

# 71

VOLUMEN XXI

# centro médico

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

- CANCER DE LA PIEL, ESTUDIO ANALITICO DE 120 CASOS

Dres. Juan Godayol Rovira  
y José María Rodríguez

- OPERACIONES GINECOLOGICAS EN EL HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS DURANTE 1979

Dr. Oscar Agüero

- ANILLO MITRAL CALCIFICADO, CONFIRMACION ECOCARDIOGRAFICA DE UNA ENTIDAD A MENUDO NO SOSPECHADA CLINICAMENTE

Lic. Elizabeth Sivocrynsky, Dr. Harry Acquatella  
y Dr. José Miguel López Antonini

- TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA FISURA ANAL

Dres. Pedro Morgado, Virgilio Torrealba  
y Dra. Yvonne Bayeh

- LAS BASES EXPERIMENTALES DEL TRANSPLANTE CARDIACO

Norman E. Shumway



ENERO

1982

SUMARIO COMPLETO EN LA PRIMERA PAGINA



ITURBE HÑOS. C.A.

**Representantes Exclusivos de:**



**fabricantes de**

**TERMOGRAFOS DE PLACAS**

**' T H E R M O D E T E C T '**

**Para detección del cáncer en las glándulas mamarias**

**y**

**CONTROLADORES DE TEMPERATURA**

**' T H E R M O F R O N T '**

**Para medir la temperatura humana**

**Paseo de Los Ilustres - Edif. RADS - Local "B"**

**Frente a la Universidad - Los Chaguaramos**

**Teléfonos: 662.30.33 - 662.31.47**

**Caracas - Venezuela**



**71** Vol. XXI

**CUERPO DIRECTIVO:**

Director-Jefe de Redacción:  
Dr. Federico Fernandez  
Palazzi

Administrador-Editor:  
Francisco Solé Pujol

**Comité de Redacción:**

Dres. Armando M. Vegas  
Jerry Avella  
Jorge Murillo  
Itic Zighelboim  
Víctor Padula

**JUNTA DIRECTIVA  
DE LA SOCIEDAD  
MEDICA:**

Presidente:  
Dr. Oscar Agüero

Vice-Presidente:  
Dr. Irving Peña

Secretario:  
Dr. Gustavo Baquero A.

Tesorero:  
Dr. Manuel G. Blanco

Vocal:  
Dr. Rafael Lander

**Dirección:**  
Centro Médico de Caracas,  
Plaza del Estanque,  
San Bernardino, Caracas  
Teléfono: 52.22.22  
(cuarenta líneas)

**Frecuencia, reparto y canje:**

Se publica cada cuatro meses: ENERO, MAYO y SEPTIEMBRE de cada año. Se reparte gratuitamente. Solicitamos canjes con toda revista o publicaciones periódicas de ciencias médicas, cualquiera que sea el idioma en que esté impresa.

Impreso en Venezuela por:  
Di-Gráfica GOMEZ  
Telf. 561.6799 - Caracas

Vol. XXI No. 71 - En. 1982

# centro médico

VOL. XXI No. 71 — ENERO 1982

PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD MEDICA  
DEL HOSPITAL PRIVADO  
"CENTRO MEDICO DE CARACAS"

Esta Revista sustituyó al anterior Organó Científico Divulgativo de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas", que se tituló:

## PUBLICACIONES *del* CENTRO MEDICO *de* CARACAS

y del cual se publicaron 18 números hasta Junio de 1963

### S U M A R I O

- Editorial  
Dres. Jorge Murillo y Federico Fernández Palazzi 1
- Cáncer de la Piel, Estudio Analítico de 120 Casos  
Dres. Juan Godayol Rovira y José María Rodríguez 3
- Operaciones Ginecológicas en el Hospital Privado  
Centro Médico de Caracas durante 1979  
Dr. Oscar Agüero 13
- Anillo Mitral Calcificado, Confirmación Ecocardiográfica  
de una Entidad a menudo no sospechada Clínicamente  
Lic. Elizabeth Sivocrynsky, Dr. Harry Acquatella  
y Dr. José Miguel López Antonini 19
- Tratamiento Quirúrgico de la Fisura Anal  
Dres. Pedro Morgado, Virgilio Torrealba  
y Dra. Yvonne Bayeh 27
- Las Bases Experimentales del Transplante Cardíaco  
Norman E. Shumway 33
- Boletín Bibliográfico 37

ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION  
VENEZOLANA  
DE HOSPITALES



AMERICAN  
HOSPITAL  
ASSOCIATION



INTERNATIONAL  
HOSPITAL  
FEDERATION

Celebrando  
25 Años en Venezuela

en la  
**Cresta**

En lo más alto  
de la estimación de los  
Profesionales de Lavandería y Tintorería,  
están los Productos

**Wyandotte**

**LAVANDERIA**

DETERGENTES - INCREMENTADORES  
BLANQUEADORES - NEUTRALIZADORES  
SUAVIZADORES - EMULSIFICANTES  
SUAVIZADORES DE AGUA

**TINTORERIA**

DETERGENTES - PERCLOROETILENO  
DESODORANTE - DESMANCHADORES  
POLVO DE FILTRO (HY - FLO) - CARBON ACTIVO  
FORMULA 33 (PARA CALDERAS)



**Wyandotte**<sup>®</sup>

Tecnología química avanzada  
al servicio de la limpieza.

Desde hace más de 20 años los Profesionales de Tintorería y Lavandería saben que pueden confiar en Wyandotte, porque en Wyandotte no solo elaboramos las más variadas líneas de productos sino que, sobre todo, somos una empresa profesional con una tecnología altamente desarrollada para garantizar siempre la más alta calidad y el mejor servicio.

CARACAS: Teléfonos: 752.00.55 - MARACAIBO, Telfs.: (061) 22.85.52 - 21.26.47  
VALENCIA, Telfs: (41) 21.78.83 - 21.47.98 - PTO. LA CRUZ, Telf: (081) 66.01.59  
PTO. ORDAZ, Telfs: (086) 27.202 - 23.215 - SAN CRISTOBAL, Telf: (076) 43.632

## NORMAS PARA 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, figura 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 blanco. Si se emplea ilustración de otro autor, debe consignarse el consentimiento de éste, o de la casa editorial si fuese un libro.
- 1.6. El autor sufragará los gastos de publicación de las fotos en color, así como los clisés de fotografías y dibujos y las separatas que el 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 campos que han demostrado un gran progreso en los últimos cinco años.
- 2.2. Las revisiones deben seguir los mismos parámetros de publicación, pero no deben excederse de 8 páginas con todo su contenido. No será necesario el resumen.
3. **Presentación de casos clínicos:** Se publicarán únicamente casos de particular interés seguidos de una revisión corta del problema. Se dará preferencia a aquellos casos con comprobación anatomopatológica. El resumen del caso debe ser sucinto, aportando únicamente los datos positivos y negativos pertinentes. No se aceptarán más de 8 páginas incluyendo: presentación, fotografías, revisión y referencias bibliográficas.
4. **Editoriales:** Se aceptarán ensayos de opinión, y tópicos recientes preferiblemente relacionados con artículos originales publicados en la revista o trabajos importantes en la práctica, la ciencia y cultura de la medicina. Los editoriales serán escritos por investigadores y especialistas seleccionados por el Comité de Redacción de la revista.
5. **Noticias médicas y cartas:** Al final de cada número se publicarán anuncios sobre Congresos, Cursos, Simposia y otros eventos de interés general, así como cartas dirigidas al Comité de Redacción.

**Manuscritos:** Deben ser dirigidos al:

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

Los editores no serán responsables por las opiniones individuales expresadas por los autores de los trabajos aceptados.

El Comité de Redacción se reservará el derecho de seleccionar las publicaciones de acuerdo con criterios estrictamente científicos.

El Comité de Redacción, si lo considerase conveniente, someterá los originales a revisión, por especialistas consultantes de nuestra revista.

La Revista CENTRO MEDICO está registrada en:

INDEX MEDICUS LATINOAMERICANO I.M.L.A. (Brasil).

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

## JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA

Dr. Oscar Agüero, Presidente  
Dr. Irving Peña, Vice-Presidente  
Dr. Gustavo Baquero A. Secretario  
Dr. Manuel Guzmán Blanco, Tesorero  
Dr. Rafael Lander, Vocal

Dr. Federico Fernández Palazzi,  
Director de la Revista

## MIEMBROS ACTIVOS

Acevedo, Dr. Feliciano  
Acquatella, Dr. Harry  
Acquatella, Dr. Máximo  
Agüero, Dr. Oscar  
Akermán, Dra. Margarita R. de  
Alvarcz, Dr. Pedro J.  
Andrade Niño, Dr. Rafael  
Andrade Niño, Dra. Zaira de  
Arevalo Lizarraga, Dr. Gastón  
Arreaza Colizza, Dr. Néstor  
Aure Tuene, Dra. Mercedes  
Aure Tulene, Dr. César  
Avella G., Dr. Jerry  
Ayala, Dr. Luis Arturo  
Bacalao Lara, Dr. Pedro  
Bacalao, Dra. Ela Bergher  
Banchs, Dr. Francisco  
Baptista, Dr. Roberto J.  
Baquero A., Dr. Gustavo  
Beauperthuy, Dr. Luis Augusto  
Beker, Dr. Simón  
Bello, Dr. Alexis  
Bencosme, Dr. Rafael  
Berroterán García, Dra. Olga  
Bilbao, Dr. Joseba  
Blanco León, Dr. Jorge  
Blanco Souchón, Dr. Carlos  
Bonilla, Dr. Rodrigo  
Brandt Pacheco, Dr. Francisco  
Brillembourg, Dr. Atilio  
Brito Arreaza, Dr. Víctor  
Burger, Dr. Bruno  
Bustamante Miranda, Dr. Oscar  
Calatrava, Dr. Alonso  
Calvo Lairer, Dr. Alejandro  
Capriles A., Dr. Luis  
Carbonell, Dr. José Antonio  
Cárdenas Conde, Dr. Leopoldo  
Castañón, Dr. Andrés  
Castillo, Dr. Rafael  
Castro Sánchez, Dr. César  
Cifuentes Spinetti, Dr. Bernardo  
Ciobataru de Bendrao, Dra. Silica  
Colina,, Dr. Oscar  
Cova Arria, Dr. Ramón  
Cuenca G. Dr. Hernando  
Cuenca, Dra. Rosa T. Marcano de  
Chalbaud Troconis, Dr. Román  
Daantge. Dr. Ashley  
Díaz R., Dr. Francisco  
Díaz Pantín, Dr. Carlos  
D'Escriban, Dr. Julio C.  
Emmanuelli, Dr. Armando  
Escalona de Ayala, Dra. Livia  
Fantes Kerdel, Dr. Francisco  
Felice S., Dr. José R.  
Fernández Palazzi, Dr. Federico

Francisco, Dr. José  
Garriga Michelena, Dr. Esteban  
García Maldonado, Dr. Enrique  
Godayol Rovira, Dr. Juan  
Goldstein, Dr. Carlos  
Gómez Rojas, Dr. Manuel  
Gómez, Dra. María de los Angeles  
González Serva, Dr. Luis  
González Serva, Dr. Aldo  
González, Dra. Mireya  
González Bevi, Dr. Marco  
Gordils, Dr. Antonio  
Granier, Dr. Marcel  
Gunczler, Dr. Pedro  
Guglielmelli, Dr. Nicola  
Gutiérrez Alfaro, Dr. José J.  
Gutiérrez, Dr. Emersón  
Guzmán Blanco, Dr. Manuel  
Guinand Baldó, Dr. Alberto  
Haick Wulff, Dr. Paul  
Hedderich, Dr. Henrique  
Hedderich, Dr. Hernán  
Hermoso Centeno, Dr. Adán  
Hernández Navarro, Dr. Francisco  
Hernández Olivares, Dr. R.  
Isturiz, Dr. Raúl  
Jacir S., Dr. Alberto J.  
Jacir S., Dr. Alfonso I.  
Jaén, Dr. Rubén  
Jiménez Castillo, Dr. Carlos  
Kizer, Dr. Saúl  
Koelzow Jiménez, Dr. Adolfo  
Krivoy, Dr. Abraham  
Krivoy, Dr. Saúl  
Krulig Schatten, Dr. Eduardo  
Krulig Schatten, Dr. Leopoldo  
Lairer, Dr. Andrés  
Lander, Dr. Rafael  
Lara Díaz, Dr. José  
Leamus, Dr. Luis  
Lecuna, Dr. Vicente  
León, Dr. Eduardo  
Linares Gori, Dr. Jesús  
López, Dr. Leopoldo E.  
López Mendoza, Dr. Roberto  
Lovera, Dr. Ramón E.  
Lozano, Dr. José Ramón  
Lucca Escobar, Dr. Roberto J.  
Machado, Dr. J. Octavio  
Mamán, Dr. Alberto  
Márquez Reverón, Dr. Armando  
Márquez, Dr. David  
Martínez, Dr. Temístocles  
Martínez Herrera, Dr. Roberto  
Martínez Iturriza, Dr. Luis  
Matheus Méndez, Dr. Noé  
Mendoza Alemán, Dr. Carlos D.

Mendoza Blanco, Dr. Milton  
Mijares, Dr. Carlos E.  
Molinos, Dr. Jesús R.  
Montbrun, Dr. Francisco  
Montes de Oca, Dr. Israel  
Morales Rocha, Dr. Julián  
Morales U. Dr. Jesús  
Morgado Nieves, Dr. Pedro  
Morgado,, Dra. Diana Schmilinshy de  
Morales S., Dr. Jorge  
Morales S., Dr. Julián  
Morales, Dra. Yolanda Salazar de  
Morao, Dra. Yudith Vivas de  
Mota Salazar, Dr. A.  
Murillo, Dr. Jorge  
Navarro, Dr. Luis  
Nouel, Dr. Alfredo  
Nuñez R., Dr. Carlos  
Nuñez, Dr. Diego  
Ochoa, Dra. Cristina Solís de  
Ochoa, Dr. José  
O'Daly, Dr. José Antonio  
O'Daly, Dr. Carlos Eduardo  
Olivares, Dr. Douglas  
Padrón Amaré, Dr. José A.  
Páez, Dr. Carlos  
Padula, Dr. Héctor  
Padula, Dr. Víctor  
París, Dr. Alberto Miguel  
Paz Combes, Dr. Guillermo  
Paz, Dr. Otto  
Peña A., Dr. Irving  
Peña, Dra. María T. Hernández de  
Pérez Giménez, Dr. Gustavo  
Pérez Luciani, Dr. Vasco  
Pérez Monteverde, Dr. Armando  
Pérez Rojas, Dr. Manuel  
Pérez Vilchez, Dr. Mario  
Pizarro, Dra. Ivonne de  
Pineda G., Dr. Antonio  
Petit, Dr. Guido  
Petit, Dra. Olivia Aguilar de  
Plaz, Dr. José Francisco

Plaza Castés, Dr. Jaime  
Quintero Muro, Dr. Eduardo  
Quintero Uzcátegui, Dr. Hernán  
Quintero H., Dr. Herán  
Ramírez, Dr. Francisco  
Ramírez Portocarrero, Dr. Guillermo  
Requena, Dr. Alvaro  
Rivas Larralde, Dr. Eduardo  
Rivas S., Dr. José Luis  
Rivero G., Dr. Eduardo  
Rodríguez Escovar, Dr. Rubén  
Rodríguez M., Dr. Carlos  
Rosenthal, Dr. Jacobo  
Rúan Santos, Dr. Hugo  
Russo, Dr. Salomón  
Sanabria, Dr. Tomás  
Sánchez Azopardo, Dr. José A.  
Sánchez N., Dr. Luis  
Sánchez Pacheco, Dr., José R.  
Sánchez Vegas, Dr. Luis  
Scarcioffo, Dr. Pedro  
Sekler, Dra. Eva  
Sierralta, Dr. Asdrúbal  
Soffer, Dra. Mary Zaitzman  
Sosa Tinoco, Dr. Oscar  
Soto Sánchez, Dr. Ramón F.  
Souchón, Dr. Eduardo  
Stolk Mendoza, Dr. Gustavo  
Stopello de Morales, Dra. Gioconda  
Suarez, Dr. José A.  
Sukermán W., Dr. Moisés  
Szauer Troconis, Dr. Jorge  
Torres M., Dr. Guillermo  
Tovar Escobar, Dr. Guillermo  
Trejo Padilla, Dr. Ezequiel  
Troconis, Dr. Orangel  
Troconis, Dr. Carlos Julio  
Valencia Parparcén, Dr. Joel  
Vásquez, Dra. Alicia Sequera de  
Vegas, Dr. Armando Martín  
Velutini, Dr. Luis Alberto  
Zighelboim, Dr. Itic  
Zubillaga, Dr. Rafael

## MIEMBROS ASOCIADOS

Márquez Y., Dr. Francisco J.  
Sánchez Q., Dr. Alvaro  
Fernández de Flores, Dra. Ivonne  
Rondón, Dra. María Luisa de  
Fernández de Segura, Dra. Mirtha  
Sánchez, Dr. William

Benmergui, Dr. Edgar  
Plaza Salas, Dr. Rodrigo  
Rojas, Dr. Jesús  
Iturbe, Dr. José A.  
Terán, Dra. Zully  
Henríquez, Dr. Leonardo



## IN MEMORIAN

Dr. Francisco Herrera Guerrero †  
Dr. Andrés Gutiérrez Solís †  
Dr. Fermín Díaz †  
Dr. Domingo Lucca Romero †  
Dr. Rafael Ernesto López †  
Dr. Pedro A. Gutiérrez Alfaro †  
Dr. Armando Castillo Plaza †(Asociado)  
Dr. H. Castillo Neuman †  
Dr. Rolando Curiel †  
Dr. Juan Pablo Parilli †  
Dr. Juan Colmenares Pacheco †  
Dr. Manuel Morillo Atencio †  
Dr. Ramón A. Mayobre †  
Dr. Jesús Miralles †  
Dr. Félix Lairret, 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. Ricardo Baquero González †  
Dr. Germán Viana Rodríguez †  
Dr. J. Graterol Monserrate †  
Dr. Justiniano Graterol Monserrate †  
Dr. Víctor Baquero A. †  
Dr. José Domingo Leonardi †  
Dr. Ezequiel Trejo Padilla †

## MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Roberto A. Hignson  
Dr. Jorge Soto-Rivera

Dr. Neal Owens



## FABRICA DE LENCERIA Y UNIFORMES

### TODO PARA CLINICAS Y HOSPITALES

#### EQUIPO DE QUIROFANO

Batas cirujano - Pijama cirujano - Pijama instrumentista - Sábanas cerradas  
Sábanas abiertas - Campos cerrados y abiertos - Botas cirujano - Gorros  
y tapabocas - Guanteras - Fundas de Mayo - Lencería hospitalización



MODELO 513-A  
Telas: Gabardina y Poliéster  
Colores: Blanco, azul, beig y otros  
Manga: Corta y larga.



MODELO 426  
Telas: Poliéster  
Colores: Blanco, azul, verde y otros  
Manga: corta.

- Ya no es necesario comprar batas importadas.
- ¡Cuidado con los artículos de dudosa procedencia!
- En Venezuela se producen telas de buena calidad.
- Nosotros le aseguramos la mejor confección.
- Nuestras modelistas trabajan incansablemente, para satisfacer los gustos más exigentes.
- Patriotismo es sinónimo de desarrollo, grandeza e independencia de un país.
- Compra venezolano y harás Patria.

EN EL CENTRO:  
Pele el Ojo a Peligro  
Edif. Golden  
Telfs.: 572.78.13 - 572.47.54

EN EL ESTE:  
Centro Av Libertador  
Av. Libertador, Esq. Negrín  
La Florida - Telf. 72.35.56

## EDITORIAL

La revista "Centro Médico", cumple un nuevo año de su creación, manteniendo una producción ininterrumpida a través del tiempo, con la colaboración científica nacional e internacional. Queremos enfatizar una vez más la importancia de esta publicación, ya que el Hospital Centro Médico de Caracas es la Institución Privada de Asistencia Médica que ha mantenido la mayor tradición y calidad en favor de sus enfermos, situación lograda por su excelente Cuerpo Médico, constituido por más de 250 especialistas altamente calificados en todas las ramas de la Medicina.

La Sociedad Médica del Hospital está desplegando una intensa actividad científica docente de altura, en su ciclo de Conferencias del Programa de Educación Médica Continuada.

El Centro Médico de Caracas se proyecta ampliamente hacia la Comunidad Médica por su gran experiencia médico-asistencial, producto del volumen importante de pacientes que genera. Esta experiencia debe ser difundida en forma efectiva, siendo el vehículo material la Revista "Centro Médico". Como ya hemos dicho, "Centro Médico" fue la primera Revista Venezolana incluida en Index Médico Latinoamericano con sede en Sao Paulo, Brasil, y con orgullo informamos que ya el presente año fue aceptada en la publicación de extractos científicos "Periódica", con sede en Ciudad Méjico, Méjico (Ver CARTAS AL DIRECTOR). Queremos hacer notar que la distribución de la publicación comprende además del territorio Venezolano, países de Centro, Sur América y Europa.

Se han ido cumpliendo las metas, después de vencer las dificultades (principalmente de orden económico) que han causado la desaparición de muchas de nuestras hermanas publicaciones.

Es el propósito del Comité Editorial abrir las páginas de la Revista a los trabajos científicos nacionales y extranjeros, a la vez que agradecer a todos la oportunidad que nos brindaron de divulgar las experiencias científicas de importantes Centros en el país y del exterior.

**Jorge Murillo**

**Federico Fernández Palazzi**

# Suministros Médicos C. A.

---

- APARATOS E INSTRUMENTOS MEDICO-QUIRURGICOS
- MOBILIARIO PARA MEDICOS, CLINICAS Y HOSPITALES
- MATERIAL DESECHABLE
- DISTRIBUIDORES DE LOS ACCESORIOS PARA RAYOS X DE LAS MARCAS HALSEY Y WOLF
- PELICULAS RADIOGRAFICAS Y QUIMICOS "KODAK", REPUESTOS Y SERVICIO TECNICO

---

Avenida Sorocaima, Edificio Los Andes, Local 1-A

Teléfonos: 52.02.82 - 51.55.82

San Bernardino - Caracas

## CANCER DE LA PIEL ESTUDIO ANALITICO DE 120 CASOS

Juan Godayol Rovira \*

José María Rodríguez \*\*

### I INTRODUCCION

El presente trabajo se efectúa a consecuencia de haber tratado en el Hospital Centro Médico de Caracas un caso de carcinoma epidermoide que estaba ubicado en una cicatriz queiloidea a consecuencia de una quemadura recibida durante la Guerra Civil Española, o sea, 35 años antes. Dicha lesión tenía unos 25 cms. de diámetro y estaba situada sobre la piel de la región glútea derecha. En la bibliografía nacional consultada no se encontró carcinoma epidermoide de la piel tan extenso. (6-10-14-17).

Esto motivó a efectuar un estudio analítico de las lesiones malignas de la piel en nuestro medio y analizar comparativamente los resultados con las encuestas extranjeras, para lo cual se escogieron al azar 119 historias clínicas del Hospital Universitario de Caracas, con el diagnóstico comprobado histológicamente de cáncer de la piel y ellas fueron estudiadas analíticamente con nuestro caso privado ya señalado, completando así nuestra casuística de 120 casos.

Lo interesante, frecuente y realmente poco conocido de esta patología, como los audaces tratamientos efectuados por galenos no especializados quienes practican escisiones muy limitadas de piel en su propio consultorio, así como lamentablemente algunos dermatólogos que tienden a electrofulgurar cualquier lesión de piel sin preocuparse, en el imprescindible axioma, de que toda lesión de piel debe ser biopsiada; así como también muchos cirujanos plásticos que extirpan lesiones de piel con gran preocupación del resultado estético pero con muy poco cuidado con respecto al resultado curativo de lesiones que escapan a su clínica y que pueden ser malignas, no recordando que aunque el resultado estético de una cicatriz es importante, mucho más importante es la curabilidad de una lesión maligna de piel; es preferible, tener una cicatriz no tan bella y

---

\* Médico cirujano del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.  
Profesor de Cirugía de la Cátedra de Cirugía "C" de la Universidad Central de Venezuela.

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

sin células malignas en un intersticio que una invisible herida cicatrizada que al poco tiempo recidive localmente por haber dejado in situ tumor al no querer hacer escisiones amplias que nos aseguraran una curación definitiva.

Como hemos visto, estos resultados deficientes a lo largo de nuestra experiencia y hemos observado también que prácticamente un tercio de los pacientes que han sido tratados por alguna lesión tumoral maligna de la piel, han recidivado en el transcurso del año siguiente a su tratamiento, siendo luego, sumamente difícil la curabilidad con los tratamientos efectuados a posteriori cuando el paciente ya ha presentado recidivas locales o metastásicas a distancia.

Todo lo antes señalado nos ha preocupado e interesado, y nos ha llevado a escribir el presente trabajo para lanzar humildemente un alerta a todos los médicos que de alguna manera y en algún momento de su carrera profesional han visto o verán lesiones de piel, y de este modo despertar su interés en el estudio de estos tumores y tener así mismo un mayor cuidado en su tratamiento, logrando solamente de este modo mejorar el pronóstico.

## II MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración del presente trabajo se revisaron 120 historias clínicas con el diagnóstico comprobado histológicamente de neoplasias malignas de la piel; 119 historias pertenecientes al Hospital Clínico Universitario de Caracas y una de nuestra clientela privada del Hospital Privado Centro Médico de Caracas, la cual motivó el presente trabajo.

Se realizó un análisis estadístico de las lesiones malignas de la piel, tomando como parámetros: edad, sexo, frecuencia, localizaciones, raza, síntomas, tratamiento, histología, pronóstico y llegamos finalmente a las conclusiones.

### 1. EDAD.

La mayor parte de las estadísticas admiten una mayor frecuencia del cáncer de la piel alrededor del sexto decenio de la vida, nuestras cifras corroboran esta generalidad ya que encontramos aproximadamente el 50% de dichas lesiones entre los 61 y 70 años.

### CANCER DE PIEL

#### EDAD

Edad (Años)	No. de Casos	%
20 — 30	5	4,16
31 — 40	10	8,33
41 — 50	24	20,00
51 — 60	26	21,66
61 — 70	55	45,83
TOTAL	120	100,00

## 2. SEXO

También en este parámetro estamos en las mismas cifras de porcentaje con respecto a las estadísticas internacionales, ya que en nuestro medio corresponde al sexo masculino el 63% de los cánceres de la piel.

### CANCER DE LA PIEL

#### SEXO

	Casos	%
Masculino	76	63,33
Femenino	44	36,66
TOTAL	120	100,00

## 3. RAZA.

Respecto a la raza, tenemos que más del 50% de los casos corresponden a la raza blanca, menos de la cuarta parte correspondió a la raza negra, pero si tenemos en cuenta todavía el hecho lamentable de que encontramos una cuarta parte de las historias clínicas que no especificaban este dato deberíamos razonar: 1º) que no podemos hacer un análisis correcto respecto a este parámetro en nuestro país y 2º) que posiblemente la incidencia en la raza blanca aumentaría, como ocurre en los países donde la mezcla de razas o los negros tienen un porcentaje menor respecto a esa población, ya que como dice Ackerman, "el cáncer de la piel es propio de la raza blanca". (1).

### CANCER DE LA PIEL

#### RAZA

	Casos	%
Blanca	65	54,16
Negra	26	21,66
S/E	29	24,16
TOTAL	120	100,00

## 4. EVOLUCION DE LA LESION.

Encontramos más de un tercio de los pacientes que presentaron la lesión cancerosa de la piel en un plazo comprendido entre 1 y 12 meses de evolución. El resto que corresponde al 56% de los casos, presentó la lesión entre 1 y 20 años de un modo indiferente y el paciente que motivó este trabajo acusó el

inicio de su enfermedad 35 años antes. De manera que la evolución de las lesiones malignas de la piel es muy variable, puede ser rápida o durar años, influyendo posiblemente por esta causa en el pronóstico.

**CANCER DE LA PIEL**  
EVOLUCION DE LA LESION

	Casos	%
1 a 12 meses	47	39,16
1 a 20 años	67	55,83
S/E	6	5,00
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

5. LOCALIZACION.

Respecto a este parámetro también estamos comparativamente en las mismas proporciones que en los otros países; en nuestro medio casi la mitad de las lesiones malignas de la piel estaban ubicadas en la cara, principalmente en los pómulos, arcos superciliares, nariz y orejas. Sin embargo, encontramos un porcentaje también muy alto en los miembros inferiores correspondiéndole un tercio de las localizaciones.

**CANCER DE LA PIEL**  
LOCALIZACIONES

	Casos	%
Cara	55	45,83
Miembros Inferiores	38	31,66
Inguinal	6	5,00
Ano	4	3,33
Tórax	2	1,66
Mano	2	1,66
Glúteo	2	1,66
Pene	1	0,83
Otros	10	8,33
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>



## 6. CLINICA.

Referente a la clínica podemos decir que casi tres cuartas partes de los pacientes consultaron por presentar una úlcera en la piel y en un menor porcentaje por presentar un tumor en la piel; los demás síntomas son de menor importancia, de ahí la gravedad de tratar empíricamente las lesiones ulcerativas de la piel como si se tratara de procesos banales.

Sin embargo, el cáncer de la piel desarrollado en un queloide, en nuestro medio correspondió solo al 5% de todos los cánceres de la piel, no teniendo por lo tanto en nuestro país la importancia de la malignización en los queloides que nos dicen otras publicaciones extranjeras.

### CANCER DE LA PIEL

#### CLINICA

	Casos	%
Úlcera	61	58,09
Tumor	45	42,85
Dolor	18	17,14
Sangramiento	12	11,42
Prurito	8	7,61
Infección	25	23,80
Queloides	5	5,71

## 7. TRATAMIENTO.

El 73% de los pacientes fueron tratados mediante extirpación quirúrgica y biopsias de lesiones, los casos que fueron tratados con otros procedimientos se debió a presentar lesiones en estados muy avanzados, por lo cual se consideraron irreseccables. El 38% de nuestros casos fueron irradiados en algún momento de su tratamiento ya sea de una manera inicial o completando la exéresis y el 8% recibieron quimioterapia adyuvante.

Quisieramos hacer un paréntesis respecto al tratamiento, ya que posiblemente la causa del mal pronóstico de los casos tratados se deba a que a pesar de que las lesiones eran avanzadas se utilizó en muy pocos casos la terapia adyuvante con radioterapia y quimioterapia; estamos absolutamente convencidos de que utilizarlas pronta y adecuadamente mejoraran las estadísticas.

Estamos completamente de acuerdo con las bibliografías extranjeras de que todo paciente que presente un tumor de la piel, debe ser extirpado quirúrgicamente en toda su extensión dejando márgenes libres de tumor alrededor de la lesión y en los planos más profundos, tomando biopsias extemporáneas para confirmarlo. En caso de duda deberá extirparse más ampliamente y si el resultado

de la biopsia llega posteriormente, debe reintervenirse el paciente, dejando los otros procedimientos como complementarios a la exéresis.

### CANCER DE LA PIEL

#### TRATAMIENTO

	Casos	%
Exéresis	88	73,33
Radioterapia	46	38,33
Vaciamiento	17	14,16
Quimioterapia	9	7,50

#### 8. ANATOMIA PATOLOGICA.

En nuestro medio el carcinoma epidermoide es sin duda alguna el que se encuentra con mayor frecuencia; ocupó el 47% de todos los cánceres de la piel, seguido del 34% del carcinoma basocelular, de ahí, posiblemente, una de las causas del mal pronóstico de las neoplasias malignas de la piel en nuestra estadística; analizamos ampliamente este dato en las conclusiones, parte IV de este trabajo. Es interesante observar que solo encontramos un 10% de melanomas en nuestra casuística, que aunque es cierto ocupó el tercer lugar, está proporcionalmente por debajo de la incidencia en otros países; las otras lesiones tumorales no tuvieron significación estadística

### CANCER DE LA PIEL

#### ANATOMIA PATOLOGICA

	Casos	%
Carcinoma Epidermoide	57	47,50
Carcinoma Basocelular	41	34,16
Melanomas	13	10,83
Rabdomiosarcoma	2	1,66
Dermatofibrosarcoma	2	1,66
Mesenquinoma Maligno	1	0,83
Sarcoma	1	0,83
ADC MT Ovario	1	0,83
ADC MT Recto	1	0,83
Carcinoma Indiferenciado	1	0,83
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100,00</b>

## 9. PRONOSTICO.

Realmente en nuestro análisis de 120 casos de cáncer de la piel, podemos decir que el pronóstico fue realmente malo, ya que encontramos libre de tumor, al año de tratado, solo el 4% de los casos y a los 10 años, solo el 1,6% de los pacientes no presentaron tumor.

### CANCER DE LA PIEL EVOLUCION AL TRATAMIENTO

Años	Libre de Tumor Casos	%
0 — 1	5	4,16
2 — 3	14	11,66
4 — 5	10	8,33
6 — 7	0	0
8 — 9	1	0,83
10 y más	2	1,66
TOTAL	32	

Encontramos también la elevada cifra del 30% de pacientes que presentaron recidiva tumoral dentro de los primeros 12 meses que precedieron al tratamiento. De manera pues que observamos en nuestro análisis que 32 pacientes de los 120 estaban libres de tumor en áreas comprendidas entre 1 y 10 años; vemos que presentaron alguna recidiva en ese mismo período de tiempo 45 de los casos, lo que sumados nos dan un control de 77 de los 120 pacientes, lo que corresponde a un porcentaje de un 65% de pacientes controlados efectuando un simple análisis matemático veremos como 43 pacientes del grupo, lo que corresponde a la grave cifra porcentual de 35% de los casos, no volvieron a controlarse.

### CANCER DE LA PIEL EVOLUCION AL TRATAMIENTO

Años	Recidiva Casos	%
0 — 1	35	29,16
2 — 3	7	5,83
4 — 5	1	0,83
6 — 7	2	1,66
8 — 9	0	0
10 y más	0	0
TOTAL	45	

SIN CONTROL 43 PACIENTES QUE CORRESPONDE AL 35%.

De modo que podemos considerar: 1) que posiblemente debido a lo prolongado del tiempo de evolución de las lesiones de la piel, ya que el 55% de los casos tuvieron lesiones que iban de 1 a 20 años; 2) que debido a un probable mal criterio o técnica del tratamiento; y 3) debido a una deficiente preparación cultural de los pacientes, ya sea por acudir tan tardíamente al tratamiento o por no regresar a controles sucesivos, ya que encontramos que el 35% de los pacientes no regresan a control después del tratamiento y desconocemos, lamentablemente, su evolución. Todos estos puntos asociados a la alta incidencia de carcinomas epidermoides son en conjunto las causas de un índice tan bajo de curabilidad. Por lo tanto, creemos que cuando en nuestro medio el paciente acuda prontamente a la consulta del especialista ante cualquier lesión de la piel, que éste practique exéresis amplias de inmediato, junto con la biopsia de la lesión, asociado a controles sucesivos de los pacientes, nuestra estadística mejorará notablemente.

### III CONCLUSIONES

Después del análisis detallado de las 120 historias de pacientes con cáncer de la piel, de las que hemos hecho mención en este estudio podemos darnos cuenta que en nuestro medio, las lesiones de la piel deberán hacernos sospechar malignidad y ponernos sobre aviso cuando veamos éstas en un paciente mayormente del sexo masculino, entrando en el sexto decenio de su vida, de raza blanca preferentemente, que presenta una lesión en la cara o extremidades de varios años de evolución con las características de ser una ulceración y que podrá ser posiblemente un carcinoma epidermoide.

Queremos hacer hincapié en que estas lesiones fueron encontradas en 119 historias clínicas del Hospital Clínico Universitario de Caracas, que las obtuvimos al azar y sin hacer ninguna diferenciación histológica, y una de nuestra clientela privada del Hospital Privado Centro Médico de Caracas; previo análisis, hemos podido observar que en nuestra casuística de estos 120 casos, 57 correspondieron a carcinomas epidermoides y solo 34 casos a carcinomas basocelulares; habiendo una notable diferencia con respecto a las cifras internacionales; sin embargo, recalcamos y queremos hacer precisar que éstas fueron estadísticas de pacientes que presentaron cáncer de la piel diagnosticado histológicamente y que acudieron a nuestro hospital con lesiones que siempre fueron avanzadas. Creemos que en nuestro medio, los pacientes no consultan a los hospitales con lesiones de piel sino cuando éstas son muy avanzadas y con procesos de ulceraciones sangrantes, no dándole importancia a ningún otro tipo de lesión epidérmica, a menos que provoquen un síntoma para ellos importante.

Otro razonamiento que hemos efectuado es que las lesiones correspondientes a carcinomas basocelulares son extirpadas por el médico general en su consulta privada o en medio ambulatorios por los dermatólogos, no acudiendo a los hospitales sino aquellos casos en los cuales la lesión es importante, muy avanzada y los médicos generales, así como los dermatólogos y cirujanos plásticos no se atrevieron a extirpar desde el punto de vista local; por lo tanto, es razonable que acudan a nuestro hospital solo aquellos casos avanzados que no han recibido tratamiento en los consultorios, debido precisamente a su gravedad y a su estado avanzado, correspondiendo por lo tanto a este grupo los tumores más agresivos como son los carcinomas espinocelulares. De ahí que hagamos

este razonamiento y por eso estamos convencidos que en nuestro medio hospitalario vemos muchos más carcinomas epidermoides espinocelulares que basocelulares, diferenciándonos de otras publicaciones de otros autores.

Recordemos que debemos siempre tratar todas estas lesiones malignas de piel mediante exéresis amplia e indefectiblemente debemos hacer biopsias definitivas parafinadas de dichas lesiones; empleando siempre la quimioterapia y radioterapia adyuvante en los casos avanzados. Debemos preocuparnos por el alto número de recidivas y educar al paciente para que vuelva a controlarse; bajar este triste índice del 35% de pacientes incontrolados y solamente así mejoraremos nuestro índice de curabilidad.

## CANCER DE LA PIEL

### CONCLUSIONES

A. Edad	45%	60 a 70 años
B. Sexo	63%	Masculino
C. Raza	54%	Blanca
D. Evolución Lesión	55%	de 1 a 20 años
E. Clínica	60%	Por úlcera
F. Localización	45%	Cara
G. Anatomía Patológica	47%	Carcinoma Epidermoide
	34%	Carcinoma Basocelular
	11%	Melanomas
	8%	Otros Cáncer de la Piel
H. Tratamiento	73%	Exénerisis
	46%	Quimioterapia + Radioterapia Adyuvantes
I. Evolución Tratamiento	30%	Recidiva antes del año
J. Sin Control	35%	

#### IV BIBLIOGRAFIA

- 1 ACKERMAN, L. V. Surgical Pathology. S. T. Louis. The C. V. Mosby Co. 1954.
- 2 ALLEN, ARTHUR C.- The Skin. S. T. Louis. The C. V. Mosby Co. 1954.
- 3 ANDERSON, W. A. D.- Tratado de Patología. 3ra. edición. Editorial Inter-Médica, S. A. Buenos Aires, Argentina. 1962.
- 4 BUSCHKE, F. and PARKER, R. G.- Radiation Terapy in cancer managenent. Grune & Stratton, New York. 1972.
- 5 CANCER AL DIA.- Editorial Cromotip. Caracas, Venezuela. I:583. 1975.

- 6 DIAZ, JOSE DAVID.- Cáncer de la piel en la península de Paraguaná. Bol. Soc. Ven. Cir. 27:196. 1973.
- 7 EASSON, E. C. and RUSSEL, M. H.- The curability of cancer in various sites. Pitman Medical. London. 1968.
- 8 ELLIS, R.- Relationship of Biological effect to dose. Time fraction factors in radiotherapy, in current topics in radiation research. IV. 1968.
- 9 GRASES, PEDRO.- et. al. Patología quirúrgica, aspectos prácticos. "Piel, partes blandas y ganglios linfáticos". :1-5. 1981.
- 10 HERNANDEZ H., CARLOS.- Cáncer de colon, recto y ano. Bol. Soc. Ven. Cir. 27:169. 1973.
- 11 HOLLAND, J.- Cancer Medicine Melanoma. XXIX:1823. 1974.
- 12 ONCOLOGIA CLINICA.- Editorial Científico-Médica. Barcelona. España. :127. 1978.
- 13 RUBIN, P.- Current concepts in cancer. Cancer of the head and neck. Jama. 221:68. 1972.
- 14 SCANNONE, F. y KARDEL VEGAS.- Estudio clínico histopatológico de carcinomas de la piel. Rev. Soc. Med. Arg. 73:401 a 409. 1959.
- 15 SHACKELFORD, R.- Enfermedades de la piel de interés quirúrgico. III:1563. 1971.
- 16 STERMS, N. W., Jr. and QUAN, S. H.- Epidermoid carcinoma of the ano-rectum, Surg. Gynecol. Obstet. 131:953. 1970.
- 17 VERA, R. y RODRIGUEZ DE LIMA, A.- Tratamiento de queloides con radioterapia a dosis masiva. Hospital Universitario de Caracas. II:6. Mayo, 1970.
- 18 VERONESI, V. et. al.- Inefficacy of immediate node dissection in stage I melanoma of the Limbs. N. Engl. J. Med. :297. 1977.
- 19 WALTER F., LEVER.- Histopathology of the skin. Tumours epidermal appendages. :498. 1975.
- 20 WILLINS, R. A.- Pathology of tumours. Ed. 2. S. T. Louis. The C. V. Mosby Co 1953.



# TECNOMED J. Traipp C.A.

EQUIPOS MEDICOS



## Equipos, Instrumental y materiales Médico-Hospitalarios Eléctromedicina

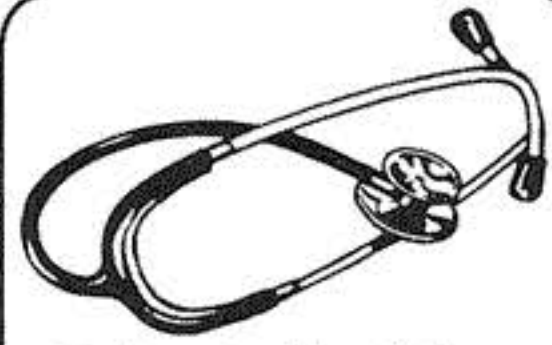


Materiales Quirúrgicos

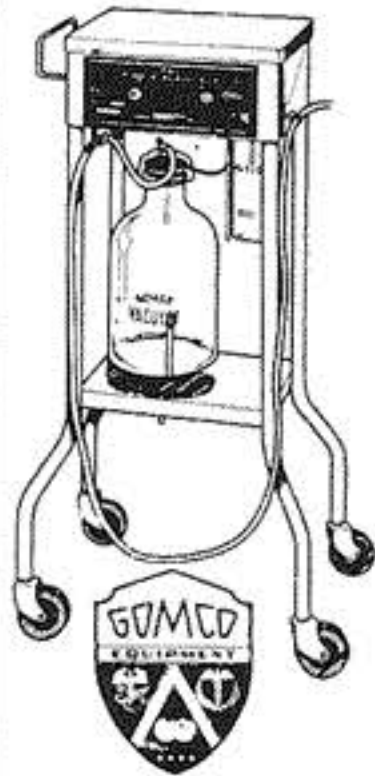
**Rolls**  
INVAÑIRE



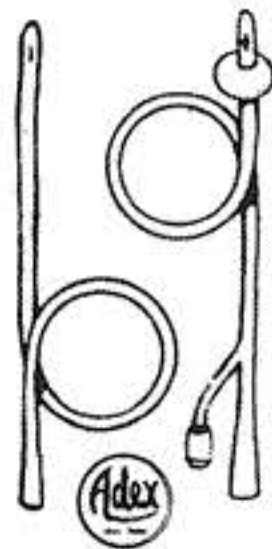
Ortopedia



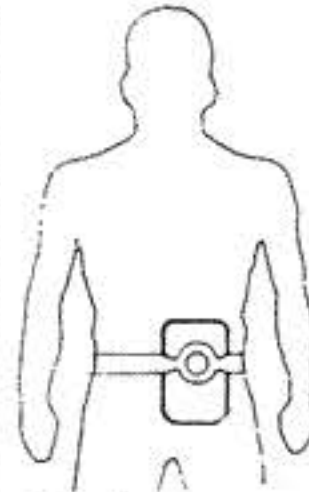
Equipos de Diagnóstico



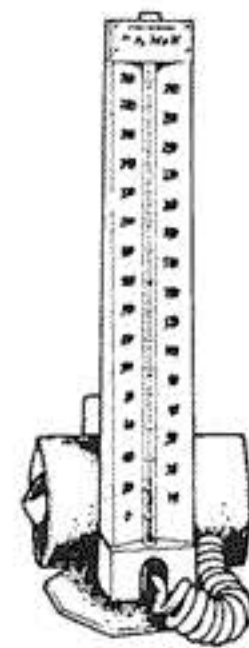
Succión y Drenaje



Sondas



Materiales para el cuidado del paciente



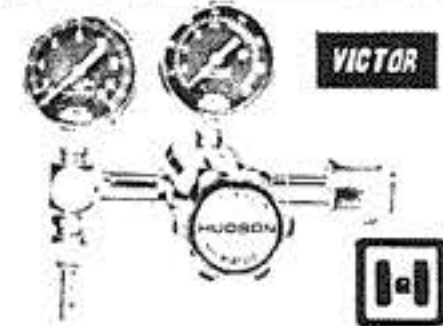
**PyMaH**  
Tensiómetros



Enseres Acero Inoxidable



Mobiliario Médico

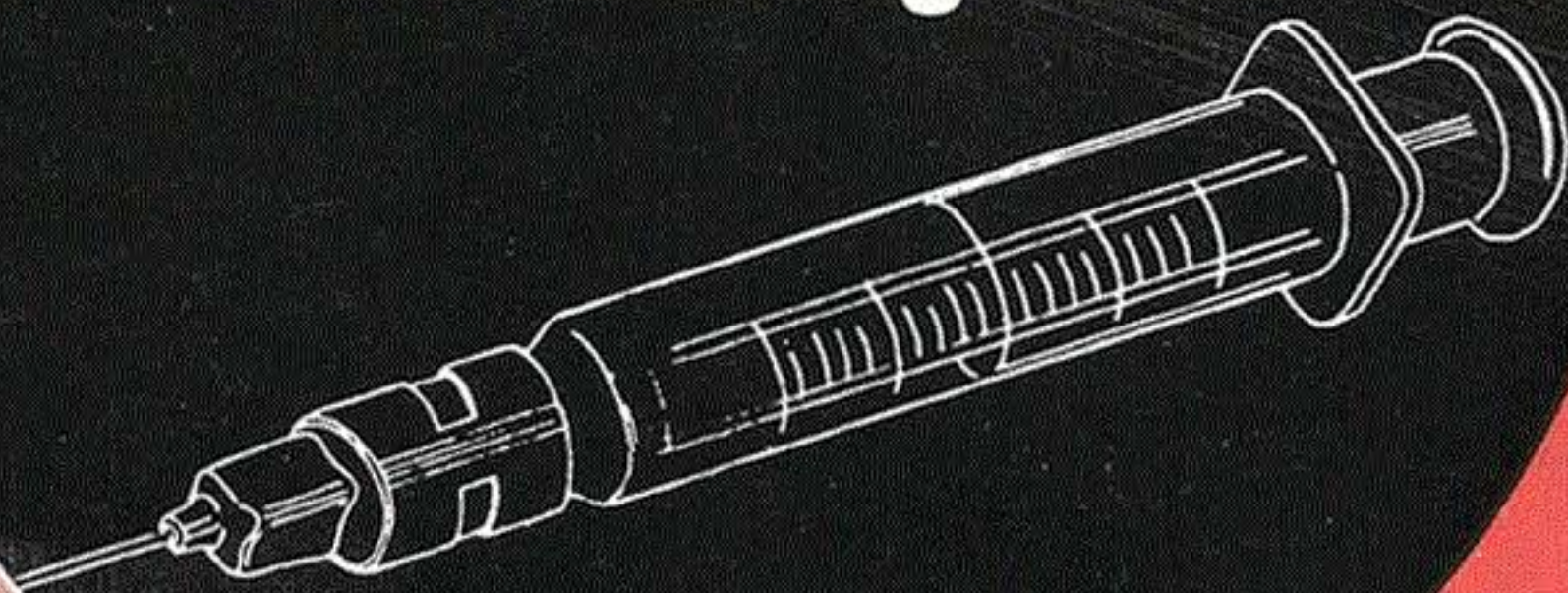


Oxigenoterapia

PELIGRO A PTE. REPUBLICA ( AVE. ESTE 2 ). EDF. 142. LA CANDELARIA

Tlf. 5728111 - CARACAS

**el antibiótico  
de primera  
elección aun en  
infecciones  
bacterianas graves**



**GENTALYN**

- cuando los patógenos causantes no han sido identificados
- cuando existe o se sospecha una infección bacteriana mixta
- cuando se ha desarrollado resistencia a otros antibióticos

espectro de actividad "único" que abarca la mayoría de las bacterias grampositivas y gramnegativas, inclusive: estafilococos resistentes, klebsiella, *E. coli*, pseudomonas y proteus (índol + e índol-).

**Gentalyn\***  
**Inyectable**

(gentamicina 40 mg/cm<sup>3</sup>)

CAR (11-5127/70)



PRODUCTOS FARMACEUTICOS  
DE VENEZUELA, C. A.

Prolongación Calle Vargas 2a. Transversal Boleíta  
Norte, Dtto. Sucre, Edo. Miranda, Caracas, Venezuela

**Gentalyn**  
**Pediátrico**

(gentamicina 10 mg/cm<sup>3</sup>)

\*Marca de fábrica



## OPERACIONES GINECOLOGICAS EN EL HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS DURANTE 1979

Oscar Agüero \*

En 1944, Greenhill en el prefacio del libro "Historia de la Ginecología" de Leonardo (5) escribía: "La Ginecología es una especialidad joven. Lo mismo es cierto de la Obstetricia practicada por médicos en vez de parteras. Aún hoy muchas más operaciones ginecológicas son hechas por cirujanos generales que por ginecólogos y, por supuesto, la gran mayoría de los niños son asistidos por prácticos generales".

Para mayor argumentación sobre la juventud de la Ginecología bastará citar que aún cuando hay evidencias de enfermedades y tratamientos ginecológicos, así como de nociones anatómicas y fisiológicas desde épocas prehistóricas y antiguas, la palabra "Gynaecología" aparece por primera vez en 1730, escrita por Martín Schurig, de Dresden, aunque Lotichius, de Frankfurt, un siglo antes, hablaba de Gynaicología (9); y que la primera Sociedad de Ginecología en el mundo, fue la de Boston, fundada en 1869.

En Caracas, la ginecología hospitalaria estuvo ligada a la Obstetricia o la Cirugía. En la Biografía del Hospital Vargas, de Beaujon (2), se lee que para 1.891 existían tres servicios para medicina y cirugía de mujeres y uno para Maternidad, sin mencionarse servicio de Ginecología; que en 1899, existía un servicio de Clínica Ginecológica y Obstetricia con 3 salas, una de ellas la de Maternidad o Sala Santa Ana; en 1910 la Ginecología estaba de nuevo eliminada e incluida dentro de la Cirugía, con persistencia aislada del Servicio de Obstetricia. Este estado de cosas queda igual en la reorganización de 1924. En 1937 la Clínica Ginecológica continúa dentro de un servicio de Cirugía, pero aparece por primera vez, un "Dispensario y consultas de Ginecología", explicado con los siguientes conceptos: "La asistencia ginecológica a las pacientes que acuden al Hospital es realizada por medio de un centro de diagnóstico y tratamiento ambulatorio. Siguiendo la tendencia moderna, de tratar las enfermedades ginecológicas en forma ambulatoria .. y distribuyendo las pacientes quirúrgicas en los diferentes servicios generales de cirugía, permitiendo al centro de diagnóstico

---

\* Obstetricia. Maternidad "Concepción Palacios". Centro Médico de Caracas.

y tratamiento de ginecología, prestar mejor atención a las secciones de Hormonología y Esterilidad”.

Como la docencia universitaria se hacía hasta esa época, únicamente en el Hospital Vargas, el mismo panorama se observó en la Cátedra de Ginecología, como puede apreciarse en el libro de Bruni Celli (3): la primera mención de enseñanza ginecológica aparece en 1895, cuando por decreto de Joaquín Craspo, se crea la Cátedra de Clínica Obstétrica y Ginecológica; en 1904 se separan ambas cátedras y la trayectoria de la de Ginecología se pierde hasta 1936. La enseñanza ginecológica se impartía dentro de un Servicio de Cirugía y la jefatura de la Cátedra desempeñada por cirujanos como Armando Yáñez, Antonio José Castillo, Pedro Blanco Gásperi, Ricardo Baquero.

Anzola Carrillo (1) en una revisión de la evolución de 100 años de cirugía ginecológica en Venezuela (1874-1974) escribe: “La cirugía ginecológica en sus comienzos la practicaban los parteros y, en su mayoría, aquí como en todo el mundo, los cirujanos generales”.

Con estos antecedentes históricos mundiales y locales, nos pareció de interés averiguar cuál es el estado actual y quién hace la cirugía ginecológica en un hospital privado de Caracas.

## MATERIAL

Revisamos 538 operaciones ginecológicas realizadas en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas durante el año 1979, sobre un total de 3.032 intervenciones quirúrgicas.

**Frecuencia.** Esas 538 operaciones ginecológicas (excluidas las cesáreas, los curetajes por aborto y las ligaduras tubarias hechas en momento obstétrico), representan el 17,7% de todas las intervenciones del año 1979 en el Hospital. La frecuencia comparativa con otras cirugías es la siguiente:

Operaciones de traumatología	19,4%
" <b>ginecológicas</b>	<b>17,7</b>
"    gastro-intestinales	9,1
Mastectomías	8,2
Operaciones urológicas	7,7
Apendicectomías	6,7
Operaciones sobre vías biliares	6,0
Herniorrafias	5,3
Operaciones cosméticas	5,0
"    sobre cuello	4,6
"    de otorrino	3,4

Si reunimos las operaciones gastro-intestinales con las de vías biliares, pancreatocistomía, apendectomías y hemorroidectomías, este grupo pasara al primer lugar con 22,5%.

Estas 11 más frecuentes operaciones son sólo una cuarta parte de una larga lista de 45 diferentes intervenciones solas o combinadas.

## INTERVENCIONES GINECOLOGICAS

Los 538 casos colocados en orden de frecuencia muestran lo siguiente:

### 1) **Histerectomías** **212 (39,4%)**

Como operación única fue realizada en 144 ocasiones. En las 68 restantes estuvo asociada a muchos procedimientos como apendectomía en 22 casos, colpoperineoplastias en 13, ooforectomías en 6, o apendectomía + ooforectomía en 5, lipectomías en 4; o bien a combinaciones más complejas como lipectomía + mamoplastia, o lipectomía + mastectomía.

Solamente en un caso se menciona que la histerectomía fue vaginal.

### 2) La segunda intervención en frecuencia es la **laparoscopia, con 77 casos (14,3%)**.

En 15 ocasiones la laparoscopia fue utilizada para esterilización quirúrgica, en 27 fue acompañada de curetaje, en 12 aparece sola mientras de los 23 restantes en 9 fue seguida de laparotomía, en 4 se hizo biopsia de ovario y en otros se asoció a cura de prolapso, salpingectomía, salpingoplastia, miomectomía, extirpación de quiste de Bartholino, etc.

3) En tercer lugar vendría el **curetaje uterino, con 50 casos**; bien solo —14 veces— o asociado a conización de cuello, laparotomía y, en menor cuantía, a laparoscopia, laparatomía, histeroscopia.

4) El cuarto lugar está ocupado por las **ligaduras tubarias en intervalo**, o sea no obsébricas, con **41 casos**. En 24 de estos casos la operación fue hecha sola; en el resto estuvo asociada a diversos procedimientos como: curetaje ginecológico (3), mamoplastia (2), colpotomía (2), apendicectomía + electrocoagulación de cuello (2), colpoperineoplastia (2); y en los restantes 7 a operaciones como fleboextracción o a combinaciones como curetaje + apendectomía, colpoperineoplastia + traquelorrafia, tiroidectomía + mastectomía + apendectomía, lipectoma + perineoplastia + mamoplastia.

5) El quinto lugar corresponde a las **colpo=perineorrafias con 38 casos**, 17 de ellas aisladas y en el resto realizadas junto a histeropexia (7), traquelorrafia, conización de cuello, cura de fístula véscico-vaginal, apendectomía, colecistomía, lipectomía, o a combinaciones como lipectomía + mamoplastia, etc.

6) Las **laparotomías ginecológicas** se colocan en sexto lugar, con **37 casos**, en 26 de los cuales sólo consta ese título y en los restantes 11 se asoció a: dilataciones de cuello, amputaciones y electrocoagulaciones, cura de prolapso, o a intervenciones como apendectomía, herniorrafia, lipectomía.

Luego y en menor cuantía vienen:

7) Conización de cuello	16
8) Ooforectomía	13
9) Miomectomía	10
10) Operaciones sobre Bartholino	8
11) Salpingectomía	6
12) Salpingoplastia	3

Con dos casos cada una, aparecen operaciones como: extirpación de quiste vaginal, traqueloplastia, Marshall-Marchetti + cura de prolapso, colpotomía y resección en cuña de ovario.

En número de uno la lista incluye: extirpación de angioma de vulva, dilatación de vagina y neovagina, vaginoplastia, cura operatoria de incontinencia urinaria y de fístula vesíco vaginal; operaciones sobre cuello uterino como polipectomía, electrocoagulación, amputación y biopsia; y por último, punción del Douglas y resección en cuña de ovario + apendectomía.

**Operador.** Estas 538 operaciones ginecológicas fueron realizadas:

338 (62,8%) por cirujanos

200 (37,7%) por toco-ginecólogos.

Este predominio de los cirujanos se observa en todas las intervenciones, excepto en las laparoscopias, hechas exclusivamente por tocoginecólogos, y en las ligaduras tubarias. De las 41 ligaduras, 12 (29,2%) fueron hechas por cirujanos en el curso de operaciones tan variadas como perineoplastia, mastoplastia, lipectomía y flebo-extracciones, o en asociaciones como curetaje + laparotomía, electrocoagulación de cuello + apendectomía, curetaje + apendectomía, o las más complejas citadas anteriormente. El mayor número de toco-ginecólogos que participan en las ligaduras tubarias se explica además porque 15 de dichas intervenciones fueron ejecutadas mediante laparoscopia.

## COMENTARIOS

Esta revisión de las intervenciones ginecológicas realizadas durante 1979 en el Centro Médico sólo tuvo por objeto tener una idea somera y superficial de la cirugía ginecológica que se hace actualmente en un hospital privado de Caracas y quién la ejecuta. La fuente de información, o sea el libro del quirófano, no permite ninguna indagación relativa a indicaciones, edad, complicaciones, etc. Además, explica el hecho de que haya 37 "laparotomías ginecológicas", sin especificarse la intervención ulterior, si la hubo.

Es interesante resaltar que las operaciones sobre vías digestivas, las traumatológicas y las ginecológicas explican el 60% de la actividad quirúrgica del Hospital.

De las intervenciones ginecológicas, la histerectomía es, con mucho, la más frecuente, con cerca de un 40%. La gran mayoría de ellas —aunque no tenemos las cifras exactas— fueron abdominales, y valdría la pena avirguarlo con los operadores el por qué del poco entusiasmo e interés por la vía vaginal.

La segunda operación en frecuencia es la laparoscopia, realizada como hemos dicho exclusivamente por los gineco-tocólogos, bien con fines diagnósticos, bien como procedimiento operatorio. Es nuestra opinión que debiera ser empleada más a menudo, en un intento de reducir las laparotomías exploratorias y las punciones del Douglas. Aquí creemos útil una mayor relación entre cirujanos y laparoscopistas.

Merecen un comentario especial las operaciones múltiples, ya sea sobre un mismo aparato o sistema, ya sea sobre diversas regiones anatómicas, defendidas entre nosotros por Montbrún y col. (7,8) y cuyas necesidades, ventajas, inconvenientes y contraindicaciones han sido más recientemente analizadas por Hohf (6). No estamos capacitados para enjuiciar dicha cirugía múltiple, pero creemos que quienes la practican debieran dar a conocer sus resultados actuales, sobre todo teniendo en cuenta: a) la amenaza presente y en aumento de la infección hospitalaria, relacionada, entre otros muchos factores, con el tiempo operatorio y con el trauma. En las cifras de Cruse y Foord (4), publicadas en 1980, la rata de infecciones de la herida se duplica con cada hora de operación y cuando se hacen apendicectomías profilácticas durante colecistectomías la cifra de infecciones sube de 1,4 a 4,5%; y b) las molestias que debe ocasionar la agresión quirúrgica en múltiples sitios a la vez.

El otro aspecto que queríamos conocer, el de quién hace hoy la cirugía ginecológica, queda respondido en ese 62,8% de intervenciones practicadas por cirujanos. Ello indica que la situación no ha cambiado en los 36 años transcurridos desde lo que escribiera Greenhill (5). Muchos factores podrían invocarse para explicar este estado de cosas, relativos unos a la Ginecología y Cirugía mundiales y venezolanas, y otros locales, específicos del Hospital Privado Centro Médico de Caracas, cuyo análisis escapa de los límites de esta comunicación.

## RESUMEN

Se presenta una revisión de 538 intervenciones ginecológicas realizadas en el Centro Médico de Caracas durante 1979, las cuales representan el 17,7% de toda la actividad quirúrgica de año. La operación más común es la histerectomía (212 = 39,4%), seguida por la laparoscopia (17 = 14,3%), el curetaje uterino, las ligaduras tubarias, las laparotomías ginecológicas y las colpoperineorráfias. En menor número otras operaciones como conización de cuello, ooforectomía, etc. Con frecuencia hubo combinación de operaciones, tanto ginecológicas como extraginecológicas. Estas 53% intervenciones fueron hechas por cirujanos en el 62,8% (338 operaciones) y por toco-ginecólogos en el 37,1% (200 intervenciones).

## REFERENCIAS

- 1 ANZOLA CARRILLO, A.- Gac. Méd. Caracas. 82:541, 1974.
- 2 BEAUJON, O.- Biografía del Hospital Vargas, Tomo I. Artegrafía, Caracas, 1961.
- 3 BRUNI CELLI, B.- Historia de la Facultad Médica de Caracas. Imprenta Nacional, Caracas, 1957.
- 4 CRUSE, P.; FOORD, R.- Sur. Clin. N. Amer. 60:27, 1980.
- 5 GREEHILL, J. P. En Leonardo, R.- History of Gynecology. Froben Press, New York, 1944.
- 6 HOHF, R.- Surg. Cli. N. Amer. 50:13, 1970.
- 7 MONTBRUN, F.; HERNANDEZ, C.- Bol. Soc. Venezolana Cirugía. 16:53, 1962.
- 8 MONTBRUN, F.; HERNANDEZ, C.; SELLE, R.; CHACON, F.; PUCI, J.; BLANCO, P.; RAMIA, R.; TOVAR, F.- Bol. Soc. Venezolana Cirugía. 18:801, 1964.
- 9 RICCI, J.- The Genealogy of Gynaecology Blakiston Co. Filadelfia, 1943.

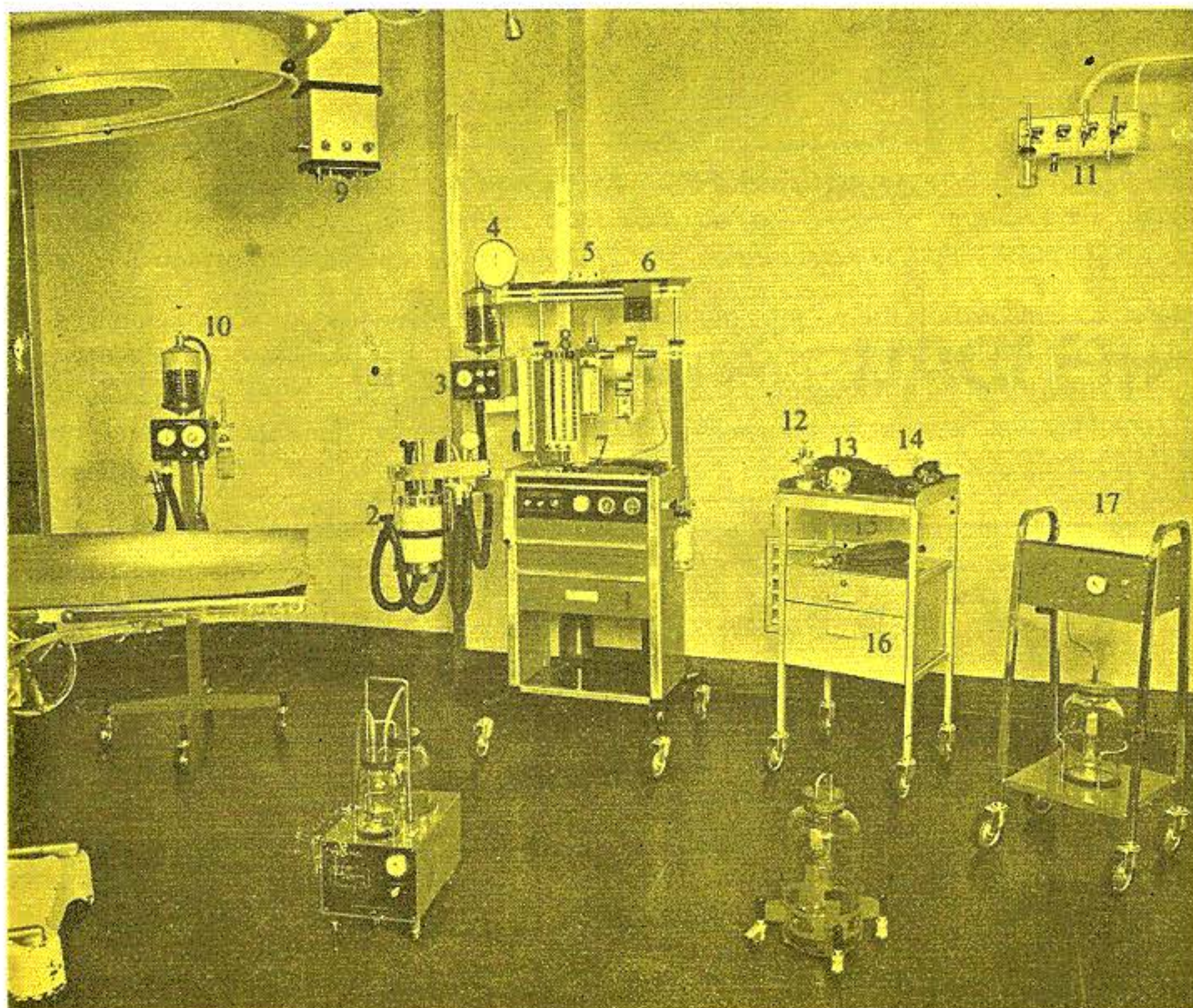
DOTACION

# MEDICA

COMPANIA ANONIMA

Av. Cagigal, Residencias Danubio - San Bernardino, Caracas

TELEFONO: 52.13.66 (serial)



REPRESENTANTES EXCLUSIVOS DE

K. TAKAOKA de Brasil

APARATOS DE ANESTESIA



# MD-LAB, C. A.

MATERIAL MEDICO y DE LABORATORIO

Distribuidores Autorizados de:

**KENDALL** (Productos Hospitalarios)

**3M** (División de Productos Médicos)

 **TERUMO**

---

Prolongación Av. Principal de La Carlota, entre Av. Fco. de Miranda  
y Av. Rómulo Gallegos, Local No. 2 - Anexo al Colegio Madre Emilia  
Los Dos Caminos, Caracas  
Teléfono: 35.45.14



# ANILLO MITRAL CALCIFICADO CONFIRMACION ECOCARDIOGRAFICA DE UNA ENTIDAD A MENUDO NO SOSPECHADA CLINICAMENTE

Lic. Elizabeth Sivocrynsky \*  
Dr. Harry Acquatella \*\*  
Dr. José Miguel López Antonini \*\*\*

## INTRODUCCION

La calcificación del anillo mitral constituye una entidad conocida desde hace varios años. Inicialmente fue reportada como hallazgo de autopsia en pacientes de edad avanzada como expresión de un proceso degenerativo escleroso del aparato de sostén atrioventricular en continuidad con el aórtico (2,6,7).

Clinicamente la sospecha de la calcificación del anillo mitral se ha hecho en base a la presencia de un soplo sistólico rudo en región apical con irradiación hacia la axila. Radiológicamente se ha confirmado por la presencia de materiales cálcicos en el área mitral en sujetos sin evidencia de valvulopatía reumática (5).

La introducción de la ecocardiografía en años recientes ha permitido de una manera no invasiva hacer el diagnóstico de esta entidad con gran precisión, apreciar las modificaciones que sobre la función cardíaca y el tamaño de las cámaras puede ocasionar y estudiar su historia natural (4).

El objetivo del presente trabajo fue revisar el material ecocardiográfico de diagnóstico de calcificación de anillo mitral diagnosticado y estudiado en el Laboratorio de Ecocardiografía Bidimensional del Hospital Universitario de Caracas.

## MATERIAL Y METODO

### CRITERIO DIAGNOSTICO ECOCARDIOGRAFICO

Se definió como calcificación del anillo mitral la presencia de Ecos de gran

---

Hospital Universitario de Caracas.

\* Trabajo para optar a Tecnólogo Médico especializado en Ecocardiografía.

\*\* Profesor Titular, Cátedra Clínica Médica A.

\*\*\* Instructor Cátedra Neumonología.

Trabajo parcialmente subvencionado por el Proyecto Conicit S.-0682.

reflectancia localizados en continuidad con la valva posterior mitral por delante de la superficie endocárdica de la pared posterior del ventrículo izquierdo y los cuales en barrido a baja velocidad desde la punta del ventrículo hasta la raíz aórtica eran observados claramente hasta desaparecer justo a nivel de la unión atrioventricular. Fig. 1.

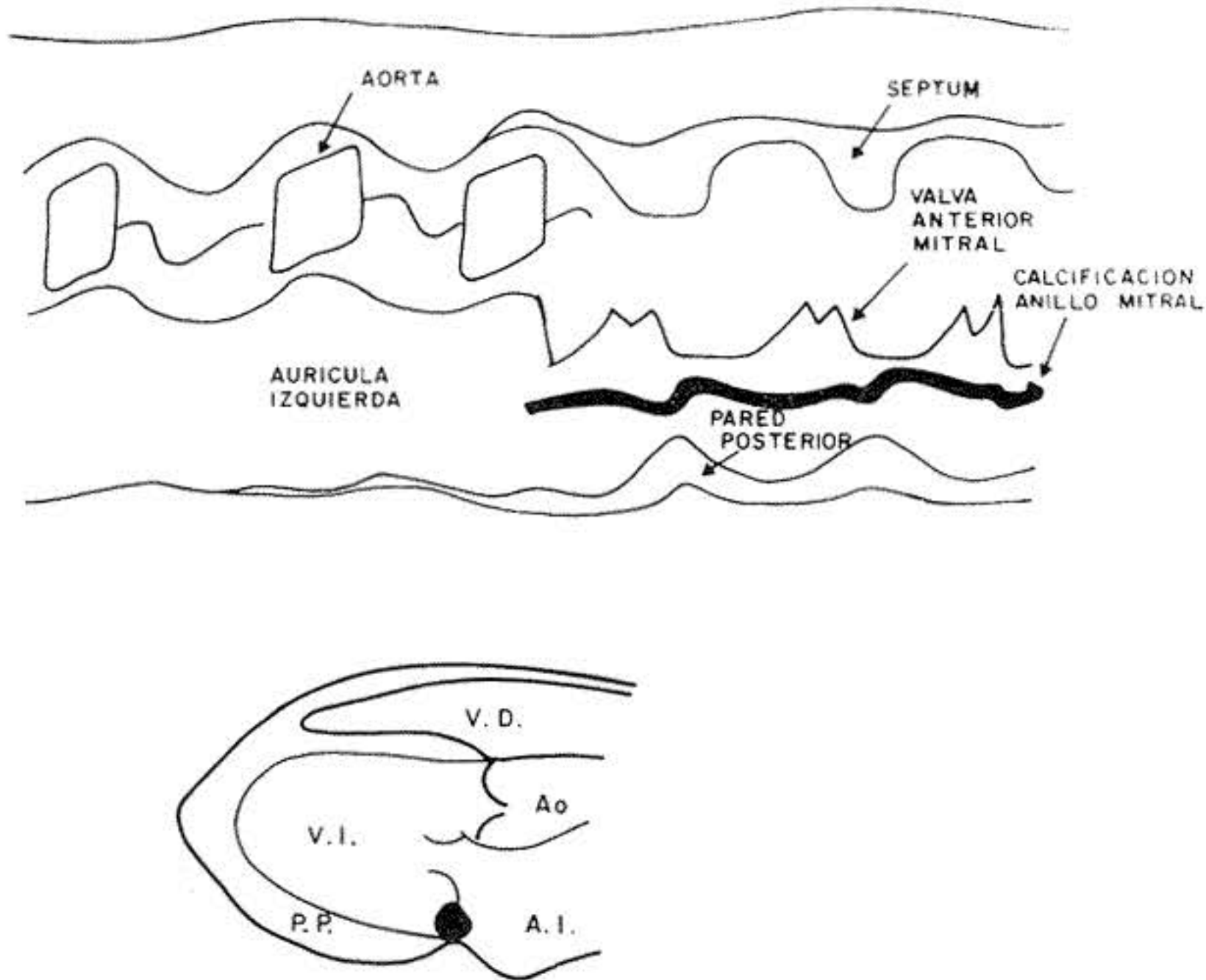


Fig. 1. Esquema de la calcificación del anillo mitral en ecocardiograma modo M y en bidimensional.

Dibujo superior: La línea gruesa muestra la imagen ecocardiográfica de la calcificación del anillo mitral posterior. Obsérvese su interrupción a nivel de la unión atrio ventricular. Este último signo constituye un criterio diagnóstico importante. En algunos ecocardiogramas el espacio entre la banda gruesa de la calcificación y la pared posterior ventricular puede ser confundida erróneamente con derrame pericárdico posterior.

Dibujo inferior: Muestra la localización de los ecos de gran reflectancia generados por la calcificación del anillo mitral posterior y su relación con las otras estructuras cardíacas. AI = Aurícula Izquierda, Ao = Aorta, PP = Pared Posterior, VD = Ventrículo Derecho, VI = Ventrículo Izquierdo.

Se denominó calcificación del anillo mitral anterior las imágenes densas tipo cálcico presentes por delante de la valva anterior de la mitral y en continuidad con la pared posterior de la raíz aórtica que se proyecta hacia el tracto de salida del ventrículo izquierdo.

## MATERIAL

Se revisaron 2.405 tarjetas semicomputarizadas de Ecocardiogramas que se realizaron entre febrero de 1977 y mayo de 1980 del Laboratorio de Ecocardi-

grafía Bidimensional del Hospital Universitario de Caracas con criterio diagnóstico de anillo mitral calcificado.

## METODOS

Se utilizó un equipo comercial de Ecocardiografía Smith Kline Ekosector I. Todos los pacientes fueron estudiados en decúbito lateral izquierdo, aproximadamente unos 45°. Tórax y Cabeza elevados a unos 20°. Se hizo el ecocardiograma siguiendo una metodología convencional.

Se colocó un transductor de 2.25 mHz a lo largo del borde esternal izquierdo en el tercer o cuarto espacio intercostal. Con esta posición se localiza la válvula mitral. Hay que poner especial cuidado cuando se hace el barrido de la válvula mitral desde las inserciones cordales hacia la inserción anular. En ocasiones porciones calcificadas de la valva pueden pasar inadvertidas pero reorientando el haz ecográfico puede detectarse zonas eco densas. El barrido de rutina se hace desde el ventrículo izquierdo hacia la aurícula izquierda.

## RESULTADOS

### FRECUENCIA DEL ANILLO MITRAL CALCIFICADO

De un total de las 2.405 tarjetas revisadas se consiguieron 27 pacientes que llenaban los criterios de anillo mitral calcificado, lo que da una frecuencia de 1.1%. Fig. 2.

### INCIDENCIA DE ANILLO MITRAL CALCIFICADO

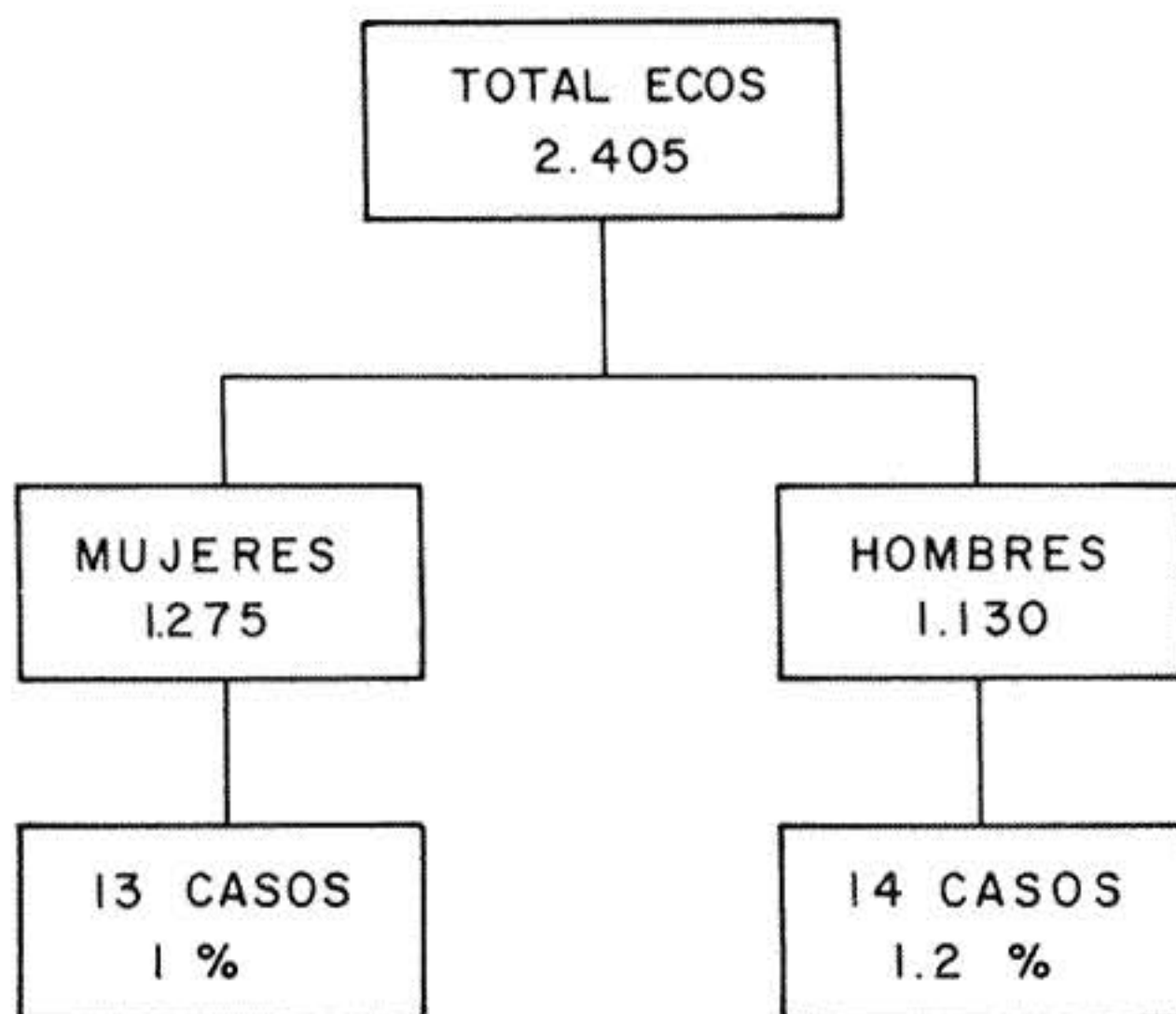


Fig. 2. Incidencia de anillo mitral calcificado. Fue de 1% en el material estudiado.

### EDADES:

Las edades de los pacientes estuvieron comprendidas entre los 25 y 86 años promedio de 62.2 años y desviación standard de  $\pm 14.1$ .

El cálculo de la frecuencia acumulativa permitió apreciar que la edad de aparición de esta entidad fue a partir de los 55 años. Fig. 3.

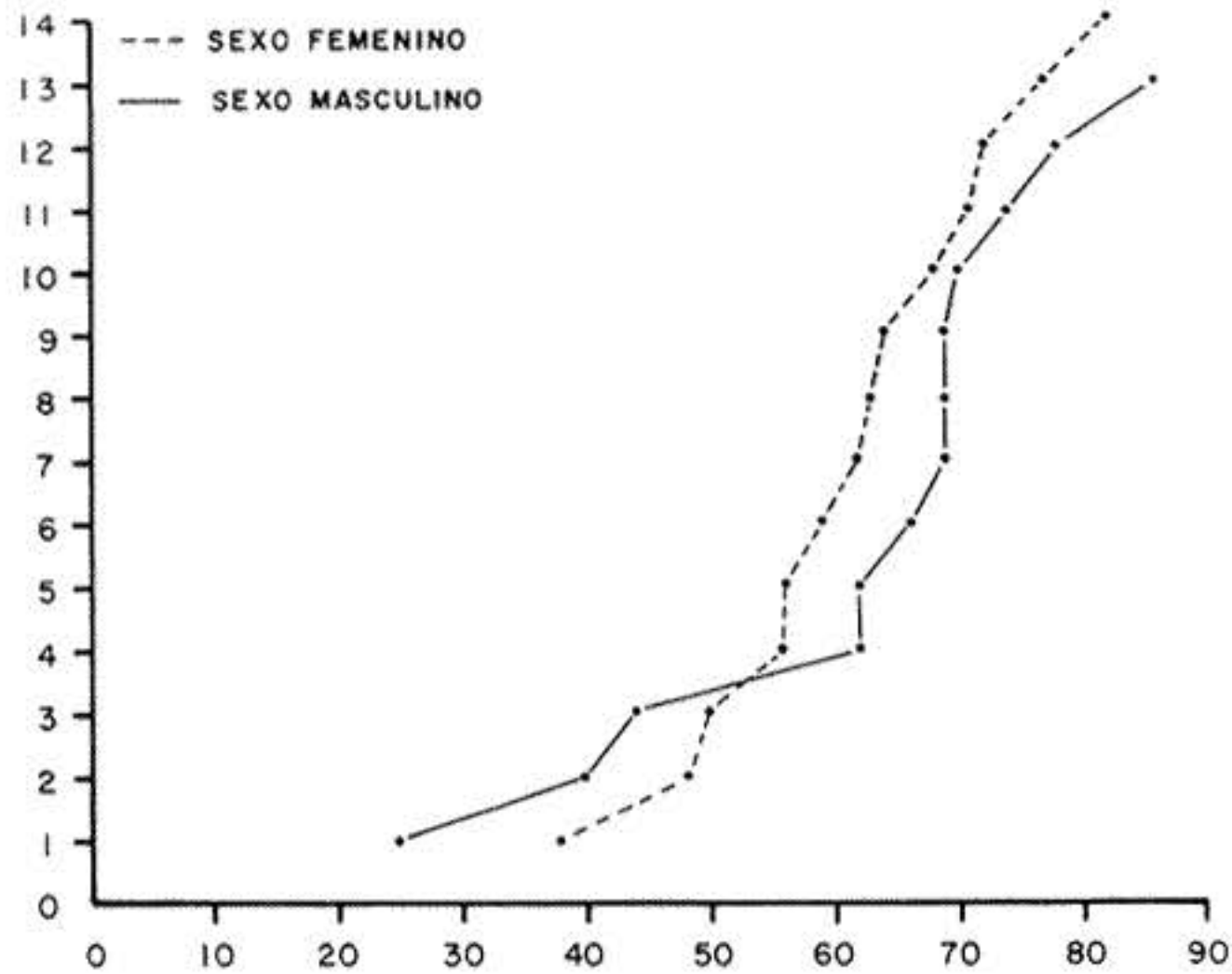


Fig. 3. Distribución de pacientes por sexo y edad. Obsérvese el aumento de la frecuencia de esta entidad a partir de la década de 50 a 60 años, en ambos sexos por igual. Solamente se observaron 4/27 casos, en sujetos menores de 24 años.

### HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRAFICOS:

La evaluación de 15 electrocardiogramas de reposo mostró que 13 de ellos presentaban trastornos de la conducción auriculo-ventricular asociados a la calcificación del anillo mitral. Tabla 1.

TABLA 1  
Evaluación de los Electrocardiogramas n = 1 \*

Trastornos de Conducción	Cardiopatía Isquémica	Otros	Normales
8	4	1	2
P.R. Aumentado	3	Infartos	4
B S A I	4	Fibrilación Auricular	1
Bloqueo A.V. completo	2		
Bloqueo R.D. avanzado	1		

BSAI = Bloqueo Subdivisión Anterior Izquierda.  
BCRIH = Bloque Rama Izquierda Haz de His.  
P.R. AUMENTADO = Bloqueo Primer Grado.  
BIRIHH = Bloqueo Incompleto Rama Izq. Haz de His.  
\* Hay hallazgos dobles en dos electrocardiogramas.

## **OTROS HALLAZGOS ECOCARDIOGRAFICOS:**

La aurícula izquierda en 20 pacientes tenía un diámetro aumentado cuyo promedio fue en 18 pacientes de 45.7 m m y con desviación standard de  $\pm 8.7$  m m valor (normal 25-40 m m). El ventrículo izquierdo también se encontró dilatado.

La dimensión de la raíz aórtica fue normal en 25 pacientes, la motilidad aórtica estuvo disminuída en 18. La apertura de las válvulas sigmoideas fue normal en todos.

La distancia E- septum en 17 casos estuvo aumentada. La pendiente E-F de la válvula mitral fue baja en 12 casos. Nueve pacientes tenían septum paradójico, seis tenían sobrecarga de volumen y derrame pericárdico se observó en cinco. La función ventricular calculada por fracción de acortamiento estuvo disminuída en quince, normal en nueve y en tres no se pudo calcular.

## **MOTIVO DE REFERENCIA DE LOS PACIENTES**

La información clínica con la cual venían referidas los pacientes fue la siguiente: coronarios, tres casos, de miocardiopatía, ocho casos y valvulares trece pacientes. Uno solo de ellos vino referido para descartar anillo mitral calcificado. Hipertensión Arterial un solo caso, en resto no se precisó motivo de referencia

## **DISCUSION**

La frecuencia de la calcificación del anillo mitral en la presente serie de 1% muestra que esta entidad es relativamente frecuente sobre todo en personas por encima de la edad de 50 años. No se apreció diferencia significativa en cuanto a la frecuencia de ambos sexos. Fig. 3.

De especial interés fue su frecuente asociación con trastornos de la conducción intraventricular observados en el electrocardiograma. Tabla 1.

Solamente dos de los trece pacientes en los cuales se dispuso de la información electrocardiográfica fue normal. El resto de los sujetos presentaban trastornos de la conducción atrio-ventricular moderados a severos y hallazgos compatibles con cardiopatía Isquémica. Esta alta frecuencia puede explicarse debido a que la calcificación del anillo mitral constituye una enfermedad degenerativa del esqueleto de sostén atrio-ventricular cardíaco después de los 50 años de edad que puede comprometer por contiguidad el sistema de conducción. En este grupo etario la asociación con enfermedad coronaria también es relativamente frecuente

Ecocardiográficamente puede confundirse la calcificación del anillo mitral con la presencia de derrame pericárdico posterior porque la alta densidad del anillo puede simular el eco pericárdio posterior y el espacio resultante en la pared posterior ventricular izquierda simular presencia de líquido pericárdico. El barrido lento hacia la unión atrio-ventricular permite hacer el diagnóstico. Fig. 4.

Tampoco debe ser confundida con estenosis mitral reumática por las alteraciones de la valva posterior. A veces incluso la pendiente E-F mitral está reducida.

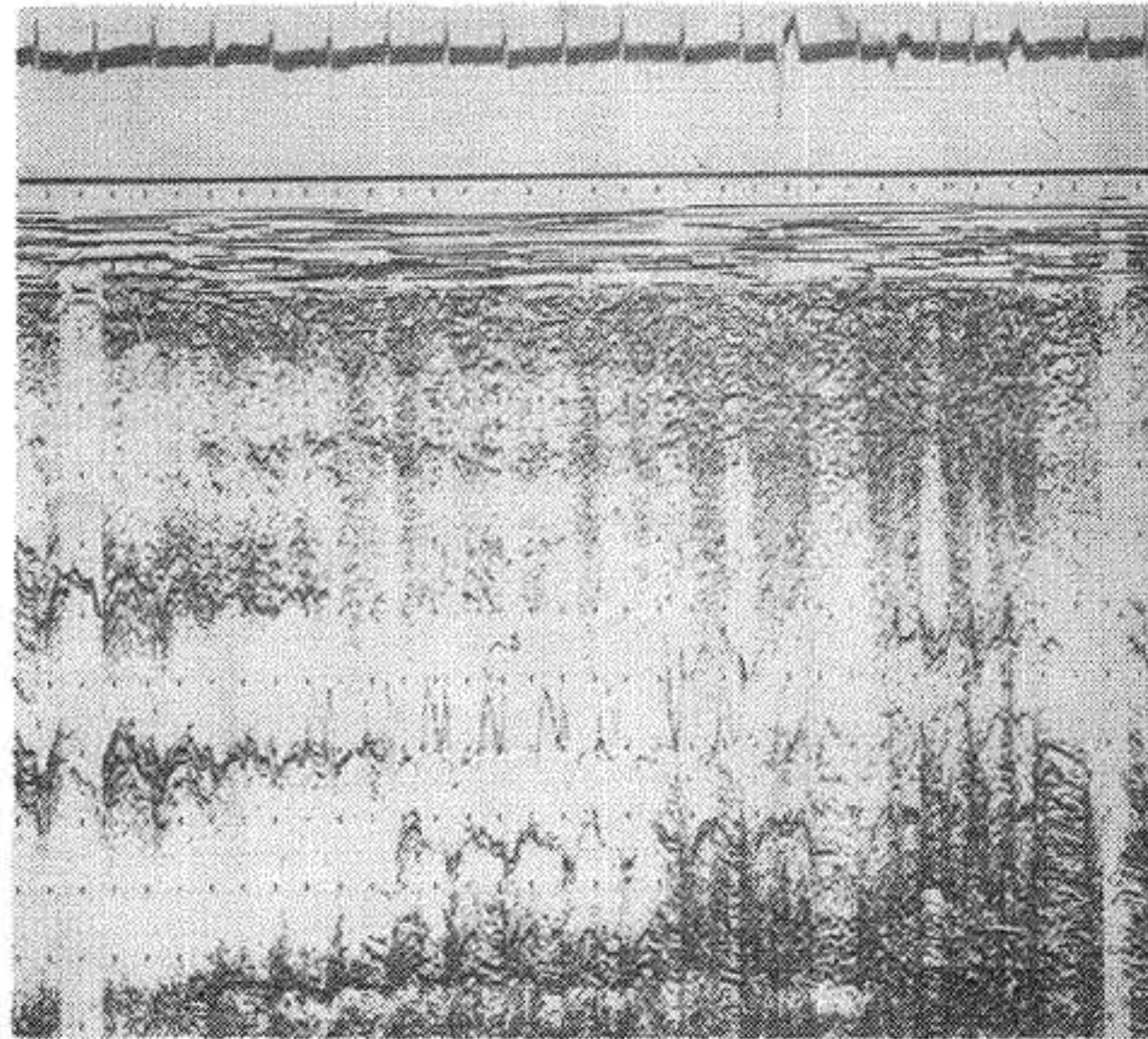
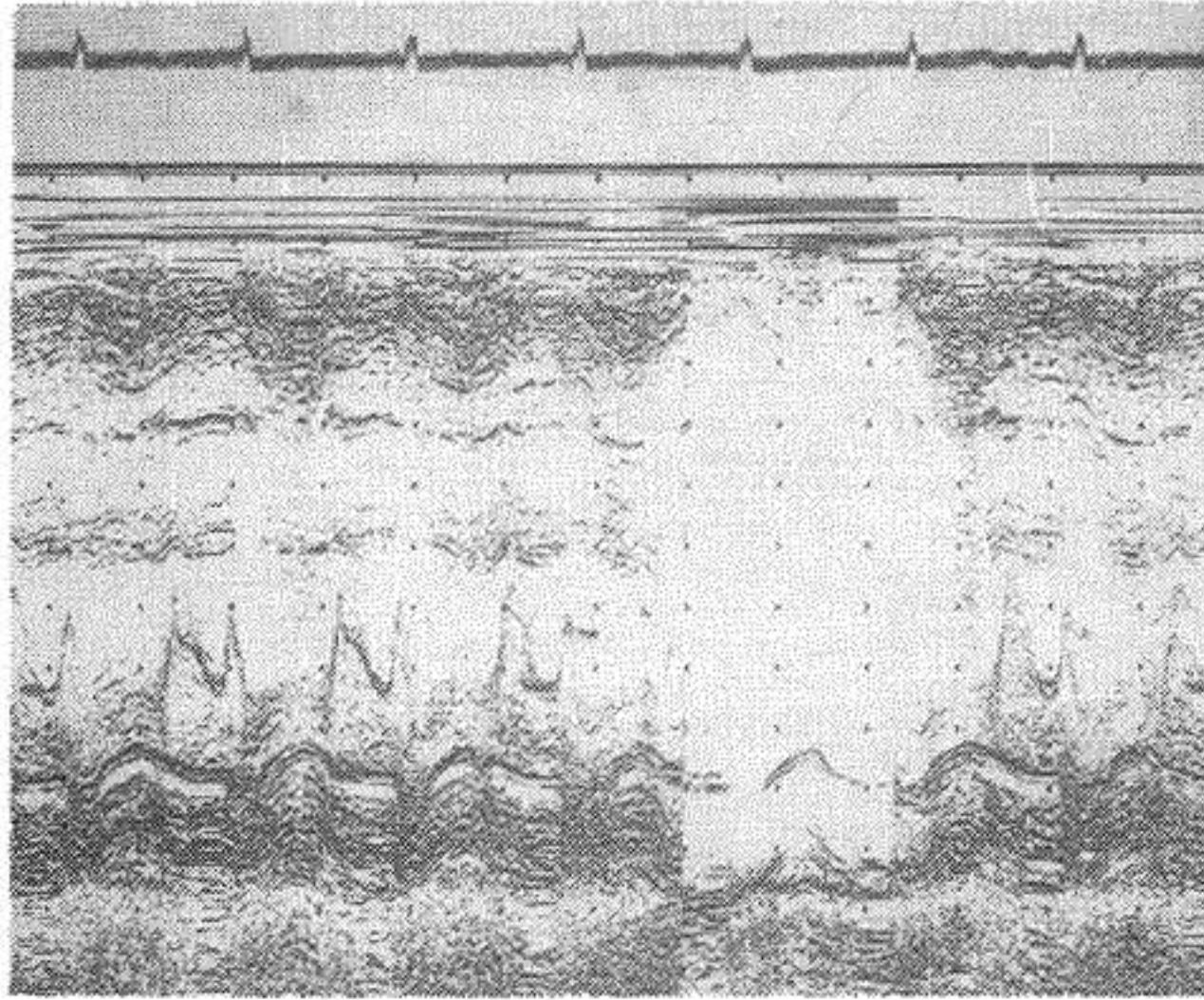


Fig. 4. Figura superior: Barrido ecocardiográfico muestra la presencia de anillo mitral calcificado, a partir de la unión atrio-ventricular como se describe en la figura 1.

Figura inferior: muestra la calcificación del anillo mitral visible durante la atenuación del eco. Obsérvese la separación entre la calcificación del anillo, el pericardio posterior, parietal y visceral. F

Solo un paciente fue referido para estudio para descartar esta entidad, esta experiencia ha sido frecuente ya que la calcificación del anillo mitral a menudo se confunde a la auscultación con insuficiencia mitral de otra causa tal como esclerosis o estenosis de válvula aórtica.

Recientemente D'Cruz y Col. (1) han señalado la infrecuencia que clínicos y cardiólogos piensan en esta entidad, excepto cuando se hace un estudio radiológico previo.

La Ecocardiografía ofrece una forma fácil no invasiva de establecer un diagnóstico preciso de esta entidad especialmente en presencia de un soplo rudo apical en ancianos con trastornos de la conducción atrio-ventricular.

Se ha sugerido (1) que el término del "anillo mitral calcificado" es inapropiado, porque anatómicamente el proceso consiste en una calcificación sub-mitral. Fig. 5. Sin embargo el término ha sido ya consagrado por el uso.

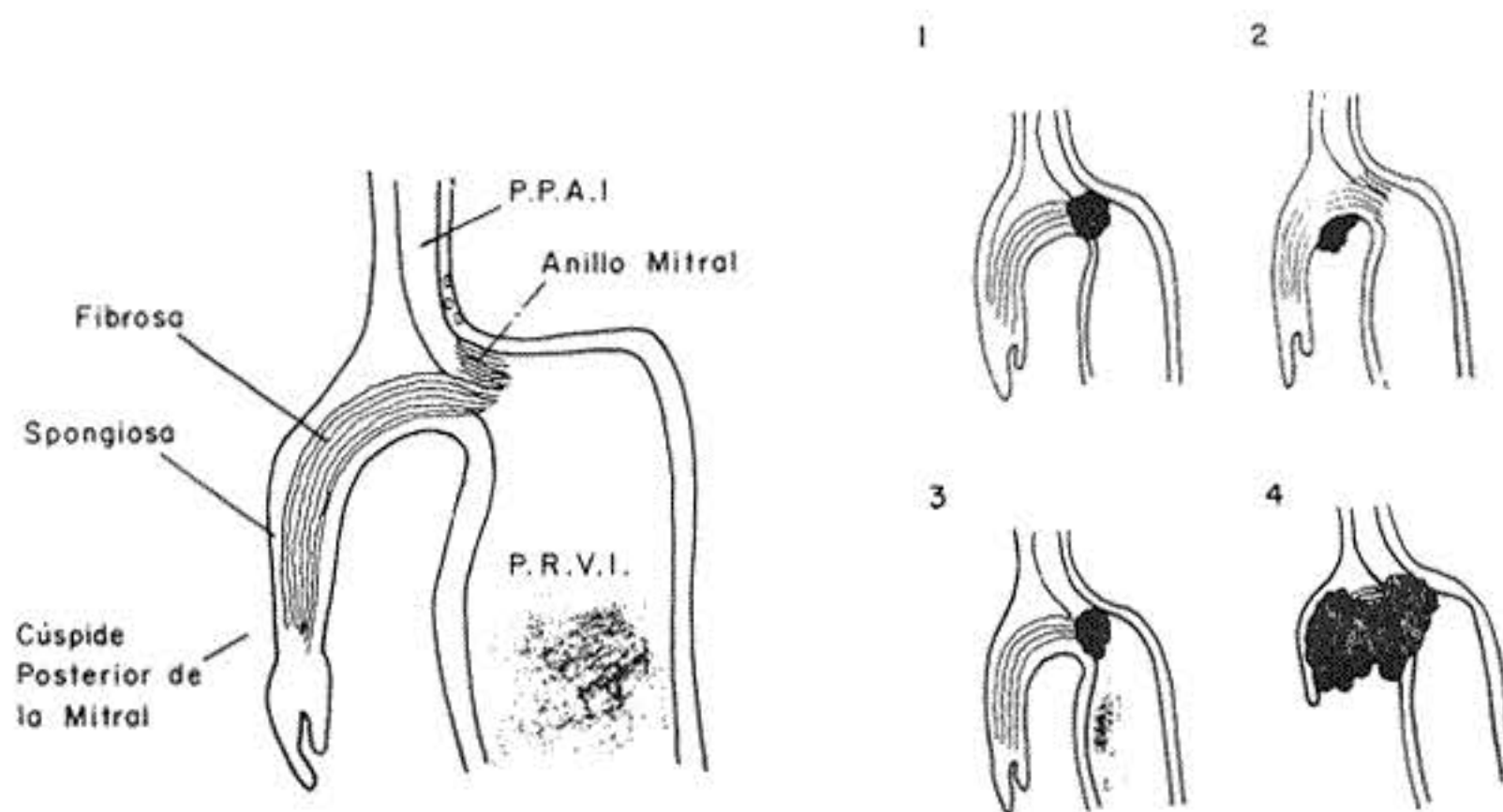


Fig. 5. Anatomía implantación valva mitral posterior. (Dibujo de D'Cruz y col) El diagrama de la izquierda muestra una sección longitudinal a través del corazón pasando de la cúspide posterior de la mitral y ángulos sub-mitral posterior. Los pequeños diagramas de la derecha; 1 muestra calcificación en el verdadero anillo mitral. 2 muestra calcificación en el ángulo posterior sub-mitral, el tipo común del anillo mitral calcificado. 3 muestra una combinación del 1-2 y 4. muestra calcificación masiva submitral posterior distorsionando la valva posterior y penetrando dentro de la pared posterior del ventrículo izquierdo (PPVI). (PPAI). Pared posterior Aurícula Izquierda

## RESUMEN

El anillo mitral calcificado es una entidad conocida anatomopatológicamente desde hace muchos años. Se ha correlacionado clínicamente con soplo sistólico rudo en área mitral en sujetos de edad avanzada y el diagnóstico se ha establecido por el hallazgo de calcificaciones en el área mitral en radiografías del corazón. La introducción de la ecocardiografía en años recientes ha permitido definir patrones para su diagnóstico.

Se revisaron 2.405 tarjetas de ecocardiografía semicomputarizadas: 27 sujetos presentaron criterios diagnósticos de calcificación del anillo mitral; hubo 13 hombres y 14 mujeres. La edad promedio del grupo fue de  $62 \pm 14$  años.

En 15 electrocardiogramas disponibles, solamente dos fueron normales. En 13 el hallazgo más frecuente fue un trastorno de la conducción atrioventricular a menudo bloqueo de la subdivisión anterior izquierda con bloqueo atrioventricular de primer grado. Hubo una asociación frecuente con esclerosis de la válvula aórtica. En los 27 casos no se encontró calcificación del anillo mitral anterior.

El análisis de las edades por frecuencia acumulativa mostró que el anillo mitral calcificado aumentaba en forma importante a partir de los 55 años de edad alcanzando un pico a la edad de los 70 años.

Ecocardiográficamente puede ser confundido con derrame pericardico posterior o valvulopatía mitral reumática. De los 27 casos solamente uno fue referido con el diagnóstico presuntivo de calcificación del anillo mitral.

Se concluye:

La calcificación del anillo mitral se observó en el 1% de la población estudiada. Más de las tres cuartas partes de los casos tienen trastornos de la conducción atrioventricular de severidad variable. Con gran frecuencia no se sospecha su diagnóstico.

#### REFERENCIAS

- 1 D'CRUZ, J.; PANETTA, H.; COHEN, L.; GLICK, O.- Submitral calcification of Sclerosis in Elderly Patients: M mode and Two Dimensional Echocardiography in "Mitral Annulus Calcification" Am. J. Cardiol. 44: 31-38, 1979.
- 2 FERTMAN MH.; WOLFF, L.- Calcification of the Mitral Valve. Am. Heart J. 3 L; 580-589, 1946.
- 3 GABOR, GE.; MOHR, BD.; GOEL, PD; COHEN, G.- Echocardiography and clinical spectrum of mitral annular calcification. Am. J. CARDIOL. 38; 836-842, 1976.
- 4 KLEID, J.; SCHILLER, NB.- Echocardiography Case Studies. New York, Medical Examination Publishing, p 20, 1974.
- 5 KORN, D.; DE SANCTIS, RW.; SELL S.- Massive calcification of the mitral valve ring. N. Eng. J. Med. 267: 900-909, 1962.
- 6 POMERANCE, A.- Pathological and clinical study of calcification of the mitral valve ring. J. Clin. Path. 23: 354-361, 1970.
- 7 SELL, S.; SCULLY, RE.- Aging Changes in the aortic and Mitral valves. Am. J. Pathol. 46: 345-365, 1965.



## TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA FISURA ANAL

Dr. Pedro Morgado  
Dr. Virgilio Torrealba  
Dra. Yvonne Bayeh

El término "fisura anal" no implica solamente una solución de continuidad la superficie del canal anal, sino también un estado inflamatorio en sus bordes, con infiltrado celular. En otras palabras, se trata realmente de una úlcera que, por otra parte, no tiende a cicatrizar.

La fisura anal es, quizás, la patología anal más dolorosa, solamente comparable en intensidad al cáncer del canal anal. Este dolor, que básicamente es producido por un espasmo permanente del esfínter interno del ano y al cual Hilton (3) le buscó una explicación anatómica adecuada, obliga al enfermo a evitar las evacuaciones, cerrándose un círculo vicioso dolor-espasmo-estreñimiento voluntario, que resulta en una intensificación de la tríada sintomática característica: dolor, estreñimiento y sangramiento.

El propósito de este trabajo es evaluar el resultado de nuestra conducta terapéutica frente al paciente privado, con fisura anal.

### MATERIAL Y METODO

Estudiamos un grupo de 298 pacientes con fisura anal, atendidos en la consulta de uno de nosotros en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas, entre Agosto de 1970 y Diciembre de 1978. Este total representa un 15 por ciento de nuestra consulta, dedicada exclusivamente a enfermedades de ano, recto y colon.

Para su estudio, dividimos los enfermos en dos grupos:

Grupo I: se incluyen 73 pacientes diagnosticados como portadores de una úlcera anal crónica;

Grupo II: Reúne 225 pacientes catalogados como portadores de una fisura anal no crónica.

---

Centro Médico de Caracas

XV Congreso Venezolano de Cirugía. Marzo 1979. Porlamar.

PACIENTES DEL GRUPO I. Consultaron por dolor de más de seis meses de evolución, de mediana intensidad, que persistía hasta 4 horas después de las evacuaciones, con emisión de sangre rutilante en cada una de ellas. Voluntariamente evitaban la defecación y empleaban algún laxante cada tres o cuatro días, con el fin de tener heces suaves.

Al examen físico se encontró una úlcera generalmente amplia, de fondo grisáceo, descansando sobre un esfínter hipertónico. En 54 pacientes existía una hemorroide centinela y en 23 de ellos existía una papila hipertrófica en el extremo proximal de la fisura.

En estos pacientes el tratamiento efectuado fue quirúrgico, practicándose fisurectomía y esfínterotomía del tercio inferior del esfínter interno y del tercio superior del fascículo subcutáneo del esfínter externo, bajo anestesia caudal simple.

La evolución postoperatoria fue sin incidentes en 47 pacientes, mientras que en los otros 7 restantes hubo retención urinaria. La cicatrización total de la herida operatoria tomó un promedio de cuatro semanas. Todos los 54 pacientes operados fueron controlados hasta el sexto mes, no reportándose recidivas en este grupo.

PACIENTES DEL GRUPO II: Por fisura anal no crónica atendimos 225 pacientes. Bajo este término incluimos aquellos pacientes cuyos síntomas principales, dolor y sangramiento, tenían menos de seis meses de evolución y en cuyo examen físico solo se evidenciaba la fisura anal, de fondo rosado y con bordes tendientes a mantenerse unidos pero fácilmente separados al momento del examen. En este grupo pudimos separar dos subgrupos: IIa) con pacientes cuyo dolor era moderado, persistiendo desde minutos hasta una hora después de la evacuación, con escaso sangramiento y con una sintomatología de menos de dos meses de evolución. En este subgrupo incluimos 140 pacientes; IIb) con 85 pacientes cuyo dolor era severo, persistiendo más de una hora después de las evacuaciones, con sangramiento importante y que evitaban las defecaciones, fuesen duras o blandas.

En los pacientes del subgrupo IIa, el tratamiento consistió en la administración de reblandecedores fecales del tipo de la metilcelulosa, antiespasmódicos, cremas rectales con base de cortisona, baños de asiento con agua tibia después de cada evacuación, empleo de papel higiénico húmedo, dieta con alto residuo y prohibición de picantes, frituras y comidas muy condimentadas. En 92 pacientes desaparecieron los síntomas y las lesiones anatómicas. En algunos de ellos se produce ardor ocasional, cuando las heces son muy duras. El resto de los pacientes, 48, no regresó a la consulta.

En los enfermos del subgrupo IIb, excepto en 5 pacientes donde la intervención se propuso en la primera consulta y se efectuó al día siguiente por la severidad del dolor, el tratamiento fue igual al del subgrupo IIa, añadiendo analgésicos orales después de cada evacuación. Fueron intervenidos 50 pacientes que no mejoraron de sus síntomas, 14 de ellos bajo anestesia local y en el consultorio. El resto de los pacientes o mejoró de sus síntomas o ha aprendido a vivir con ellos, tolerando sus exacerbaciones con las evacuaciones duras.

En los pacientes intervenidos se practicó la fisurectomía con esfinterotomía media posterior. El tiempo de cicatrización de la herida tomó entre tres y cuatro semanas. Hubo ocho retenciones urinarias postoperatorias, cinco de ellas en los operados de urgencia. En seis meses de control, reportamos una recidiva en una paciente que resultó ser portadora de una rectocolitis ulcerosa.

Es conveniente señalar que en todos los pacientes intervenidos, la localización de la fisura fue en la línea media posterior, mientras que en los tratados médicamente la fisura fue lateral en cinco. En uno de estos últimos se trataba de una leucosis. En los otros cuatro no se encontró ninguna enfermedad sistémica asociada.

## DISCUSION

La fisura anal aparece como una de las principales razones de consulta de los pacientes con problemas anales, incriminándose a la infección de una cripta anal posterior como la razón fundamental de su aparición (5) La fisura se localiza en la gran mayoría de los casos, en la línea media posterior, dentro de la margen del ano, posiblemente porque en este sitio las fibras del esfínter externo del ano que rodean al canal anal, dejan, al nacer, del vértice y los lados del coxis, un área débil en la pared posterior del canal anal, área que es fácilmente lesionada por las heces duras y posteriormente infectada (6). La fisura puede ocurrir secundariamente a una lesión que exista en el canal anal, tal como una hemorroide de tercer grado, o un pólipo o una papila hipertrófica. Ella misma puede servir de asiento a la formación de un absceso perianal. Las primeras lesiones, al ser forzadas fuera del canal por el paciente estreñado, producen una fisura por tracción de la mucosa. Al comienzo la base de la fisura está formada por fibras longitudinales, pero a medida que la fisura se hace más crónica y profunda, aparecen las fibras más pálidas y grisáceas del esfínter interno. El depósito de material fecal, que produce infección y edema, es responsable de una lesión de piel, dura, en forma de saco, que se sitúa en el extremo distal de la fisura: es la "hemorroide centinela". Se constituye así la tríada anatomopatológica tan frecuente en estos pacientes: papila hipertrófica, fisura anal y hemorroide centinela.

Los síntomas de la fisura anal son característicos: dolor, que el paciente refiere generalmente como una severa sensación de quemadura, que aparece durante la evacuación y persiste mucho tiempo después; pérdida de sangre con las evacuaciones o con el simple esfuerzo y cambios en el hábito intestinal ocasionados por el dolor

El dolor varía en intensidad, desde un ligero ardor que persiste después de las evacuaciones, hasta un dolor severo, incapacitante para el paciente. Esto es explicable sobre la base de la neurofisiología anorectal (5,2). La úlcera envuelve los tejidos que tapizan el canal anal, particularmente la piel, que tiene una inervación sensorial somática. La defecación causa un estiramiento de los tejidos y separación de los bordes de la úlcera anal, despertando estímulos aferentes dolorosos, los que a su vez provocan la aparición de estímulos somáticos motores eferentes hacia el músculo estriado del esfínter externo. En esta forma, el complejo esfinteriano entra en espasmo, permaneciendo así hasta que el músculo se fatiga y el paciente obtiene un alivio hasta el próximo acto

defecatorio. El espasmo esfinteriano es acompañado de dolor, que mejora al fatigarse el músculo.

En sangramiento es muy común en el paciente con fisura anal, generalmente en poca cantidad y usualmente al efectuarse la limpieza del ano. El dolor es tan intenso, usualmente, que el sangramiento llama poco la atención.

Algo que el paciente portador de una fisura anal aprende muy rápidamente es que mientras menos defaque, menos dolor padece. En consecuencia, el estreñimiento, que es usualmente una queja de estos enfermos, es agravado por la voluntad de no evacuar. Y el resultado es que la siguiente evacuación es más dura y voluminosa produciéndose mayor daño local y un dolor cada vez más intenso.

El diagnóstico de una fisura anal es relativamente simple. La historia es típica y la simple inspección del ano a menudo bastan para establecerlo. Muy frecuentemente debe dejarse la proctoscopia para un exámen posterior, ya que el dolor impide cualquier maniobra en la zona. La inyección local de un anestésico permite completar el exámen.

El diagnóstico diferencial deberá plantearse, en primer lugar, con un simple desgarramiento traumático. Este es superficial y no afecta todo el grosor de la piel anal. Este diagnóstico no es necesario plantearlo con la fisura crónica, ya que esta se acompaña siempre de hemorroide centinela y/o pólipo fibroso del ano. Las fisuras fuera de la línea media deben hacernos siempre tener en consideración la presencia de una enfermedad sistémica: colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, chancro sífilítico duro, tuberculosis, angina agranulocítica, epiteloma y, sobre todo en los niños, leucosis aguda (1).

Para resolver el tratamiento, debe diferenciarse de si se trata de una fisura reciente o una fisura crónica. En las fisuras recientes, el tratamiento debe dirigirse, en primer lugar, a disminuir el espasmo muscular anal; luego, a corregir el estreñimiento, procurando que las heces sean gruesas, suaves y que sean expulsadas diariamente, practicándose así el mismo paciente una auto-dilatación anal; finalmente, mejorar el estado inflamatorio local. Si la fisura va a responder a este tratamiento, se obtendrá una franca mejoría en las tres primeras semanas. Si el tratamiento falla, deberá indicarse la intervención quirúrgica.

En nuestra experiencia, la esfinterotomía anal mediana acompañada de la resección de la fisura, la hemorroide centinela y el pólipo anal, es el mejor tratamiento. La esfinterotomía incluye el tercio inferior del esfínter interno y el tercio superior del fascículo subcútaneo del esfínter externo.

Pueden emplearse como métodos quirúrgicos, igualmente, la dilatación forzada del canal anal, bajo anestesia, (6) y la esfinterotomía lateral, esta última practicada como procedimiento de consultorio, bajo anestesia local.

El resultado operatorio después de la dilatación forzada de los esfínteres dá una recurrencia de síntomas de alrededor del 10 por ciento (6), mientras que con la esfinterotomía sola es de aproximadamente 7 por ciento (2). Citando a Slack (6), señalaremos que la recidiva de síntomas consecutivas a esfinterotomía y fisurectomía es de menos del 5 por ciento. En la serie que presentamos

a ustedes, nuestra recidiva con este último procedimiento es de 0.7 por ciento en controles que van desde 6 meses hasta 7 años.

## RESUMEN

Presentamos una serie de 298 pacientes con fisura anal atendidos en la consulta privada de uno de nosotros en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas, dedicada exclusivamente a enfermedades de ano, recto y colon, en un período de ocho años. A casi todos los pacientes con fisura reciente se les indicó tratamiento médico conservador, en base a reblandecedores fecales, antiespasmódicos, analgésicos y anti-inflamatorios locales, además de algunas medidas higiénicas y dietéticas, que mejoraron o curaron el proceso en 162 pacientes o 54 por ciento. En el resto de los casos fue necesario practicar una intervención quirúrgica, escogiéndose como tratamiento único la fisurectomía con esfinterotomía mediana posterior, bajo anestesia regional o local, en 136 pacientes. La rata de persistencia de los síntomas después del sexto mes de la intervención fue de 0.7 por ciento, sin complicaciones postoperatorias inmediatas importantes.

## SUMMARY

A report on 298 private patients with anal fissure, seen on a period of 8 years is given. Our personal approach to this problem is exposed and the results analysed.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 DUHAMEL, J.- Affections non congénitales de l'anus et du rectum chez l'enfant. Masson et Cie., Paris, 1958.
- 2 GABRIEL, W.B.- The Principles and Practice of Rectal Surgery. H. K. Lewis & Co. Ltd. pp 237-258, 1963,
- 3 HILTON, J.- On Rest and Pain. William Hood & Co., New York, pp 167-168, 1879.
- 4 HUGHES, ESR.- Inflammations and Infections of the Anus, en "Diseases of the Colon and Ano-Rectum. W. B. Saunders & Co., pp 980-996, 1969.
- 5 NESSEBROD, J. P.- Clinical Proctology. W. B. Saunders & Co. p. 107, 1964.
- 6 SLACK, W.- Anal Fissure, en "Diseases of the Colon, Rectum and Anus", W. Heine-mann Medical Books Ltd., London, pag. 270 1969.

# MANUFACTURING SURGICAL DRESSINGS, C. A.

## S U D R E C A

F A B R I C A N T E S D E G A S A Q U I R U R G I C A

- \* **DETECTO-RAY**      ESTERILES Y NO ESTERILES  
                                 ESPONJAS PARA CIRUGIA
  
- \* **POST-OP**                      ESPONJAS ABSORBENTES  
                                 ESTERILES PARA CAMBIO DE CURAS
  
- \* **GAUZE-SPONGES**      GASA PRECORTADA ESTERIL Y NO ESTERIL,  
                                 EN TODOS SUS TAMAÑOS PARA CIRUGIA

Calle Los Vegas — Edif. La Lombarda, Piso 3

La Trinidad — Caracas

## **LAS BASES EXPERIMENTALES DEL TRANSPLANTE CARDIACO**

**Norman E. Shumway M. D. FACS  
Stanford, California**

En la Universidad de Stanford estamos en la tercera década del transplante cardíaco y en la segunda década de su aplicación clínica. Nuestras estadísticas de sobrevida en transplantes cardíacos se pueden comparar favorablemente con las de transplante renal de cadáver. La sobrevida al primer año de nuestros transplantados está entre 65 y 70% y la expectativa de vida a los 5 años es de 50%.

Esta expectativa de vida, al primer año, ha mejorado mucho desde nuestro original 22%, obtenido en el primer año de experiencia. Esta mejoría no ha venido a causa de descubrimientos extraordinarios, sino más bien a la juiciosa adaptación, a los pacientes, de técnicas y protocolos desarrollados en el laboratorio experimental.

### **PRIMEROS EXPERIMENTOS**

Los primeros experimentos en transplantes cardíaco fueron hechos por Carrel y Guthrie en el laboratorio Hull de la Universidad de Chicago, precisamente al empezar este siglo. A pesar de las técnicas elementales, los corazones de cachorros injertados en el cuello de perros adultos latieron por algunas horas. Como todos saben, Carrel y Guthrie se separaron y fueron a trabajar a sitios diferentes.

A pesar de que los grandes pioneros de la cirugía norteamericana conocían esos trabajos, los dejaron pasar casi en silencio. En 1905 Harvey Cushing mencionó que un joven francés de nombre Carrel estaba haciendo interesantes experimentos sobre suturas arteriales. Cuando Carrel ganó el premio Nobel en 1912, surgió la controversia sobre la verdadera contribución de Guthrie, quien nunca recibió merecido reconocimiento. De hecho, ambos científicos se enemistaron, como en otros casos similares y la separación se agudizó con el premio para Carrel.

---

Traducción: Rubén Jaén C.

(Publicado con permiso del Bulletin of American College of Surgeons). (66-6-1981).

Entre 1930 y 1940, Frank Mann y asociados lograron sobrevividas con transplantes hasta por 8 días. De esa investigación, Mann dedujo "el comportamiento del corazón en los transplantes, es similar a los demás órganos homotransplantados".

La supresión inmunológica no existía en ese tiempo y los trabajos sobre este campo se detuvieron durante 20 años. En Rusia, Demikhov y Sinitsyn desarrollaron una técnica para trasplante heterotópico, donde el órgano del donante servía como ayuda al receptor. La medida real de esa ayuda es imposible de medir, pero ha servido para ciertas aplicaciones clínicas en los pacientes con "dos corazones" operados por Barnard y asociados.

En 1951, Marcus expresó que el remplazo del corazón podría ser de ayuda a enfermos con órganos dañados en forma irreparable, pero también dijo que era sólo "un fantástico sueño". Watts Webb hizo trasplante de pulmón y corazón en 1958 y logró mantener una función aceptable hasta por siete y media horas.

En el verano de 1958, hubo una reunión en Stanford para considerar las posibilidades y problemas del trasplante cardíaco. No había posibilidad de control del rechazo, aún para los riñones. Como se podía predecir, lo más fácil era encontrar el método quirúrgico. En los primeros experimentos que hicimos en Stanford, se decidió que una simple y gran atriotomía era mejor, para la anastomosis, que unir por separado a las venas cardíacas. También encontramos que el frío era una protección adecuada para el miocardio, mientras se hacían las maniobras necesarias para corregir lesiones intracardíacas.

El corazón del donante pudo ser conservado muy bien en una solución salina a una temperatura entre 2 y 6 grados C, y esa fue la base de los futuros transplantes y de muchas aplicaciones clínicas.

En 1960, Richard Lower presentó su primer trabajo sobre transplantes en el Congreso Americano de Cirujanos en San Francisco. **EL TRABAJO LEIDO A TEMPRANAS HORAS, FUE OIDO POR EL AUTOR (Dr. Shumway) EL ENCARGADO DE PROYECTAR LAS LAMINAS Y QUIZAS EL MODERADOR.** En 1962, Lower demostró transplantes exitosos de corazón en perros protegidos, durante 7 horas, solamente con enfriamiento local.

En oposición al riñón, el corazón transplantado tiene que trabajar de inmediato en forma óptima. Incidentalmente, el corazón es el único órgano que tiene músculo estriado con automatismo propio y el único músculo estriado que no se deteriora o muere después de la denervación.

Los Dres. Edward Durley y Eugene Dong estudiaron los corazones autotransplantados y encontraron, con repetidos cateterismos, que tenían una función normal o casi normal, tanto en reposo como en condiciones de stress. La arritmia sinusal, que es especialmente notable en los perros, y un electrocardiograma auricular demostraron la variación en las ondas P con la respiración en el receptor en comparación con la onda P constante del donante, que controla la respuesta ventricular. Por eso es posible comparar la frecuencia real con la que debería tener el receptor.



## **TRANSPLANTES HUMANOS**

En diciembre de 1967, Christian Barnard había regresado a Capetown, luego de un período de preservación de transplantes cardíacos en el laboratorio experimental de Richmond, Virginia, donde Lower era el jefe de cirugía cardíaca. **NINGUN TRANSPLANTE CARDIACO EXPERIMENTAL HABIA SOBREVIVIDO MAS DE POCAS HORAS EN SUR AFRICA CUANDO BARNARD TOMO POR SORPRESA AL MUNDO CON SU ESFUERZO INICIAL EN HUMANOS. SUBITAMENTE, TRANSPLANTES CARDIACOS SE HICIERON EN SITIOS DONDE UNO DUDARIA DE OPERARSE DE UN DEFECTO INTERAURICULAR.** Ningún programa puede soportar su actividad clínica, sin una sólida base experimental, y la alta mortalidad tuvo su efecto en la referencia de enfermos.

En 1971, la revista Life se sintió obligada a retractarse por su entusiasmo inicial con los transplantes cardíacos y aún hoy en día, los intentos que se hacen en Inglaterra están bajo el fuego de la comunidad médica británica.

En Stanford, un programa experimental simultáneo ha contribuido a mejorar los resultados. La supervivencia de los enfermos a los 5 años ha aumentado hasta un 50%. La globulina antitimocítica, en el ratón, desarrollada por el Dr. Phillip Oyer y mejorada por el Dr. Chales Bieber, ha contribuido mucho a este éxito. Otra técnica importante, ideada por el Dr. P. Caves, la biopsia cardíaca intravenosa, ha sido de enorme importancia.

El biotomo, una modificación del ideado por Konno y Sakakibara, es curvo, muy delgado y con mandíbulas mínimas en la punta. La biopsia es un indicador preciso de los rechazos y nos enseña cuando hay que aumentar o disminuir las drogas inmunopresoras. Miles de estas biopsias se han hecho en Stanford con pocas complicaciones y cero mortalidad.

En nuestro laboratorio estamos trabajando en el transplante del corazón y de dos pulmones, especialmente en Macacus Rhesus, porque el perro no sobrevive a la denervación pulmonar bilateral. Hemos logrado la supervivencia de uno de estos primates durante un año, después del transplante de ambos pulmones y el corazón, con la ayuda de Cyclosporin A como el inmunosupresor primario. (En Stanford ya se han efectuado tres de estos tipos de transplantes en humanos, con supervivencia aceptable). (Nota del traductor).

## **ESTADO CLINICO ACTUAL DEL TRANSPLANTE CARDIACO**

Desde el 6 de enero de 1968 hasta el mes de agosto de 1980, hemos efectuado 212 transplantes en 194 enfermos. Diecisiete enfermos han recibido dos corazones, y un paciente, que se encuentra bastante bien en la actualidad, ha recibido tres. Han sobrevivido 74 enfermos entre un año y diez años después del transplante.

La causa principal de la muerte en 120 pacientes ha sido la infección, pero muchos habían recibido gran cantidad de drogas inmunosupresoras después de episodios de rechazo.

La indicación se ha extendido desde los pacientes con enfermedad coronaria intratable hasta aquellos con cardiomiopatía y anomalía coronaria, además de un caso de cardiopatía congénita y otro con un tumor del ventrículo izquierdo.

Finalmente, haré un comentario sobre los donantes. Entre enero de 1977 y septiembre de 1978, logramos obtener 39 donantes para igual número de transplantes, ya sea localmente o de áreas lejanas a nuestro centro. No ha habido diferencias en la sobrevida, a pesar de que el período isquémico varió entre una hora para los casos locales y tres horas para los enviados de hospitales lejanos

#### **NOTA DEL TRADUCTOR**

Cuando comenzó la "carrera" de los transplantes cardíacos escribí, repetidas veces, que el éxito final, basado en estudios experimentales serios y en un respaldo inmunológico sólido correspondería a la escuela dirigida por Norman Schumway, en Stanford, quien había trabajado por años con Richard Lower, otro pionero que, en forma ética y callada, ha logrado grandes éxitos en Virginia. Es satisfactorio comprobar que el tiempo nos ha dado la razón y la ciencia médica ha vuelto a sus canales de seriedad.

## BOLETIN BIBLIOGRAFICO

### MEDICINA GENERAL

Dr. Jorge Murillo

ARRITMIAS CARDIACAS EN PACIENTES CON ACCIDENTES CEREBROVASCULARES.- J. Ronald Mikolich, MD et al., Georgia, Atlanta.

50% de los pacientes con accidentes cerebrovasculares presentaron contracciones ventriculares ectópicas comparados con 15% de pacientes controles. Las arritmias serias se observaron especialmente en aquellos con el accidente vascular en la circulación cerebral anterior.

JAMA, 246: 1314-1317, 1981.

---

HIPOTENSION ORTOSTATICA: UNA CAUSA FRECUENTE POCO CONOCIDA DE SINTOMAS EN PACIENTES CON PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL.- Alvani, D. Santos, MD et. Rochester, New York.

La hipotensión ortostática es un mecanismo poco identificado como responsable de síncope, mareos o sensación de cabeza liviana en pacientes con prolapsos de la válvula mitral. Esto se demostró al estudiar 85 pacientes con este diagnóstico encontrándose 12 de ellos con clara caída de la tensión arterial al cambiar de la posición supina a la erecta.

La sintomatología y la hipotensión se corrigió en 7 pacientes al ser tratados con beta - bloqueadores.

AM. J. MEDICINE 71: 746-750, 1981.

---

LEUCOCITOSIS INDUCIDA POR PREDNISONA.- Y. Shoenfeld, MD. et al., Petah Tikva, Israel.

La respuesta de los globulos blancos a la prednisona se estudio en 80 pacientes. La leucocitosis puede aparecer tan temprano como 5 horas posterior a la administración de los corticoesteroides, generalmente persiste por dos semanas y luego disminuye. Hubo gran variación individual con iguales dosis de prednisona. Los contejes pueden subir hasta 20.000 células/milímetro cúbico con pequeñas dosis de prednisona. La leucocitosis fue predominante de polimorfonucleares con eosinopenia, linfopenia.

Las desviaciones a la izquierda de más de 6 cayados con granulaciones tóxicas son raramente inducidas por esteroides y deben mantener alerta al médico para la búsqueda de otras causas tales como infección.

AM. J. MEDICINE 71: 773-778, 1981.

ENFERMEDAD PERICARDICA EN PACIENTES CON CANCER.- Marshal R. Posner, MD et. al., Boston Massachusetts.

Treinta y un pacientes con diferentes enfermedades malignas desarrollaron enfermedad pericárdica.

El 58% de los pacientes presentaron tumor invadiendo pericardio, siendo el edema facial, las arritmias cardíacas y el tamponamiento cardíaco las manifestaciones más frecuentes. 32 por ciento de los pacientes presentaron pericarditis idiopática con fiebre, frote pericárdico y mejoría con drogas antiinflamatorias no esteroideas. El resto de los pacientes (10%) presentaron pericarditis constrictiva con derrame como manifestación de pericarditis por radiación. La pericardiocentesis fue diagnóstica en 85% de los pacientes con invasión maligna al pericardio, el 15% requirió biopsia pericárdica. La evaluación sistemática de los pacientes con enfermedad pericárdica y cáncer es beneficiosa ya que el tratamiento varía de acuerdo a la etiología al igual que el pronóstico.

AM. J. MEDICINE 71: 407-413, 1981.

## A N E S T E S I O L O G I A

**Dr. Jesús R. Molinos Palacios**

CONCEPTOS ACTUALES EN EL MANEJO ANESTESICO DE PACIENTES AMBULATORIOS.- Burton S. Epstein. MD. George Washington. Univ. Medical Center. Annual Refresher Course Lectures. 1981. A.S.A. New Orleans.

Título en Inglés. Current Concepts in the management of out patient anesthesia. Las unidades para la Cirugía Ambulatoria se han desarrollado primariamente para reducir el costo de la atención médica, para incrementar la disponibilidad de camas y para ofrecer al paciente el mismo cuidado que se le ofrece al hospitalizado sin los inconvenientes y riesgos potenciales (disrupción de la unidad familiar, infecciones cruzadas etc). Los casos deben ser seleccionados y los procedimientos operatorios estar entre los 15-90 minutos. El manejo anestésico es menos crucial que la selección del paciente y del acto operatorio. El período de recuperación es el más importante, por lo pronto la presunción de complicaciones deben tenerse en cuenta. Los pacientes que sufren de náuseas o vómitos y los que no se alivian con analgésicos orales no son candidatos ideales. Los exámenes de laboratorio básicos y algunos especializados varían de acuerdo a los hospitales y a las condiciones del paciente. A este hay que entregarle instrucciones escritas acerca del pre-operatorio, admisión y período de recuperación. Hay que enfatizar en lo siguiente: Antes de la Cirugía 1) No ingerir nada después de la media noche 2) avisar al Cirujano acerca de algún cambio en su condición física (resfriado, fiebre, etc.). Después de la Cirugía: 1) acompañarse de un adulto responsable 2) No tomar alcohol, ni ninguna medicación que no sea conocida por el Cirujano o el Anestesiólogo 3) no conducir vehículos, ni operar maquinaria compleja en 24 horas, ni tomar decisiones hasta que esté recuperado. Estas instrucciones deben ser firmadas por el paciente, ya que en algunos casos los pacientes argumentaron que no podían hablar, o no entendieron, olvidaron las instrucciones o simplemente desobedecieron las órdenes.

ANESTESIA.- La premedicación debe ser mínima: la atropina es usada con menos frecuencia salvo en la Cirugía de los músculos oculares o endoscopias o antes de la inyección de Ketamina o una segunda inyección de succinilcolina. Las dosis pequeñas de Droperidol (0.01-0.07 mg K/p) son útiles en la reducción del vómito post-operatorio. El Diazepán se asocia con amnesia y después del despertar, queda un estado de sedación; esto es indeseable en un paciente ambulatorio, pero puede ser útil en minimizar el recuerdo durante la anestesia superficial y balanceada empleada en las laparoscopias. Debe usarse 15 minutos antes de la anestesia, por vía IV, y una dosis no mayor de 0.15 mg K/gp.

Los narcóticos retardan la recuperación. Los efectos residuales de 75 mgs de Meperidina se han notado hasta 12 hs. después. Un estudio demostró que la Pentazocina-Atropina produjo una inducción quieta sin recuperación prolongada.

Cuando se pueda, la anestesia local es preferible. Todos los bloqueos son considerados; sin embargo la anestesia espinal no se usa en muchos centros debido a la hipotensión postural prolongada secundaria al bloqueo simpático; lo cual es un riesgo mayor que el dolor de cabeza.

La anestesia regional endovenosa y el bloque perineal por infiltración están indicados por sus pocas complicaciones.

La anestesia general es preferida en muchos sitios. Algunos anesthesiólogos administran un antiácido oral a pacientes ambulatorios a los que se le va a practicar anestesia general debido a que se han reportado altos volúmenes de ácido fuerte estomacal en pacientes ambulatorios, mucho mayor que en los hospitalizados. La intubación endotraqueal se hace frecuentemente y debe hacerse cuando esté indicada. Para evitar la recuperación prolongada usar en dosis pequeñas el pentotal, ya que la dificultad para manejar puede durar hasta ocho horas. Es indeseable el uso de la Ketamina por su recuperación prolongada, la necesidad de un ambiente tranquilo y la posibilidad de alucinaciones.

Los agentes inhalatorios asociados con una rápida inducción y recuperación con mínimo de vómitos son el óxido nitroso, enflurano y Halotano, aunque este último ha sido limitado en algunas clínicas por el temor de inducir hipersensibilidad hepática. Esta complicación es menor en niños prepuberales. El enflurano en niños produce mayor excitación, apnea y mayor agitación e intranquilidad durante la recuperación que la producida por el Halotano.

En resumen, la combinación de Tiopental, óxido nitroso y dosis pequeñas de Fentanyl, parece ser una alternativa apropiada para añadirla a un agente volátil, ya que se reduce la necesidad de barbiturato y produce un cuso anestésico suave y durante la recuperación inmediata el paciente tiene menos dolor, reduciendo la necesidad de analgésicos. En el SURGICENTER (R) de Phoenix, Arizona, se ha usado extensamente la técnica llamada PARAMALGESIA que produce analgesia, amnesia y parálisis. El alta del cuarto de Recuperación es basado en la "street fitness" o sea la habilidad de dejar el Hospital acompañado de un adulto. La conciencia, el comportamiento racional, la ambulación no implican una recuperación completa. Pacientes que aparentan estar bien despiertos pueden caer dormidos si la droga reaparece en la circulación desde su sitio de almacenamiento. Los tests empleados clínicamente para evaluar la recuperación no son confiables y difíciles de cuantificar; mientras que el equipo de laboratorio es voluminoso

## CIRUGIA GENERAL

**Dr. Armando Martín Vegas**

En la presente revisión, publicaremos los resúmenes de 3 artículos sobre el Pronóstico del Melanoma, proveniente del Grupo Cooperativo de la clínica de Melanoma de los Servicios de Dermatología y Cirugía del Hospital General de Massachusetts y la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard en Boston y de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York, aparecidos en *Annals of Surgery* (Enero 1982 Vol 195 No. 1), por considerarlos de gran interés para la comunidad Médica de nuestro Hospital.

Los autores de estos trabajos son: T. B. Fitzpatrick, M.D., PhD, A. J. Sabor, M.D., A. B. Cosimi, M.D., C. L. Day, M.D., A. R. Rodhes, M.D., R. A. Lew, PhD, J. Kaiser, M.D., R. A. Malt, M.D., M. C. Mihm, Jr., M.D., B. Pearson, M.S: J. Raker, M.D., and W. Wood, M.D., por el Hospital General de Massachusetts y A. W. Kopf, M.D., A. B. Ackerman, M.D., D. Backer, M.D., R. S. Bart, M.D. R. H. Blum, M.D., Mr. J. Brawn, J. C. Bytryn, M.D., P. Casson, M.D., J. Cooper, M.D., N. Dubin, PhD., R. J. Friedman, M.D., F. M. Golomb, M.D., W. R. Grier, M.D., S. R. Gumpert, M.D., M. N. Harris, P. Hennessey, M.D., M. Levin, M.D., G. Lipkin, M.D., M. Mintzis, M.D., Ms. M. Moseson, F. M. Muggia, M.D., B. S. Pasternack, PhD., A. Postel, M.D., A. Ragaz, M.D., Ms. Z. Scheiner, F. Valentine, M.D., Mr. F. Viau, y Mrs. G. Richards, por la Universidad de Nueva York.

### 1) FACTORES PRONOSTICOS PARA EL MELANOMA EN PACIENTES CON LESIONES ENTRE 0,76-1,69 mm DE ESPESOR.

Los autores estudiaron 14 variables para determinar su utilidad pronóstica, en 203 pacientes con melanoma estadio I y tumores primarios de 0,76-1,69 mm de espesor. Solo 2 variables, localización del tumor primario y el nivel de invasión, fueron útiles para predecir muerte por melanoma en estos pacientes. De las 12 muertes por melanoma, 11 ocurrieron en pacientes con tumores localizados en la región superior de la espalda, región posterior de brazo, cuello, y cuero cabelludo = (BANS). Solamente ha habido 1 muerte por melanoma en 136 pacientes con melanoma localizado en otras regiones (11/67 vs 1/136  $p < 0,001$  Fisher's Exact Test). De los 67 pacientes con BANS, 51 tenían lesiones nivel II o nivel III y cinco (10%) murieron por melama. Comparando estos con 6 muertes por melanoma en 16 pacientes (37,5%) con lesiones BANS nivel IV (5/51 vs 6/16), es estadísticamente significativo,  $p = 0,01$ .

La incidencia relativamente alta, tanto de metástasis a ganglios regionales como de muertes por melanoma en el grupo BANS, amerita un estudio sobre la posible eficacia de la disección electiva de ganglios linfáticos regionales en estos pacientes.

---

## II) FACTORES PRONOSTICOS PARA PACIENTES CON MELANOMA ESTADIO I DE ESPESOR INTERMEDIO (1,51-3,99 mm).

Catorce variables fueron estudiadas con la finalidad de determinar su habilidad para predecir metástasis viserales u óseas en 177 pacientes con estadio I de espesor intermedio (1,51-3,99 mm). Se utilizó el análisis multivariado de Cox, obteniéndose la combinación de 4 variables que predijeron mejor la aparición de metástasis viserales u óseas en estos pacientes: 1) mitosis  $> 6 \text{ mm}^2$  ( $p=0,0007$ ), 2) Localizaciones otras que en el antebrazo o piernas ( $p=0,009$ ), 3) Ulceraciones  $> 3 \text{ mm}$  de diámetro ( $p=0,004$ ) y 4) Lesiones satélites microscópicas ( $p=0,05$ ). El modelo pronóstico global Chi Square fue 32,40 con 4° de libertad ( $p < 10^{-5}$ ). Combinaciones de estas variables fueron utilizadas para separar estos pacientes entre por lo menos 2 grupos de riesgo. Los pacientes de alto riesgo tuvieron un chance mayor del 35% de desarrollar metástasis viserales en 5 años, mientras que el grupo de bajo riesgo tuvo un chance mayor del 85% de encontrarse libre de enfermedad a los 5 años. El criterio para determinar el grupo de alto riesgo fue el siguiente: 1) Mitosis  $> 6 \text{ mm}^2$  en por lo menos un área del tumor, independientemente de la localización del primario o 2) Un melanoma localizado en un área distinta del antebrazo o pierna y evidencia histológica en el tumor primario de ulceración  $> 3 \text{ mm}$  de diámetro o lesiones microscópicas satélites.

El grupo de bajo riesgo fue definido por 1) Mitosis  $< 6 \text{ mm}^2$  y localizado en la pierna o el antebrazo, o 2) Mitosis  $< 6 \text{ mm}^2$  y la ausencia en secciones histológicas del tumor primario de lesiones satélites microscópicas y ulceraciones  $>$  de 3 mm de diámetro. El número de pacientes de esta serie en los que no se practicó disección electiva de ganglios regionales ( $N=47$ ) fue probablemente demasiado pequeño para detectar algún beneficio por este procedimiento. Se determinó basándose en la tasa de supervivencia en este y otros estudios, que serán necesarios aproximadamente 1.500 pacientes con melanoma estadio I de espesor intermedio en cada brazo, de una serie clínica al azar, para detectar aumentos en la tasa de supervivencia relacionados con la disección electiva de ganglios regionales.

---

## III) ANALISIS MULTIVARIADO DE LOS FACTORES PRONOSTICOS PARA PACIENTES CON MELANOMA DE ESPESOR $> 3,65 \text{ mm}$ .

Catorce factores pronósticos fueron examinados en 79 pacientes con melanoma estadio I  $> 3,65 \text{ mm}$  de espesor. Todos los pacientes con melanoma en las manos o los pies murieron por melanoma. Análisis multivariado de los 70 pacientes restantes demostró que la combinación de las siguientes 4 variables predijo mejor la aparición de metástasis viserales u óseas: 1) Respuesta linfocitaria mínima o casi ausente en la base del tumor, 2) Tipo histológico que no

sea el melanoma superficial diseminante, 3) Localización en el tronco, y 4) Ganglios positivos o ausencia de disección inicial de ganglios. Ulceraciones o diámetros de las ulceraciones no fueron útiles en predecir el pronóstico, por sí solas o en combinación con otras variables. Pacientes con ganglios negativos y tumores primarios en el tronco, manos, y pies no tienen mejor pronóstico que aquellos pacientes con ganglios positivos y primarios en esas localizaciones. Por el contrario, ninguno de los 16 pacientes ganglios negativos y melanomas en las extremidades (excluyendo las manos y los pies) o la cabeza y el cuello, desarrolló metástasis viserales u óseas, con una supervivencia a los 5 años libre de enfermedad del 100%.

## O B S T E T R I C I A

**Dr. Saúl Kizer**

INCIDENCIA DE ANOMALIAS CROMOSOMICAS DE ACUERDO A DIFERENTES EDADES MATERNAS.- Hook, E. B. *Obstet. Gynecol.* 58:282, 1981.

Se hacen estimados de las incidencias de las anomalías citogenéticas clínicamente significativas en recién nacidos vivos de acuerdo con la edad materna a intervalo de 1 año y entre 15 a 49 años. El síndrome de Dow resultó la anomalía citogenética clínicamente significativa más prevalente, además las incidencias de otras anomalías asociadas con otros problemas citogenéticos también se incrementan con la edad materna y contribuye significativamente con la incidencia total de las mujeres con mayor edad. La incidencia estimada de todas las anomalías citogenéticas clínicamente significativas se incrementa de 2 por 1000 (1 por 500) en las edades maternas más jóvenes hasta 2,6 por 1000 (1 por 270) a la edad de 30; 5,6 por 1000 (1 por 180) a la edad de 35; 15,8 por 1000 (1 por 60) a la edad de 40 y 53,7 por 1000 (1 por 20) a la edad de 45.

---

CONTRACEPTIVOS ORALES Y ENFERMEDAD TROFOBLASTICA POSTMOLAR.- Berkowitz, R.; Goldstein, D. P.; Marean, A. R.; Bernstein, M. *Obstet. Gynec.* 58:474, 1981.

Cien pacientes, tratadas por mola en el Centro de Enfermedades Trofoblásticas de New England, fueron seleccionadas al azar para determinar si el método contraceptivo usado después de la evacuación de la mola influencia la incidencia de enfermedad trofoblástica postmolar. Después de la evacuación 58 (58%) pacientes usaron contraceptivos orales y 42 (42%) usaron métodos de barrera (crema, condón, y/o diafragma). Se desarrolló enfermedad trofoblástica postmola en 11 (18,9%) pacientes que usaron contraceptivos orales y en 6 (14,3%) que usaron métodos de barrera ( $P > 0,10$ ). La gonadotropina coriónica humana se hizo negativa a las 7 semanas en las pacientes que usaron contraceptivos orales y 7,2 semanas en las que usaron métodos de barrera. Los contraceptivos orales parecen no incrementar el riesgo de tumores trofoblásticos postmola y en consecuencia pueden ser indicados después de la evacuación de la mola durante todo el tiempo en el cual se chequee la gonadotropina.



## CARTAS AL DIRECTOR

CENTRO DE INFORMACION CIENTIFICA Y HUMANISTICA  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Ciudad Universitaria  
Apartado Postal 70-392 — México 20, D.F.

---

CENTRO MEDICO  
CENTRO MEDICO DE CARACAS  
PLAZA EL ESTANQUE - San Bernardino, Caracas  
VENEZUELA.

Estimados señores:

Estamos interesados en incluir su publicación:

CENTRO MEDICO

para su análisis y difusión a nivel internacional en nuestra revista PERIODICA, INDICE DE REVISTAS LATINOAMERICANAS EN CIENCIAS.

Al mismo tiempo, y para su adquisición definitiva a partir de enero de 1981, les agradeceremos nos indiquen la forma que prefieran para enviarnos su revista:

- Donación Institucional,
- Canje por PERIODICA,
- Suscripción 1981, (si es esto último, favor enviar factura).

En espera de su amable respuesta, quedamos de ustedes.

ATENTAMENTE

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"

Cd. Universitaria, D. F. a 10 de Noviembre de 1981.

LIC. JOSE ANTONIO SANCHEZ LUNA.  
Encargado de la Biblioteca,

NUEVO EXPANSOR DE CANALES

**A C A**

El Laboratorio del  Centro Médico de Caracas

Ofrece ahora nuevas Pruebas de Química Sanguínea

- FENOTEINA
- FENOBARBITAL
- PRIMIDONA
- CARBAMAZEPINA
- BILIRRUBINA NEONATAL
- CREATINA KINASA



**DUPONT DE VENEZUELA C. A.**

Edif. Los Frailes — Calle La Guairita — Chuao, Caracas

Apartado de Correos 61582 — Teléfono 92.60.22

**CAFETERIA Y FUENTE DE SODA  
DEL HOSPITAL PRIVADO  
CENTRO MEDICO DE CARACAS**

Abierto desde las 7 a. m. hasta las 11 p. m.  
todos los días  
inclusive Sábados, Domingos y Feriados

**T E L E F O N O S :**

**52.09.19 (Directo) y 52.22.22 - Extensión 156**

**Llamadas desde Consultorios Ext. 7230**

**Llamadas desde Habitaciones Ext. 230**

**Contratista Responsable:**

**H E R M A N N P E R G E R**

# **D i - G r á f i c a G O M E Z**

● R E V I S T A S - L I B R O S - F O L L E T O S

● I M P R E S O S E N G E N E R A L

**Canónigos a Esperanza, Local 4**

**Teléfono: 561.6799 — Caracas**

S A S T R E R I A

“La Elegancia” S. r. l.

Marca Registrada

S O L O H A Y U N A

GRAN SURTIDO DE ROPA HECHA  
DE LAS MEJORES MARCAS

Afiliados a:

“CAPCIMIDE” “COOPETRAJARDIN”

---

Av Baralt, Miranda a Maderero, Edif. Miranda No. 806, Local A

TELEFONO 41 26 27

Caracas - Venezuela

# PROXIMATE\*

ENGRAPADORA PARA PIEL

## PARA EL CIRUJANO

### CONFIABLE

Siempre lista para ser utilizada.  
Un instrumento nuevo y estéril para cada intervención.  
Ya precargada con sus grapas, una engrapadora desechable para piel PROXIMATE\* está indicada en la mayoría de los cierres quirúrgicos.

### RAPIDA

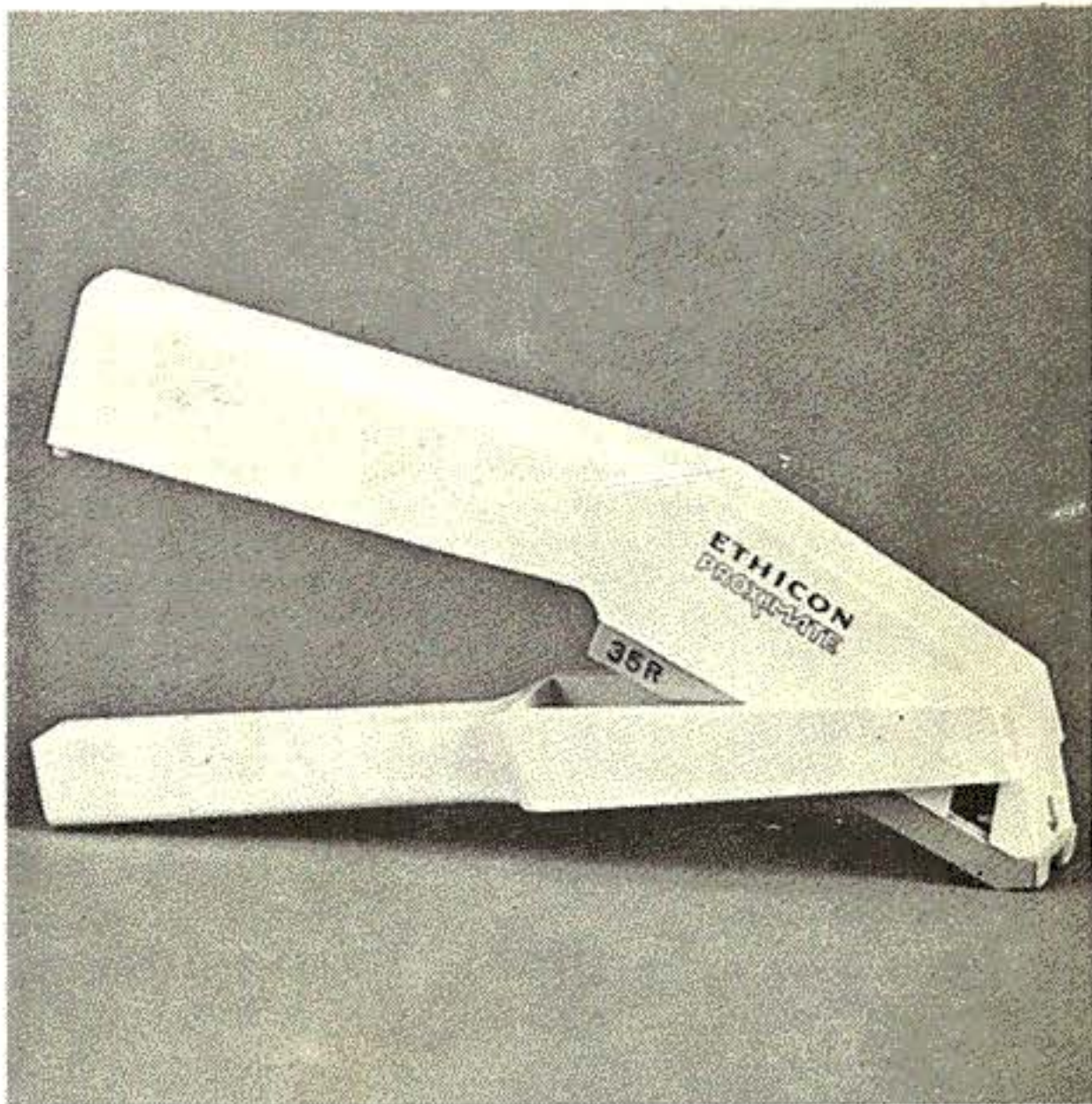
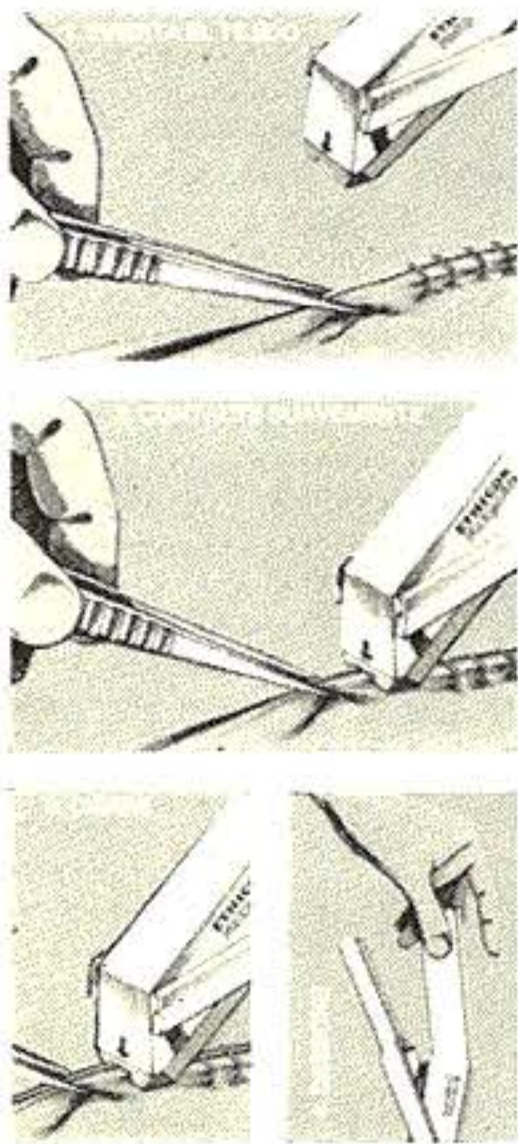
Totalmente automática.  
No hay que cargar o recargarla.  
Sin esperas originadas por Autoclave.  
Se agiliza el cierre de las heridas.

### PRECISA

Angulos naturales de manejo para colocación adecuada y óptimo control.  
Sumamente liviana; tan solo 85 gr de peso.  
Fácil de disparar.

### FACIL DE USAR

(Vea ilustración a la derecha).



## PARA LA ENFERMERA

Tratela como a una sutura.

### CONVENIENTE DE USAR.

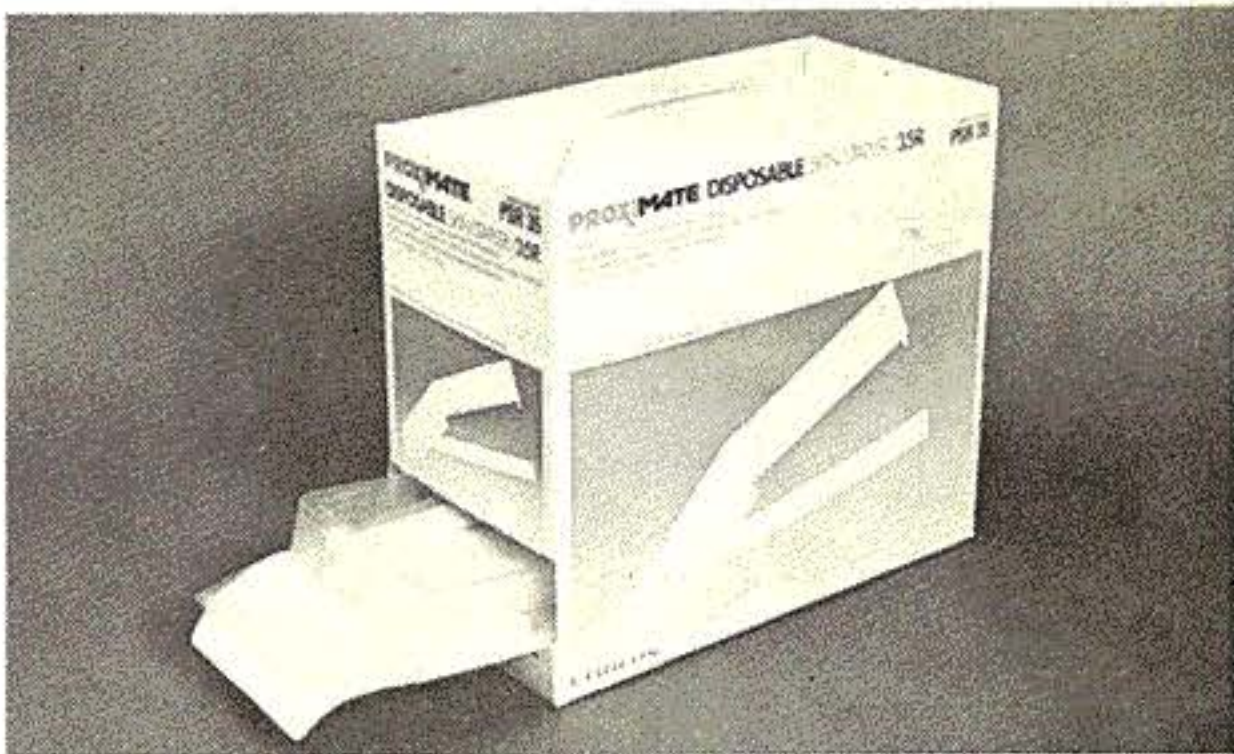
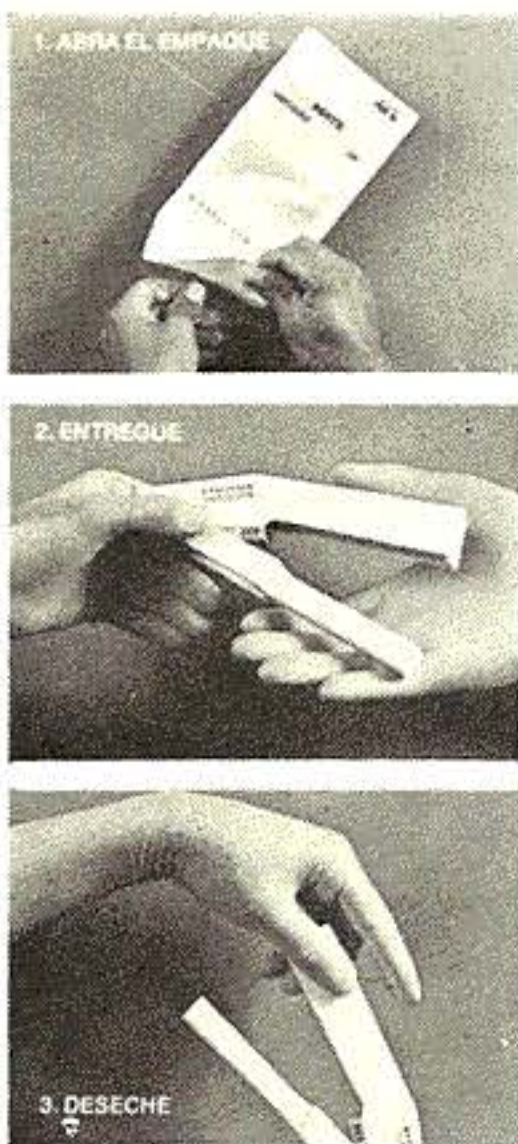
(Vea ilustración a la derecha).

### SIN MANTENIMIENTO

Siempre lista para ser pasada al Cirujano.  
Sin reparaciones.  
No hay que limpiarla.  
No hay que lubricarla.  
No hay que envolverla ni guardarla.  
Después de usarse, se desecha.

### EMPAQUE CONVENIENTE

Se presenta empacada en forma individual y vienen 6 instrumentos estériles por caja.  
Puede seleccionar grapas de acero inoxidable de tamaños regular o anchas (ver ilustración).



## PROXIMATE ENGRAPADORA PARA PIEL

Grapas tamaño regular (5.7 mm x 3.9 mm)  
35 grapas por instrumento PSR-35.

Grapas anchas (6.9 mm x 3.9 mm)  
35 grapas por instrumento.

6 POR CAJA

### EXTRACTOR PSX

Para remover las grapas, se utiliza el extractor desechable de acero inoxidable que por la disposición convergente de sus mandíbulas, faciliten la extracción evitando molestias al paciente.



12 extractores estériles, por caja empacados individualmente.

## PARA EL PACIENTE

Se le reduce el tiempo bajo anestesia pues se agiliza la intervención.  
Grapas de acero inoxidable monofilamento minimizan la reacción tisular.

**ETHICON\***  
Un paso adelante en el cierre de heridas

Johnson-Johnson de Venezuela, S.A.  
TELEFONO: 239.5822 (16 LINEAS)  
APARTADO 60349 CARACAS, 106

\*MARCA REGISTRADA