mayores en el período neonatal y no disponemos del estudio cromosómico de estos niños.

Tres pacientes accedieron a la esterilización quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Bookman, Drachman S. R.; Schaefen, L. E. et col.- Pregnancy following renal transplantation.
- 2 Bongiovanni, A. U.; Macpadden, A. R.- Steroids during pregnancy and possible fetal consequences. *Fertil Steril* 11:181-186, 1960.
- 3 Caplan, R. M.; Dosefor, J. B.; Manchan, G. B.- Pregnancy following cadaver kidney homotransplantation. *AMJ Obstet. Gynecol.* 106:644, 1970.
- 4 Casareto, A.; Goldsmith, R.; Marchioro, T. L.- Hyperlipidemia after successful-renal transplantation. *Lancet* 1:481-484, 1974.
- 5 Davison, J.- Medical disorders in obstetric practice, Chap 7, p. 102-260. Blackwell Scientific Publication, Oxford, 1984.
- 6 Davison, J.- The effect of pregnancy on kidney function in renal allograft recipients. *Kidney Int.* 27:74, 1985.
- 7 Faber, M.; Kennison, R. D.; Jackson, H. T. et col.- Successful pregnancy after renal transplantation, *Obstet. Gynecol.* 46:2-4, 1976.
- 8 Githens, J. H.; Rosenkrantz, J. G.; Tunnuck, S. M.- Teratogenic effects of Azathioprina (Imuran) *J. Pediatr.* 66:959-961, 1965.
- 9 Hill, C. M.; Rajkumar, K. V.; Douglas, J. F. et col.- Pregnancy following renal transplantation. *Lancet* 2:49-492, 1974.
- 10 Horback, J.; Van Leiberger, P.; Mastboon, J. et col. Pregnancy following renal transplantation. *Acta Med. Scand.* 914: 237, 1973.
- 11 Lau, J.; Scott, J. Pregnancy following renal transplantation. *Clinicas Obstet. y Ginecol.* 2:427-440, 1985.
- 12 Leigh, D. A.- Pregnancy following renal transplantation. *Br J. Urol.* 41:406-413, 1969.
- 13 MacLean, A. B.; Sharp, F.; Briggs, J. D. et col.- Successful triplet pregnancy following renal transplantation.
- 14 Nolan, G. H.; Sweet, R. L.; Laros, R. K. et col.- Renal cadaver transplantation followed by successful pregnancies. *Obstet. Gynecol.* 43:732, 1974.
- 15 Parsons, V.; Bewilk, M.; Elias, J. et col.- Pregnancy following renal transplantation. *Soc. Med.* 72:815-817, 1979.
- 16 Penn, I.- Malignancies associated with immunosuppressive of cytotoxic therapy. *Surgery* 83 492-502, 1978.
- 17 Penn, I.; Makowsky, E.; Harris, P.- Parenthood following renal transplantation surgery. *Kidney Int.* 18:221-223, 1980.
- 18 Porreco, R.; Penn, I.; Droegemueller, W. et col.- Gynecologic malignancies in immunosuppressed organ homograft recipients. *Obstet. Gynecol.* 45:359-364, 1975.
- 19 Prout, G. R.; Hume, D. M.; Lee, H. M. et col.- Some Urological aspect of 93 consecutive renal homotransplants in modified recipients *J. Urol.* 97:409-425, 1967.
- 20 Rasmussens, P.; Fasth, A.; Ahmelu, J. et col.- Pregnancy following renal transplantation. *Acta Paediatr. Scand* 70: 869, 875, 1981.
- 21 Report from the registration committee of the European dialysis and transplant Association. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 87: 839-845, 1980.
- 22 Rifle, G.; Traeger, J.- Transplant proc. 7 (Suppl 1) 723-728, 1975.
- 23 Rosenkrantz, J. G.; Githens, J. H.; Cox, S. M. et col.- Azathioprina Imuran and pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol* 97: 387-394, 1967.
- 24 Sciarra, J. J.; Toledo Pereyra, L. H.; Bendel, R. P. et col.- Pregnancy following renal transplantation. *Am. J. Obstet. Gynecol* 123-411, 1975.
- 25 Scott, J. R.- Fetal growth retardation associated with administration of immunosuppressive drugs. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 128:668-676, 1977.
- 26 Williams, P. F.; Jelen, J.- Eclampsia in a patient who had had a renal transplant. *Br. Med. J.* 2:972, 1973.

Hemorragia Digestiva Superior en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas

1984-1988

Dr. Francisco Mele V. **

Dr. Leonardo Borregales G. *

Dr. Alejandro Auro *

Dr. Germán Vecchini *

RESUMEN

Se revisaron 55 pacientes que ingresaron al Hospital Privado Centro Médico de Caracas con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva Superior cuyas edades estuvieron comprendidas entre 46 y 76 años, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron Melena, Hematemesis y Rectorragia. El estudio complementario más utilizado fue la Endoscopia diagnóstica en el 90% de los casos.

Se revisa el tratamiento administrado, que se apoyó en Cristaloides Coloides, Sangre Total, Concentrado Globular, Lavado Gástrico, Inhibidores H2 tipo Cimetidina, Ranitidina y Antiácidos.

ABSTRACT

We reviewed 55 patients who is chief complaint on admissions at the "Hospital Privado Centro Médico de Caracas" with Upper Gastrointestinal Bleeding. The group was between 46-76 years of age. The clinical Syndrome was Hematemesis, Maelena y Rectal Bleeding.

The Diagnosis method more used was Endoscopy in 90% of the cases. The treatment rely on Cristalois Solutions, Coloids, Whole Blood, Pack Cells Gastric Lavage, H2 inhibitors, Cimatidine, Ranitidine, and Antiacids.

Agradecimiento: Queremos agradecer la colaboración de los Dres. Jon Barriola, José Francisco Plaz, por su ayuda y apoyo en la elaboración del trabajo, así como al personal del Servicio de Historias Médicas por su incansable ayuda en la realización de este estudio.

** Médico de Postgrado. Curso Médico de Salud Pública. Hosp. José Ignacio Baldó (El Algodonal) Caracas.

* Médicos Internos del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

Palabras Claves: Hemorragia. Digestivo.
Gastroenterología. Aparato digestivo.

INTRODUCCION

La Hemorragia Digestiva Superior es una entidad relativamente frecuente en la práctica clínica, por lo tanto el conocimiento amplio de las patologías que la producen y su manejo, deben ser no sólo de la inherencia del especialista, sino del Médico General, por lo que constituye siempre un tema de actualidad.

Por definición la Hemorragia Digestiva Superior (HDS) se considera aquella originada en cualquiera fuente proximal al Ligamento de Treitz y sus manifestaciones clínicas varían desde Hematemesis, Melena, hasta Shock. La utilización de herramientas como la Historia Clínica, antecedentes de enfermedad Ulcero Péptica, Pirosis, Epigastralgia pueden ser Claves en el Diagnóstico Inicial de la Patología; la Endoscopia Superior es el principal elemento de ayuda al Clínico para establecer el sitio del sangramiento y su eventual solución.

Por lo antes expuesto creemos conveniente realizar una revisión de esta Patología en el Centro Médico de Caracas, con la finalidad de orientar al Médico General sobre su manejo.

MATERIALES Y METODOS

Se revisaron las Historias Clínicas de los pacientes cuyo Diagnóstico fue Hemorragia Digestiva Superior, los cuales fueron atendidos en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas durante los años 1984-1988, se estudiaron 55 pacientes con dicho diagnóstico. Se tomaron como variables: Edad, Sexo, Manifestaciones clínicas, Diagnóstico de Admisión, Estudios realizados, tratamiento, promedio de estancia en el Hospital.

Edad

La edad promedio de aparición del primer episodio de HDS en la serie estudiada estuvo comprendida entre los años 46 y 76, en un 72.71% de los casos; con extremos de 15 y 80 años, hecho éste explicable por ser las edades donde se presentan con mayor frecuencia patología ulcerosa, gastroduodenal, Balint y cols. establecen edades similares por las series por ellos estudiadas.

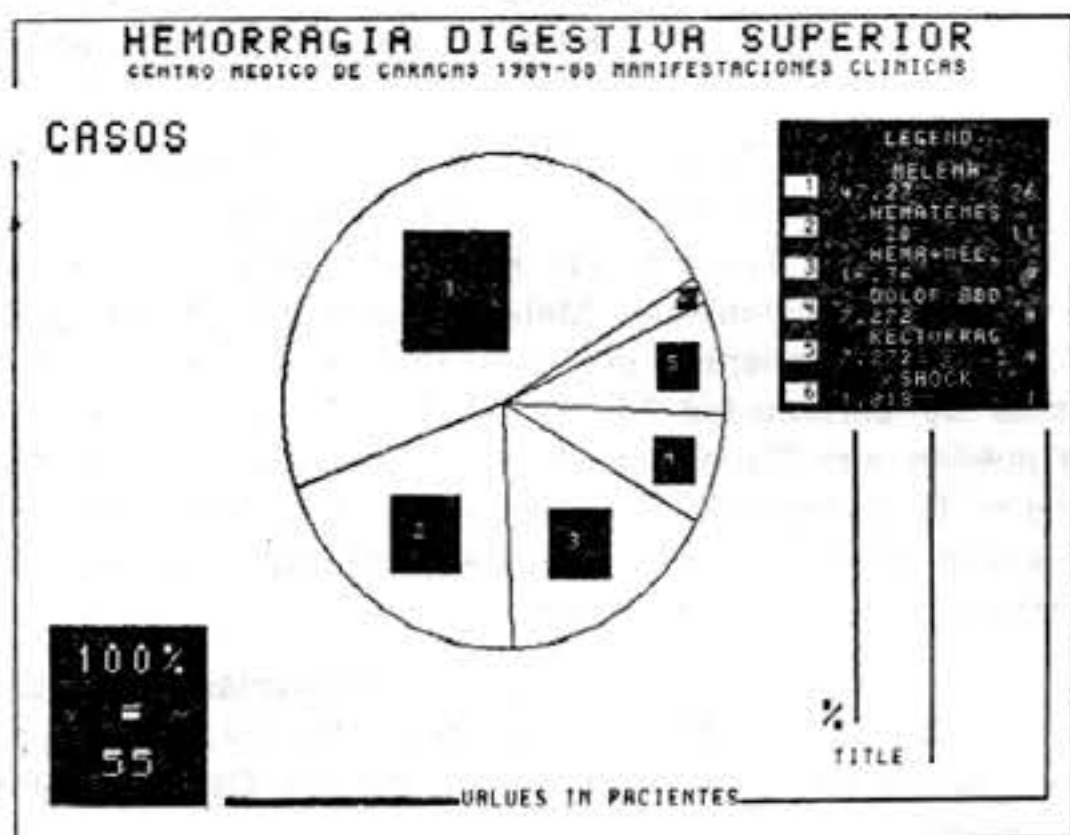
Sexo

Generalmente el sexo masculino es portador e nmayor cuantía de esta patología, efectivamente el 58.18% de los pacientes eran varones, sin embargo no encontramos literatura que pudiera comprobar el por qué de esta aseveración, probablemente se enfocan elementos como Modo de Vida, Actitud hacia la misma, Actividades desempeñadas, Dieta, Hábitos, etc.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las Manifestaciones Clínicas más frecuentes fueron Melena, Hematemesis, Rectorragia, Dolor Abdominal y Shock, de estas el 41.81% de los pacientes sólo consultaron a la Emergencia por Melena, el 20% por Hematemesis y el 16.35% presentaron ambas manifestaciones simultáneamente. Deducimos que la ausencia de Melena en presencia de Hematemesis no excluye la existencia de H.D.S. sino que probablemente la Hemorragia haya sido de corta duración. (Gráfico No. 1).

GRAFICO N° 1.

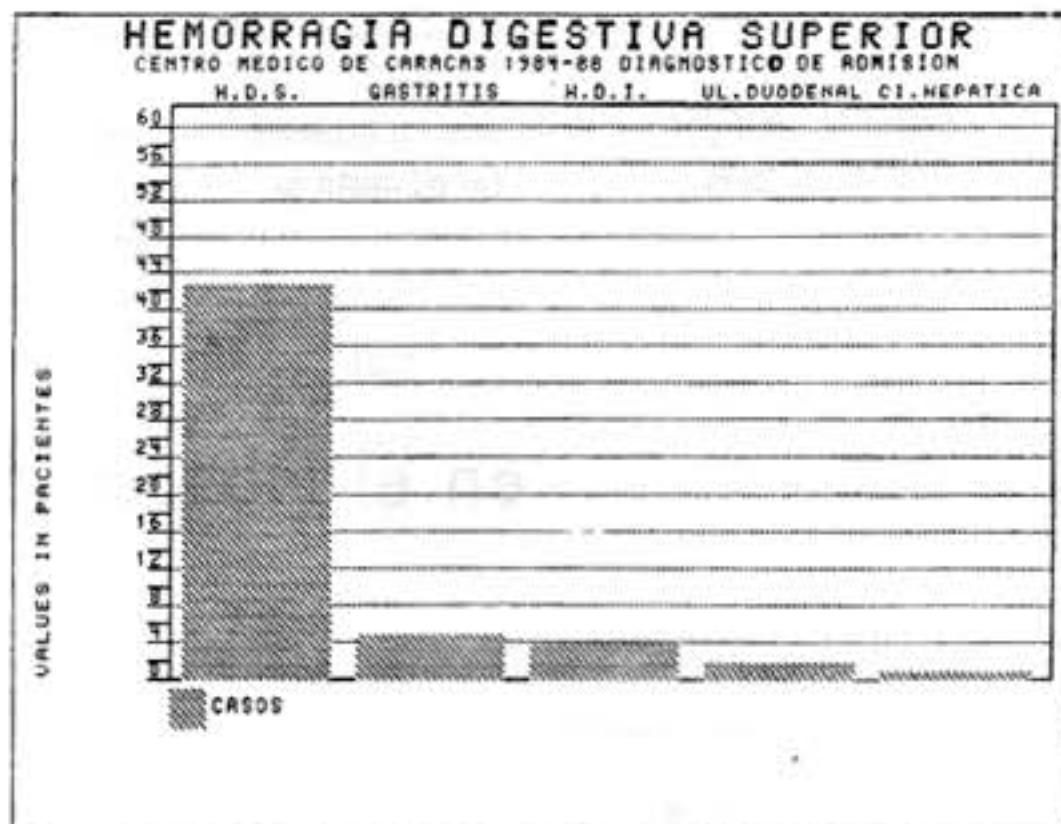


Fuente : Servicio de Historias Médicas Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

DIAGNOSTICO DE ADMISION

El 70.18% de los pacientes que ingresaron fueron diagnosticados como H.D.S. en forma genérica, 15.33% de los pacientes tenían historias de Gastritis Crónica, Úlcera gastroduodenal, Cirrosis hepática, de esto se deduce que es de gran utilidad establecer prontamente el sitio exacto de la Hemorragia. (Gráfico No. 2).

GRAFICO N° 2.



Fuente : Servicio de historias Médicas Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

ESTUDIOS REALIZADOS

El 89.09% de los pacientes se les realizó Endoscopia Superior aproximadamente entre 16 y 30 horas posterior a su ingreso, revelando que el 50.61% presentaban enfermedad gastroduodenal, 30.61% Úlcera gástrica 20% Úlcera duodenal, respectivamente. Un 28.57% presentaron Gastritis hemorrágica, 6.12% presentaron Várices Esofágicas por Cirrosis hepática, 4.08% se catalogaron como Síndrome de Mallory Weiss, 1.81% fueron reportados como normales.

Al 5.45% de los pacientes (3 pacientes), se les realizaron estudios de Estómago-Duodeno, reportados estos como normales.

El 7.27% de los pacientes fueron sometidos a Colonoscopia, y el 5.45% presentaron concomitantemente a la patología activa que originaba el Sangramiento también Divertículos (Gráfico No. 3).

TRATAMIENTO

El 92.74% de los pacientes fueron tratados Médicamente durante su hospitalización, el 5.46% fueron sometidos a diferentes Intervenciones quirúrgicas.

Entre el tratamiento Médico administrado estuvo: Hidratación con soluciones Fisiológicas, Ringer Lactato, Inhibidores de los receptores H2 tipo Cimetidina, Fármacos como Misoprostol, Ranitidina, Antiácidos, se mantuvo a los pacientes en Dieta de Protección Gastroduodenal, ocasionalmente se les realizó Lavado Gástrico con solución Fisiológica Helada.

El 7.26% de los pacientes fueron sometidos a Intervenciones Quirúrgicas tipo. Gastrectomía Parcial (3.63%), Rafia de Úlcera (3.63%).

La Cimetidina se administró en dosis de 400 mgrs promedio cada 6 horas, Ranitidina 150 mgrs cada 12 horas.

HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR

Antiácidos fueron dosificados 15-30 cc, cada hora o dos horas las primeras 24-48 horas, luego cada 6 horas, el lavado Gástrico fue realizado en apenas 4 pacientes, y a todos se les suministró Dieta de Protección Gastroduodenal; Lácteos, Cítricos, Condimentos, Grasas, Café, Gaseosas, etc.

COMENTARIOS

Se estudiaron 55 pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Digestiva Superior por Clínica en el Centro Médico de Caracas, en el período comprendido entre 1984-1988.

Las edades estuvieron comprendidas entre 46 y 70 años en un 72.71% de los casos, se conoce por reportes publicados que el riesgo de muerte es proporcional a la edad del paciente, sin tener en cuenta el origen de la hemorragia. Es 6 veces mayor en personas de más de 60 años que en los menores de 40 años. (2,10).

Se conoce que la mortalidad general por H.D.S. se sitúa entre 8 y 10%, sin embargo esta tasa ocasionalmente aumenta hasta 25-50% cuando se habla de casos de Hemorragia Masiva (9).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: Melena 41.81%, Hematemesis 20% y Rectorragia 7.27%, el resto consultaron por la combinación de estos síntomas. Según Pingleton (8) la Hematemesis ocurre en 2/3 partes de los pacientes con H.D.S. Melena ocurre en 1/3 e indica que el sangramiento se origina en un punto por encima de la Válvula Ileocecal.

Es importante señalar que la mortalidad aumenta proporcionalmente con la cantidad de sangre perdida calculada (10), llegando a ser hasta del 30% en pacientes con sangramiento prolongado.

Entre los estudios complementarios para establecer Diagnóstico la herramienta fundamental fue la Endoscopia, realizada en 89.09% de los pacientes, y diagnóstica de cerca un 90% de la patología que originaba el Sangramiento. Se reportaron 30.61% de Úlcera gástrica, 20% de Úlcera Duodenal, Várices Esofágicas 6.12% S. de Mayory-Weiss 4.08%. Es de hacer notar que deben ser realizadas luego de la estabilización hemodinámica del paciente. Sin embargo existen casos donde es imperativo realizar endoscopia por ej. pacientes con Sangramiento Masivo con signos de Shock. Pacientes con Sangramientos recurrentes (5).

La realización de Colonoscopias queda a juicio del Especialista en virtud de la asociación de la Patología Gastrointestinal activa con otras enfermedades del Colon.

El 92.74% de los pacientes fueron tratados médicamente. 1.- Control periódico de tensión arterial, frecuencia cardíaca, PVC, vómitos y/o melena. 2.- Reemplazo de Sangre o Soluciones Cristaloides o Coloides, Solucel, Plasmanate, Sangre total o Concentrado Globular (3). Según Pingleton (8) se prefiere utilizar solución de Ringer-Lactato o Albúmina. En aquellos pacientes que después de administrar soluciones cristaloides siguen presentando fenómenos ortostáticos son candidatos para recibir Sangre Completa. El Lavado Gástrico de los pacientes estudiados sólo se realizó en 4 de ellos con agua helada, según Andrus (1), debe ser utilizada agua a temperatura ambiente como terapia inicial empírica para la H.D.S. aguda,

GRAFICO N° 3.



Fuente: Servicio de Historias Médicas Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

PERIODO DE ESTANCIA

El promedio de Estancia fue de aproximadamente 5.76%, situándose el 45.45% de los pacientes entre 5 y 10 días de Hospitalización.

GRAFICO N° 4.



Fuente: Servicios de Historias Médicas del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

sin embargo Plingleton (8) señala que una Hemorragia Activa puede ser controlada con realizar solamente Lavado Gástrico.

Inhibidores H₂. La Cimetidina se administró en dosis entre 200-400 mgr cada 6 horas VEV, recientemente se ha planteado la eficacia de la administración de Cimetidina en infusión continua para el tratamiento de la H.D.S. (6).

Otras drogas como Misoprostol fueron ocasionalmente utilizadas, sin encontrar diferencias significativas con respecto a la Cimetidina. El 3.63% de los pacientes fueron sometidos a Gastrectomías Sub-totales y un porcentaje igual fueron resueltos mediante rafia del lecho ulceroso.

En el presente estudio fallecieron 3 pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Andrus, Ch.- The Effects of irrigant Temperature en upper Gastrointestinal Hemorrhage; a requiem for iced saline lavage, *The Am. J. of Gastroenterology*, 12, 1062-1063, 1987.
- 2 Ballint, J. A.; Sarfeh, I. J.- Gastrointestinal Bleeding. *New York, Gastroenterology*, 72, 737, 1977.
- 3 Baker, S.- Hemorragia Digestiva. *Revista Centro Médico de Caracas*, X, 85-88, 1971.
- 4 Donaldson, R.; Jones, S.; Millard, H.- Valoración en el Hospital de una Hemorragia Digestiva Superior. *Patient Care*, 6, 6-19, 1982.
- 5 Morgan, A. G.; McAdam, W.- Clinical Findings, early endoscopy and multivariate analysis in patients bleeding from upper gastrointestinal hemorrhage. 83, 41-45, Dec. 1987.
- 6 Ostro, M. J.; Russell, J. A.- Control of gastric Ph with Cimetidine; Bolus vs. Primed Infusions. *Gastroenterology*, 89:532-537, 1985.
- 7 Palmer, E. D.- The Vigorous Diagnostic Approach to upper gastrointestinal Hemorrhage a 23 year prospective study in 1400 cases. 207, 1477-1480, 1969.
- 8 Plingleton, S. R.- Recognition and management of upper gastrointestinal Hemorrhage. 83:41-45, Dec. 1987.
- 9 Shaffer, J. A.- Acute gastrointestinal Bleeding. *J. Int. Care Med.* 1:289-296, 1986.
- 10 Schiller, K. F.; Williams, D. G.- Haematemesis and Melena with special reference to factors influencing the outcome. *Brit. Med. J.* 2,7, 1970.
- 11 Steinheber, F.- Hemorragia del Aparato Digestiva Superior. *Tribuna Médica*, 1:1-7, 1979.

Carcinoma del Conducto Tirogloso

Dr. Rafael M. Belloso *

Dr. Luis A. Ayala N. **

Dr. Eduardo A. Souchon V. ***

Dr. José A. Suárez ****

Dr. Odoardo M. León Ponte A. *****

RESUMEN

Se presenta un caso de carcinoma del conducto tirogloso y se revisa la literatura. Este es un tumor inusual del cual pocas veces se sospecha en el preoperatorio. El examen microscópico es diagnóstico.

Hasta la fecha, se han reportado 141 casos en la literatura. Desde el punto de vista histológico, el recubrimiento epitelial de los remanentes es variable, y tejido tiroideo se ha encontrado hasta en un 62% de los remanentes tiroglosos. La incidencia del carcinoma es mayor en la tercera década, y en mujeres 1,7:1. El tipo histopatológico más común es el adenocarcinoma papilar (79%). El origen primario del carcinoma tirogloso se confirma con esta revisión. Hubo diferentes modalidades de tratamiento y no es posible determinar la mejor terapia, sin embargo, se hacen recomendaciones.

La tasa de mortalidad es baja, y aparentemente sigue el mismo patrón de los carcinomas tiroideos.

Trabajo realizado en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

* Profesor Asistente del Servicio Cátedra de Cirugía C-III, H.U.C. Escuela de Medicina Luis Razetti, U.C.V. y Departamento de Cirugía Hospital de Clínicas Caracas.

** Profesor Titular del Servicio Cátedra de Cirugía C-III, H.U.C. Escuela de Medicina Luis Razetti, U.C.V. y Departamento de Cirugía Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

*** Profesor Asistente del Servicio Cátedra de Cirugía C-III, H.U.C. Escuela Luis Razetti U.C.V. y Departamento de Cirugía Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

**** Profesor del Instituto Anatomopatológico. Facultad de Medicina U.C.V.

***** Residente Interino, Hospital de Clínicas Caracas.

ABSTRACT

One case of thyroglossal duct carcinoma is presented and the literature reviewed. This is an unusual tumor, seldom suspected preoperatively. The diagnosis is almost invariably made by the pathology examination.

To date, only 141 cases have been reported in the literature. Histologically, the epithelial lining of the remnants is variable, and thyroid tissue is found up to 62% of the patients. The incidence of carcinoma is greatest in the third decade, and in females 1,7:1. The most common histopathological type is papillary adenocarcinoma (79%). The de novo origin of thyroglossal carcinoma was confirmed with this review. There were different treatment modalities and is not possible to determine the best therapy; but recommendations are made.

The overall mortality rate is low, and it seems to follow the same pattern of thyroid carcinomas.

Palabras Claves: Quiste tirogloso.
Cáncer de cabeza y cuello.
Cáncer de tiroides.

INTRODUCCION

Los remanentes benignos del conducto tirogloso que se presentan como quistes o fistulas ocupan el segundo lugar en frecuencia luego de adenitis como causa de tumores cervicales en niños. Dichos remanentes son tres veces más frecuentes que las patologías branquiales (20) Lui (14) reportó una incidencia del 1% de cáncer en los conductos tiroglosos. Hasta la fecha se han publicado 141 casos en la literatura, de los cuales sólo 123 fueron accesibles.

El primer caso reportado data de 1911, y pertenece a Brentanol (1). Owen (21) fue el primero en publicar un

caso en la literatura inglesa. Antes de 1974 se habían descrito sólo 70 casos, pero desde entonces hasta el presente se han duplicado. Esto se debe probablemente al mayor énfasis diagnóstico por parte de los patólogos, en vez de a un aumento en su incidencia (16). Raramente se sospecha su presencia en el preoperatorio, y usualmente se descubre luego de cortes permanentes.

El tipo histopatológico más común es el adenocarcinoma papilar. La variedad medular nunca se encuentra en el tejido tirogloso debido a su diferente origen embriológico. La diferenciación entre las metástasis de un carcinoma oculto de la tiroides y un carcinoma primario proveniente de restos tiroideos ectópicos, presenta un dilema tanto diagnóstico como terapéutico de importancia práctica obvia.

CASO CLINICO

A.C.G. es una mujer blanca de 58 años de edad que se presenta con un tumor de crecimiento lento localizado en la línea media anterior del cuello desde hace 15 años. Estuvo asintomática hasta dos semanas antes de su admisión cuando presenta inflamación del mismo. Luego de tratamiento exitoso con ampicilina, fue requerida para tratamiento quirúrgico.

El examen del cuello reveló un tumor anterior a nivel de la línea media de 5 x 5 cm. sobre el hueso hioides, bien definido, no doloroso, parcialmente fijo a planos profundos, ligeramente desviado hacia la derecha y móvil con la protrusión lingual. No presentaba ganglios linfáticos palpables y la glándula tiroides fue normal. Los exámenes de laboratorio y la radiografía de tórax fueron normales.

Gammagrama tiroideo: forma y posición normal. Ligeramente aumentada de tamaño con distribución heterogénea del marcador.

Fue intervenida mediante el procedimiento de Sistrunk (26,27) caracterizado por una escisión amplia del quiste, conducto tirogloso y porción media del hueso hioides. Al examen macroscópico, el tumor de 4 x 2 x 1.5 cm mostró tener apariencia quística. No fue realizado corte congelado. El examen microscópico mostró una estructura quística cubierta de epitelio escamoso con estructuras papilares, células atípicas y folículos normales (Figuras 1 y 2) El tejido conectivo alrededor del quiste estaba infiltrado por el tumor, y los vasos sanguíneos congestivos pero no invadidos (Figura 3). Los núcleos eran grandes y ocasionalmente vacuolados. Los nucléolos prominentes y el citoplasma ligeramente eosinófilo. Habían cuerpos de psammoma y varios focos pequeños de células escamosas, al igual que infiltración de linfocitos mononucleares en el estroma, y áreas aisladas cubiertas de epitelio cilíndrico ciliado. El diagnóstico consistió en un carcinoma papilar en un quiste del conducto tirogloso.

La paciente fue reintervenida practicándose disección radical modificada supraomohioidea bilateral del cuello. El examen microscópico no mostró tumor residual. 15 ganglios linfáticos resultaron negativos para metástasis. No

hubo complicaciones post-operatorias, siendo egresada con hormonoterapia supresiva. A los 4 años de operada se encuentra libre de enfermedad.

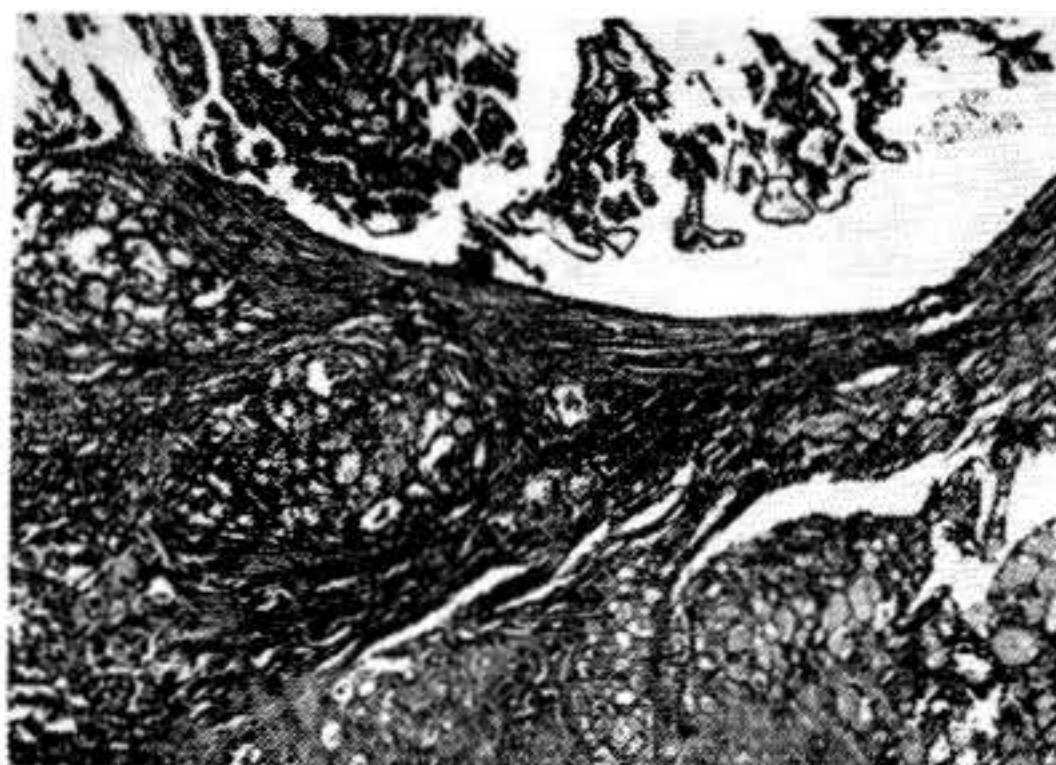


Fig. 1 - Quiste tirogloso con estructuras papilares. La pared se encuentra infiltrada por células tumorales de arquitectura folicular. H & E. 100 X.



Fig. 2 - Estructuras papilares y folículos. Algunas de las células muestran la característica típica del carcinoma papilar de la glándula tiroides H & E. 250 X.

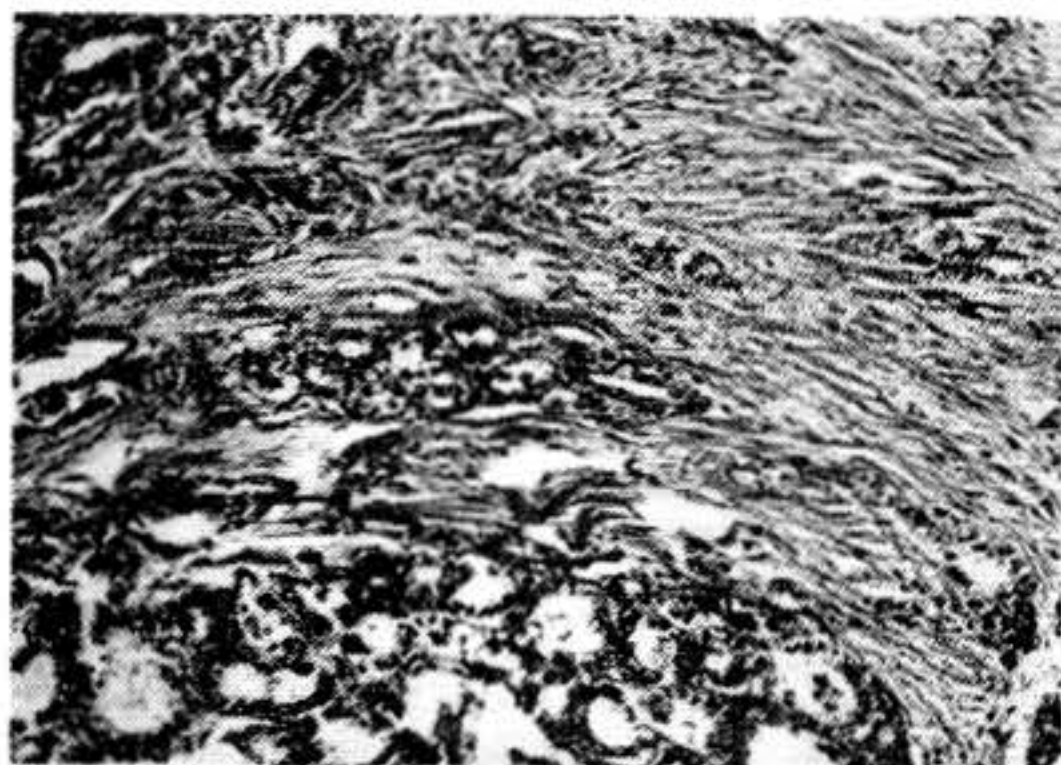


Fig. 3 - Pared del quiste infiltrada por células tumorales. H & E. 250 X.

DISCUSION

Embriología

La glándula tiroides es la primera estructura endocrina en aparecer y ocurre como una protuberancia en la base del extremo cefálico del tubo embrionario hacia la tercera semana de gestación cuando el embrión mide tan solo 2,0-4,0 mm de largo (2,29). El tracto desciende a lo largo de la línea media anterior del cuello siguiendo el descenso del septum transversum y el corazón siendo atrapado por el hueso hioides, y alcanza su ubicación definitiva a las siete semanas aproximadamente (1,9). Esta relación tan estrecha y constante es muy importante durante la cirugía.

El conducto tirogloso formado es una conexión hueca que posteriormente se solidifica entre la tiroides primitiva y el foramen caecum de la lengua. El tejido tiroideo ectópico puede encontrarse en cualquier parte de este conducto, y un quiste o fístula puede formarse si el epitelio persiste (2,13). El extremo distal permanece en aproximadamente un 25-50% de la población y se conoce como el lóbulo piramidal de la glándula tiroides, lo que representa el remanente más común del conducto tirogloso (10,29). La tiroides lingual es un término restringido para aquellos casos en los cuales la glándula tiroides no desciende durante el crecimiento fetal.

Histología:

El recubrimiento epitelial de los remanentes puede variar desde columnar simple hasta diferentes grados de transición de epitelio escamoso. El más común es el escamoso estratificado seguido del ciliado columnar pseudo-estratificado (1,6,9,10,23,24,25,29,30,31,32). Otros posibles componentes pueden ser: 1. Glándulas mucosas de tipo salival (1,30,31). 2. Cuerpos de psammoma o calcosferitas (6,10,14,23,24). 3. Infiltrados de células mononucleares (9,10,21,29,32). 4. Tejido tiroideo ectópico (10,19,21,24,30,31).

Las glándulas submucosas y los folículos capilares raramente se encuentran en estos remanentes, sin embargo son comunes luego del drenaje espontáneo de un absceso (29,30,31) Baghavan y Trail (1,32) excluyen automáticamente el diagnóstico de un remanente tirogloso cuando dichas estructuras están presentes.

Aún cuando en 1963 Judd (11) afirmó que menos del 2% de los conductos tiroglosos contenían tejido tiroideo, esta revisión muestra que la incidencia es de aproximadamente un 50%. Otros autores lo han encontrado en 5-62% de sus pacientes, dependiendo de la minuciosidad del examen del tejido que rodea al remanente (10,13,17,30). Es necesaria la identificación de folículos tiroideos dentro del remanente para hacer el diagnóstico definitivo de remanente del conducto tirogloso (9,24,33).

Características Clínicas:

La mayoría de los quistes del conducto tirogloso se descubren durante la niñez, 65% se diagnostican antes de los 20 años y 50% después de los 10 años (29). La

mayoría de los trastornos tiroideos predominan en las mujeres, pero la incidencia en estos remanentes es igual para ambos sexos (29).

La incidencia de cáncer en los remanentes es mayor en la tercera década (21%). La edad promedio fue 39,6 años, oscilando entre 6,5 (4) y 84 años (19). En un 4% de los casos la edad no estaba disponible. La incidencia fue mayor en las mujeres 1,7:1, con un pico entre los 30 y 40 años (27%); mientras que en los hombres fue entre los 60 y 70 años (26%).

El tamaño del tumor varió entre 1 y 12 cm, sólo 2,4% de ellos sobrepasaron los 7 cm, y el 67% no llegó a los 5 cm, lo que resulta similar a la serie reportada por Judd (11). La mayoría de los pacientes se presentaron con un tumor no doloroso de larga evolución.

El aumento súbito del tamaño del tumor no es indicativo de malignidad, ya que este síntoma es común asociado a infecciones agudas como por ejemplo: resfriado común, amigdalitis, parotiditis, sarampión y tosferina (1,9).

La radiación externa del cuello o mediastino durante la infancia ha sido relacionada con el desarrollo de cáncer tiroideo. Sólo en dos casos de carcinoma del conducto tirogloso fue positivo este antecedente (28).

El carácter maligno de estos tumores raramente se sospechó antes de la operación. Hasta el presente no existe un método confiable para diagnosticarlo; sin embargo, la citología con aguja fina (3,15,22,33) y la tomografía axial computarizada (25) pueden ser instrumentos de gran ayuda.

Hallazgos Patológicos:

Setenta y nueve por ciento (79%) fueron adenocarcinomas papilares puros, 9% presentaron una mezcla papilar-folicular, 7,3% escamosos, 1,6% foliculares, y 0,6% fueron carcinomas anaplásicos. Tres de los casos no fueron bien descritos y por lo tanto no pudieron ser clasificados debidamente. El carcinoma medular es el único tipo de carcinoma tiroideo que no ha sido descrito en los remanentes tiroglosos, debido a que las células parafoliculares (células C) tienen su origen embriológico en los cuerpos ultimobranciales provenientes del cuarto saco faríngeo (2,29), mientras que el resto de la glándula tiroides proviene del primer saco faríngeo.

El hallazgo de un porcentaje mayor (79%) de carcinoma papilar en los remanentes comparado con el de la glándula tiroides (50%), se explica parcialmente por la ausencia de los carcinomas medulares (10%) en estas estructuras. La incidencia del carcinoma folicular es casi igual, y el carcinoma anaplásico es 10-15 veces menos común en los remanentes del conducto tirogloso.

Existe la teoría de que los carcinomas anaplásicos se desarrollan frecuentemente en personas adultas en carcinomas bien diferenciados. Debido a que la mayoría de los tumores del conducto tirogloso se extirpan en per-

sonas jóvenes, estos tumores se encuentran bien diferenciados, no habiendo alcanzado una configuración anaplásica (19).

El carcinoma de células escamosas se encuentra en menos del 1% de los cánceres de la tiroides y en 7% de los tumores del conducto tirogloso. Esta diferencia se explica claramente por el componente epitelial de estos últimos. Mobini y White (16,34) proponen cuatro criterios para confirmar el origen de un carcinoma de célula escamosa en un remanente del conducto tirogloso: 1. Ausencia de continuidad con la glándula tiroides. 2. El carcinoma escamoso debe provenir directamente de la pared del quiste tirogloso. 3. Debe demostrarse la transición epitelial del conducto o quiste con el tumor. 4. Excluir otras áreas de probables primarios como: laringe, epiglotis, base de la lengua, y vallécula. Los nueve casos aquí estudiados cumplían con dichos criterios.

El origen de los carcinomas como primarios de los remanentes del conducto tirogloso han sido refutados y algunos autores opinan que se originan de la glándula tiroides (11,20) Cuando se encuentra cáncer tanto en la glándula tiroides como en el remanente del conducto tirogloso, puede interpretarse como un carcinoma primario de la glándula tiroides con metástasis en el remanente del conducto tirogloso; como un carcinoma primario del remanente de conducto tirogloso con metástasis en la glándula tiroides, o como dos focos primarios independientes.

En esta revisión, la información de la glándula tiroides no estuvo disponible en 39 casos. De los 124 casos, 46 (37%) glándulas fueron normales, ya fuese por examen físico, gammagrama o macroscópicamente durante la operación. De las 39 glándulas (31% que fueron total o parcialmente extirpadas, sólo cinco (5%) resultaron malignas (cuatro papilares y una folicular). Se observaron otros cambios como adenomas, tiroiditis y bocio nodular difuso en cuatro pacientes. Las situaciones que favorecen la teoría de origen primario del carcinoma en los remanentes del conducto tirogloso son: 1. Presencia de carcinoma escamoso, pues éste es raramente encontrado en la glándula tiroides. 2. Ausencia casi total de carcinoma simultáneo en la glándula tiroides. 3. Presencia de remanentes tiroglosos típicos en asociación con epitelio tiroideo.

Tratamiento:

En 4% de los pacientes, la información acerca del tratamiento del carcinoma tirogloso no estaba disponible, y en un solo paciente el diagnóstico se hizo en la autopsia (8) 32% fueron sometidos a la operación de Sistrunk solamente (26,27), y 5,6% a una escisión local primaria como único tratamiento. Hubo procedimientos asociados (35% con Sistrunk, y 21% con escisión local) tales como: linfadenectomía, extirpación del cartilago tiroides, tiroidectomía, extirpación de músculo, escisión de la piel, esofagoplastia, extirpación de recidivas locales, laringectomía, radiación externa, Iodo radioactivo y quimioterapia, ya sean en uno o múltiples procedimientos. Hubo 15 recu-

rrencias locales en nueve pacientes que respondieron primariamente a escisión local. Un carcinoma escamoso recurrente fue extirpado cuatro veces en un paciente, y uno papilar dos veces en otro.

A treinta y siete pacientes (37%) se les practicó linfadenectomía, de los cuales 53% resultaron positivos principalmente de la variedad papilar. Estas fueron realizadas generalmente cuando existían ganglios linfáticos sospechosos y no como profilaxis, lo que indica que el porcentaje real de ganglios positivos es probablemente mayor que el reportado. Las metástasis en el pulmón o hígado fueron infrecuentes (menos del 1% de los casos) (10,12). No hubo evidencia de tumor tiroideo en 88,5% de los casos con ganglios linfáticos positivos, lo cual apoya la teoría del origen primario en el remanente tirogloso.

Prognosis y seguimiento:

La tasa de mortalidad directamente relacionada con la enfermedad metastásica fue de 3% (2 carcinomas escamosos, 1 papilar y 1 anaplásico). Ocurrieron 6 muertes 3 de ellas en el postoperatorio debido a shock y uremia (1), edema cerebral (12), y arritmia cardíaca (1); otros 2 pacientes fallecieron varios años después debido a hemorragia cerebral y leucemia respectivamente (9). Se desconoce la causa de uno (8).

El seguimiento promedio fue 4,1 años, oscilando entre 2 meses y 21 años. 54% de los pacientes se siguieron por menos de 5 años, 17% de 5 a 9 años y 14% por 10 años o más. No hubo datos de seguimiento disponibles en 15% de los pacientes.

La tasa de supervivencia de 5 y 10 años fue 83% y 63% respectivamente; sin embargo, estas pueden ser parcialmente inexactas puesto que 78 de los 124 casos no fueron seguidos adecuadamente, o no estuvieron disponibles en la literatura. La tasa de supervivencia de 5 años en los pacientes con ganglios positivos fue de 70%.

Recomendaciones para su manejo:

El desarrollo de un enfoque racional en el control del carcinoma tirogloso papilar y folicular está basado en la observación de su crecimiento lento, el cual puede tardar hasta 20 años antes de producir signos y síntomas significantes.

Debido a la insuficiencia de casos reportados, y la variedad de modalidades de tratamiento, resulta imposible determinar el mejor método para este tumor; sin embargo, se pueden hacer recomendaciones para optimizar su manejo.

El tumor se debe extirpar por medio del procedimiento de Sistrunk (26,27) y realizar una biopsia peroperatoria. En caso de encontrar un carcinoma papilar o folicular localizado, con una glándula tiroides normal macroscópicamente o por radioisótopos, ganglios linfáticos negativos, y radiografía de tórax normal, la herida debe cerrarse y administrar hormonoterapia supresiva para bloquear la TSH

CARCINOMA DEL CONDUCTO TIROGLOSO

así como lo recomendó Crile en 1966 para el cáncer tiroideo (5). El paciente debe ser reevaluado periódicamente en busca de nódulos tiroideos o crecimiento de los ganglios linfáticos. No creemos que la tiroidectomía de rutina es necesaria, a menos que exista un tumor tiroideo. Es probable que la enfermedad metastásica no palpable al momento de la operación permanezca localizada y continúe con un ritmo "benigno" durante años. La linfadenectomía radical profiláctica no está indicada (18), y podrá realizarse cuando los ganglios sean palpables.

Si después de extirpada la lesión el corte congelado muestra evidencias de infiltración en la pared del quiste, se requiere una escisión más amplia para remover el posible tumor residual en el tejido circundante. Existe la controversia de si practicar o no la linfadenectomía profiláctica en esta etapa.

Si hay ganglios linfáticos positivos, debe realizarse una disección radical modificada del cuello, conservando el músculo esternocleidomastoideo, la vena yugular y el nervio espinal accesorio; sin embargo, debido a la larga expectativa de vida de estos tumores con ganglios positivos, puede discutirse una extirpación menos radical.

La terapia adjuvante para los carcinomas anaplásicos y escamosos está aún menos clara. A pesar de que los resultados con el uso de radiación externa en otros órganos ha sido favorable, este instrumento terapéutico no ha sido valorado en el carcinoma del conducto tirogloso, excepto en aquellos pacientes con enfermedad extensa o inoperables (7).

El yodo radioactivo (131I) debe reservarse para aquellos pacientes con enfermedad metastásica o inoperables (18).

No parece haber diferencia significativa entre la conducta biológica de un carcinoma proveniente del remanente del conducto tirogloso y el de la glándula tiroidea.

En general, la supervivencia y pronóstico ha sido muy favorable con carcinomas papilares y papilares mixtos (especialmente si se diagnostica accidentalmente en el momento de la operación); la morbilidad y mortalidad relacionada con carcinomas anaplásicos y escamosos permanece alta, como esperada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Bhagavan, B. S.; Govindarao, D. R.; Weinberg, T.- Carcinoma of Thyroglossal duct cyst: Case reports and review of the literature. *Surg.* 67:281-92, 1970.
- 2 Blauk, S.- Surgical anatomy of the thyroid gland In: Nyhus L. M. and Baker, R. J. *Mastery of Surgery*. Boston-Toronto: Little brown and Company, 1,23:159-67, 1984.
- 3 Chobaut, J. C.; Giacchero, P.- Le problème de la dégénérescence maligne des reliquats du tractus Thyroglasse. *J. Fr. Otorhinolaryngol.* 33:437-42, 1984.
- 4 Clute, H. M.; Cattel, R. B.- Thyroglossal cyts and sinuses. *Ann. Surg.* 92:57, 1930.
- 5 Crile, G.- Endocrine dependency of Papillary Carcinomas of the Thyroid. *JAMA* 195:721, 1966.
- 6 Gullford, F. T.; Hill, J. H.; Ryden, S. E.- Pathologic quiz case 1: Papillary Carcinoma in a Thyroglossal duct cyst. *Arch. Otolaryngol.* 103:306-8, 1977.
- 7 Hans, S. S.; Lee, P. T.; Proctor, B.- Carcinoma arising in thyroglossal duct remnants. *Am. Surg.* 42:774-7, 1976.
- 8 Hill, P. P.- Papillary carcinoma arising in thyroglossal tract. *Can. Med. Assoc. J.* 85:791, 1961.
- 9 Jaques, D. A.; Chambers, R. G.; Oertel, J. E.- Thyroglossal tract carcinoma. A review of the literature and addition of eighteen cases. *Am. J. Surg.* 120:439-46, 1970.
- 10 Joseph, T. J.; Komorowski, R. A.- Thyroglossal duct carcinoma. *Hum. Pathol.* 6:717-29, 1975.
- 11 Judd, E. S.- Thyroglossal duct cyts and sinuses. *Surg. Clin. North. Am.* 43:1023-1032, 1963.
- 12 Keeling, J. H.; Ochener, A.- Carcinoma in thyroglossal duct remnants. *Cancer* 12:596, 1959.
- 13 Livolsi, V. A.; Perzin, K. H.; Savetsky, L.- Carcinoma arising in median ectopic thyroid (including Thyroglossal duct tissue). *Cancer* 34:1303-15, 1974.
- 14 Lui, A. H. P.; Litter, E. R.- Thyroid carcinoma originating in Thyroglossal cyst: Report of a case. *Am. Surg.* 36:546-8, 1970.
- 15 Magsalin, R.; Diener, C.; Jawadi, H.- Thyroglossal cyst Carcinoma: A case report and review of the literature. *J. Kans Med. Soc.* 83:426-7, 1982.
- 16 Mobini, J.; Krouse, T. B.; Klinghoffer, J. F.- Squamous cell Carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. *Am. Surg.* 40:290-4, 1974.
- 17 Moulik, B. K.; Prakash, A.; Kumar, V.; Sampath A.- Carcinoma of the thyroglossal duct remnants: Case report and review of the literature. *Am. Surg.* 40:249-52, 1974.
- 18 Nathanson, S.- Carcinoma in Thyroglossal duct cysts. *Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol.* 82:571-5, 1976.
- 19 Nussbaum, M.; Buchwald, R. P.; Ribner, A.; Mori, K.; Litwins, J.- Anaplastic carcinoma arising from median ectopic Thyroid (Thyroglossal duct remnant). *Cancer* 48:2724-8, 1981.
- 20 Nuttal, F. Q.- Cystic metastasis from Papillary Adenocarcinoma of the Thyroid with comments concerning carcinoma associated with Thyroglossal remnants. *Am. J. Surg.* 109:500-5, 1965.
- 21 Owen, H. R.; Ingelby, H.- Carcinoma of the thyroglossal duct. *Ann. Surg.* 85:132-6, 1927.
- 22 Page, C. P.; Kemmerer, W. T.; Haff, R. G.; Mazzaferri, E. L.- Thyroid carcinomas arising in thyroglossal ducts. *Ann Surg.* 180:799-803, 1974.
- 23 Ranadive, N. V.; Shroff, C. P.- Thyroglossal cyst (A clinico-pathological evaluation with special reference to its malignant potential). *J. Postgrad Med.* 30:175-8, 1984.
- 24 Roses, D. F.; Snively, S. L.; Phelps, R. G.; Cohen, N.; Blum, M.- Carcinoma of the thyroglossal duct. *Am. J. Surg.* 140:266-9, 1983.

RAFAEL M. BELLOSO C. y Cols.

- 25 Silverman, P. M.; Degeys, G. E.; Ferguson, B. J.; Bierre, A. R.- Papillary carcinoma in a thyroglossal duct cyst: CT findings. *J. Comput. Assist. Tomogr.* 9:806-8, 1985.
- 26 Sistrunk, W. E.- Technique of removal of cysts and sinuses of the thyroglossal duct. *Surg. Gynecol. Obstet.* 46:109-12, 1920.
- 27 Sistrunk, W. E.- The surgical treatment of cysts of the thyroglossal tract. *Ann. Surg.* 71:121-2, 1920.
- 28 Sohn, N.; Gumpport, S. L.; Blum, M.- Thyroglossal duct carcinoma. *N. Y. State J. Med.* 74:2904-5, 1974.
- 29 Soper, R. T.- Cyst and sinuses of the neck. In: Ravitch, M. M.; Welch, K. J.; Benson, C. D.; Aberdeen, E.; Randolph, J. G. - *Pediatric Surgery*. Chicago-London. Year Book Medical publisher Inc. 1: 374-85, 1974.
- 30 Stone, A. R.-; Miln, D. C.- Thyroglossal cyst carcinoma. Case presentation and a review of normal thyroglossal cysts. *Br J. Clin. Pract.* 32:233-7, 1978.
- 31 Telander, R. L.- Thyroglossal duct cysts and branchial cleft anomalies. In: Nyhus, L. M. and Baker, R. J. - *Mastery of Surgery*. Boston-Toronto: Little brown and Company. 1:131-6, 1984.
- 32 Trail, M. L.; Zeringue, G. P.; Chicola, J. P.- Carcinoma in thyroglossal duct remnants. *Laryngoscope* 87:1685-91, 1977.
- 33 Villet, W. T.; Kemp, C. B.- Thyroglossal duct carcinoma. A case report and review of the literature. *S Afr Med. J.* 60: 795-6, 1981.
- 34 White, I. L.; Talbert, W. M.- Squamous cell Carcinoma arising in the Thyroglossal duct remnant cyst epithelium. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 90:25-31, 1982.

Obstrucción Intestinal Baja por Tricobezoar

Dra. María de Lourdes Briceño P. *
Dr. Javier Cebrian P. **
Dr. Nelson Dellan P. ***
Dr. Ricardo Blanch ****

RESUMEN

Los bezoares son formaciones de material extraño al organismo en el estómago o intestino del hombre o animales. Pueden estar formados por pelos (tricobezoar) o por frutos (fitobezoar), siendo los primeros los más comunes (55% de los casos). En la mayoría de los casos, los tricobezoares se encuentran confinados sólo al estómago, pero ocasionalmente, pueden presentar una cola que se extiende hasta el duodeno. También raramente pueden fragmentarse y ser causa de obstrucción intestinal.

Presentamos a continuación la experiencia personal con dos casos de obstrucción intestinal debida a tricobezoar, el primero de los cuales es un caso hasta ahora no encontrado en la literatura.

SUMMARY

The bezoars consist on formations of foreign material in the stomach or intestines of men or animals. They can be made out of hair (trichobezoars) or fruits (fitobezoars), the first ones being the most common (55% of all cases). Usually, the trichobezoars are confined solely to the stomach, but occasionally they can develop a tail wich extends down to the duodenum. Seldomly the can be fragmented and be the cause of an intestinal obstruction.

Following we will present our personal experience on two cases of intestinal obstruction due to trichobezoars, the first one hasn't been described on the literature until now.

Palabras Claves: Obstrucción Intestinal.
Abdomen Agudo.

REPORTE DE LOS CASOS

Caso 1

Se trata de un paciente masculino de 60 años, que ingresó al Servicio de Cirugía I del H.U.C. en Febrero de 1984, con una historia previa de 2 años de masa dolorosa en Fosa Iliaca Izquierda, que se acompañaba de disuria y orinas fétidas y que desde un mes antes de su ingreso presentaba además un cuadro febril y neumaturia. Los diagnósticos clínicos de ingreso fueron: 1. Fístula colovesical. 2. Cáncer de Colon izquierdo. 3. H.T.A.. El examen físico reveló una masa en F.I.I. de aproximadamente 6 cms de diámetro, discretamente dolorosa y móvil on sentido transversal. El resto del examen físico a excepción de una H.T.A. leve, fue normal. Los estudios radiológicos de tórax, estómago, duodeno y tránsito intestinal fueron interpretados como normales, así como la endoscopia digestiva superior. La Rx simple de abdomen mostró una imagen de aspecto cálcico en F.I.I. que al colon por enema se apreció como un defecto de llenado de la porción distal del descendente por tumoración parietal de aspecto benigno, así como múltiples divertículos. Se practicó intervención quirúrgica evidenciándose tumor on colon izquierdo de aproximadamente 10 cms, duro y móvil, formando un plastrón perivesical junto con asas delgadas. Se realizó una Hemicolectomía izquierda con anastomosis término-terminal y una colostomía protectora on el transverso con buena evolución postoperatoria. El reporte de Anatomía Patológica fue de un Tricobezoar. Seis semanas después el paciente reingresó y se le practicó un cierre extraperitoneal de su colostomía, egresando tres días más tarde.

Caso 2

Se trata de una niña de 10 años de edad, quien consultó al Centro Ambulatorio de la Guardia (Edo. Nueva

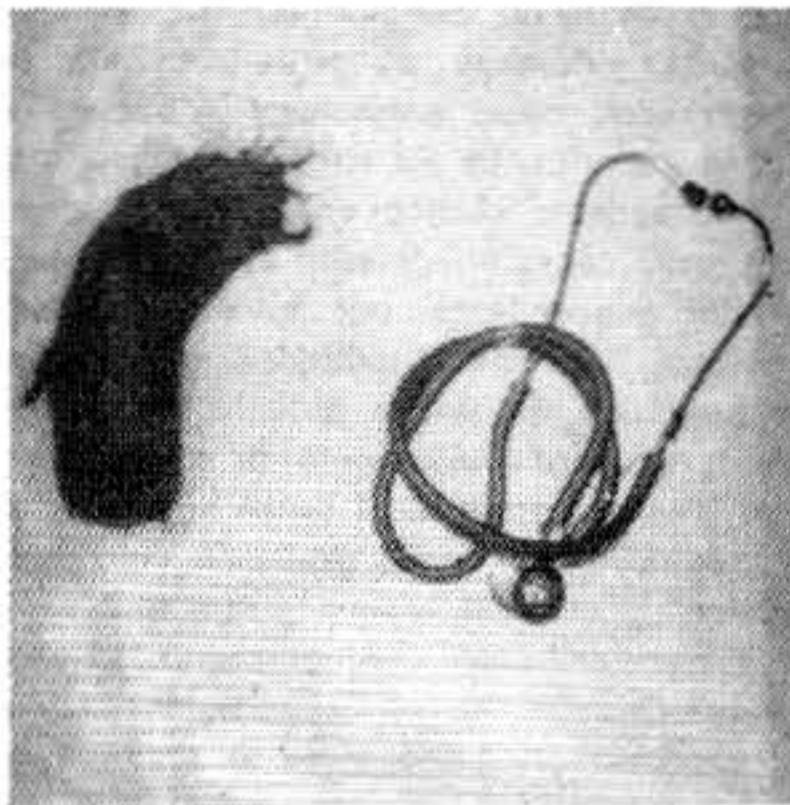
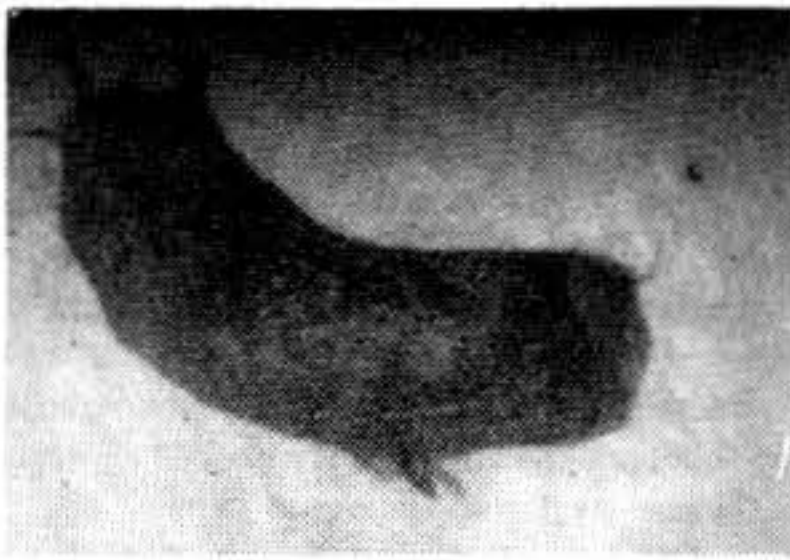
* Residente del Centro Médico de Caracas. Ex-Médico Rural de la Medicatura de La Guardia, Edo. Nueva Esparta, 1988.

** Residente del Servicio de Cirugía I, H.U.C.

*** M.A.S.V.C. Adjunto del Servicio de Cirugía I, H.U.C.

**** M.A.S.V.C. Adjunto del Servicio de Ginecología, H.U.C.

Esparta) en Marzo de 1988 por presentar emesis de contenido alimentario en 3 oportunidades, acompañada de dolor abdominal tipo cólico de 2 días de evolución. El examen físico reveló una masa en epigastrio de aproximadamente 7 x 10 cms, discretamente dolorosa y que tanto a la palpación como a la auscultación presentaba crepitación. Esto hizo sospechar el diagnóstico de tricobezoar gástrico, por lo cual fue referida al Hospital Luis Ortega en Porlamar, donde se confirma el diagnóstico por radiología contrastada. Es intervenida al día siguiente y se le extrae del estómago un tricobezoar de 17 x 7 cms. La paciente presenta una evolución tórpida, con signos de obstrucción intestinal, por lo cual es reintervenida 4 días después y se evidencia la presencia de 2 masas tumorales en ileon y colon transverso, extrayéndose la primera por enterotomía, evidenciándose que se trataba de un nuevo tricobezoar, y llevando la segunda por expresión manual hasta el sigmoideas siendo expulsada por vía rectal 3 días después. Posterior a la reintervención presenta buena evolución y es egresada del Hospital una semana después. (Fotos 1 y 2)



Fotografías del Tricobezoar Gástrico extraído a niña de 10 años de edad (Caso No. 2).

DISCUSION

Más de 200 casos de Tricobezoar se han descrito en la literatura mundial (4), siendo el cuerpo extraño más común localizado en el estómago (6,12). La palabra "bezoar" proviene del árabe "badzehr", de la palabra persa "padzahr" o de la palabra hebrea "beluzaar" que significan todas ellas antídoto. La primera referencia a un bezoar se remonta al siglo XII antes de Cristo en la India, siendo la primera intervención quirúrgica realizada en 1883 por Schonborn (4).

En el humano, los bezoares gástricos ocurren por la ingestión de objetos que no pasan el píloro, como el pelo, plástico, algodón, o fibras vegetales ingeridas en grandes cantidades. Entre los factores etiológicos que se describen en la formación de los bezoares gástricos están todos aquellos que retardan el vaciamiento gástrico como la cirugía gástrica, la enfermedad Ulcero-péptica y la hipoclorhidria (12), la gastroparesia de la diabetes (1) y el hipotiroidismo (2) y, recientemente, se ha identificado una asociación con el uso prolongado de Cimetidina (2, 11) y con la deficiencia de hierro (8).

Los tricobezoares están confinados generalmente al estómago, pero ocasionalmente pueden tener una cola que se extiende a través del píloro hasta el duodeno (13) aún cuando se han descrito casos inusuales, en los cuales se extiende por todo el intestino lo que se ha llamado Síndrome Rapunzel (3). También pueden desprenderse masas satélites y migrar hasta el intestino delgado produciendo obstrucción (5,10) siendo esta la complicación más frecuente de los tricobezoares. Adicionalmente pueden producir sangramiento, perforación, enteropatía perdedora de proteínas, esteatorrea, pancreatitis, intususcepción, apendicitis e ictericia obstructiva (13,10).

El 80% de los casos ocurren antes de los 30 años, con un pico en la segunda década de la vida, siendo muy raros en niños. Más del 90% se han reportado en mujeres, particularmente aquellas con el pelo largo, siendo común un disturbio psicológico de base (7). Los signos y síntomas comunes incluyen dolor epigástrico, náuseas, vómitos, cólicos, masa palpable en epigastrio, pérdida de peso, diarrea, hematemesis o peritonitis por perforación del estómago por la masa (4,5,7). Recientemente se ha reportado un nuevo signo que es la crepitación de la masa epigástrica al palparla.

El diagnóstico se hace por clínica, al sospecharlo en un paciente con tricotilomania y/o tricofacia, por radiología, con una certeza diagnóstica del 70% o por Endoscopia (4).

Desde el punto de vista terapéutico, aún cuando se han descrito casos de extracción de bezoares a través de aspiración, o del uso de enzimas para disolver los mismos (2,11) la mayoría de los autores sostienen que el método de elección es la extracción quirúrgica del mismo (4,2, 13, 11). Se han descrito casos que incluso han requerido múltiples intervenciones (3).

CONCLUSIONES

Presentamos nuestra experiencia personal con dos casos de Tricobezoar que llaman la atención por sus características particulares e infrecuentes.

En ambos casos se encontraron bezoares en el colon, siendo en uno de ellos la única manifestación de dicha enfermedad, lo cual le confiere una particularidad hasta los momentos no encontrada en la literatura, ya que en todos los casos reportados en la literatura anteriormente había además un Tricobezoar gástrico; y, además se trataba de un varón de 60 años que como sabemos no es el sexo ni el grupo etario donde esperaríamos encontrar dicha patología.

En cuanto al caso No. 2 llama la atención la magnitud de la pieza de Tricobezoar gástrico, asintomática hasta el día en que la paciente consultó y que para el momento del examen, a pesar de los antecedentes de Tricotilomanía, no se apreciaron áreas de alopecia en cuero cabelludo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Ahn, Y. H.; Maturu, P.; Steinheber, F. U.; Goldman, J. M.- Association of Diabetes Mellitus with gastric bezoar formation. Arch. Intern. Med. 147:527-8, 1987.
- 2 Allred-Crouch, A.; Young, E. A.- Bezoars-When the Knot in the stomach is real. Postgr. Med. 73:231-5, 1985.
- 3 Booth, I. W.; Harries, J. T.; Glaser, D. K.; Graham, F. J.- Multiple trichobezoars and laparatomies. J. Royal Society Med. 74:691-2, 1981.
- 4 Deslypere, J. P.; Praet, M.; Verdonck, G.- An unusual case of Trichobezoar: The Rapunzel Syndrome. Am. J. Gastroenterol. 77:467-70, 1982.
- 5 Goldstein, S. S.; Lewis, J. H.; Rothstein, R.- Intestinal Obstruction due to Bezoars. Am. J. Gastroenterol. 79:313-8, 1984.
- 6 Klamer, T. W.; Max, M. H.- Recurrent Gastric Bezoars. A new approach to treatment and prevention. Am. J. Surg. 145:417-9, 1983.
- 7 Lamerton, A. J.- Trichobezoars: two cases reports. A new Physical sign. Am. J. Gastroenterol. 79:354-6, 1984.
- 8 Mc Geheer, F. T.; Buchanan, G. R.- Trichophagia and Trichobezoar: etiologist role of iron deficiency. J. Pediatr. 97:946-8, 1980.
- 9 Ritchie, J. F.- The ultrasonographic appearance of a Trichobezoar. Br. J. Radiol. 55:166-7, 1982.
- 10 Rees, M.- Intussusception caused by multiple trichobezoars: a surgical trap for the unwary. Br. J. Surg. 71:721, 1984.
- 11 Rider, J. A.; Foresti-Lorente, R. F.; Garrido, J.; Puletti, E.; Rider, D. L.- Gastric Bezoars: treatment and prevention. Am. J. Gastroenterol. 79:357-9, 1984.
- 12 Scully, R. F.; Dabini, J. J.- Case Records of the Massachusetts General Hospital. New England J. Med. 298:1301-7, 1978.
- 13 Wolfson, P. J.; Fabius, R. J.; Leibowitz, A. N.- The Rapunzel Syndrome: an unusual trichobezoar. Am. J. Gastroenterol. 79:313-8, 1984.

CARTA ENVIADA A LA REVISTA CENTRO MEDICO
POR LA ASOCIACION VENEZOLANA DEL RIÑON Y TRASPLANTE DE ORGANOS

"PARA QUE ME RECUERDEN"

El día llegará en el que mi cuerpo yacerá sobre una sábana blanca cuidadosamente remetida debajo de las cuatro esquinas de un colchón situado en un hospital muy atareado con los vivos y los moribundos. En cierto momento un doctor determinará que mi cerebro ha cesado de funcionar y que, para todas las intenciones y propósitos, mi vida se ha detenido.

Cuando eso suceda, no intenten infundir vida artificial en mi cuerpo mediante el uso de alguna máquina. Y no llamen a éste mi lecho de muerte. Más bien llámenlo El Lecho de Vida y tomen mi cuerpo de él para ayudar a otros a llevar una mejor vida. Dénle mi vista a un hombre que nunca haya visto un amanecer, el rostro de un bebé o el amor en los ojos de una mujer. Dénle mi corazón a una persona a la cual el suyo propio le faile. Dénle mi sangre al adolescente que fue salvado de las ruinas de su automóvil, para que pueda vivir y ver a sus nietos jugar. Dénle mis riñones a ése que depende de una máquina para poder existir semana a semana. Tomen mis huesos, cada músculo, cada fibra y nervio de mi cuerpo para encontrar una manera de hacer caminar a un niño inválido. Exploren cada recodo de mi cerebro. Tomen mis células, si es necesario, y déjenlas crecer para que, algún día, un niño mudo pueda gritar al crujido de un bate y una niña sorda pueda oír el sonido de la lluvia contra su ventana. Quemem lo que resta de mí y esparzan las cenizas al viento para ayudar a las flores crecer. Y si deben enterrar algo, dejen que sean mis defectos, mis debilidades y todos mis prejuicios en contra de mis semejantes.

Dénle mis pecados al diablo, mi alma a Dios, y si por algún motivo desean recordarme, háganlo con una palabra o acción generosa para con alguien que la necesite.

Si hacen todo lo que les he pedido, yo viviré para siempre.

Robert N. Test
CINCINNATI POST

ASOCIACION VENEZOLANA DEL RIÑON Y TRASPLANTE DE ORGANOS

Qta. Paradero, Ave. San Gabriel - Urb. El Avila, La Florida - Caracas 1050

Apartado 61402 — Caracas 1060-A

Teléfonos: 74.30.50 - 74.23.87 - 74.96.34 - 74.31.68

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.

