



52 Vol. XIV

centro médico

VOL. XIV No. 52 — SEPTIEMBRE 1975

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



y del cual se publicaron 18 números hasta Junio de 1963

CUERPO DIRECTIVO:

Director-Jefe de Redacción:
Dr. Simón Beker G.

Director-Honorario:
Dr. Rafael Campo Moreno

Administrador-Editor:
Dr. Jorge Soto Rivera

Comité de Redacción:
Dres. Jaime Plaza Castés

Armando Pérez
Monteverde

José Francisco

Federico Fernandez
Palazzi

Mercedes Aure Tulene

**JUNTA DIRECTIVA
DE LA SOCIEDAD
MEDICA:**

Presidente:
Dr. Otto Rodríguez Armas

Vice-Presidente:
Dr. César Castro Sánchez

Secretario:
Dr. Luis Arturo Ayala

Tesorero:
Dr. Héctor Padula

Vocal:
Dr. Jorge Blanco León

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 mé-
dicas, cualquiera que sea
el idioma en que esté
impresa.

Impreso en Venezuela por:
Di-Gráfica GOMEZ
Telfs.: 82.54.13 - 55.99.18

Vol. XIV No. 52 - Sept. 1975

SUMARIO

- **EDITORIAL**
Dr. Simón Beker G. 67
 - **Alimentación Parenteral en el Paciente Grave**
Dres. Armando Pérez Monteverde S.
y Armando Márquez Reverón 69
 - **Fistula Nasal Crónica de Líquido Cefalorraquídeo
Mediante la Técnica de la Anastomosis
Lumbo-Peritoneal**
Dr. Abraham Krivoy O. 81
 - **Tratamiento Combinado en el Cáncer Avanzado del
Piso de la Boca. Presentación de un Caso**
Dr. José Besso 87
- NOTICIAS** 93

ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION
VENEZOLANA
DE HOSPITALES



AMERICAN
HOSPITAL
ASSOCIATION



INTERNATIONAL
HOSPITAL
FEDERATION

SUTURAS

PROLENE*

la sutura
sintética
de los '70



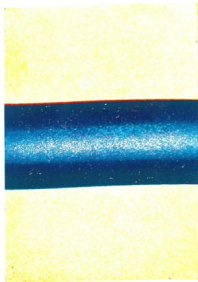
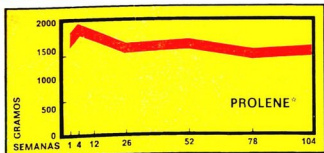
Mantiene los nudos firmes

—anuda con firmeza cuando se usa la técnica standard para las suturas sintéticas.



La sutura PROLENE®

- Minimiza la formación de senos y la extrusión de nudos.
- Es tan inerte como el acero y perfectamente tolerada en áreas infectadas.



Su fuerza dura mucho más

- Dura más que el periodo de cicatrización.
- No se humedece con sangre ni se debilita por la acción de las enzimas.

Suavidad de monofilamento

- No corta los tejidos delicados y pasa fácilmente a través de prótesis vasculares.

Fácil de ver

- Tiene un color azul brillante fácil de distinguir en el lugar de operación.



ETHICON*

DIVISION DE

Johnson-Johnson de Venezuela, S.A.

NORMAS PARA PUBLICACION EN 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-económicos, 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, información 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 14 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).
- 1.3. La primera página del trabajo debe contener el título, subtítulo (si tiene), autores, cargo principal que desempeñan los autores, Hospital donde se realizó el trabajo y agradecimientos.
- 1.4. Las referencias deben ser citadas en forma consecutiva en el texto como números encerrados en paréntesis, en la misma línea de escritura. Al final del artículo las referencias deben ser señaladas según el orden numérico en que fueron citadas. 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 (ciudad), número del volumen, primera página y año. Las referencias de 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 y leyendas.
- 1.5. El autor sufragará los gastos de publicación de las fotos en color.

2. Revisiones Bibliográficas:

- 2.1. Se publicarán estudios críticos de experiencias 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. Simón Beker G.
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.

Editorial

A partir del presente número, un nuevo equipo editorial se hace cargo de la Revista Centro Médico, el cual tiene ante sí la inmensa responsabilidad de continuar una obra ininterrumpida desde hace 12 años, cuando la Sociedad Médica del Centro Médico decidió sustituir las antiguas "Publicaciones del Centro Médico de Caracas" y auspició la publicación de este órgano divulgativo que tiene el mérito de haber sido fiel a sus objetivos presentándose con regularidad hasta el día de hoy.

Heredar una tarea que tiene tras de sí una trayectoria reconocida no es empresa fácil y si se trata de una publicación periódica de carácter científico el desafío es aún mucho mayor, ya que nuestra época está signada por una producción apabullante de trabajos científicos que se multiplican con una rapidez tal que resultan por así decirlo un atropello a las naturales limitaciones de la capacidad cognitiva del ser humano. Manejar este enjambre de investigaciones, analizarlas, ordenarlas, otorgarles su justo lugar y contribuir en el esfuerzo de arrancarle a la ciencia nuevos conocimientos que contribuyan al bienestar del hombre, es una escalada cada vez más difícil y, sin embargo, indispensable para alcanzar los beneficios que este inmenso arsenal de conocimientos nos ofrece.

Es con conciencia plena de las dificultades que se presentan en el camino, que el nuevo equipo editorial recibe de manos de sus directores anteriores Dres. Rafael Campo Moreno y Néstor Arreaza Colizza, tan gran responsabilidad. Respaldados por quien ha sido un brillante Administrador-Editor de la revista, el Dr. Jorge Soto Rivera, el nuevo equipo confía imprimir en la Revista Centro Médico el dinamismo que se requiere para presentar una información al día de los progresos tecnológicos y farmacológicos con su debido análisis y con sentido crítico, así como temas controversiales y los aportes de la medicina moderna en un marco referencial que no olvide el papel del hombre en una época de crisis y sus repercusiones.

En tal sentido esta Revista aspira proyectarse lo más ampliamente posible en escala nacional tanto para el material recibido como para el número de sus lectores, pretendiendo con este enfoque, conferirle carácter a sus Editoriales, divulgar nuevas investigaciones que se realizan en nuestro país, seleccionar y revisar publicaciones importantes que contribuyen al progreso médico y presentar casos clínicos que ameritan y despiertan interés para la prosecución del estudio y la investigación.

Nada de esto podrá constituir un logro si no se cuenta con la colaboración que se espera de sus lectores. A la medida del estímulo recibido, será también el éxito de esta publicación.

Dr. Simón Beker G.

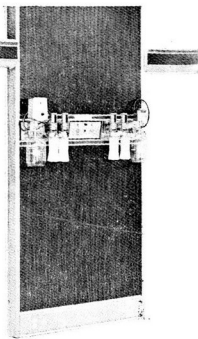
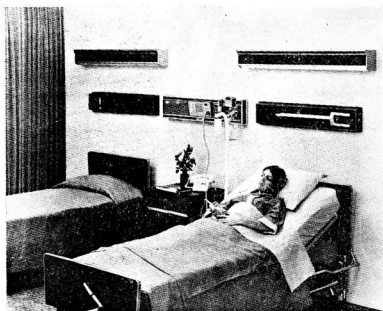
GLV

SERVICIOS MEDICINALES

Ahora los equipos para ayudar a las funciones vitales, la terapia de la respiración y el confort del paciente, están cerca de las manos de la enfermera. Todo incluido en la unidad modular empotrada en la pared al lado de la cama, y es de la División Medica de Chemetron.

Ud. encontrará en los más modernos hospitales y clinicas, muchos otros productos y equipos de la Chemetron, los cuales mientras cuidan a la salud del paciente, reducen el trabajo en los pabellones, llevan los gases a las salas de operación y terapia intensiva, y ayudan a los médicos llevar a cabo, con un sistema más eficiente, la tarea del cuidado al paciente.

Estos accesorios empotrados hacen más práctica la tarea de la enfermera.



GLV C.A. GASES INDUSTRIALES DE VENEZUELA Servicios Medicinales

Caracas: Edificio Trio 1er. piso Plaza Sur Altamira - Telfs. 33.53.81/83 - 3340.38
Maracalbo - Valencia - Maracay - Barquisimeto - Puerto Ordaz - Pto. Fijo - San Jose de Guanipa.

Apartado 61.148 Caracas

Pto. La Cruz

Alimentación Parenteral en el Paciente Grave

Doctores: Armando Pérez-Monteverde S. *
Armando Márquez Reveron **

Aquellos pacientes con enfermedades prolongadas o que han sido sometidos a un trauma severo, sepsis o situaciones de stress mayor necesitan un mayor número de calorías y nitrógeno de las que frecuentemente pueden ingerir, por lo que no es raro ver como estos pacientes pierden peso, tejido muscular y masa celular, instalándose un estado catabólico en ocasiones irreversible. Es igualmente cierto como aquellos pacientes en óptimas condiciones nutricionales y metabólicas toleran mejor los traumatismos, las complicaciones post-operatorias son menos frecuentes y la recuperación es más rápida.

Fue Stanley Dudrick (1, 2) quien reúne todos estos conceptos metabólicos y en 1968 desarrolla la técnica de la "Hiperalimentación Endovenosa" siguiendo ciertos principios básicos que aseguraron su éxito:

- 1º— Provisión de todos los nutrientes en forma endovenosa.
- 2º— Concentrarlos en un volumen líquido cercano a los requerimientos diarios, y
- 3º— Administrarlos en infusión continua durante las 24 horas, para asegurar una máxima utilización y una excreción renal mínima.

Los efectos beneficiosos de la alimentación parenteral según la técnica de Dudrick (3, 4) han sido demostrados ampliamente (5) particularmente en pacientes con fístulas y otras enfermedades gastrointestinales (6), después de intervenciones abdominales (7) y en situaciones catastróficas (8), los resultados han sido excelentes.

En este trabajo, reportamos 20 pacientes con enfermedades graves a los cuales se les administró alimentación parenteral en el Centro Médico de Caracas desde Julio de 1973 hasta Junio de 1974.

* Miembro Departamento de Medicina — Centro Médico de Caracas

** Miembro Departamento de Cirugía — Centro Médico de Caracas

Agradecemos a los doctores: R. Baquero G., J. Bilbao, V. Brito, J. Godayol, F. Motbrun y P. Morgado por referencia de pacientes para tratamiento.

METODOS: La alimentación parenteral fue indicada por mutuo acuerdo entre cirujano e internista después de una evaluación clínica conjunta. Se incluyeron en el grupo de tratamiento a:

- 1.— Aquellos pacientes con evidencia de estado nutricional deficiente por la enfermedad misma u otra causa como: pérdida de un 10% del peso corporal, pérdida de masa muscular, pobre cicatrización de heridas, edema, hipoprotidemia y/o anemia. En preparación para cirugía mayor o en Post-operatorio inmediato.
- 2.— En pacientes con múltiples complicaciones Post-operatorias, imposibilitados de ingerir alimentos o con estado catabólico grave como es el caso de sepsis o tumores malignos.

Los veinte pacientes fueron adultos con edades que oscilaron entre los 23 y 39 años de edad, 9 mujeres y 11 hombres. A todos se les practicó historia y examen físico completo. Exámenes para-clínicos con fines diagnósticos variaron según la enfermedad, pero antes de considerarlos para alimentación parenteral se hizo énfasis en determinar el estado de la función cardiopulmonar, la reserva endocrina pancreática, la función renal y hepática. A todos se les pidió hematología, úrea, creatinina, proteínas totales y fraccionadas, bilirrubinemia, fosfatasas alcalinas, glicemia y electrolitos. Durante la hiperalimentación se obtuvieron determinaciones casi diarias de glicemia, electrolitos y úrea, Calcio y fósforo séricos cada cuatro o cinco días. Se incluyeron 3 pacientes con diabetes subclínica, 3 enfermos con insuficiencia renal antes de iniciar la alimentación parenteral y 2 con lesión hepática conocida.

Se practicó punción percutánea de vena subclavia derecha por vía infraclavicular, colocándose cateter de infusión en la vena cava superior. Se tomaron medidas estrictas de asepsia y en todos los casos se limpió el área previamente con éter y solución de Povidine®, colocándose posteriormente ungüento de Anfotericina B o Nistatina. Se practicó radiografía de tórax post-punción para verificar la posición del cateter antes de comenzar la hiperalimentación. Cambios de cura continuaron efectuándose diariamente.

En todos los casos se utilizaron las soluciones de hiperalimentación producidas comercialmente por los laboratorios McGaw, conocidos con el nombre de Freamine® 8.5% y glucosa al 50%, que después de mezclas proporcionan alrededor de mil calorías por litro de solución y cerca de 6.8 gramos de nitrógeno, manteniéndose de esta manera una relación nitrógena calórica óptima para máxima utilización en la síntesis protéica. El contenido electrolítico de estas soluciones es de 10 mEq por litro de sodio, 45 mEq por litro de cloro y 20 mEq por litro de acetato. Los requerimientos electrolíticos diarios de cada paciente fueron determinados día a día según las necesidades individuales.

Las soluciones fueron mezcladas en condiciones asépticas por el Interno inmediatamente antes de ser usadas para evitar contaminación, tanto de las soluciones como del sistema de conexión. Las enfermeras encargadas de los pacientes fueron debidamente entrenadas en el método de hiperalimentación haciendo énfasis en la importancia de mantener una infusión continua durante las 24 horas. Se siguieron los siguientes parámetros de control:

- 1) Control médico 2 a 3 veces diarias, prestando atención especial en el status cardio-pulmonar.

- 2) Control estricto de líquidos ingeridos y eliminados.
- 3) Densidad urinaria cada 12 horas para controlar la sobrecarga osmótica.
- 4) Benedict o Clinitest® cada 4 a 6 horas según el caso, inyectándose insulina cristalina según esquema pre-establecido y variable para cada paciente.
- 5) Peso diario o por lo menos al comienzo y final de la hiperalimentación en aquellos pacientes capaces de levantarse.

El tiempo de hiperalimentación fue variable, entre 8 y 84 días, con breves interrupciones de 24 a 48 horas en algunos casos. En todos se comenzó con 2000 cc. de solución en 24 horas, continuándose luego con 3000 a 4.500 cc. diarios. Se omitió lentamente durante 24 horas, continuando con soluciones glucosadas al 10% para evitar una hipoglicemia.

Se administró potasio en forma de cloruro de potasio y fosfato de potasio, para evitar el exceso de cloruro de las soluciones e igualmente para administrar los requerimientos diarios de fosfato. Sodio se administró en forma de bicarbonato, cloruro o acetato de sodio. Todos recibieron sulfato de magnesio, gluconato de calcio, un gramo diario de vitamina C, 5 cc. de multivitamínico, 10 mg. de Vitamina K₁, 10 mg. de ácido fólico, hierro y Vitamina B¹² de acuerdo a las necesidades.

Todos los pacientes recibieron antibióticos variados según resultados de bacteriología. La administración de sangre total o concentrado globular se hizo necesaria en casi todos los pacientes tratando en todo momento de mantener el hematocrito por encima del 40%. En varios casos fue necesaria la administración de albúmina humana para mantener la volemia.

La alimentación oral se continuó siempre que existiese buena tolerancia y no hubiese contraindicación.

En todos los casos la alimentación oral era insuficiente para mantener el equilibrio metabólico. La alimentación parenteral era omitida solamente cuando el paciente tuviese signos evidentes de recuperación y estuviese ingiriendo una dieta apropiada.

R E S U L T A D O S :

Los veinte pacientes tratados fueron considerados enfermos graves, todos con problemas diferentes y complejos, 18 de los cuales fueron quirúrgicos y 2 exclusivamente médicos (Tabla I). Todos tenían signos evidentes de desnutrición según los parámetros usuales ya mencionados con hipoprotidemia importante. Siete pacientes recibieron hiperalimentación con el fin de mejorar las condiciones metabólicas varios días antes de la intervención quirúrgica, y el resto una vez intervenidos o después de haberse instalado las complicaciones que hacían necesario el tratamiento. Las variaciones en peso corporal fueron las siguientes (Tabla I), 10 demostraron un aumento de peso que osciló entre 1.1 y 7 kg., el peso corporal no pudo controlarse en siete pacientes por la gravedad del cuadro que les impedía levantarse. 2 pacientes (número 14 y 19) perdieron peso por el extremo estado catabólico en que se encontraban, y un paciente (número 5) perdió poco peso absoluto pero se liberó de gran cantidad de edema.

Consideramos de poca importancia los valores comparados de protidemia antes y después del tratamiento ya que prácticamente todos los pacientes recibieron sangre o albúmina humana, frecuentemente a diario. Aún así todos presentaron hipoprotidemia e hipoalbuminemia antes de comenzar la hiperalimentación, (Tabla 2) con valores de albúmina que oscilaron entre 2.2 mg.% y 3.4 mg.%, valor medio de 2.7 mg.%. La protidemia se controló en catorce casos, 24 - 48 horas antes de finalizar o una vez omitida la hiperalimentación. Los valores finales de albúmina oscilaron entre 2.8 y 3.6 mg.% con un valor medio de 3.2 mg.%.

Las complicaciones del tratamiento fueron las siguientes:

- 1) Aquellas, secundarias a la punción percutánea de la vena subclavia para la introducción del cateter.
- 2) Complicaciones metabólicas secundarias al uso de las soluciones descritas.

Malposición del cateter en la vena yugular interna, se constató en 3 casos por medio de radiografía de torax practicada de rutina inmediatamente después de la punción y siempre antes de iniciar la hiperalimentación. Una nueva punción fue necesaria hasta asegurarnos que el cateter estuviese en posición adecuada en la vena cava superior. Hubo un caso de hidrotórax, afortunadamente con solución salina que requirió drenaje inmediato. Igualmente hubo un caso de neumotórax con colapso pulmonar de un 75% necesitando drenaje por 72 horas.

No hubo ningún caso aparente de septicemia ocasionada directamente por la hiperalimentación. Diez pacientes tenían evidencia clara de sepsis local o sistémica antes de comenzar el tratamiento. De los 20 pacientes, solamente 3 presentaron fiebre de etiología oscura mientras recibían el tratamiento, y ante la posibilidad de una sepsis se tomó hemocultivo directamente del cateter central, extrayéndose éste para cultivar su punta; todos los cultivos fueron negativos. En un paciente (número 12) la fiebre desapareció al extraer el cateter por lo que se suspendió la hiperalimentación por cuatro días, recomenzándose nuevamente con excelente tolerancia. Los otros 2 casos (números 4 y 19) continuaron con fiebre evidenciándose una causa abdominal en ambos, por lo que el tratamiento no tuvo que suspenderse.

Las complicaciones metabólicas fueron escasas y de poca importancia excepto en la paciente número 4, quien presentó acidosis hiperclorémica sintomática con un pH sanguíneo de 7.12 y cloruros en 116 mEq por litro, después de venir recibiendo el tratamiento en forma continua por 36 días. El cuadro de acidosis se hizo evidente 48 horas después de suspender la succión nasogástrica que la mantenía en equilibrio al extraer ácido clorhídrico. Continuamos la alimentación parenteral con fosfato de potasio y acetato de sodio a cambio del cloruro de potasio y cloruro de sodio, sin problemas adicionales.

Tratamos de mantener las glicemias entre los valores normales y 220 mg.% administrándoseles insulina según el grado de glucosuria. Tres pacientes hicieron hiperglicemias importantes hasta de 500 mg.% acompañándose de deshidratación moderada, al iniciar la hiperalimentación. Uno de ellos (número 15) presentó hiperglicemia persistente necesitando dosis altas de insulina mientras recibía el tratamiento para mantener el aprovechamiento máximo de las soluciones administradas. La dosis diaria de insulina administrada osciló entre 15 unidades y 50 unidades y hasta 180 unidades diarias en la paciente número 15.

T A B L A 1

Paciente	Edad	Diagnósticos	Días Hiper-alimentación	Peso Inicial Kgs.	Peso Final Kgs.	Complicaciones	Resultado Final
1. M.D.	29	Sección traumática Colédoco, Fuga Anastomosis, Fistula Pancreatica, Sepsis.	15	40	52	Hidrotórax	Recuperación
2. C.A.	71	C.A. Recto, Abdominoperineal. Cierre Primario de Perine.	15	73 con edema	75 sin edema	Ninguna	Recuperación
3. A.G.	50	C.A. Metastásico ovario. Fístulas Recto Vaginales Vesicovaginales.	10			Hepatomegalia	Empeoramiento
4. C.T.	55	Enfermedad de Crohn. Perforación, Abscedación y Fistulización-Resecciones múltiples. Sepsis.	84	48	50	Acidosis Hiperclorémica Hiperglicemia controlada	Muerte por enfermedad primaria.
5. M.S.	57	C.A. Recidivante estómago. Obstrucción Intestinal. Linfangitis Para neoplásica.	14	61 con edema	60 sin edema		Recuperación temporal
6. R.M.	58	Postgastrectomizado. Necrosis Intestinal por Volvulo. Bronconsumonia. Sepsis.	8			Hiperglicemia controlada	Muerte por enfermedad primaria.
7. R.A.	66	Resección Abdomino-Perineal. C.A. Recto Invaginación Postoperatoria de Colostomía. Sepsis.	15			Ninguna	Muerte por enfermedad primaria.

TABLA 1 (Cont.)

Paciente	Edad	Diagnósticos	Días Hiper-alimentación	Peso Inicial Kgs.	Peso Final Kgs.	Complicaciones	Resultado Final
8. J.A.	45	C.A. Cuello Utero. Fistulización a Recto y Vagina Excenteración incompleta de Pelvis.	10	38	42	Neumotórax 75%	Recuperación Temporal
9. E.G.	89	Demencia Senil. Anorexia Nervosa. Neumonía por Aspiración.	16			Hipoglicemia ligera	Muerte por enfermedad primaria.
10. R.G.	59	C.A. Recto. Resección-Abdomino Perineal. Fístula Cutánea. Sepsis	17	56	63	Hiperglicemia controlada	Recuperación
11. G.A.	62	Gastrectomía Total por C.A. Re-intervención por Sangramiento Intraperitoneal.	13	52	54	Ninguna	Recuperación Temporal
12. A.P.	64	C.A. Laringe Laringectomía Disec'ción Cuello. Múltiples operaciones reconstructivas.	16	52	58	Fiebre	Recuperación
13. F.P.	51	Peritonitis Amibiana. Fistulas. Cierre Fístulas. Resec'ción Intestinal. Sepsis.	12	63.5	65	Ninguna	Recuperación
14. M.R.	59	Laringectomía C.A. Postgastrectomizado. Evisceración Sección de Colédoco. Anastomosis B-D. Sepsis.	15	84	82	Ninguna	Recuperación Temporal

TABLA 1 (Cont.)

Paciente	Edad	Diagnósticos	Días Hiper-alimentación	Peso Inicial Kgs.	Peso Final Kgs.	Complicaciones	Resultado Final
15. M.S.	59	Gastrectomía por C.A. Arteriorrafia de Hepática. Necrosis Hepática. Absceso Sub-Hepático, Necrosis Vesicular. Perforación Intestinal. Sepsis, Bronconeumonía.	10			Hiperglicemia resistente	Muerte por enfermedad primaria.
16. N.P.	64	Recidiva-C.A. Gástrico Obstrutivo.	14	41	47	Ninguna	Recuperación temporal
17. V.D.	59	C.A. Duodeno Whipple-Pancreatometomía Total. Obstrucción Boca Anastomótica.	11	55	57	Ninguna	Recuperación Temporal
18. T.S.	83	Perforación Necrosis Colónica Amibiana. Hemicolectomía. Sepsis.	8			Ninguna	Muerte por enfermedad primaria.
19. M.V.	73	Diverticulitis Resección Intestinal Sepsis Insuficiencia Renal. Bronconeumonía.	8	48	47	Ninguna	Muerte por enfermedad primaria.
20. G.R.	23	Politraumatismo. Gastrectomía por hemorragia. Bronconeumonía. Sepsis .	26			Ninguna	Muerte por Bronconeumonia.

T A B L A 2
ALBUMINEMIA E HIPERALIMENTACION

A N T E S		D E S P U E S	
Casos	Gm%	Casos	Gm%
20	2.2 - 3.4	14	2.8 - 3.6
MEDIA	.27	MEDIA	3.2

La paciente número 9 de 89 años con cuadro de insuficiencia cerebral, presentó hipoglucemia sintomática debido a retraso en el goteo durante varias horas por descuido de la enfermera.

No hubo complicaciones de tipo hidroelectrolíticas, ya que se administraron cuidadosamente los requerimientos diarios estimados individualmente, en todos se administraron los requerimientos recomendados por Dudrick (3,4) (Tabla 3), más las pérdidas adicionales estimadas en cada paciente. La paciente número 15 necesitó hasta 220 mEq de potasio y 250 mEq de sodio en 24 horas debido a grandes pérdidas abdominales y por la orina debido a la glucosuria.

T A B L A 3

REQUERIMIENTOS ELECTROLITICOS (DUDRICK)	
SODIO	60-100
POTASIO	60-100
MAGNESIO	16-20
CALCIO	16-20
CLORUROS	9-11
FOSFATOS	9-11
SULFATO	40-75
ACETATO	40-75
GLUCONATO	20-25

Los resultados finales obtenidos con la hiperalimentación fueron los siguientes: de 20 pacientes tratados hubo recuperación total en 4. Hubo recuperación temporal en 7 enfermos, los cuales tenían carcinomas con o sin metástasis, los 7 abandonaron el Hospital en mejores condiciones, 3 de los cuales (8,11, y 14) reingresaron para morir de complicaciones o de la enfermedad en los seis meses siguientes. Siete pacientes se murieron por la enfermedad inicial o complicaciones

de ésta, ninguno murió por complicaciones directas ni indirectas a la hiperalimentación. De los 7 pacientes fallecidos, 5 claramente se beneficiaron del tratamiento con mejoría en cifras de protidemia o aumento de peso. La paciente número 4 mantuvo sus condiciones generales lo suficientemente estables para soportar 3 resecciones intestinales y drenajes de focos sépticos abdominales, manteniéndose durante 84 días sin recibir más aporte nutritivo que la hiperalimentación y albúmina humana ocasional. La hiperalimentación y todo tratamiento se omitió a los 84 días debido a la irrecuperabilidad del caso, muriendo la paciente a los 115 días de su ingreso.

Los pacientes números 18 y 19 murieron por complicaciones de la enfermedad inicial, ambos recibieron hiperalimentación tardíamente por espacio de 8 días.

La paciente número 3 empeoró francamente al recibir la hiperalimentación, desarrollando hepatomegalia nodular dolorosa con hiperbilirrubinemia y encefalopatía hepática, cuadro clínico que mejoró al suspender el tratamiento. La paciente murió a los tres meses por carcinoma metastásico de ovario.

La alimentación parenteral se administró en forma profiláctica antes de la intervención quirúrgica deseada en siete pacientes (números 2, 4, 5, 7, 8, 13' y 16), siendo de beneficio en todos con recuperación completa en uno (num. 13) y temporal en cuatro (num. 2, 5, 8, 16). La paciente núm. 7 murió subitamente por sepsis causada por invaginación de colostomía y la paciente número 4 la cual ha sido ya referida con anterioridad.

COMENTARIOS:

En nuestro trabajo demostramos claramente los beneficios de la alimentación parenteral, sin poder comparar los resultados con aquellos obtenidos en un grupo control ya que es imposible igualar un paciente a otro, y además sería antiético privar a un grupo de pacientes graves del beneficio de un tratamiento efectivo.

En nuestro estudio utilizamos los parámetros clínicos usuales para evaluar el estado nutricional del paciente, pero no hay forma de cuantificar la fuerza de una anastomosis intestinal. Daly y colaboradores (9), demuestran en trabajo ingenioso practicado en ratas como la fuerza y resistencia de una anastomosis intestinal ya en relación directa al estado nutricional del animal, y Wilmore (10) demuestra claramente como la hiperalimentación acelera la recuperación en animales con resecciones intestinales masivas.

Las indicaciones para la alimentación parenteral son múltiples, pero no hay suficiente evidencia para decir que un paciente quirúrgico corriente va a beneficiarse de la conservación de 10 a 50 grs. de nitrógeno, o de 1 kg. de grasa corporal y por otro lado el paciente séptico y en condiciones graves resulta muy difícil regresarlo hacia el anabolismo proteico.

La mayoría de los pacientes quirúrgicos se se les deja a merced de sus propios mecanismos metabólicos, saldrán bien sin necesidad de alimentación parenteral, y el punto exacto para justificar metabólica y económicamente el tratamiento aún no se conoce. Si es indudable que no debemos dejarlo como último recurso terapéutico en el paciente grave, pues en éste caso no será efectivo. El tratamiento temprano con el fin de mejorar las condiciones nutricionales y metabólicas por varios días antes de intervenciones quirúrgicas extensas, dará los mejores resultados finales.

Las complicaciones de la hiperalimentación son muchas (11), de las cuales la más temible es la septicemia (12, 13), generalmente producida por *Candida Albicans* y otros hongos, cuyo crecimiento es favorecido en las soluciones de hiperalimentación particularmente aquellos a base de Hidrolizados Protéicos (14).

Afortunadamente no tuvimos ningún caso comprobado de septicemia, quizás por seguir las pautas de cuidado de cateter sugeridos por Wilmore y Dudrick (15), y nuestra única complicación seria fue un caso de acidosis metabólica hiperclorémica, por la infusión continua y prolongada de la solución cristalina de aminoácidos (Freamine® 8.5%), la cual tiene una mayor proporción de aminoácidos liberadores de iones hidrógeno (16).

Debemos concluir aseverando que la hiperalimentación endovenosa es un tratamiento eficaz y salvador para muchos pacientes, cuando es administrado por un personal entrenado y cuando se sigue un esquema rígido (17).

Las complicaciones pueden prevenirse pero algunos problemas técnicos seguirán ocurriendo, aunque sea aplicado por el personal médico y de enfermería más calificado.

RESUMEN

Utilizando la técnica de Dudrick, aplicamos hiperalimentación a 20 pacientes graves. Todos presentaron estado catabólico grave, 18 fueron quirúrgicos. El tiempo de hiperalimentación fue variable.

El peso corporal aumentó en 11 pacientes, no pudo controlarse en 7, disminuyó en 2 pacientes. La protidemia mejoró o se mantuvo igual en todos. Complicaciones del procedimiento: hidrotorax en un paciente y neumotórax en otro, hiperglicemia en 4 pacientes, 1 caso presentó hipoglicemia, un caso acidosis hiperclorémica.

Hubo recuperación total en 4 pacientes, recuperación temporal en 7, muerte por enfermedad inicial en 7, ninguno murió por complicaciones del método.

La "Hiper-Alimentación Endovenosa" requiere de control clínico y de laboratorio estricto.

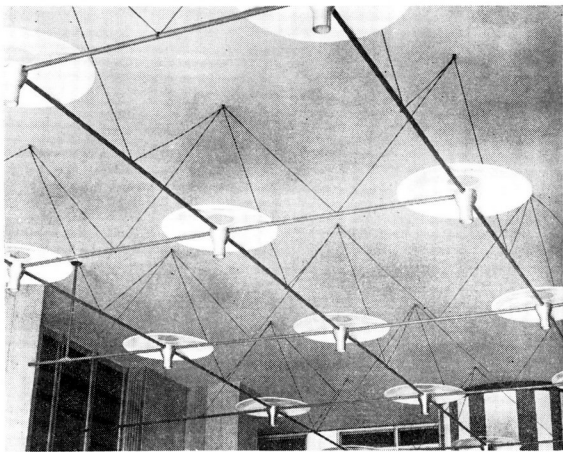
BIBLIOGRAFIA

- 1.—Dudrick, S.J., Wilmore, D.W., Va's, H.M., Rhoads, J.E.: Long Term Parenteral nutrition with growth, development and positive nitrogen balance. *Surgery* 64: 134, 1968.
- 2.—Dudrick, S.J., y Wilmore, D.W.: Long Term Parenteral feeding. *HOSP. Prac.*, 3: 65, 1968.
- 3.—Dudrick, S. J. y Col: Intravenous Hyperalimentación. *Med. Clin. N.A.* 54: 577, 1970.
- 4.—Dudrick, S. J., Ruberg, R. L.: Principles and Practice of Parenteral nutrition. *Gastroenterology*, 61: 901, 1971.
- 5.—Parsa, M.H., Habif, D.V., Ferrer, J.M., Lipton, R., Yoshimura, N.N.: Intravenous Hyperalimentation, Indications, Technique and Complications.
- 6.—Dudrick, S.J. y Col: Spontaneous closure of traumatic Pancreatoduodenal fistulas with total intravenous nutrition. *J. Trauma*, 10: 542, 1970.
- 7.—Rush, B.F., Richardson, J.D., Griffen, W.O.: Positive Nitrogen balance immediately after abdominal operations. *Am. J. Surg. Clin. N. Am.* 50: 1031, 1970.

- 8.—Dudrick, S.J. y Col: Role of Parenteral Hyperalimentation in management of multiple catastrophic complications Surg. Clin. N. Am. 50: 1031, 1970.
- 9.—Daly, J.M., Vars, H., Dudrick, S.J., Effects of protein depletion on Strength of colonic anastomoses. Surg. Obs. Gyn. 134: 15, 1972.
- 10.—Wilmore, D.W., Dudrick, S.J., Daly J.M.: The Role of nutrition in the adaptation of the small intestine after massive resection. Surg. Obs. Gyn.: 132: 673, 197.
- 11.—Dudrick, S.J. y Col: Parenteral Hyperalimentation, metabolic problems and solutions. Ann. Surgery. 176: 259, 1972.
- 12.—Ashcraft, K.W., Leape L.L.: Candida Sepsis Complicating Parenteral feeding JAMA 212: 454, 1973.
- 13.—Curry, E.R., Quie, P.G., Fungal Septicemia in patients receiving parenteral hyperalimentation N. Engl. J. Med. 285: 1221, 1971.
- 14.—Coldman, D.A. y Col — Growth of bacteria and Fungi in total parenteral nutrition Solutions.. Amer. J. Surgery. 126: 314, 1973.
- 16.—Heird, W.C. y Col: Metabolic acidosis resulting from intravenous alimentation. N. Engl.
- 16.—Heird, W.C. y Col: Metabolic acidosis resulting from intravenous alimentation. N. Engl. J. Med. 287: 943. 1972.
- 17.—Pérez Monteverde A., Recomendaciones para el uso de la hiperalimentación parenteral en un Hospital General, Monografía — Dept. Medicina Hospital "José Gregorio Hernández". (Los Magallanes) S.A.S.

Lamp-o-Lux c. a.

fábrica de lámparas



Plafón lumínico flotante que une lo funcional con la belleza arquitectónica

Varios modelos a escoger

Fabrica: Avda. Nueva Granada
Calle E. Delgado- Edif. LOL. (Sede)

Teléfonos: 62 25 40 - 62 25 67

62 05 61 - 62 74 02 - 61 31 03

Exhibición: 62 17 78

Fístula Nasal Crónica de Líquido Cefalorraquídeo Mediante la Técnica de la Anastomosis Lumbo-Peritoneal *

Dr. Abraham Krivoy O. **

INTRODUCCION:

La utilización de diferentes tipos de anastomosis para dirigir el líquido cefalorraquídeo a sitios distintos del sistema nervioso, son ampliamente conocidos entre nosotros y suelen utilizarse frecuentemente en hidrocefalias, hipertensión endocraneana, pseudotumor cerebral y otros (1-2 y del 5 al 13).

Kaufman (4) mencionó un caso de detención de una rinorrea del llamado síndrome de la "silla turca vacía" mediante la anastomosis ventriculoyugular.

Greenblatt y Wilson (3) en base de la idea anterior, utilizaron la anastomosis lumboperitoneal con el sistema de Hakim, en dos casos de rinorreas que ya habían sido sometidos, el primer caso, de origen espontáneo, a 3 craniotomías en el lapso de 12 meses con reparación de la fístula a nivel de la lámina cribosa, con fracasos subsecuentes y con detención de la misma, después de la anastomosis lumbo-peritoneal que fue necesario cambiarla a las 3 semanas por otra de presión alta, debido a la cefalea persistente e irritación ciática, cediendo toda la clínica ulteriormente y con un control exitoso por 20 meses.

El segundo caso, de origen traumático se sometió a 2 exploraciones craneanas sin éxito en el curso del mismo mes.

Se colocó un sistema de Hakim de presión alta, que se complicó con un pseudo-meningocele iatrogénico lo que obligó a retirar el sistema 2 meses después y sin recurrencia a los 2 meses después de la operación.

* Trabajo Realizado en el Servicio de Neurología, Sección de Neurocirugía del Hospital Universitario de Caracas.

** Miembro del Departamento de Cirugía — Centro Médico de Caracas.

M E T O D O:

Nosotros utilizamos un cateter de Raimondi de presión media desde la tercera lumbar insertado en el espacio aracnoideo espinal y por el celular subcutáneo se pasó a fosa ilíaca izquierda, donde se practicó una incisión tipo Mc. Burney y se insertaron cerca de 15 cms. del cateter de Raimondi dentro de la cavidad peritoneal.

He aquí nuestro caso:

O.V. de 54 años de edad, quien ingresó al Hospital Civil de Maracay en Noviembre de 1970 con la historia 124.431 por pérdida de la agudeza visual y diplopia de 3 meses de evolución. El examen físico reveló: TA.: 170/110; edema bilateral de papila con exudados. La punción lumbar registró una presión inicial de 380 mm. de agua y final de 250 mm. de agua. La citoquímica fue normal. Fue diagnosticado como pseudotumor cerebral y dado de alta. Regresa el 6-7-72 por presentar desde agosto de 1971 pérdida del L.C.R. por la fosa nasal izquierda y persistencia de los trastornos visuales. Se comprueba citoquímicamente la salida del L.C.R. por fosa nasal izquierda y degeneración de papila. Nueva punción lumbar: presión inicial 120 mm. de agua y final de 100 mm. de agua. Citoquímica y bacteriología normal. Radio de cráneo normal.

Ingresa al Hospital Universitario el 5-5-73 con la historia 566895, donde se constató antecedente traumático de cráneo, leve, de tipo caída, de un metro de altura, 3 años antes y un mes después comenzó cefalea, vómitos, visión doble. Se comprobó fístula del L.C.R. por fosa nasal izquierda, atrofia óptica bilateral con degeneración macular. Radio simple de cráneo (167583) y tomografías de piso anterior frontal el 17-11-72, sin lesiones. Gammagrama cerebral: 23-7-73, no concluyente. Cisternografía: 21-5-73, trazados en región nasal izquierda. E.E.G.: 14-3-73, anormal rápido, FI de Gibbs. **Intervención:** 16-8-73, Anastomosis lumboperitoneal con cateter de Raimondi. Desde el post-operatorio inmediato disminuyó el L.C.R. nasal y desde el 23-8-73 cesó la salida del L.C.R. (7 días después de la intervención) dándose de alta el 27-8-73. Ha tenido controles periódicos post-operatorios satisfactorios, siendo el último el 28-3-74, sin salida de L.C.R. nasal. En esta fecha se pidió una radiografía de control y se observó que el cateter se normalizó en su totalidad a la cavidad peritoneal cesando por tanto la derivación del L.C.R. y persistiendo la curación. El cateter de Raimondi por ser inocuo, se deja en la cavidad peritoneal sin retirarlo, a menos que se presentara alguna complicación clínica, que estadísticamente es excepcionalmente rara.

D I S C U S I O N:

Sin lugar a dudas, es posible deducir, que si se logra bajar la presión del L.C.R. a un nivel suficiente, para muchos casos, quizás no todos permitiría la curación de las fístulas del líquido cefalorraquídeo.

Incluso, si dicha baja de presión es solo temporal, sin determinar cuanto tiempo, también se lograría el mismo efecto, tal como sucedió en el segundo caso de Greenblat y Wilson, (3) que se retiró, sin recidiva de la fístula. En el caso nuestro, la salida del catéter del espacio aracnoideo a la cavidad peritoneal, sin recidiva de la fístula de L.C.R. a los 8 meses de la intervención.

Es necesario tomar en cuenta que la posibilidad de una meningitis como complicación, que pudiera ingresar desde el exterior en caso de bajar la presión del L.C.R., no queda eliminada.

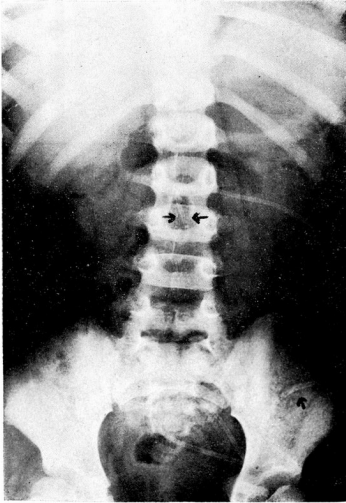


Fig. 1.—Detalle de la técnica de la anastomosis lumboperitoneal con el catéter de Raimondi.

Nótese el resorte del catéter de Raimondi en el espacio aracnoideo a la altura de la tercera lumbar (2 flechas), luego continúa por el celular subcutáneo del lado izquierdo el trayecto del catéter y penetra a la cavidad peritoneal por la fosa iliaca izquierda (flechas).



Fig. 2.—Vista lateral de la técnica lumboperitoneal. Puede observarse la parte intradural (flecha superior) y la punta en la cavidad peritoneal con mayor contraste radiológico (flecha inferior).

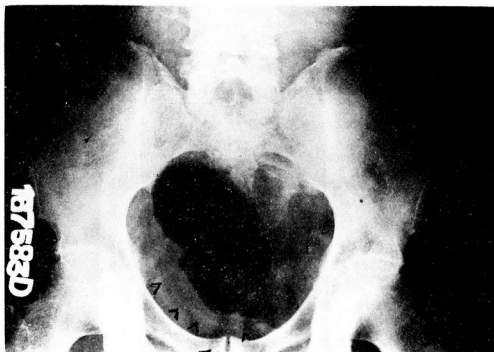


Fig. 3.—Control radiológico del paciente O. V. de 54 años de edad, quien desde Agosto de 1971 presentaba fístula de L. C. R. nasal crónica. Se practicó anastomosis lumboperitoneal el 16 de Agosto de 1973 y 7 días después desapareció la rinorrea. El último control 28-3-74, con absoluta normalidad, mostró en la radiología, migración del catéter al peritoneo, sin recurrencia de la clínica (flechas).

La duda que surge es, si el procedimiento de la anastomosis lumboperitoneal debe ser usado de entrada en todas las fístulas, o solo después de los fracasos de las craneotomías, o deben seleccionarse casos para una u otra técnica.

No hay duda que la craneotomías reparadoras son procedimientos mayores, que las anastomosis lumboperitoneales y que dependiendo de todos los factores del caso clínico ej.: etiológicos (espontáneos, tumorales, traumáticos) así como los factores extraneurológicos (edad del paciente, condiciones, cardiovasculares, patología concomitante, estado general etc.), el buen juicio y la experiencia del neurocirujano en el uso de las técnicas derivativas, determinarían el procedimiento neuroquirúrgico primario de elección para el tratamiento.

RESUMEN

Se presenta el primer caso, en Venezuela, de fístula de L.C.R. nasal post-traumático tratado mediante el procedimiento de la anastomosis lumboperitoneal con el cateter de presión media de Raimondi, con un seguimiento exitoso de 8 meses.

S U M M A R Y

The first case, in Venezuela, of persistent cerebrospinal fluid rhinorrhea treated by the lumboperitoneal shunt with a follow up of 8 month was presented.

The Raimondí catheter of medium pressure was used.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—CASTILLO, R. y KRIVOY, A.: Anastomosis ventrículo-cava en hidrocefalias. Gaceta Médica de Caracas. Año LXXII. Enero Marzo 1964, números 1.3. Págs.: 59-88.
- 2.—CASTILLO, R. y KRIVOY, A.: Circuitos valvulares para hidrocefalias. Tribuna Médica. Año 1, Vol. I. Junio 8 de 1964. N° 46. Págs. 1.2.
- 3.—GREENBLATT, S.H. and WILSON, D.H.: Persistent cerebrospinal fluid rhinorrhea treated by lumboperitoneal shunt. J. Neurosurg. (XXXVIII), 4; 524-526, April 1973.
- 4.—KAUFMAN, B.: The "empty" sella turcica a manifestation of the intrasellar subarachnoid space. Radiology 90: 931-941, 1968.
- 5.—KRIVOY, A.: Contribución al estudio de las hidrocefalias en Venezuela. Imprenta Universitaria 1962. Boletín del Hospital de Niños "J.M. de Los Ríos", Octubre Diciembre, 1965. Vol. VII, N° 4, págs. 285-336.
- 6.—KRIVOY, A.: Los circuitos valvulares para el tratamiento de las hidrocefalias. Boletín del Hospital de Niños "J.M. de los Ríos". Abril—Junio 1962. Vol. IV. N° 2, págs. 379—386.
- 7.—KRIVOY, A.: Anastomosis ventrículo—atrial en el tratamiento de las hidrocefalias. Revista del Centro Médico. N° 20. Enero 1965, págs. 39—44.
- 8.—KRIVOY, A.: aracnoido—ureterales y ventrículo ureterales en hidrocefalias. Su estado actual. Revista Venezolana de Urología. Vol. XV, números 1—2. Enero—Junio 1963, págs. 41—51.
- 9.—KRIVOY, A.: A propósito de un caso de enfermedad de Hurler. Gaceta Médica. Año LXX, N° 1—2, Enero —Marzo 1962 Págs. 83—97.
- 10.—KRIVOY, A. e IZAGUIRRE GIL, A.: Enfermedad de Hurler. Boletín del Hospital de Niños "J.M. de Los Ríos". Vol. IV, N° 1, Enero—Marzo de 1962, págs. 523—532.
- 11.—KRIVOY, A.: Macrocefalias infantiles normales. Gaceta Médica de Caracas. Año LXXI. Enero—Diciembre de 1963, Nos. 1—12 págs. 139—152.
- 12.—KRIVOY, A.: Septicemia post—anastomosis ventrículo—atrial y detención de la hidrocefalia. Boletín del Hospital de Niños "J.M. de Los Ríos". Enero—Marzo 1965. Vol. VII, N° 1. págs. 53—8.
- 13.—MARTINEZ NIOCHET, A.: Hidrocefalia. Tratamiento quirúrgico. Arch. Ven. de Puer. y Ped. Vol. XIV, N° 42, págs. 301—309, 1951.
- 14.—MARTINEZ NIOCHET, A.: Hidrocefalia. Su tratamiento quirúrgico por derivación al uréter. Arch. Ven de Puer. y Ped. Vol. XV. págs. 369—381; 1952.
- 15.—MARTINEZ NIOCHET, A.: Hidrocefalias y sus tratamientos. Arch. Ven. de Puer. y Ped. Vol. XX, N°64, págs. 175—187 Abril—Junio 1957.



NUEVO

Canestén®

Antimicótico de amplio espectro con acción fungicida y tricomonocida

Extermina hongos ¡todos!*

*actúa en todas las dermatomicosis provocadas por dermatofitos, levaduras, mohos y otros hongos.

es fungicida

penetra hasta el estrato germinativo

depura a fondo el área contaminada por los hongos sin causar efectos secundarios

Dan testimonio las proporciones de los resultados curativos obtenidos, de 90 a 95%

Canestén crema – Canestén solución

Composición: 100 g de crema/solución contienen 1 g de bis-fenil-(2-cloro-fenil)-1-imidazolil-metano

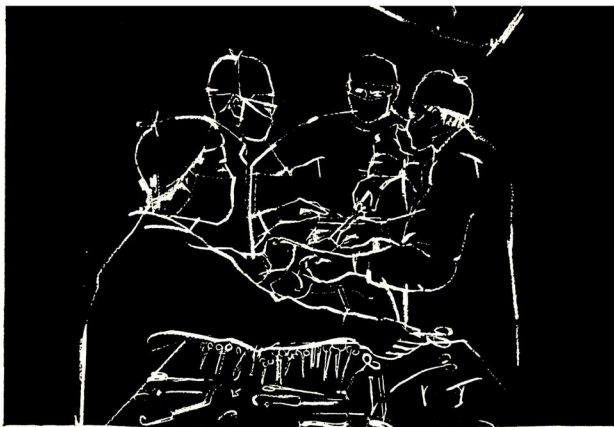
Dosificación: Aplicar la crema/solución en capa delgada 2 a 3 veces por día y hacerla penetrar frotando. Una vez desaparecidos los síntomas, la fisiología de la piel y la localización de los hongos

hacen aconsejable continuar con las aplicaciones unos 15 días más.

Presentación: Tubo con 20 g de crema. Frasco de plástico con 20 ml de solución



Bayer
Alemania



En la anestesia, sólo Fluothane ofrece todas estas ventajas

Potencia

se obtiene con presteza, suavidad y exactitud cualquier nivel de anestesia.

Precisión

se logra fácilmente un rápido ajuste de la profundidad.

Flexibilidad

puede administrarse por goteo directo; en circuito abierto; sin o con sistema de reinalación parcial o completa.

Comodidad

mínimo olor, inducción agradable, recuperación rápida sin incidentes, pocas secuelas posoperatorias.

Adaptabilidad

usado en más de 30 millones de pacientes, en todo tipo de intervenciones, desde recién nacidos a nonagenarios.



Imperial Chemical Industries Limited
Pharmaceuticals Division
Macclesfield Cheshire England

Distribuidores exclusivos en Venezuela
M. KERN & Co., S. A.
Apartado 1567 - Telf. 34 05 11
Caracas

Halotano

Marca de fábrica

Fluothane

De fundamental importancia
en la Anestesia



ITURBE HÑOS. C.A.

Instrumentos, Aparatos
y Mobiliario

para Médicos,
Clínicas y Hospitales

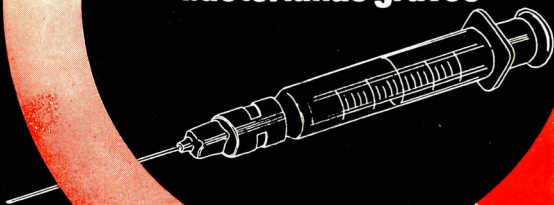
PASEO DE LOS ILUSTRES - EDIF. RADS - LOCAL "B"

Frente a la Universidad - Los Chaguaramos

TELEFONOS: 61.59.31 - 61.93.06

CARACAS - VENEZUELA

**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 (indol + e indol—).

Gentalyn®
Inyectable

(gentamicina 40 mg/cm³)

GA 111 5127 701



SCHERING CORPORATION DE VENEZUELA, S. A.
Prolongación Calle Vargas 2a. Transversal Boleíta Norte,
Distrito Sucre (Estado Miranda) Caracas, Venezuela.

Gentalyn
Pediátrico

(gentamicina 10 mg/cm³)

GA 111 5127 702

Tratamiento Combinado en el Cáncer Avanzado del Piso de la Boca. Presentación de un Caso

Dr. José Besso *

INTRODUCCION (1)

El cáncer del piso de la boca constituye aproximadamente el 15% de todos los carcinomas de la cavidad oral. Es más frecuente en personas de edad avanzada y en el sexo masculino que en el femenino. Se consideran como factores predisponentes, el fumar tabaco con la "candela" dentro de la boca, el alcoholismo y la mala higiene de la cavidad oral. Puede desarrollarse en la submucosa y exteriorizarse solamente como una pequeña fisura, o bien, aparecer como ulceraciones superficiales sin que haya invasión hacia la profundidad. Tienden a extenderse con gran rapidez al reborde alveolar y mandíbula, y con menos frecuencia a la lengua, siendo muchas veces difícil precisar si el tumor es primario de la lengua, o es invasión secundaria. Pueden extenderse a las glándulas submaxilares o sublinguales. El síntoma más frecuente es una induración de crecimiento progresivo, que se ulcera apareciendo entonces otalgia, hipersalivación y disartria. Puede ocurrir también sangramiento, pero la hemorragia es infrecuente. También se puede hacer presente la adenopatía submaxilar que puede ser unilateral, bilateral o adherente a la mandíbula, siendo la adenopatía, muchas veces el único síntoma. Es también importante tomar en consideración que el carcinoma del piso de la boca, puede encontrarse en una zona leucoplásica aparentemente inocente.

Desde el punto de vista histológico la mayoría de los carcinomas del piso de la boca son del tipo epidermoide moderadamente diferenciado. Las metástasis más frecuentes son a los ganglios submaxilares, pudiendo también extenderse posteriormente a los ganglios de la cadena yugular anterior. Son frecuentes las metástasis bilaterales, aún cuando la lesión se encuentra bien limitada a una zona. Las metástasis a distancia son excepcionales. El diagnóstico se hace por inspección y palpación digital de la lesión, complementándose con la biopsia de

* Residente del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

* Ex-Residente de Oncología del Hospital Oncológico "Padre Machado".

la lesión y también de ganglios linfáticos sospechosos de metástasis. El diagnóstico diferencial debe ser hecho con: leucoplasia del piso de la boca, obstrucción crónica de los conductos submaxilares y sublinguales, ránula, y tumores de las glándulas salivares.

El tratamiento del cáncer del piso de la boca puede hacerse por: la cirugía, radioterapia y combinado, es decir, quimioterapia asociado a radioterapia. Al escoger el tipo de tratamiento es importante tomar en cuenta lo siguiente (2): cuál tipo de terapéutica ofrecerá el mayor porcentaje de curabilidad, y, cuáles son las probables complicaciones de dicha terapia, así como la tolerancia por parte del paciente. En seguida se resumen los siguientes datos estadísticos de importancia:

ESTADISTICAS DE CANCER DE LA CAVIDAD ORAL SOBREVIDA A LOS 5 AÑOS (2)

(Memorial Sloan - Kettering Cancer Center)

SITIO	LOCALIZADO	REGIONAL	TODOS LOS ESTADIOS
Labio	100%	—	97%
Mucosa Bucal	95%	14	66%
Paladar Duro	65%	—	53%
Paladar Blando	54%	25	43%
Piso de la Boca	57%	29	44%
Lengua	59%	16	36%

BARTON (3): En estados I y II

Radioterapia sola o con cirugía	50%
Cirugía sola	39%

PORCENTAJE DE SOBREVIVENCIA DESPUES DE CIRUGIA + RADIOTERAPIA EN PACIENTES CON GANGLIOS POSITIVOS (4)

LOCALIZACION	PACIENTES	GANGLIOS +	% SOBREVIVENCIA		
			1 año	2 años	3 años
Oro e Hipofaringe	26	13	67	62	50
Endolaringe	26	8	88	50	25
Cavidad oral	24	14	57	33	33

**PORCENTAJE DE PACIENTES CON CANCER DEL PISO DE LA BOCA
INICIALMENTE No. QUE DESARROLLARON METASTASIS CERVICALES
POR ESTADIO DEL TUMOR (FLETCHER) (4).**

Estadio Primario	% de Pacientes, con Mt. Cervicales
T1	23%
T2	26%
T3	29%
T4	26%

TRATAMIENTO COMBINADO DE CABEZA Y CUELLO

AUTOR	LOCALIZACION	TTO.	RESPUESTA AL TTO.
Barracue (5)	Cabeza y cuello	Mtx + Rt.	46%. Muy buena.
Joseph (6)	Cavidad oral	Mtx + Rt.	9%. Desaparición. 60%. Muy buena.
Ansfield (7)	Cabeza y cuello	5—Fu + Rt.	T3: Prolongación im- portante de sobrevi- da en amígdala, ca- vidad oral. No mejo- ría en naso faringe e hipofaringe.
Fletcher (8)	Cavidad oral	5—Fu + Rt.	Buena respuesta.

Mtx = Methrotexate

Rt. = Radioterapia

5—Fu = 5—Fluouracilo

PRESENTACION DEL CASO

Paciente femenina, 89 años de edad, natural de Carúpano y procedente de Caracas, quien refiere comienzo de su enfermedad actual, el 17-12-73 cuando presenta lesión en el piso de la boca indurada, dolorosa de crecimiento progresivo, y que se extendía al reborde alveolar y cara posterior de la lengua. Consultó en esa oportunidad al IVSS donde le practicaron biopsia de la lesión, siendo el diagnóstico anatomopatológico de un epiteloma bien diferenciado del piso de la boca y en vista de la gran extensión del tumor que correspondía a T3 y de la edad de la paciente se refirió al Hospital Oncológico "Padre Machado" para tratamiento radiante. Vista la paciente los primeros días de febrero de 1974 en el Servicio de Radioterapia de dicho Hospital, se le encuentra una lesión del piso de la boca de 4 x 3 cms. de diámetro aproximadamente, dura, dolorosa, que se extendía al reborde alveolar y cara posterior de la lengua; no se palpaban adenopatías, Fig. 1 Se examinó la lámina de la biopsia previa, corroborándose el diagnóstico de carcinoma

epidermoide bien diferenciado. Se decidió en reunión conjunta con el Servicio de Oncología Médica practicarle tratamiento combinado, escogiéndose al metotrexate combinado con cobalto 60.

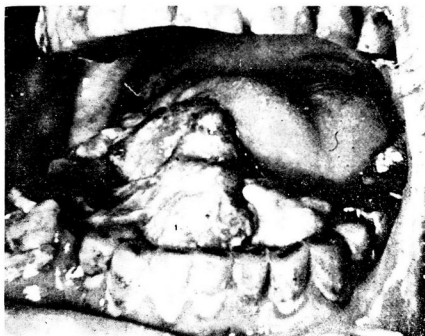


Fig. 1

Empieza a recibir metotrexate 0.01 mgs. x kg. de peso por día hasta el octavo día cuando se le asocia tratamiento radiante con cobalto 60, recibiendo una dosis total de 5.000 rads, tolerando muy bien el tratamiento. Al terminar dicho tratamiento, la lesión había disminuido al 1 x 1 cms., aproximadamente de diámetro y no había invasión al reborde alveolar ni a la cara posterior de la lengua. Fig. 2.

El 02-08-74 es vista por el servicio de Cirugía quien decide extirpar la lesión residual; el 13-08-74 se le practica extirpación de la lesión del piso de la boca y vaciamiento radical del cuello del mismo lado de la lesión; se envió la muestra al Servicio de Anatomía Patológica, no encontrándose tumor maligno, concluyéndose en "lesión del piso de la boca: sialoadenitis crónica, dilatación de conductos de glándulas salivales. Vaciamiento radical del cuello: hiperplasia foliculo reticular de los ganglios linfáticos. No se observaron atipias". Hasta el momento actual, año y medio después del tratamiento, la paciente no ha manifestado nueva tumoración.

RESUMEN

Se hace una revisión bibliográfica del cáncer del piso de la boca con énfasis a las diferentes modalidades terapéuticas, específicamente en el tratamiento combinado del cáncer avanzado del piso de la boca, sobre todo cuando existen contraindicaciones para la cirugía. Se exponen cuadros estadísticos de acuerdo a la



Fig. 2

frecuencia del cáncer del piso de la boca, y los resultados que se obtuvieron con las diferentes formas de tratamiento. Se complementa la ilustración con la presentación de un caso avanzado del cáncer del piso de la boca tratado en el Hospital Oncológico "Padre Machado" y el excelente resultado terapéutico que se obtuvo confirmado por estudio histopatológico al no existir más células neoplásicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Lauren V. Ackerman and del Regato J.: Cancer, Diagnosis, Treatment and Prognosis. Fourth Edition. C.V. Mosby Company. 1970. p. 214.
- 2.—Harvey W. Baker: Surgical Management of Oral Cancer. Seventh National Cancer Conference Proceeding in California 1972. The American Cancer Society. Editorial J.B. Lippincott Company. 1973. p. 133.
- 3.—Barton T.: Treatment of the Carcinomas of the Floor of the mouth in stage I and II. x International Cancer Conference, Houston, Texas, 1970. p. 637.
- 4.—Gilbert H. Fletcher, and Jesse RH. Jr.: Irradiation Management of Squamous Cell Carcinomas of the Oral Cavity. Seventh National Cancer Conference Proceeding in California 1972. The American Cancer Society. Editorial J.B. Lippincott Company. 1973. p. 137.
- 5.—Barracue, Gallardo y Oteisa: Metotrexate previo a Radioterapia en el Tratamiento avanzado de cabeza y cuello. Clínica de Evaluación, Editorial Instituto Municipal de Radiología de Buenos Aires. p. 509.
- 6.—Joseph LD., Suer, Halengle—B.: Result of a combination of chemotherapy, radiotherapy and surgery in the treatment of advanced cancer of the oral cavity. X International Cancer Conference, Houston, Texas, 1970. p. 823.
- 7.—Bred J., Ramirez G., Davis HL., Korbitz BC., Vermound M., Gollin FS.: Treatment of advanced cancer of the Head and Neck. Revue Cancer 25: 78, 1970.
- 8.—Fletcher GH., Suit HD., Howe Ch., Samuel H., Jesse RH., Villareal RV.: Clinical method of testing radiation sensitizing agents in squamous cell carcinomas. Revue Cancer 16: 355, 1963.

Diferente a todos los somníferos conocidos ...

NITRAX

(Nitrazepam "Fisia")

COMPRIMIDOS de 5 mg.

Primer derivado HIPNOTROPICO de la benzodiazepina

Mecanismo de acción original:

- A diferencia de los barbitúricos, no **fuera** al sueño sino que lo **induce** a través del sistema límbico, sin afectar otras zonas del cerebro.
- Tranquilizante y relajador, protege los mecanismos normales del sueño contra los estímulos sensoriales y emotivos que lo perturban.

Optimos resultados: 8 HORAS DE SUEÑO NORMAL,
SEGUIDO DE UN DESPERTAR
LUCIDO

Márgen terapéutico considerable.

Posología. Adultos: $\frac{1}{2}$ a 2 comprimidos, por la noche al acostarse.

Niños: $\frac{1}{2}$ a 1 comprimido, según la edad.

Laboratorios Physia S. A.

Edificio PAULY
Ave. Baralt - Esq. Quinta Crespo
CARACAS.

NOTICIAS

ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD MEDICA

- Mayo 15.— Discusión de Casos Clínicos.
- Mayo 26.— Conferencia "REGULACION DEL FACTOR LIBERADOR DE LA HORMONA LUTEINIZANTE Y FOLICULO ESTIMULANTE POR EL HIPOTALAMO ANTERIOR Y MEDIO-BASAL".
Dra. L.L. de Zschaek.
- Junio 2.— Conferencia "PAPEL DE LAS CATECOLAMINAS HIPOTALAMICAS EN LA LIBERACION DE LAS HORMONAS FOLICULO—ESTIMULANTE, LUTEINIZANTE Y PROLACTIVA".
Dra. L.L. de Zschaek.
- Panel de discusión: "APLICACION CLINICA DE LAS HORMONAS HIPOTALAMICAS E HIPOFISARIAS".
- Junio 17.— Discusión de Casos Clínicos.
- Junio 20.— Conferencias "METODOS MODERNOS EN EL DISEÑO DE HOSPITALES".
Dr. Gordon Friesen.
- "USO DE LA COMPUTADORA EN EL DISEÑO MODERNO".
Dr. Clifford Steward.
- Julio 8.— Conferencia "APLICACION CLINICA DEL RADIO-INMUNO-ENSAYO EN LAS ENDOCRINOPATIAS".
Dr. George E. Bernett.
- Agosto 13.— Agasajo a los Dres. Ricardo Baquero González, Otto Paz y José Antonio Carbonell con motivo de cumplir 40 años de vida profesional
- Agosto 19.— Presentación de Documentales de la Corporación Venezolana de Guayana.

HEMOS SIDO PARTICIPADOS DE LOS SIGUIENTES CONGRESOS MEDICOS:

- 1°— VIII Reunión Nacional de Obstetricia y Ginecología.
Puerto La Cruz. Octubre 21-24.
- 2°— Reunión Intercapitular de la Sociedad Venezolana de Cirugía.
Maracaibo Noviembre 6-8.
- 3°— XIV Congreso Panamericano de Gastroenterología.
Caracas, Noviembre 23-28.

**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

**Contratista Responsable:
H E R M A N N P E R G E R**

mejor anestesia y
recuperación
más rápida
con

Halothan
Hoechst

Halothan
Hoechst

250 ml
Flüssiges Inhalationsnarkotikum
Anestésico general de inhalación
Narcótico inalante

Farbwerke Hoechst AG
Frankfurt (Main)
Alemania/Alemania



**El anestésico de inhalación
mundialmente acreditado
para todas las edades.**

Extraordinaria estabilidad química.
No inflamable ni explosivo.
Inducción y recuperación rápida y suave.
Menor consumo de relajantes musculares.
No produce irritación de las mucosas.
Inhibe las secreciones bronquial, salival y gástrica.

Presentación: frasco con 250 cm³



Hoechst Remedia S. A.
Aptdo 80222
Caracas

Di-Gráfica GOMEZ

- REVISTAS - LIBROS - FOLLETOS
- IMPRESOS EN GENERAL
- PRUEBAS DE TEXTO PARA OFFSET
- COMPOSICION DE LINOTIPO

Pte. Anauco a Teatro Caracas - Edif. Teatro Caracas - Local 1

TELEFONOS: 82.54.13 - 55.99.18

Caracas - Venezuela