

VOLUMEN 67

NÚMERO 01

MARZO
2014

DEPÓSITO LEGAL: PP 79-0155 / ISSN: 0378-6420



REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA

MIEMBRO DE ASEREME / INCLUIDA EN LILACS
(LITERATURA LATIIONAMERICANA Y DEL CARIBE DE CIENCIAS Y SALUD)



JUNTA DIRECTIVA 2012-2014

Presidente

Dr. Jesús Velázquez G

Vicepresidente

Dr. Leopoldo Moreno B.

Secretario General

Dr. Jesús Tatá A.

Secretario de Finanzas

Dr. Rafael Badell M.

Secretario de Doctrina y Relaciones con los Miembros

Dr. Wilmar Briceño

Secretario de Hospitales y de Posgrado

Dr. Mario Arcia Salazar

Secretario de Organización

Dr. Carlos Hartmann O.

COMITÉ DE PUBLICACIÓN Y REDACCIÓN

Editor

Dr. José Félix Vivas

Coordinación

Dr. Nelson Téllez

Colaboradores

Dra. María Doti

Dr. Alexis Sánchez Ismayel

Dr. Luis Enrique Cerquone R.

Dr. José Carmona

Dr. Yonde Kaffruni

Editorial	VI
-----------------	----

ESTUDIOS PROSPECTIVOS

Apendicectomía laparoscópica a 2 puertos (15-5 mm) utilizando un dispositivo puerto en guante simplificado

José Luis Andrade, Rosa Barreto, Vanessa Goyo, Andrea Díaz, Jaime Lorenzo	1
---	---

ESTUDIOS RETROSPECTIVOS

Carcinoma oculto de la mama. Experiencia en el Centro Clínico de Estereotaxia - CECLINES

Víctor Acosta-Marín, Víctor Acosta F, María Teresa Coutinho, Alberto Contreras, Ricardo Ravelo, Carmen Elena Marín, Ana Karina Ramírez, Marthelena Acosta-Marín, Jorge Pérez, Itala Longobardi, Oscar Martínez, Urmila Dos Ramos	5
--	---

Enfermedad hemorroidal: revisión epidemiológica en Venezuela

Carlos Sardiñas, Emily Torrealba, Marcos Betancourt, Breida Hernández, Patricia Bravo	11
---	----

Ventajas de la nutrición enteral temprana en pacientes con lesión del intestino delgado en el trauma abdominal penetrante

Luis Aranguren, Aquiles Reyes	16
-------------------------------------	----

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Diseción del proceso uncinado y mesopáncreas como paso inicial durante la duodenopancreatectomía cefálica: adaptación de un procedimiento laparoscópico

Héctor Almau, Leonardo Díaz, Alí Hamad, Giulio D'Apuzzo	23
---	----

CASOS CLÍNICOS

Una rara presentación de la enfermedad de Hirschsprung en el adulto

Willy Neumann, José Félix Vivas, Jhoan Silva, Daniel Prado	28
--	----

Abdomen agudo quirúrgico hemorrágico. Embarazo heterotópico. Reporte de un caso

Yoselyn Camacaro, Miguel Quiroz	30
---------------------------------------	----

HISTORIA DE LA CIRUGÍA

Aforismos quirúrgicos

Roger Escalona-Alarcón, Vanessa Jiménez	34
---	----

LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA INFORMA

Próximos eventos	36
------------------------	----

**Marzo
2014**

Revista Venezolana de Cirugía en su totalidad prohíbe la reproducción y reimpresión, total o parcial de los artículos sin el permiso previo del editor bajo las sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella, mediante alquiler o préstamos públicos. Las opiniones editoriales o científicas que se emitan con firma comprometen exclusivamente la responsabilidad de su autor, en ningún caso la de Revista Venezolana de Cirugía, ni de la casa editora.



JOURNAL OF THE VENEZUELAN SOCIETY OF SURGERY

VOLUME 67 - N° 1 - 2014

Editorial	VI
PROSPECTIVE STUDIES	
Laparoscopic appendectomy with 2 ports (15-5 mm) using a simplified globe as a device port José Luis Andrade, Rosa Barreto, Vanessa Goyo, Andrea Díaz, Jaime Lorenzo	1
RETROSPECTIVE STUDIES	
Occult breast cancer. Experience in Centro Clínico de Estereotaxia – CECLINES Víctor Acosta-Marín, Víctor Acosta F, María Teresa Coutinho, Alberto Contreras, Ricardo Ravelo, Carmen Elena Marín, Ana Karina Ramírez, Marthelena Acosta-Marín, Jorge Pérez, Itala Longobardi, Oscar Martínez, Urmila Dos Ramos	5
Hemorrhoidal disease: epidemiologic review in Venezuela Carlos Sardiñas, Emily Torrealba, Marcos Betancourt, Breida Hernández, Patricia Bravo	11
Benefits of early enteral nutrition in patients with injury of the small bowel in penetrating abdominal trauma Luis Aranguren, Aquiles Reyes	16
SURGICAL TECHNIQUE	
Open pancreatoduodenectomy with initial dissection of the uncinate process and mesopancreas: adaptation from a laparoscopic procedure Héctor Almau, Leonardo Díaz, Alí Hamad, Giulio D'Apuzzo	23
CLINICAL CASES	
A rare presentation of adult Hirschsprung disease Willy Neumann, José Félix Vivas, Jhoan Silva, Daniel Prado	26
Hemorrhagic surgical acute abdomen. Heterotopic pregnancy. A case report Yoselyn Camacaro, Miguel Quiroz	30
HISTORY OF SURGERY	
Surgical aphorisms Roger Escalona-Alarcón, Vanessa Jiménez	34
LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA INFORMA	
Coming Events	36

BOARD OF DIRECTORS 2012 - 2014

Presidente

Dr. Jesús Velázquez G

Vicepresidente

Dr. Leopoldo Moreno B.

Secretario General

Dr. Jesús Tatá A.

Secretario de Finanzas

Dr. Rafael Badell M.

Secretario de Doctrina y Relaciones con los Miembros

Dr. Wilmar Briceño

Secretario de Hospitales y de Posgrado

Dr. Mario Arcia Salazar

Secretario de Organización

Dr. Carlos Hartmann O.

EDITORIAL STAFF

Editor

Dr. José Félix Vivas

Coordinación

Dr. Nelson Téllez

Colaboradores

Dra. María Doti

Dr. Alexis Sánchez Ismayel

Dr. Luis Enrique Cerquone R.

Dr. José Carmona

Dr. Yonde Kaffruni

Address: Urbanización Los Dos Caminos, Edf. Centro Parque Boyacá Torre Centro, piso 17, Oficina 173,
Avenida Sucre, Caracas 1070 • Venezuela 80895. • Telephones: 286.81.06 Fax: 286.84.59 •
Website: www.sociedadvenezolanadecirugia.org • E-mail: sv_cirugia@cantv.net

Diagramación y Montaje:

Clara M. Escobar • Venezuela • Teléfono: (0426) 510.6795

March 2014

JUNTA DIRECTIVA DE LOS CAPÍTULO 2012-2014

1. CAPÍTULO ANZOÁTEGUI

Presidente: Dr. Luis Mejías
Secretario: Dr. José Francisco Gómez
Secretario de Finanzas: Dr. Alberto Arcia
1er Vocal: Dr. Freddy Pereira
Delegado al C.N.: Dr. Carmelo Romero

2. CAPÍTULO ARAGUA

Presidente: Dr. Robnald Rodríguez Rodríguez
Secretario: Dr. Robnald Rodríguez Sánchez
Tesorero: Dr. Uber Vera Díaz
1er. Vocal: Dr. Freddy Mantilla
2do. Vocal: Dr. Pedro Ortiz
Delegado al C.N.: Dra. Rita Gaitán

3. CAPÍTULO APURE

Presidente: Dr. Oscar Barrios
Secretaria: Dra. Sheyla Montoya
Secretario de Finanzas: Dr. Gonzalo Olivares
1er. Vocal: Dr. Henry Liscano
2do. Vocal: Dr. Pedro Belisario
Delegado al C.N.: Dr. Rafael Muñoz

4. CAPÍTULO BARINAS

Presidente: Dr. Eleazar Ferrer Beberaggy
Secretario: Dr. José León Tapia González
Secretario de Finanzas: Dr. Humberto Pérez
Vocal: Dr. Álvaro Ordaz
Delegado al C.N.: Dr. Gustavo Pérez Barrios

5. CAPÍTULO BOLÍVAR

Presidente: Dr. Julián Martínez
Secretario: Dr. Santiago Piñate
Secretario de Finanzas: Dr. Jorge Rabat
1er. Vocal: Dra. Nayid Dun
2do. Vocal: Dr. David Herrera
Delegado al C.N.: Dr. Rodrigo Araya Villar

6. CAPÍTULO CARABOBO

Presidente: Dr. Rafael Romero
Secretario: Dr. Enrique Castillo Carmona
Secretario de Finanzas: Dr. Mario Navarro Protzel
1er. Vocal: Dr. Pedro Roberto Valera
2do. Vocal: Dr. Marcos Guerra Cogorno
Delegado al C.N.: Dr. Mario Navarro P.

7. CAPÍTULO FALCÓN

Presidente: Dr. Iskander Marín
Secretario: Dr. Edgard Hidalgo
Secretario de Finanzas: Dr. Saúl Pirela
1er. Vocal: Dra. Sonia Caballero
2do. Vocal: Dra. Anniani Acosta
Delegado al C.N.: Dr. Antonio Reyes Atacho

8. CAPÍTULO GUÁRICO

Presidente: Dr. Yonde Kafruni
Secretario: Dr. Eduardo Elcok
Secretario de Finanzas: Dr. Agustín Contreras
1er. Vocal: Dr. José Cedeño
2do. Vocal: Dra. Belkis Romero
Delegado al D.N.: Dr. Rachid Iskandar

9. CAPÍTULO LARA

Presidente: Dr. José Di Sarli
Secretario: Dr. Carlos Caballero
Secretaria de Finanzas: Dra. Zoraida Porras
1er. Vocal: Dr. Lino Hurtado
Delegado al C.N.: Dr. Gustavo Quintero

10. CAPÍTULO MÉRIDA

Presidente: Dr. César Labastida
Secretaria: Dra. Mónica García
1er. Vocal: Dr. Diego Febres
Delegado al C.N.: Dr. Hans Concho

11. CAPÍTULO MONAGAS

Presidente: Dra. Elia Guevara
Secretario: Dr. José Lanz
Secretario de Finanzas: Dr. Félix González
1er. Vocal: Dr. José Arocha
2do. Vocal: Dra. Marisol Battikha
Delegado al C.N.: Dra. Carmen Irene Alves G.

12. CAPÍTULO NUEVA ESPARTA

Presidente: Dra. Zuly Nessi
Secretaria: Dra. Ana Ochoa
Secretario de Finanzas: Dra. Jenny Boadas
1er. Vocal: Dra. Graciela Rivas
Delegado al C.N.: Dr. Carlos Sanint

13. CAPÍTULO SUCRE

Presidente: Dr. Jesús Meaño
Secretario: Dr. Gilberto Armada
Vocal: Dra. Laura Ventimiglia
Delegado del C.N.: Dr. Gustavo Rodríguez Vivenes

14. CAPÍTULO TÁCHIRA

Presidente: Dra. Lina Lorena Durán
Secretario: Dr. José de Jesús Patiño Márquez
Secretario de Finanzas: Dr. Luis Suárez
1er. Vocal: Dr. Luis Álvaro Padilla
Delegado del C.N.: Dr. Jesús Contreras

15. CAPÍTULO YARACUY

Presidente: Dr. Julio Córtez
Secretario: Dr. Gerardo Estrada
Delegado al C.N.: Dr. Manuel Navarro

16. CAPÍTULO ZULIA

Presidente: Dr. Atilio Araujo
Secretario: Dr. Adel Al Awad
Secretario de Finanzas: Dr. Guillermo Borjas
1er. Vocal: Dra. Hiliana Rincón
2do. Vocal: Dr. Luis Ramírez
Delegados al C.N.: Dr. Alfonso Socorro Morales
Dr. Leonardo Bustamante
Dr. Wilfredo Salazar

SECCIONES DE ESPECIALIDAD / 2012-2014

1. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Director: Dr. Jorge Siverio
Secretario: Dr. Tomás Alberti
Vocal: Dra. Lorena Mujica

2. CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

Director: Dr. Juan Carlos Díaz O.
Secretario: Dr. Carlos Sardiñas
Vocal: Dr. Luis Mejías

3. CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Directora: Dr. Jesús Vásquez
Secretaria: Dra. Rebeca Medina de López
Vocal: Dr. Federico Tortolero

4. CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Director: Dr. Freddy Pereira
Secretario: Dr. Carlos Caballero
Vocal: Dr. Rafael Párraga

5. CIRUGÍA PLÁSTICA

Director: Dr. Alberto Pérez Morell
Secretario: Dra. Ana Hollebecq
Vocal: Dr. Edgard Martínez

6. CIRUGÍA DEL TRAUMA

Director: Dr. Aquiles Reyes Mejías
Secretario: Dr. Iskander Marín
Vocal: Dr. Pablo Ottolino

7. CIRUGÍA BARIÁTRICA

Director: Dr. Francisco Obregón
Secretario: Dr. Vittorio D' Andrea
Vocal: Dr. José Carmona

8. COMITÉ HISTORIA DE LA MEDICINA

Coordinador: Dr. Roger Escalona
Secretario: Dr. Leopoldo Moreno B.
Vocal: Dr. José Félix Vivas

9. COMITÉ DE INFECCIONES

Coordinador: Dr. Javier Cebrián
Secretario: Dr. Leonardo Bustamante
Vocal: Dr. Luis Blanco

10. COMITÉ DE ONCOLOGÍA

Coordinador: Dr. Rubén Hernández
Secretario: Dr. Felipe Díaz
Vocal: Dr. Carlos Gadea Sánchez

11. COMITÉ DE SOPORTE NUTRICIONAL

Coordinador: Dr. Rommel Mota
Secretario: Dr. Antonio Pausin
Vocal: Dr. Nayska Torres

12. COMITÉ DE PARED ABDOMINAL

Coordinador: Dr. Andrés Hanssen
Secretario: Dr. Bolívar Isea
Vocal: Dr. Miguel Maita

13. COMITÉ DE FLEBOLOGÍA Y LINFOLOGÍA

Coordinador: Dr. Yonde Kafruni
Secretario: Dr. Gustavo Liccioni
Vocal: Dr. Hugo Navas

14. COMITÉ DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

Coordinador: Dr. Alexis Sánchez I.
Secretario: Dr. José G. Mejías
Vocal: Dr. Adel Al Awad

15. COMITÉ DE PISO PÉLVICO

Coordinadora: Dra. Dhelma Pellín
Secretario: Dr. Sergio Martínez
Vocal: Dr. Pablo Emilio Sánchez

16. COMITÉ DE PIE DIABÉTICO

Coordinador: Dr. Jaime Aguilar

17. COMISIÓN DE PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN

Coordinador: Dr. Jesús Tatá A.
Secretario: Dr. José Félix Vivas
Vocal: Dr. Luis E. Cerquone R.

18. COMISIÓN DE ÉTICA

Coordinador: Dr. Wilmar Briceño R.
Secretario: Dr. Elio T. Álvarez G.
Vocales: Dr. Juan José Taguaruco
Dr. Oswaldo Guerra

19. COMISIÓN CIENTÍFICA

Coordinador: Dr. Carlos Hartmann O.
Vocal: Dr. Jaime Díaz Bolaños

MIEMBROS EMÉRITOS

Dr. Oscar Rodríguez Grimán
Dr. Alberto Benschimol
Dr. Erick Eichelbaum
Dr. José Ángel Puchi
Dr. Otto Rodríguez Armas
Dr. Carlos Ruiz Díez
Dr. Antonio Ortega
Dr. Antonio Guzmán
Dr. Ramón Enrique Albornoz
Dr. Efraín Sequera
Dr. Carlos Riveras
Dr. José Antonio López Parra
Dr. Celestino Zamora
Dr. Marcos Piñango
Dr. Santiago Mujica

DELEGADOS AL C.N. POR LA SEDE

Dr. Pablo Ottolino L.
Dr. Álvaro Henriquez Dao
Dr. Roger Escalona
Dr. Raimundo Kafruni
Dr. José Félix Vivas
Dr. Ricardo Escalante
Dr. Luis Vivas
Dr. Javier Cebrián
Dr. Mauro Carretta
Dra. Arlene Méndez
Dr. Rodolfo Pérez Jiménez
Dr. Álvaro Montilla
Dr. Shellyn Díaz
Dr. Marco Sorgi
Dr. Luis Alfaro

MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Carlos A. Hernández H.
Dr. José T. Rojas Contreras
Dr. Luis Delfín Ponce Ducharne
Dr. Francisco Aguilera García
Dr. José Antonio Gubaira Bahjos
Dr. Dario Montiel Villasmi
Dr. Ismael Salas Marciano
Dr. José David Díaz
Dr. Adolfo Koelzow Jiménez
Dr. Jesús González Romero
Dr. Humberto Rivera Orozco
Dr. Miguel Zerpa Zafrañé
Dr. Francisco Romero Ferrero
Dr. Pablo Briceño Pimentel
Dr. Antonio Andrade Manzanero
Dra. Luisa Teresa Silva
Dr. Miguel Saade
Dr. Rubén Jaén
Dr. Antonio Clemente
Dr. Robinson Gómez
Dr. Rafael Alejos
Dr. Alonso León Rocha
Dr. Gerardo Hernández Muñoz
Dr. Fernando Rodríguez Montalvo
Dr. Julián Viso Rodríguez
Dr. Francisco Arcia Romero
Dr. Ladimiro Espinoza
Dr. Eucario Méndez Contreras
Dr. José Alberto Padrón Amaré
Dr. Jesús García Colina
Dr. César Blanco Rengel
Dr. Guillermo Colmenares Arreaza
Dr. Pedro Sanabria González
Dr. Jaime Díaz Bolaños
Dr. Jesús Mendoza Romero
Dr. Aarón Toledano

MIEMBROS HONORARIOS (cont)

Dr. Albino Rincón
Dr. Joel Gómez Magglio
Dr. Freddy Arabia
Dr. Oswaldo Guerra Sagarzasu
Dr. Jesús Romero Guarecuco
Dr. Elio T. Álvarez
Dr. Oscar Colina Cedeño
Dr. Ángel Mata Estaba
Dr. Jorge Zito-Aché
Dr. Nassim Tatá Saldivia
Dr. Rodolfo Soto Sánchez
Dr. Mario Molero.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES. REGLAS GENERALES

La REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA es el órgano de difusión científico oficial de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Publica artículos originales que han sido presentados en congresos y jornadas de la Sociedad o aquéllos que son directamente remitidos por el autor a través de una solicitud escrita dirigida a la Comisión de Publicaciones y Redacción. Para su aprobación el manuscrito es revisado y corregido por los integrantes del Comité de Publicaciones y Redacción y pasado al director de la REVISTA con las observaciones pertinentes a que hubiera lugar para su edición o devuelto al presentante o solicitante para su corrección. Una vez aprobado, el autor es notificado.

Los artículos deben ofrecer una contribución significativa en el campo de la cirugía general o de las especialidades derivadas de ella. Pueden ser sobre un tema inédito o método propio, casuísticas de una unidad, servicio, departamento o institución, Cirugía Clínica, Cirugía Experimental, Trabajo Especial de Investigación (TEI) y ciencias asociadas como: la educación quirúrgica y los aspectos socioeconómicos del cuidado quirúrgico, temas de revisión y artículos de opinión. Asimismo, se aceptan informes de casos clínico-quirúrgicos con un máximo de tres autores, debiendo estar soportados por los estudios complementarios que demuestran la naturaleza quirúrgica infrecuente o el interés para el conocimiento de la especialidad. Los reportes basados en hallazgos histopatológicos aislados sin contribución quirúrgica relevante para su solución no son candidatos para ser publicados.

La REVISTA tiene circulación nacional y se está implementando su circulación internacional. Ha sido estudiada para servir como medio de la difusión rápida de nuevas e importantes informaciones sobre la ciencia y el arte de la cirugía.

Las aseveraciones hechas en los artículos, son responsabilidad de los autores. El idioma primario de publicación será el castellano; sin embargo, artículos escritos en francés, alemán, inglés, italiano y ruso, serán considerados. En vista de que el Comité Editorial está intentando difundir la REVISTA a nivel internacional, se requiere que los manuscritos incluyan el título en inglés, así como el resumen.

Los artículos son aceptados para su publicación con el entendimiento de que su contenido esencial no ha sido ni será sometido para otra publicación. A continuación se detallan las instrucciones a los autores para que los artículos se ajusten a las

normas internacionales existentes.

Una vez publicado el artículo se convierte en propiedad de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Deben enviarse 3 copias del artículo y 3 originales de cada ilustración o figura y 1 diskette 3 1/2 y la carta compromiso, a la siguiente dirección: Comisión de Publicaciones. Revista Venezolana de Cirugía. Sociedad Venezolana de Cirugía, urbanización Los Dos Caminos, Edif. Centro Parque Boyacá, Torre Centro, piso 17, oficina 173, avenida Sucre, Caracas 1070, Venezuela. Fax: 286.84.59.

ORGANIZACIÓN DEL MANUSCRITO

Los manuscritos, incluyendo las referencias, deberán ser tipeados en una sola cara de hoja de 28 por 21,5 cm a doble espacio y con márgenes de por lo menos 2,5 cm. Las páginas serán numeradas en forma consecutiva. Deberá estar organizado en la forma como se indica a continuación:

TÍTULO. La primera página deberá contener el título del artículo, conciso pero informativo del tema tratado. Primer nombre, inicial del segundo nombre, primer apellido y en caso de que el autor quiera publicar su segundo apellido, éste deberá estar unido por un guión al primero. En esta primera página deberá aparecer el cargo o posición hospitalaria de todos los autores, grados académicos si se trata de profesores universitarios, nombre del servicio o departamento y la institución a los que se debe atribuir el trabajo. A continuación indicar la afiliación con la Sociedad Venezolana de Cirugía, así como la ciudad y el país donde el trabajo fue realizado.

Debe aparecer el nombre completo y la dirección del correo del autor adonde se enviarán las separatas en caso de ser solicitadas. Al pie de esta primera página deberán aparecer las notas de agradecimiento o de soporte financiero si los hubiere.

RESUMEN. En español e inglés. Deberá presentarse en una página separada ubicada inmediatamente después de la página del título. No deberá exceder de 250 palabras, ni tener abreviaturas. El resumen estará estructurado para lograr uniformidad y una mejor expresión condensada del contenido; debe tener los siguientes subtítulos: Objetivo (s), Método, Ambiente, Resultados, Conclusión. Al final de la página deberán listarse entre 3 y 6 palabras clave para ser usadas al indexar el artículo.

TEXTO. El texto generalmente deberá estar organizado en: una sección introductoria sin titulares que establezca los antecedentes y el propósito del reporte y enseguida titular las siguientes secciones así: "Materiales y Métodos" o "Pacientes y Métodos" si se trata de humanos, "Resultados" y "Discusión". No hay sección para conclusiones. Las palabras o frases que el autor desee enfatizar deben ir subrayadas.

El estilo debe ser consistente con las normas de la Real Academia de la Lengua Española y/o con Council of Biology Editors Style Manual (4a Edic, 1978). Esta última puede ser obtenida en *The American Institute of Biological Sciences*, 140 Wilson Blvd., Arlington, Virginia 22209. EE.UU.

Abreviaturas, nombres de fármacos, números, deberán ser estándar y las unidades deberán aparecer como lo hacen en *Style Manual for Biological Journals* (Third Edition, Washington, D.C. American Institute of Biological Sciences, 1972). También puede consultarse *Uniforms Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* preparado por el International Steering Committee de editores médicos, publicados en las siguientes revistas: *Ann Intern Med* 1997; 126:36-47. *Rev Venez Cir* 2000; 53: 204-221.

La primera vez que una abreviatura no muy común aparezca en el texto, deberá estar precedida del nombre completo al cual representa. Los nombres genéricos para drogas y químicos deberán ser usados siempre. El nombre comercial no puede ser utilizado. Los dígitos deberán ser expresados como (números) excepto cuando estén después de punto. Las unidades de medidas serán expresadas en el sistema métrico decimal y serán abreviadas cuando acompañen números.

REFERENCIAS. Las referencias deberán ser tipeadas a doble espacio, listadas y numeradas en el orden en el cual aparecen en el texto. Una vez hecha la referencia, las subsecuentes citas de la misma conservarán el número original. Todas las referencias deberán citarse en el texto o en las tablas. Datos no publicados y comunicaciones personales no son referencias aceptables, pero sí aquellas publicaciones que se encuentran en prensa. La referencia de los artículos de revista deberán conformarse al estilo usado en el *Index Medicus* y deben incluir: 1) Autores. 2) Título. 3) Nombre abreviado de la revista. 4) Año. 5) Número del volumen. 6) Número de la primera y última página, en ese orden. Ejemplo: Plaza J, Toledano A, Martín A, Grateron H. Complicaciones post-operatorias. *Rev Venez Cir* 2000; 31:81-88.

Las referencias para libros deben incluir: 1) Autores. 2) Título(s) de capítulo(s). 3) Edición. 4) Título del libro. 5) Ciudad donde fue publicado. 6) Editor. 7) Año. 8) Páginas específicas. Ejemplo: Jones M C. *Gastrointestinal Surgery*. 2a edición. Berlín, Heidelberg, Nueva York: Springer, Verlag, 1976. p.253-272.

Otras referencias, como memorias y artículos de congresos, publicaciones en general, trabajos en prensa, material electrónico pueden ser revisadas en la *Rev Venez Cir* 2000;53;204-221.

TABLAS. Cada tabla estará tipeada a doble espacio en página aparte de 21,5 por 28 cm, numerada consecutivamente con números arábigos y contener la leyenda en la parte superior. Todas las tablas deberán estar citadas en el texto.

LEYENDAS DE LAS FIGURAS. Deberán ser tipeadas a doble espacio en una página separada y numerada en forma consecutiva con números arábigos que se correspondan con las mismas.

ILUSTRACIONES. Las ilustraciones deberán estar realizadas, diseñadas y fotografiadas profesionalmente y enviadas en triplicado en colores o en blanco y negro en impresiones de excelente calidad. El arte original o los negativos no deben ser enviados. Los símbolos, letras y números deberán ser de un tamaño suficiente para ser fácilmente reconocibles cuando la figura sea reducida a tamaño de publicación. Cada figura deberá tener una etiqueta pegada en la parte posterior indicando el número, el nombre de los autores y una flecha que indique la orientación de la misma. Las fotografías de pacientes en las cuales los sujetos puedan ser identificados deberán estar acompañadas de un permiso escrito para ser publicadas.

PERMISOS. Materiales tomados de otras publicaciones deberán estar acompañados de un permiso escrito tanto del autor como del editor, dándoles de ese modo el visto bueno a la REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA para su reproducción.

SISTEMA OPERATIVO. Los manuscritos serán examinados por el Comité Editorial y los autores serán notificados de la aceptación tan pronto como sean revisados.

SEPARATAS. Las separatas deben ser encargadas por los autores en el momento en que reciban la notificación de que el artículo fue aceptado. La lista de precios estará disponible en la

EDITORIAL

MÚSICA Y MEDICINA

El hombre se ha acompañado de la música a través del tiempo. Desde los primeros momentos ha recurrido a ella en muchos aspectos de la vida, la ha utilizado en el culto religioso, para demostrar sus sentimientos, en el descanso, en sus horas de esparcimiento y diversión, en su educación, en el trabajo, y de esta forma se ha ido creando en nuestro medio rural los cantos de ordeño, de las lavanderas y de las siembras, etc., pero la vida se ha hecho más técnica, más activa, menos rural, más industrial; han aparecido enfermedades laborales y la música también ha sido incorporada a estas nuevas manifestaciones, se ha usado en la industria, en la medicina, y en la educación; en esta última se ha utilizado para formar ejecutantes (violinistas, pianistas, cantantes, etc.).

En la industria se ha utilizado la música como manipulador de grandes masas para mejorar el rendimiento y producción de la empresa; pero se necesitan ciertos requerimientos como son que el trabajo sea monótono, no sea intelectual, ni difícil, que en la fábrica no haya ruidos desagradables de alta intensidad, ya que en este caso sería preferible instrumental para evitar la distracción del trabajo que se considera la razón primordial y no debe ser administrada en grandes dosis.

En relación a la medicina que sería lo fundamental de este artículo, hoy en día se ha utilizado y ha surgido la musicoterapia y por ende el musicoterapeuta.

¿Qué es la musicoterapia? ¿Qué es el musicoterapeuta? ¿En qué se basa y para qué sirve?

Musicoterapia es tratamiento a base de música. Musicoterapeuta, es la persona que se encarga de aplicar la música para obtener efectos beneficiosos en un paciente.

La musicoterapia es una ciencia modificadora de la conducta y no un arte musical, porque su fin no es el aprendizaje del arte en sí, o de la ejecución del instrumento, sino busca un cambio en la conducta. La musicoterapia trabaja con la conducta musical del hombre (danza, canto).

La música entretiene, divierte, tranquiliza y por tanto es aceptada en buen grado y manera que se puede ayudar a rehabilitar o tratar un niño, un adolescente, o un adulto con el uso apropiado de la música, y por esto esta técnica se utiliza en las escuelas para niños especiales.

La musicoterapia se ha utilizado también en los trastornos de lenguaje a través de la música cantada en forma sencilla, obteniendo buenos resultados; en los problemas de coordinación motora, por medio de la danza (enseñanza rítmica), incluso a través de la enseñanza musical como tal, se han logrado erradicar conductas delictivas en adolescentes y adultos; la música disminuye la timidez, favorece la concentración, la atención, la memoria, la valorización del propio yo y la autoseguridad.

Podría concluirse que esta compañera de siempre, la música es parte del todo natural, que como el agua, da salud porque es ante todo expresión de la vida.

Leopoldo Moreno Brandt

Vicepresidente SVC.

Individuo de Número Sociedad Venezolana de la Historia de la Medicina Sillón N° XXXVI

APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A 2 PUERTOS (15-5 MM) UTILIZANDO UN DISPOSITIVO PUERTO EN GUANTE SIMPLIFICADO

JOSÉ LUIS ANDRADE (1)
ROSA BARRETO (2)
VANESSA GOYO (2)
ANDREA DÍAZ (1)
JAIME LORENZO (2)

RESUMEN

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en apendicectomías laparoscópicas a 2 puertos (15-5mm), utilizando un dispositivo elaborado con material de quirófano: puerto en guante simplificado, en el servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Leopoldo Manrique Terrero.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional. Fueron intervenidos 15 pacientes con la técnica de apendicectomía laparoscópica a 2 puertos (15-5 mm), utilizando un dispositivo puerto en guante simplificado entre septiembre del 2012 y abril del 2013. Se analizó edad, sexo, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, complicaciones, conversión a otra técnica, y los efectos estéticos.

Resultados: Predominó el sexo masculino (73%), la edad promedio fue 29 años, el tiempo quirúrgico promedio fue de 46 min, el tiempo de hospitalización fue de 24 horas, no hubo conversión a otra técnica, no hubo complicaciones, los resultados estéticos fueron valorados en escala subjetiva como muy bueno.

Conclusión: La técnica de apendicectomía laparoscópica a 2 puertos constituye una alternativa quirúrgica segura y confiable, perfectamente reproducible en nuestro medio, además de tener similar costo que la laparoscopia tradicional, aportando beneficios adicionales estéticos y sin utilizar instrumental especial.

Palabras clave

Apendicectomía 2 puertos, puerto en guante simplificado

LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY WITH 2 PORTS (15-5 MM) USING A SIMPLIFIED GLOVE AS A DEVICE PORT

ABSTRACT

Objective: To present our experience in two ports laparoscopic appendectomies (15-5 mm), using a device elaborated totally with operating room supplies: simplified glove port. Study performed at General Surgery Service of Hospital Dr. Leopoldo Manrique Terrero, Caracas.

Methods: This is a prospective, observational study. Fifteen patients were operated by two ports laparoscopic appendectomy technique (15-5 mm), using a simplified glove port, between September, 2012 and April, 2013. It was analyzed age, gender, operative time, hospital stay, complications, conversion to other technics and aesthetic purposes.

Results: Males were predominated in 73%, the average age was 29 years, surgical time average was 46 min. Hospital stay was 24 hours, without intraoperative complications. The aesthetic results were assessed in very good as subjective scale.

Conclusion: The technique two-port laparoscopic appendectomy is a safe and reliable alternative surgical, perfectly reproducible in addition to our average cost similar to traditional laparoscopic, providing additional aesthetic benefits without using instrumental special.

Key words

Appendectomy two port, glove port simplified

1 Servicio de Cirugía General Hospital Leopoldo Manrique Terrero. Caracas, Venezuela
2 Servicio de Cirugía General Hospital Ricardo Baquero González. Caracas, Venezuela

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica abdominal más común en nuestro medio. La apendicetomía laparoscópica se está convirtiendo en los últimos años, en un procedimiento cada vez más extendido en los departamentos de urgencias de nuestros hospitales¹, ya que ha demostrado ser un procedimiento sencillo y seguro, como alternativa a la apendicetomía abierta, en un gran número de pacientes. Desde que Semm describió la primera apendicetomía laparoscópica en el año 1983, esta técnica ha evolucionado y ha sido motivo de diferentes modificaciones².

En el transcurso de los años se han descrito numerosos procedimientos laparoscópicos que utilizan una o varias puertas de entrada. El disminuir estos orificios abdominales proporciona un número de ventajas entre las que se encontrarán: las estéticas, menor estancia hospitalaria, menor riesgo de lesión de los vasos de la musculatura abdominal, menor dolor postoperatorio o la capacidad de convertir el procedimiento a laparoscopia convencional si fuera necesario³. También se han descrito diferentes métodos para poder colocar los trócares, como realizar diferentes incisiones en la aponeurosis muscular con una única incisión cutánea o la introducción de dispositivos umbilicales comerciales pero que representan un alto costo y poco disponibles en nuestro medio⁴. Siguiendo estas tendencias, hemos establecido una nueva técnica a 2 puertos que combina instrumental convencional con un dispositivo puerto en guante simplificado, por lo que en este trabajo tenemos como objetivo mostrar los resultados de nuestra experiencia, evaluando su seguridad y sencillez.

MÉTODOS

Es una investigación prospectiva, observacional, donde la muestra estuvo conformada por 15 pacientes que acudieron a la emergencia del Hospital de Coche Dr. Leopoldo Manrique Terrero, con diagnóstico de apendicitis aguda, entre septiembre de 2012 y abril de 2013. Fueron intervenidos con la técnica de apendicetomía laparoscópica a 2 puertos (15-5mm), utilizando un dispositivo puerto en guante simplificado. Se analizó edad, sexo, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, complicaciones, conversión a otra técnica y los efectos estéticos.

El diagnóstico de apendicitis aguda se basó en la historia y el examen clínico del paciente, que asoció las exploraciones complementarias (exámenes sanguíneos) en todos los pacientes.

Técnica quirúrgica

Todos los procedimientos se realizaron bajo anestesia general y con intubación orotraqueal; además, se administró antibiótico profiláctico.

Se realizó un abordaje umbilical, por técnica abierta, con apertura vertical de la piel y de la fascia de 15 mm de longitud aproximadamente, hasta abordar la cavidad abdominal.

Para realizar el dispositivo intraumbilical necesitamos:



Figura 1. Confección del anillo con una sonda de Salem N° 16

Un anillo flexible con un diámetro entre 4 a 5 cm, fabricado con una sonda nasogástrica (Salem o Levin) número 16, el cual es introducido dentro del abdomen cubierto por el guante (Figura 1).



Figura 2. Elaboración del anillo externo, con un tubo endotraqueal

Un anillo semirígido con un diámetro mas grande (10 a 12 cm), elaborado con un tubo endotraqueal de cualquier número, o una goma de succión, el cual va colocado fuera del abdomen (Figura 2).

- Un par de guantes quirúrgicos estériles.
- 1 trocar laparoscópico convencional de 5 mm.
- Preparación del puerto en guante simplificado:
- Los dedos de uno de los guantes se cortan en 3 o 4 pequeñas bandas para formar ligas que posteriormente fijaran los trócares al dispositivo.

Por la abertura del otro guante se pasa el anillo flexible y se cubre revertiendo el guante alrededor de éste hasta la mitad del guante, formando una doble capa de guante con el anillo flexible adentro (Figura 3).



Figura 3. Guante utilizado para cubrir el anillo flexible

Se introduce el anillo flexible dentro del guante a la cavidad abdominal, asistido por un retractor tipo Farabeuf. La abertura del guante que queda hacia el exterior se expande para introducir el anillo semiflexible (Figura 4).

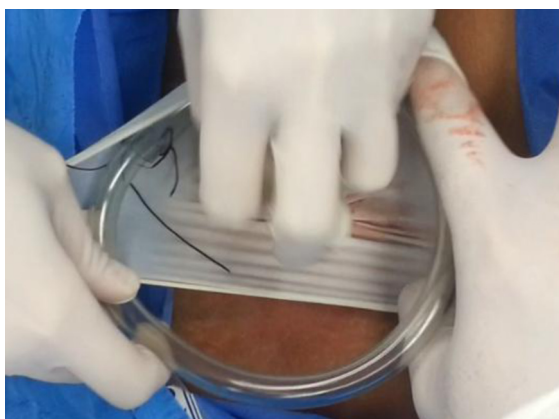


Figura 4. Una vez introducido el anillo flexible, se coloca el anillo semiflexible

En el extremo libre de uno de los dedos del guante se realiza un pequeño corte para introducir el trocar de 5mm, fijándose con las ligas elaboradas anteriormente. Se insufla CO_2 formando el neumoperitoneo. Luego se introduce la óptica directamente a través de otro de los dedos del guante (Figura 5).

Posteriormente se retira el trocar del guante y se introduce en el área suprapúbica bajo visión directa, y por éste se coloca el disector convencional. Por la abertura que queda en el guante se pasa una pinza grasper y se comienza la disección del apéndice cecal; luego se cambia el disector por una pinza gancho para coagular el meso apendicular a 1 cm distal al ciego, con toques cortos y rápidos, haciendo tracción suave hacia arriba; después de realizada la electrocoagulación del meso apendicular se procede a realizar una doble ligadura proximal y una ligadura distal de la base apendicular con vicryl 0 con un punto extracorpóreo tipo Roeder. A través del trocar suprapúbico se introduce la tijera recta con la cual se cortan los hilos de los nudos y se secciona la apéndice; a continuación se verifica la hemostasia y

si es necesario se realiza un lavado con solución fisiológica; se retira la óptica, extrayendo la pinza grasper con la pieza quirúrgica hasta que ésta entre completamente en el guante. Y por último se abre el guante para extraer la pieza quirúrgica o se retira junto al dispositivo completo; finalmente se retira también el trocar suprapúbico.

La aponeurosis umbilical es cerrada con vicryl 0 y la piel con nylon 3-0.



Figura 5. Resultado final con los dos puertos

RESULTADOS

Predominó el sexo masculino en un 73%, la edad promedio fue de 29 años, el tiempo quirúrgico fue de 46 min, el tiempo de hospitalización fue de 24 horas, no hubo conversión a otra técnica, no hubo complicaciones, los resultados estéticos fueron valorados en escala subjetiva como muy buenos.

DISCUSIÓN

Nuevos conceptos en la cirugía no siempre son aceptados fácilmente y suelen chocar con una resistencia inicial. Un gran ejemplo de esto ha sido la cirugía laparoscópica, siendo ahora una herramienta indispensable para el tratamiento de múltiples patologías. Desde entonces se han hecho intentos para reducir el número de puertos y mejorar la estética³. Sin embargo, no todos los beneficios del uso de este tipo de procedimientos son cosméticos; se han propuesto ciertas ventajas como la eliminación del riesgo de lesiones de vejiga y de los vasos abdominales, y algunas otras más controvertidas como la disminución del dolor postoperatorio debido a que se presenta traumatismo mínimo de los músculos, aunque algunos autores consideran que, al realizar incisiones en la fascia umbilical más grandes, se va a presentar mayor dolor⁵. El uso de la cirugía laparoscópica a 2 puertos para el manejo terapéutico de la apendicitis es una evolución de la cirugía mínimamente invasiva, considerándose como una transición hacia procedimientos LESS o "cirugía sin cicatrices"; con la ventaja de una mejor triangulación y disminu-

ye las colisiones entre la óptica y los instrumentos. Por otra parte, utilizamos un dispositivo intraumbilical de fabricación con materiales completamente intrahospitalario siendo de muy bajo costo y fácil elaboración, debido a que el uso de dispositivos comerciales para puerto único (Gelport®, TriPort®, R-Port®, SILS Port®, etc.) son muy costosos y en especial en nuestro medio, además es reutilizable y de uso simple, haciéndolo mas rentable y de mejor utilidad y disponibilidad que la otra forma artesanal del puerto en guante donde se utiliza el retractor de Alexis, o un anillo de metal con otro de material sintético extrahospitalario. Además, el guante actúa como un protector de heridas y evita el contacto de la pieza quirúrgica con el orificio de entrada, minimizando el riesgo de contaminación del sitio del puerto mientras se extrae de la cavidad abdominal; de esta manera se evita el uso de la endo bag. Igualmente, el ahorro del tiempo que normalmente se utilizaría para introducir la endo bag a la cavidad abdominal e introducir la pieza quirúrgica dentro de éste. Así mismo, nuestro dispositivo facilita los movimientos entre los puertos de trabajo umbilicales por la flexibilidad del guante y que no se utilizan trócares por este orificio.

Utilizamos el equipo y las pinzas de laparoscopia convencional. Una variedad de instrumentos (2.5-3 mm) se puede utilizar para facilitar el procedimiento. El tiempo quirúrgico disminuyó con la curva de aprendizaje.

Observamos en el postoperatorio que ninguno de los pacientes requirió más o mayores dosis de analgesia de la que usualmente utilizamos en laparoscopia convencional aunque, por las características del estudio, no lo podemos concluir.

Consideramos que la apendicetomía laparoscópica a 2 puertos utilizando nuestro dispositivo artesanal, es fácilmente reproducible y de bajo costo por lo que ofrecemos su uso como alternativa a la técnica usada de forma convencional e incluso a la realizada por única incisión. Esta técnica constituye una alternativa quirúrgica segura y confiable, perfectamente reproducible en nuestro medio, además de igual costo que la laparoscopia tradicional aportando beneficios adicionales estéticos sin utilizar instrumental especial.

REFERENCIAS

1. Hansson Le, Et Al. Impact of time in the development of acute appendicitis. *Dig Surg* 2008; 25:394-399
2. Semm K. Endoscopic appendectomy. *Endoscopy* 1993; 15:59-64
3. Vipul D. et al. A retrospective study of two-port appendectomy and its comparison with open appendectomy and three-port appendectomy. *Saudi J Gastroenterol* Oct 2010; 16(4): 268-271.
4. Olijnyk, J. et al. Two-port laparoscopic appendectomy as transition to laparoendoscopic single site surgery. *J Minimal Access Surg* 2014. Volume 10. Issue 1. Rio Grande, Brazil
5. Rodríguez O, Pedrón C, Sánchez A, Pena R, Rosciano J. Apendicetomía laparoscópica mediante abordaje por una sola incisión. Modelo de entrenamiento para la adquisición de habilidades. *Rev Venez Cir* 2012; 65:1-5

CARCINOMA OCULTO DE LA MAMA. EXPERIENCIA EN EL CENTRO CLÍNICO DE ESTEREOTAXIA – CECLINES

VÍCTOR ACOSTA-MARÍN (1)
VÍCTOR ACOSTA F. (1)
MARÍA TERESA COUTINHO (2)
ALBERTO CONTRERAS (1)
RICARDO RAVELO (1)
CARMEN ELENA MARÍN (3)
ANA KARINA RAMÍREZ (3)
MARTHELENA ACOSTA-MARÍN (3)
JORGE PÉREZ (4)
ITALA LONGOBARDI (4)
OSCAR MARTÍNEZ (4)
URMILA DOS RAMOS (3)

RESUMEN

A pesar de los avances científicos y las numerosas reuniones de expertos en todo el mundo y quizás por su presentación poco frecuente, aún existen dudas en el manejo de los pacientes con carcinoma oculto de la mama (COM). Algunos autores señalan que su comportamiento es similar a los carcinomas estadio II/III.

Métodos: Retrospectivamente estudiamos en la base de datos del Centro Clínico de Estereotaxia CECLINES en Caracas, 841 pacientes, de las cuales el grupo de COM representa el 0.71% (6/841) y pacientes con St II el 16.52% (139/841).

Resultados: Para COM el seguimiento promedio fue de 4.33 años (0.08 a 10.25, DS 4.04). En el estudio definitivo de la disección axilar las pacientes COM presentaron promedio de 2.17 ganglios (1-6 + 0.83) positivos y el grupo ST II un promedio de 2.72 ganglios (0-9 + 0.26) ($p > 0.05$). La tasa de recaída para COM fue de 16.7% (1/6) y para ST II fue 15.1% (21/139) ($p = 0.089$). La sobrevida a los 5 años, para COM fue 83.2% y para ST II 80.4% ($p = 0.630$).

Conclusión: La sobrevida de pacientes con COM es discretamente mejor que la de STII. El esquema propuesto parece ser factible en el manejo de pacientes con COM, ya que ha arrojado cifras de recaídas y sobrevida similar a lo reportado a nivel internacional.

Palabras clave: cáncer, mama, oculto.

OCCULT BREAST CANCER. EXPERIENCE IN CENTRO CLINICO DE ESTEREOTAXIA – CECLINES

ABSTRACT

Despite scientific advances and the numerous meetings of experts around the world and perhaps it's rare presentation, there are still doubts in the management of patients with occult breast carcinoma (OBC). Some authors suggest that it's behavior is similar to those breast cancer stage (ST) II/III.

Methods: Retrospectively we studied in the database of Centro Clínico de Estereotaxia CECLINES at Caracas, 841 patients, in which OBC represents 0.71% (6/841) and ST II breast cancer 16.52% (139/841). Results: For OBC the median follow up was 4.33 years (0.08-10.25, SD 4.04). In the definitive study of the axillary dissection of OBC there was a median of 2.17 (1-6 + 0.83) positive nodes and for the grup ST II a median of 2.72 (0-9 + 0.26) positive nodes ($p > 0.05$). The recurrence rate for OBC was 16.7% (1/6) and for St II 15.1% (21/139) ($p = 0.089$). The 5y survival for OBC was 83.2% y and for ST II 80.4% ($p = 0.630$).

Conclusion: The 5y survival for OBC patients was quietly better than that of ST II. The algorithm proposed seems to be feasible for the management of patients with OBC because it has produce results such as recurrence and survival similar as those reported internationally.

Key words: breast cancer, occult carcinoma.

- 1 Servicio de Cirugía de la Mama, CECLINES.
- 2 Servicio de Oncología Médica, CECLINES.
- 3 Servicio de Patología Mamaria, CECLINES.
- 4 Servicio de Imagenología Mamaria, CECLINES.

Centro Clínico de Estereotaxia - CECLINES.
Av. Libertador, Edif. Siclar, PB, La Florida. Caracas-Venezuela.

El cáncer oculto primario desconocido es una neoplasia maligna sin evidencia de su origen o manifestación de síntomas en este órgano, que generalmente se expresa como metástasis o fenómenos paraneoplásicos y usualmente con mal pronóstico¹. Smith definió el carcinoma oculto de la mama (COM) en 1971 como un carcinoma de la mama en el cual las metástasis son clínicamente evidentes antes que el tumor primario de la mama sea detectable². La historia natural de esta rara presentación fue primero descrita en 1907 por Halsted, en donde reporta dos pacientes con compromiso extenso de la axila sin tumor primario detectable en la mama. En ambos casos los "tumores axilares" fueron extirpados pero su manifestación en la mama fue evidente a los pocos meses³. En este caso el método utilizado para el diagnóstico de los tumores de la mama era tan solo la observación y la palpación. De allí que posterior a la introducción de la mamografía como método de elección para el diagnóstico de las neoplasias de la mama, la definición de carcinoma oculto de la mama cambió un poco⁴. Aun a pesar del advenimiento de esta modalidad imagenológica, al revisar la literatura vemos que la incidencia de esta entidad no ha variado mucho entre la era pre-mamografía (0.30-1%) y la mamográfica propiamente dicha (0.34%-0.88%)^{4, 5, 6}.

La introducción de otras modalidades imagenológicas como la tomografía, tomografía por emisión de positrones y la cintigrafía, han sido usadas para encontrar el lugar de origen del COM, pero ninguna de estas técnicas son utilizadas de forma rutinaria y la evidencia para su uso formal en COM es insuficiente⁷. En la actualidad, la imagen por resonancia magnética (IRM) es frecuentemente utilizada para asistir en la detección del lugar de origen cuando la mamografía (Mx) y el ultrasonido (US) fallan en dicha detección^{8,9}.

A pesar de los avances científicos y las numerosas reuniones de expertos en todo el mundo y quizás por su presentación poco frecuente, aún existen dudas en lo que respecta al manejo de la axila, la necesidad de tratamiento quirúrgico o irradiación de la mama donde se presume puede estar el primario, y el impacto de la terapia neoadyuvante (quimioterapia primaria-QtP) y adyuvante sistémica (quimioterapia-QtA, radioterapia-Rt y hormonoterapia-HtA)^{9,10,11}. Aunque algunos autores señalan que su comportamiento es similar a los carcinomas estadio II/III, es poca la evidencia que relaciona el pronóstico de las pacientes con COM con aquellas con axila positiva y primario conocido^{10,12}.

Pretendemos con esta serie exponer nuestra experiencia y esquema de trabajo en pacientes con COM, así como la sobrevida en comparación al estadio II con axila positiva y primario diagnosticado.

MÉTODOS

En el Centro Clínico de Estereotaxia (CECLINES), a toda

paciente que acude con una lesión axilar como manifestación inicial se le realiza Mx y/o US (según sea el caso). Posteriormente se procede a realizar una biopsia percutánea para la evaluación histopatológica de dicha lesión y de ser necesario, la realización de inmunorreacciones. Si el diagnóstico anatómopatológico demuestra la presencia de carcinoma metastásico de mama y no se evidencia alguna imagen sospechosa, se procede a la realización de IRM. Si aun así no evidenciamos la presencia de alguna lesión mamaria, indicamos iniciar QtP. Al culminar el tratamiento neoadyuvante se realiza disección axilar (DA) de los niveles I y II y Rt de la mama ipsilateral. Aquellas pacientes cuya lesión tiene receptores hormonales positivos inician HtA al culminar la Rt. (Figura 1).

Algoritmo para Carcinoma Oculto de la Mama (COM)



Figura 1

Retrospectivamente estudiamos en la base de datos de CECLINES 841 pacientes desde 1996 hasta el 2011, de las cuales el grupo de COM representa el 0.71% (6/841) y pacientes con St II el 16.52% (139/841). Se excluyeron 706 por ser otro estadio, pertenecer a un tipo histológico distinto de carcinoma ductal infiltrante (CDI) o no contar con suficiente información. Se analizaron variables histopatológicas como estado definitivo de la axila e inmunorreactividad (receptores de estrógenos-RE,

receptores de progesterona-RP, C-erb-2, Ki-67). Desde el punto de vista clínico se evaluó tipo de tratamiento neoadyuvante (quimioterapia-QtP) o adyuvante (quimioterapia-QtA, radioterapia-Rt, hormonoterapia-HtA), recaída y estado actual.

Se calculó la media y la desviación estándar de las variables continuas; en el caso de las variables nominales se calculó sus frecuencias y porcentajes.

Los contrastes de las variables nominales-nominales se realizó usando la prueba chi-cuadrado de Pearson; en el caso de las variables nominales-continuas, se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Se estimaron las curvas de supervivencia mediante el procedimiento no paramétrico de Kaplan-Meier; los contrastes de las funciones de supervivencias según grupos se realizaron mediante la prueba de Breslow.

Se consideró un valor significativo de contraste si $p < 0,05$. Los datos se analizaron con SPSS 18.0

RESULTADOS

La incidencia de COM estuvo representada por el 0.71% (6/841).

Para COM el seguimiento promedio fue de 4.33 años (0.08 a 10.25, DS 4.04). La edad promedio de presentación para COM fue 46 años (29 a 61, DS 12.6) y para ST II 54.5 años (29 a 91, DS 13.4) ($p=0.356$).

En las inmunoreacciones vemos que los RE positivos fueron para COM 66.7% y para ST II 75.6% ($p=0.880$) y para RP positivos 66.7% y 65.6% ($p=0.947$), respectivamente. Cerb2 positivo para COM 66.7% y para ST II 43.3% ($p=0.511$). (Tabla 1)

Tabla 1. Relación de los marcadores y los grupos.					
Marcadores	Oculto		Estadio II		p
	n	%	n	%	
Receptores estrogénicos					0,88
Positivos	4	66,7	93	75,6	
Negativos	2	33,3	30	24,4	
Receptores de progesterona					0,947
Positivos	4	66,7	80	65,6	
Negativos	2	33,3	42	34,4	
C-erb-2					0,511
Positivos	4	66,7	52	43,3	
Negativos	2	33,3	68	56,7	
Ki-67					0,795
Bajo	0	0	21	25	
Moderado	1	33,3	15	17,9	
Alto	2	66,7	30	35,7	
Negativo	0	0	18	21,4	

En las pacientes con COM un promedio de 14.83 ganglios ($8-26 + 3.20$) fueron estudiados en las disecciones axilares, de las cuales un promedio de 2.17 ganglios ($1-6 + 0.83$) fueron positivos en el estudio histopatológico definitivo. Para las pacientes en ST II el promedio de ganglios estudiados fue 13.10 ($0-24 + 0.54$), de los cuales un promedio de 2.72 gánglios ($0-9 + 0.26$) fueron positivos en el estudio histopatológico definitivo ($p > 0.05$). (Gráfico 1)

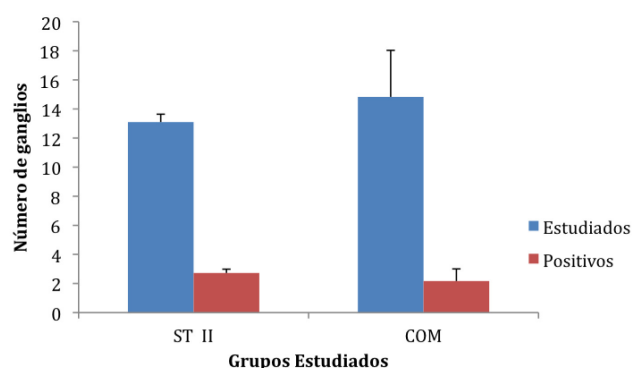


Gráfico 1 Número de ganglios estudiados y positivos en ST II y COM

Con respecto a QtP, el grupo de COM estuvo representado por el 83.3% (5/6) y el ST II por el 35.3% (49/139) ($p=0.05$). Para la QtA el grupo de COM fue el 50% (3/6) y para ST II el 41.7% (58/139) ($p=0.463$). Para la Rt el grupo de COM fue 83.3% (5/6) y el ST II 66.9% (93/139) ($p=0.067$). Para HtA el grupo de COM fue 66.7% (4/6) y el ST II 71.9% (100/139) ($p=0.940$) (Tabla 2)

Tabla 2. Relación del tratamiento y el grupo.					
Tratamientos	Oculto		Estadio II		p
	N	%	n	%	
Qt primaria					0,236
Si	5	83,3	49	35,3	
No	1	16,7	90	64,7	
Qt adyuvante					0,463
Si	3	50	58	41,7	
No	3	50	81	58,3	
Rt adyuvante					0,067
Si	5	83,3	93	66,9	
No	1	16,7	46	33,1	
Ht adyuvante					0,94
Si	4	66,7	100	71,9	
No	2	33,3	39	28,1	

La tasa de recaída para COM fue de 16.7% (1/6) y para ST II fue 15.1% (21/139) ($p=0.089$). (Tabla 3)

Tabla 3. Relación de la recaída y el grupo.				
	Oculto		Estadio II	
Recaída	n	%	n	%
Si	1	16,7	21	15,1
No	5	83,3	118	84,9
Total	6	100	139	100
p = 0,089				

La sobrevida a los 5 años, para COM fue 83.2% y para ST II 80.4% ($p=0.630$). (Gráfico 2)

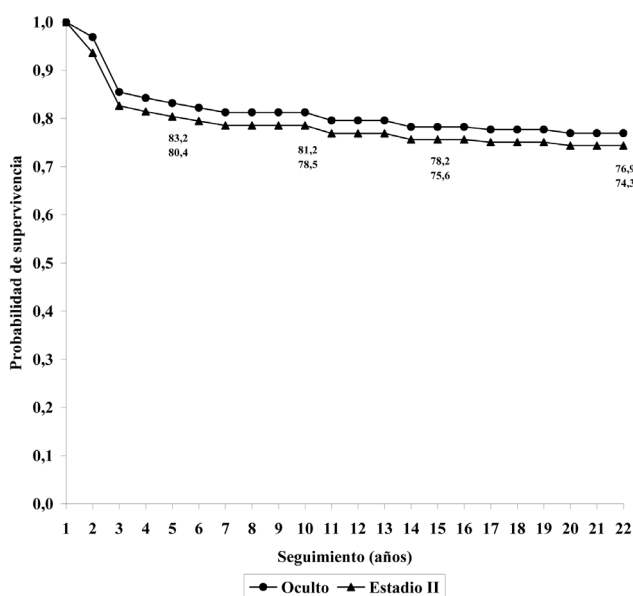


Gráfico 2 Curva de KM del estadio II y oculto. ($p = 0,630$).

DISCUSIÓN

El cáncer oculto primario desconocido es una neoplasia maligna sin evidencia de su origen o manifestación de síntomas en este órgano, que generalmente se expresa como metástasis o fenómenos paraneoplásicos y usualmente con mal pronóstico¹. El algoritmo a seguir para llegar a un posible origen depende en gran medida de los distintos grupos de trabajo y a pesar de lo ampliamente estudiado aún tema de debate en las más recientes reuniones de expertos.

Con el avance de la tecnología se podría suponer que esta entidad debería haber desaparecido casi por completo, pero aún llegan pacientes con esta patología a nuestra consulta. Un punto en la historia de la mastología crucial para esta entidad fue la aparición de la mamografía. Aun a pesar del advenimiento de

esta modalidad imagenológica al revisar la literatura vemos que la incidencia de esta entidad no ha variado mucho entre la era premamografía (0.30-1%) y la mamográfica propiamente dicha (0.34%-0.88%)^{4, 5, 6}.

La incidencia de COM en nuestro centro es de 0.71% (6/841), lo cual se corresponde con lo reportado en la literatura (10). La edad promedio de presentación para nuestra serie es de 46 años (29-61, DS 12.6).

Algo importante de señalar y tener en cuenta al empezar el esquema de trabajo en una paciente en la que sospechamos un COM, es que una posible fuente u origen del carcinoma puede ser la cola de la mama, lo cual puede dilucidarse generalmente con las modalidades estándar para el estudio de la mama. Otro sitio a tener en cuenta es una mama axilar o tejido mamario ectópico axilar¹². Este último es de difícil demostración ya que usualmente el crecimiento del tumor oblitera el tejido glandular en un estado temprano de la enfermedad¹³.

Especial énfasis se debe hacer, al tratar este tema, en la calidad de las imágenes para estudiar la mama. Series sistemáticas de investigaciones en COM han reportado presencia de carcinomas infiltrantes (72%) y CDIS (5.8%) al estudio definitivo de la pieza de mastectomía¹⁰. Hallazgos como este ponen en tela de juicio la calidad de la imagen para el estudio de estas pacientes o el conocimiento y la pericia de quienes las interpretan. Claro está que hay lesiones cuya representación se dificulta en las modalidades imagenológicas estándares y es especialmente en este punto donde cobra importancia la discusión multidisciplinaria, el empleo de modalidades imagenológicas complementarias a la Mx y al US y la formación mastológica de los integrantes del equipo.

Publicaciones previas y ampliamente conocidas indican que el uso exhaustivo de medidas no estándar (TAC, PET, gammagrafía ósea, entre otros) usualmente no revelan información adicional, por lo que no deben ser realizadas, a menos que haya algún síntoma sugestivo¹⁵. Claro está que si todas esas medidas adicionales son negativas más aun la orientación sugiere un origen mamario^{6,15}. Ninguno de los exámenes complementarios arrojó información pertinente que cambiara la conducta en nuestra serie.

La IRM ha demostrado en varios estudios el apoyo que brinda para el manejo de este tipo de pacientes y que a pesar de su cuestionada especificidad tiene una alta sensibilidad. Por su parte Pentheroudakis y col reportaron el diagnóstico de un primario asistido por IRM en un 59% de los casos¹⁰. Más aun, en aquellas pacientes con lesiones ocultas a la mamografía, autores como De Breeser y col, al usar las IRM, reportaron la realización de cirugía preservadora en un tercio de las mismas¹⁶. En ninguna de nuestras pacientes con diagnóstico de COM la IRM demostró lesión mamaria.

El análisis intraoperatorio de la lesión axilar por corte congelado antes de la disección axilar podría diagnosticar melano-

mas, linfoma o alguna enfermedad inflamatoria, aunque en series como la de Galimberti y col no se encontraron casos positivos para ninguna de éstas lesiones⁶. Como ya mencionamos en nuestro esquema de trabajo, nos valemos de la biopsia percutánea para la planificación terapéutica.

En CECLINES tenemos como uno de los criterios para QtP la positividad de la axila. Teniendo en cuenta que las pacientes con COM representan pacientes con enfermedad en la axila el 83.3% recibió QtP. Dada la expresión de receptores hormonales para las pacientes COM (RE positivos 66.7% y RP positivos 66.7%), el 66.7% recibió HtA. Cerb2 positivo para COM fue 66.7%.

El tratamiento de la mama ipsilateral es debatido de forma universal, reportando desde mastectomías totales, radicales, biopsias radioquirúrgicas de lesiones sospechosas y radioterapia¹⁰. Otros autores prefieren observación. Según nuestro protocolo estas pacientes reciben RtA a la mama ipsilateral, 83.3% (5/6).

Hay un grupo de pacientes con el que hay que tener especial cuidado. Puede presentarse el caso de pacientes que acudan con una lesión axilar donde sospechemos un COM pero donde el resultado del estudio histopatológico no ayude, es decir, donde el patrón histológico (p.e: indiferenciado) o inmunohistoquímico (p.e: triple negativo) no ayuda al anatomopatólogo a diagnosticar el origen del tumor. En estos casos es necesario estudiar una batería de inmunohistoquímica un poco más extensa para excluir ciertas entidades: HMB 45, S-100 para melanoma, Cds 20, Cds 3 y 45RO para linfoma, CD68 para enfermedades inflamatorias, TTF-1 para cáncer de pulmón y citoqueratinas de bajo peso molecular como CK7 (pulmón, ovario, endometrio y mama) y CK20 (gastrointestinal, urotelial y carcinoma de células de Merckel)^{6,9}.

Feinberg y col reportaron una tasa de recurrencia del 50% cuando la axila en pacientes con COM era tratada solo con Rt, por lo que recomendó disección axilar como componente esencial en el tratamiento primario de estos pacientes¹⁷. El método u opción de tratamiento de la axila en los pacientes con COM en la gran mayoría de los casos requiere una disección axilar, aunque vemos en la revisión sistemática de Pentheroudakis y col, como el 8% optó por una conducta distinta¹⁰. En nuestro centro se realiza rutinariamente como tratamiento axilar, disección de los niveles I y II. El número de ganglios comprometidos se mantiene como el determinante más importante de sobrevida a pesar del modo de presentación y el tratamiento quirúrgico¹⁸. En las pacientes con COM un promedio de 14.83 ganglios fueron estudiados en las disecciones axilares, de las cuales un promedio de 2.17 ganglios fueron positivos en el estudio histopatológico definitivo. Si observamos el grupo STII vemos que es similar a COM con un promedio de 13.10 ganglios estudiados y un promedio de 2.72 ganglios positivos. Este hallazgo es importante en términos de pronóstico, ya que vemos que nuestras pacientes con COM a los 5 años presentan una sobrevida de 83.2%, aun-

que la diferencia entre ambos grupos no haya sido estadísticamente significativa en esta variable. Esta falta de diferencia estadística en los ganglios estudiados y positivos entre ambos grupos podría suponer que en el grupo de COM una respuesta inmunológica suficientemente efectiva ha mantenido controlado el crecimiento del tumor en la mama, mientras un clon más agresivo se ha desarrollado en la axila^{6,9}.

Series clásicas han señalado una mejor sobrevida para los COM cuando se comparan con casos de estadios similares, mientras otros reportan un peor pronóstico^{20,10}. En nuestra serie cuando comparamos la sobrevida a los 5 años para COM (83.2%) con estadio STII (80.4%), vemos que la del primero es ligeramente mejor.

En mayo del 2010 presentamos en la VI Conferencia de Mastología-CECLINES (Caracas, Venezuela) los resultados preliminares de este trabajo. Para ese momento contábamos con 0% de recaídas. Para el momento de esta revisión, con un promedio de seguimiento de 51.96 meses tenemos una tasa de recaída de 16.7%, lo que se corresponde con lo reportado en la literatura.

Hasta este momento ninguna paciente de nuestro estudio con diagnóstico de COM ha fallecido.

La sobrevida de pacientes con COM es discretamente mejor que la de STII, aunque sin diferencia estadísticamente significativa. El esquema propuesto parece ser factible en el manejo de pacientes con COM.

Si bien es verdad que el número de casos de nuestra serie es pequeño, también es verdad que son pocas las series publicadas con un gran número de pacientes. La intención de este trabajo es exponer nuestra experiencia en el manejo de pacientes con diagnóstico de COM y proponer un algoritmo de trabajo que ha arrojado cifras de recaídas y sobrevida similar a lo reportado a nivel internacional. Claro está que dado el reducido número de pacientes, no pretendemos sugerir este esquema de trabajo como lineamiento, pero sí como una opción para ser tomada en cuenta al momento de desarrollar protocolos de investigación en equipos dedicados al estudio y tratamiento de la patología mamaria.

REFERENCIAS

1. McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine. © 2002 by The McGraw-Hill Companies, Inc. disponible en: <http://medicaldictionary.thefreedictionary.com/occult+primary+malignancy>. Último acceso: abril 2010.
2. Smith R. Occult carcinoma of the breast. Medical Memoranda. BMJ 1971; 4: 598-599.
3. Halsted W: The results of radical operations for the cure of carcinoma of the breast. Ann Surg 1907; 46: 1-5.
4. Singletary E, Middleton L, Le-Petross H. Unknown primary presenting with axillary lymphadenopathy. En: Bland & Copeland. The Breast. 4th Edition. Saunders-Elsevier. 2009. 85(2):1373-1380.
5. Owen HW, Dockerty MB, Gray HK: Occult carcinoma of the breast.

- Surg Gynecol Obstet 1954; 98: 302-308.
6. Galimberti V, Bassani G, Monti S, et al: Clinical experience with axillary presentation breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2004; 88: 43-47.
 7. Rosen EL, Eubank WB, Mankoff DA. FDG PET, PET/CT, and breast cancer imaging. *Radiographics* 2007; 27(Suppl. 1): S215-29.
 8. de Bresser J, de Vos B, van der Ent F, Hulsewe K. Breast MRI in clinically and mammographically occult breast cancer presenting with an axillary metastasis: a systematic review. *EJSO* 2010; 36:114e119.
 9. Ettinger D, Agulnik E, Cates J, et al. Occult Primary (Cancer of Unknown Primary [CUP]). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines™). National Comprehensive Cancer Network. Version 1. 2011.
 10. Pentheroudakis G, Lazaridis G, Pavlidis N. Axillary nodal metastases from carcinoma of unknown primary (CUPAx): a systematic review of published evidence. *Breast Cancer Res Treat* 2010; 119:1-11.
 11. Khandelwal A, Garguilo G. Therapeutic options for occult breast cancer: a survey of the American Society of Breast Surgeons and review of the literature. *Am J Surg* 2005; 190: 609-613.
 12. Lee K, Schwartz R, Iglesias R, Vélez R, Gómez L. Cáncer de mama oculto: Dos casos clínicos analizados según concepto actual. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 1166-1170.
 13. Sawicki MP, Howard TJ, Passaro EJ. Heterotopic tissue in lymph nodes. An unrecognized problem. *Arch Surg* 1990; 25: 1394-1398.
 14. Tench DW, Page DL: The unknown primary presenting with axillary lymphadenopathy. *The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Disease*, 2nd edn. W.B. Saunders company, 1998, pp 1447-1452.
 15. Kemeny MM, Rivera DE, Terz JJ, Benfield JR: Occult primary adenocarcinoma with axillary metastases. *Am J Surg* 1986; 152: 43-47.
 16. J. de Bresser, B. de Vos, F. van der Ent, K. Hulsewe. Breast MRI in clinically and mammographically occult breast cancer presenting with an axillary metastasis: A systematic review. *EJSO* 2010; 36: 114e119.
 17. Feigenberg Z, Zer M, Dintsman M. Axillary metastases from an unknown primary source. *Israel J Med Sci* 1976; 12:1153-1158.
 18. Vlastos G, Jean ME, Mirza AN, et al. Feasibility of breast preservation in the treatment of occult primary carcinoma presenting with axillary metastasis. *Ann Surg Oncol* 2001; 8:425-431.
 19. Merson M, Andreola S, Galimberti V, Bufalino R, Marchini S, Veronesi U: Breast carcinoma presenting as axillary metastases without evidence of the a primary tumor. *Cancer* 1992; 70: 504-508.
 20. Montagna E, Bagnardi V, Rotmensz N, Viale G, Canello G, Mazza M, Cardillo A, Ghisini R, Galimberti V, Veronesi P, Monti S, Luini A, Raviolo PR, Mastropasqua MG, Goldhirsch A, Colleoni M. Immunohistochemically defined subtypes and outcome in occult breast carcinoma with axillary presentation. *Breast Cancer Res Treat* 2011; 129(3):867-875.

ENFERMEDAD HEMORROIDAL: REVISIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN VENEZUELA

CARLOS SARDIÑAS (1)
EMILY TORREALBA (3)
MARCOS BETANCOURT (3)
BREIDA HERNÁNDEZ (3)
PATRICIA BRAVO (2)

RESUMEN

Objetivo: Se realiza una revisión de las historias clínicas con el diagnóstico de enfermedad hemorroidal evaluadas en la Unidad de Coloproctología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas durante el período comprendido entre 2006 y 2013, de acuerdo con los datos del Departamento de Estadísticas de Salud del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, que tomó como muestra la totalidad de la población, la cual estará conformada por las historias clínicas de los 585 pacientes que fueron evaluados en la Unidad de Coloproctología con el diagnóstico de enfermedad hemorroidal durante el período enero 2006 hasta diciembre 2013. El tratamiento estadístico se realizó a través un análisis estadístico descriptivo de cada una de las variables del estudio. Para las variables cualitativas se estimó la frecuencia absoluta y porcentajes; para la variable cuantitativa se calculó las medidas de tendencia central. Se utilizó el programa SPSS versión 17 para la realización de la base de datos y tabulación de resultados

Resultados: La muestra consistió en 585 historias clínicas pertenecientes a evaluados en la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas, en el período comprendido de enero 2006 a diciembre de 2013. De la muestra estudiada, 324 corresponden a sexo femenino y 261 al sexo masculino; por grupos etarios: 11 a 20 años, 14 casos; 21 a 30 años, 69 casos; 31 a 40 años, 126 casos; 41 a 50 años, 152 casos; de 51 a 60 años, 130 casos; 61 a 70 años, 65 casos; 71 a 80 años, 25 casos y de 81 a 90 años, 4 casos, ubicándose la mayoría de los pacientes en el grupo de 31 a 60 años. Según la clasificación de la patología hemorroidal: grado I, 38 casos; grado II, 254 casos; grado III, 247 casos y grado IV, 46 casos. Fueron intervenidos quirúrgicamente 84 pacientes, lo que equivale al 14,35 % de los casos, utilizándose como técnicas el procedimiento de Milligan y Morgan en 46 casos, hemorroidopexia con autosuturadora en 30 casos, Ferguson en 7 casos y Obando en 1 caso. De los pacientes evaluados, 63 pacientes (10,76%) cursaban con fisura anal, 54 con hemorroides trombosadas (9,23%) y 43 con prolapso mucoso (7,35%).

Conclusión: La información recolectada puede ser comparada con los

estudios de otros autores previamente descritos, obteniéndose resultados similares en algunos aspectos y diferencias pequeñas que podrían ser consideradas como no significativas.

Palabras clave

Hemorroides, epidemiología, tratamiento

HEMORRHOIDAL DISEASE: EPIDEMIOLOGIC REVIEW IN VENEZUELA

ABSTRACT

Objective: A review of medical records was performed with the diagnosis of hemorrhoidal disease evaluated in the Colorectal Unit at Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas, during the period between 2006 and 2013, according to data from its Department of Health Statistics.

Methods: This is a descriptive, retrospective and cross-sectional study, which was sampled the entire population, which will consist of the medical records of 585 patients who were evaluated in the Colorectal Unit with the diagnosis of hemorrhoidal disease during the period from January 2006 to December 2013. The statistical analysis was performed using descriptive statistical analysis of each of the study variables. For qualitative variables, the absolute frequency and percentage was estimated; variable for the quantitative measurement of central tendency was calculated. SPSS version 17 for the performance of the database and tabulation of results was used

Results: The sample consisted of 585 medical records pertaining to evaluated in the Colorectal Unit, in the period January 2006 to December 2013. In the sample studied, corresponding to 324 females and 261 males, by age groups: 11 to 20 years, 14 cases; 21 to 30 years, 69 cases; 31 to 40 years, 126 cases; 41 to 50 years, 152 cases; of 51 to 60 years, 130 cases; 61-70 years, 65 cases; 71 to 80 years, 25 cases and 81 to 90 years, 4 cases. Most of the patients belonging to the group of 31 to 60 years. According to the classification of hemorrhoidal disease, grade I, 38 cases; grade II, 254 cases; grade III and grade IV 247 cases, 46 cases. Fugeron surgically treated 84 patients, equivalent to 14.35% of the cases, using techniques such as the method of Milligan and Morgan in 46 cases, with autosuture hemorrhoidopexy in 30 cases, Ferguson and Obando in 7 cases and in 1 case respectively. Of the patients evaluated, 63 patients (10.76%) with anal fissure were enrolled, 54 thrombosed hemorrhoids (9.23%) and 43 with mucosal prolapse (7.35%).

Conclusion: The collected information can be compared with the studies of other authors that previously described similar results in some ways and small differences could be considered as not significant.

Key words

Hemorrhoids, epidemiology, management

- 1 Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Coordinador del Laboratorio de Fisiología Anorrectal y Unidad de Coloproctología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas. Director del Curso de Especialización en Coloproctología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas.
- 2 Coordinadora Académica del Curso de Especialización en Coloproctología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas.
- 3 Cursante del Curso de Especialización en Coloproctología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas

¿Cuál es la casuística de los pacientes con enfermedad hemorroidal de la Unidad de Coloproctología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas desde su apertura en 2006 hasta diciembre 2013?

La enfermedad hemorroidal es una de las principales causas de la consulta en coloproctología, por lo que es importante conocer la casuística que ha presentado y comparar a su vez con los trabajos presentados a nivel nacional e internacional¹⁻⁸.

Al evaluar la casuística de otros autores, tenemos que en la publicación de Magela G. en el 2008⁵, destaca el artículo de Cruz G., Ferreira R. y Neves P. del Grupo de Coloproctología de Santa Casa de Bello Horizonte de la Facultad de Ciencias Médicas de Minas Gerais, Brasil titulado "Aspectos epidemiológicos y diagnósticos de 9289 pacientes portadores de enfermedad hemorroidal" siendo evaluados en un total de 38 años, 34.000 pacientes, de los cuales el 27,3% (9289 pacientes) padecen enfermedad hemorroidal, a predominio del sexo femenino (53,9%) sobre el masculino (46,1%), edades con mayor incidencia entre la tercera y quinta década de la vida, con una media de 39,9 años. Según el grado de enfermedad hemorroidal se obtuvo grado I 1135 pacientes (12,2%), grado II 2625 pacientes (28,3%), grado III 3429 pacientes (36,9%) y grado IV 1883 pacientes (20,3%). En cuanto a patologías anales concomitantes describe la presencia de fisura anal en el 5,8%, hipertrofia de papilas en el 3,4%, fisura perianal en el 1,3% y condiloma acuminado en el 0,03%¹.

En Estados Unidos, la prevalencia de la enfermedad hemorroidal reportada por Wexner en el libro de la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto en el 2007, es de 4,4% y el grupo etario más afectado se encuentra entre los 45 y 65 años¹.

Con respecto a las estadísticas venezolanas, sólo se encuentra publicado en la literatura nacional 3 artículos relacionados con los aspectos epidemiológicos de la enfermedad hemorroidal. En primer lugar, Gómez-García³, en una revisión de la patología anorrectal en el Hospital Vargas de Caracas durante el período 1945 - 1963, encontró del total de historias de pacientes 93.588, el 1,8% (1.740) correspondían a patología anorrectal. Con respecto a la enfermedad hemorroidal, 785 pacientes evaluados en 20 años; 0,83% del total de pacientes vistos y 45,7% del total de patologías anorrectales. La edad fue entre 16 y 97 años con promedio de 41,5 años. Sexo masculino 76% y 24 % femenino. La clasificación utilizada fue según su localización, en internas 21, externas 29 y mixtas 547. Las hemorroides asociadas a otros procesos anorrectales estuvieron dadas por: fístulas 54, condilomas 1, fístulas y pólipos 3, papilomas 13, cáncer 3, fístula pilonidal 4, absceso perianal 2, prolapso rectal 21 y úlceras perianales 1.

Plaza Izquierdo⁶, publicó "Cirugía de las afecciones benignas del ano", en las XVI Jornadas Intercapitulares de Cirugía celebradas en Ciudad Bolívar en 1964, correspondientes a la Cátedra de Cirugía II del Hospital Universitario de Caracas. Su casuística

desde 1958 hasta junio de 1964 reportó que del total de enfermos atendidos por diversas causas 5600, las afecciones benignas anales fueron 156 (2,5%), distribuidas en hemorroides 86 casos (55,12%), infecciosas 47 (30,12%), ulcerativas 10 (6,4%), prolapso 7 (4,48%) y tumorales 6 (3,87%). Igualmente fueron clasificadas según la localización en internas 13 (15,12%), externas 10 (11,62%) y mixtas 63 (73,26%). El sexo masculino 58 (67,40%) y femenino 28 (32,60%). La edad se identificó entre 1 - 20 años: 2 casos, 20 - 30 años: 13 casos, 30 - 40 años: 28 casos, 40 - 50 años: 24 casos y mayor 50 años: 19 casos. Se aplicó tratamiento médico a 8 pacientes y quirúrgico a 78 pacientes, de los cuales, las técnicas utilizadas fueron: técnica de Moon 1, técnica de Albert 1, técnica de Miles 2, técnica de Bonie 3, técnica de Girard 3, técnica de Whitehead 3, evacuación de hematomas 3, extirpación paquete por paquete 3, otros procedimientos (Milligan-Morgan, Simon, etc.) 53 casos.

Y finalmente, Vivas⁸, publica "Cirugía anal no tumoral. Hemorroides, fístulas y fisuras. Servicio de Cirugía³. Hospital Central de San Cristóbal". Casuística de 1958 a 1968. Donde expresa que de los casos ingresados al Departamento de Cirugía, (14.757), el 4,26% correspondieron a patología anal benigna. Fueron intervenidos 130 pacientes (0,87% del total) y de éstos las hemorroides con 179 representan el 72,62% de la patología anal benigna. Se clasificaron en: internas 10 (21,27%), externas 25 (53,20%) y mixtas 12. El sexo masculino 91,48% y femenino 8,52%. Con edades de 10 - 20: 2,9%; 20 - 30: 11,76%; 30 - 40: 26,47%; 40 - 50: 26,47%; 50 - 60: 17,64%; 60 - 70: 11,82% y 70 - 80: 2,94%. También relacionó el hábito intestinal en constipados 38,29%, diarrea 6,38% y normal 55,31%. Presentaron como complicación trombosis hemorroidal en 8 casos (17,02%). Finalmente reporta la clínica manifestada por los pacientes en dolor 46 (97,87%), rectorragia 42 (80,36%) y prolapso de mucosa rectal 8 (17,02%).

Con base en estos estudios se desarrolla la presente revisión casuística en la Unidad de Coloproctología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas, en la cual ya se disponía de una estadística desde el año 2001⁷.

MÉTODOS

Se realiza una revisión de las historias clínicas con el diagnóstico de enfermedad hemorroidal evaluadas en la Unidad de Coloproctología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas durante el período comprendido entre 2006 y 2013, de acuerdo con los datos del Departamento de Estadísticas de Salud del hospital.

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, que tomó como muestra la totalidad de la población, la cual estuvo conformada por las historias clínicas de los 585 pacientes que fueron evaluados en la Unidad de Coloproctología con el

diagnóstico de enfermedad hemorroidal durante el período enero 2006 hasta diciembre 2013.

Se tomó como criterio de inclusión los pacientes que fueron evaluados en la Unidad de Coloproctología con el diagnóstico de enfermedad hemorroidal durante el período enero 2006 hasta diciembre 2013. El criterio de exclusión fue las historias que tuviesen información incompleta o ausente.

El procedimiento se realizó a través de la solicitud al Departamento de Estadísticas de Salud del Instituto. Se confeccionó una hoja de registro en la cual se asentaron los datos de los pacientes pertinentes para el trabajo de investigación: grupo etario, sexo, grado de enfermedad hemorroidal, tratamiento quirúrgico realizado y enfermedades concomitantes cursadas por tales pacientes.

El tratamiento estadístico se obtuvo a través un análisis descriptivo de cada una de las variables del estudio. Para las variables cualitativas se estimó la frecuencia absoluta y porcentajes; para la variable cuantitativa se calculó la medida de tendencia central. Se utilizó el programa SPSS versión 17 para la realización de la base de datos y tabulación de resultados.

RESULTADOS

La muestra consistió en 585 historias clínicas pertenecientes a evaluados en la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas, en el período comprendido de enero 2006 a diciembre de 2013.

De la muestra estudiada, 324 corresponden a sexo femenino y 261 al sexo masculino (Tabla 1), por grupos etarios: 11 a 20 años, 14 casos; 21 a 30 años, 69 casos; 31 a 40 años, 126 casos; 41 a 50 años, 152 casos; de 51 a 60 años, 130 casos; 61 a 70 años, 65 casos; 71 a 80 años, 25 casos y de 81 a 90 años, 4 casos. Ubicándose la mayoría de los pacientes en el grupo de 31 a 60 años (Tabla 2). Según la clasificación de la patología hemorroidal, grado I, 38 casos; grado II, 254 casos; grado III, 247 casos y grado IV, 46 casos (Tabla 3).

Fueron intervenidos quirúrgicamente 84 pacientes, lo que equivale al 14,35 % de los casos, utilizándose como técnicas el procedimiento de Milligan y Morgan en 46 casos, Hemorroidopexia con autosuturadora en 30 casos, Ferguson en 7 casos y Obando en 1 caso (Tabla 4).

De los pacientes evaluados, 63 pacientes

Distribución de pacientes con Enfermedad Hemorroidal según el Sexo

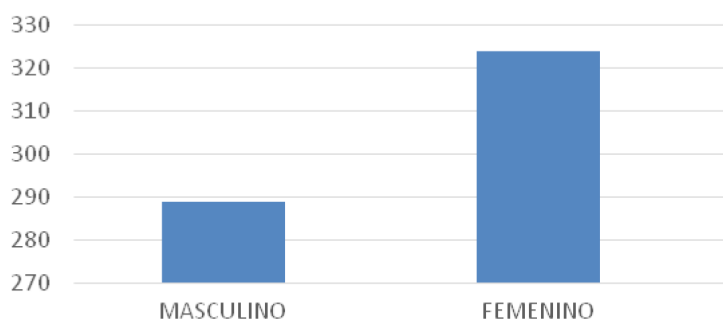


Tabla 1 Datos del Departamento de Estadísticas de Salud del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas.

Distribución de pacientes con Enfermedad Hemorroidal según grupo etario

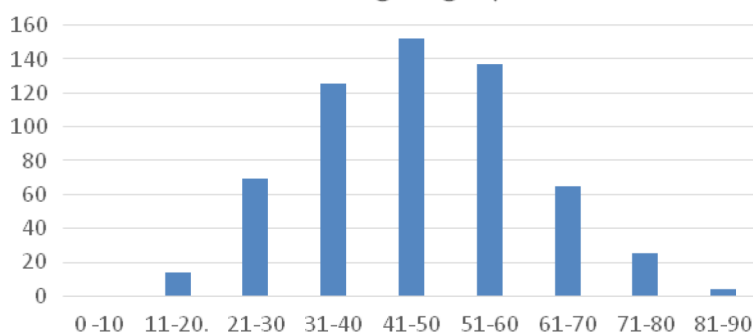


Tabla 2 Datos del Departamento de Estadísticas de Salud del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas.

Distribución de pacientes según grado de Enfermedad Hemorroidal

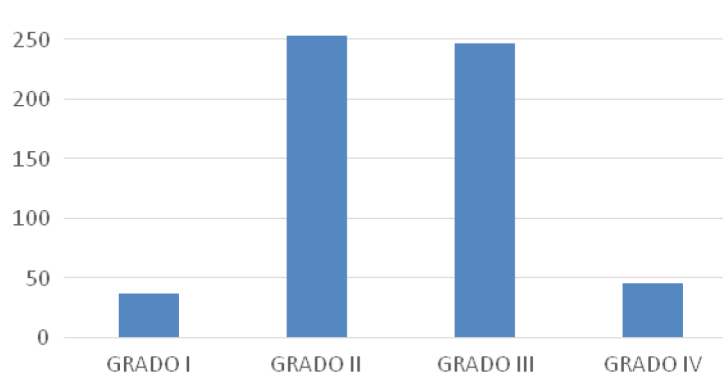


Tabla 3 Datos del Departamento de Estadísticas de Salud del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas.

Distribución de pacientes según procedimiento quirúrgico

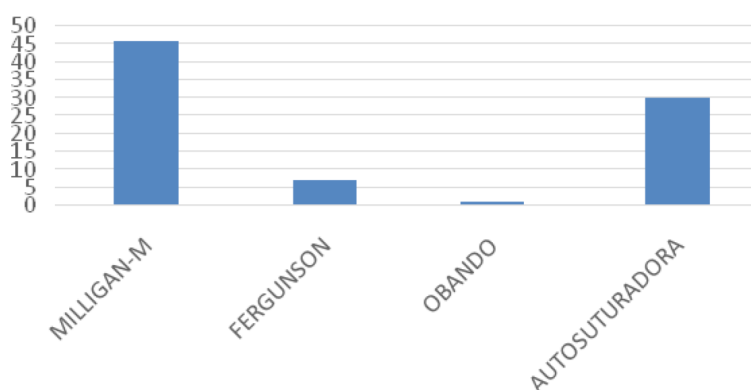


Tabla 4 Datos del Departamento de Estadísticas de Salud del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas.

Distribución de pacientes con patologías anorrectales asociadas

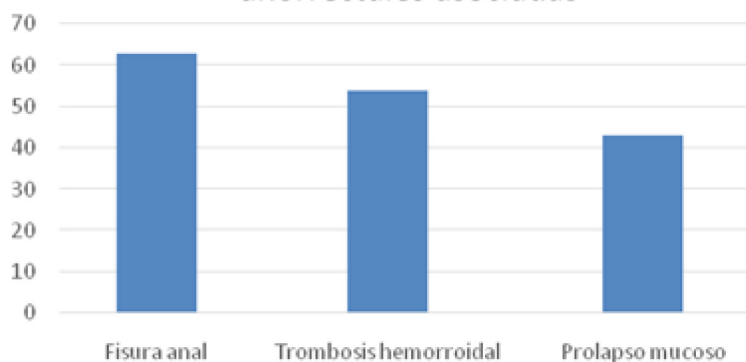


Tabla 5 Datos del Departamento de Estadísticas de Salud del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas.

(10,76%) cursaban con fisura anal, 54 con hemorroides trombadas (9,23%) y 43 con prolapso mucoso (7,35%) (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Las hemorroides son formaciones anatómicas normales que se encuentran en el canal anal, por encima de la línea pectínea, tienen orígenes en la arteria hemorroidal superior que alcanza el canal anal penetrando en la capa longitudinal, dando dos ramas terminales que llegan a la submucosa, donde forman cojinetes vasculares con múltiples anastomosis arteriovenosas. Estos cojinetes tienen una distribución constante, la rama izquierda termina en un cojinete, el lateral izquierdo y la rama derecha termina en

dos cojinetes, el anterior y el posterior derecho. Los cojinetes cumplen una función importante en la continencia, al ingurgitarse de sangre, rellenan el canal anal y aseguran una continencia perfecta y actúan como almohadillas durante la defecación⁹.

Se puede definir la enfermedad hemorroidal como atribuible al tejido hemorroidal, secundario a sus alteraciones estructurales, de esta la dilatación e ingurgitación, el proceso inflamatorio o alteración de los tejidos de sostén². La incidencia de enfermedad hemorroidal en la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas fue de 20%.

La enfermedad hemorroidal es una de las afecciones más comunes del ser humano, y a pesar de su elevada incidencia menos de un 10% de los enfermos requieren tratamiento quirúrgico⁴. En nuestra estadística se demostró una incidencia de los pacientes que ameritaron resolución quirúrgica del 14,35%.

Durante la infancia y en adolescentes es realmente extraña la aparición de este problema². Según la mayoría de los autores, se presenta entre los 30 y 60 años⁵. El grupo etario con mayor incidencia de enfermedad hemorroidal fue desde los 31 hasta los 60 años. Cifras que coinciden con la literatura consultada^{2,3,5,6,7,8}.

El sexo no influye, ya que es muy similar la incidencia en varones y hembras de acuerdo con la literatura^{2,5}. No obstante se evidenció una mayor prevalencia en el sexo femenino con respecto al masculino en la población venezolana que consultó por dicho motivo.

En los Estados Unidos de Norteamérica, más de 10 millones de personas padecen de problemas hemorroidales, con una prevalencia aproximada al 4.4%; de ellos asisten a consulta más de 1/3 de los afectados. Lamentablemente dentro de nuestra Iberoamérica no tenemos cifras reales que puedan cotejarse con las antes descritas².

El tratamiento de la enfermedad hemorroidal ha sido muy controversial y variado, por este motivo se han experimentado innumerables técnicas⁷.

Las hemorroides externas no complicadas, son tratadas de la manera más conservadora, el uso de baños de asiento con agua tibia y pomadas esteroideas locales, mejoran francamente la inflamación de éstas. Si se encuentra asociada a una severa hipertonia del esfínter se anexarán pomadas de dinitrato de isorbide, calcioantagonistas, nitroglicerina, nifedipino, etc. Las cuales disminuirán la contracción patológica del esfínter y por ende

mejorarán la sintomatología. A esto tendremos que adjuntar: analgésicos locales y orales, ablandadores de la materia fecal, una dieta adecuada alta en residuos y abundantes líquidos orales.

El tratamiento quirúrgico sólo está indicado cuando se presentan trombosis a repetición, prurito anal incontrolable debido a la dificultad del aseo por la presencia de plicomas y, por último, por condiciones estéticas.

- Grado I: Estas hemorroides internas, las indicaciones son netamente médico-dietéticas: cambios en el hábito alimentario, ingesta abundante de líquidos y ablandadores de heces.
- Grado II: Todo tratamiento de enfermedad hemorroidal está asociado a indicaciones médico-dietéticas, y se asocian una serie de técnicas: escleroterapia, fotocoagulación infrarroja y diatermocoagulación bipolar (bicap), ligadura con banda elástica, mucosectomía circular.
- Grado III y Grado IV: La enfermedad hemorroidal avanzada es sin duda alguna conducta quirúrgica. Entre las técnicas descritas se encuentran: dilatación anal de Lord, criocirugía, operación de Whitehead, cirugía con láser, operación de Arnous, hemorroidectomía submucosa de Parks, hemorroidectomía abierta de Milligan y Morgan, semicerrada o cerrada de Ferguson, mucosectomía circular, macroligadura alta de Reis-Neto y la desarterialización guiada por doppler vascular.

El grado de enfermedad hemorroidal con mayor prevalencia fue de II y III grado, en el grupo de pacientes evaluados en la unidad.

Es común la asociación de enfermedad hemorroidal con otras enfermedades anorrectales, destacándose las papilitis, criptitis, fisuras, fístulas, prolapsos, pólipos inflamatorios y otras como los condilomas anales acuminados, la enfermedad de Crohn y tumores. La patología anal concomitante presentada con mayor frecuencia en el grupo de pacientes fue la fisura ana^{12,3,6,7,8}.

La información recolectada puede ser comparada con los estudios de otros autores previamente descritos, obteniéndose resultados similares en algunos aspectos y diferencias pequeñas que podrían ser consideradas como no significativas.

REFERENCIAS

1. Cintron, J. Benign Anorectal: Haemorrhoids. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Steven Wexner. 2007.
2. Consenso en Cirugía Anorrectal: Consenso de Hemorroides, Rev Mex Coloproct 2010; 16: 4-14.
3. Gómez-García, R. Revisión de la patología anorrectal en el Hospital Vargas de Caracas durante el período 1945 - 1963. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica A. Cirugía 3. Hospital Vargas de Caracas. (Material Impreso (s/f))
4. Hequera J. Complicaciones de la hemorroidectomía. An Coloproct. Sociedad Paraguaya de Coloproctología. XIX Congreso Latinoamericano de Coloproctología. Volumen 4. N° 1-2. Junio 2005.
5. Magela-Gómez G. Doença Hemorroidária. São Caetano do Sul. Yendis Editora, 2008.
6. Plaza-Izquierdo F. Cirugía de las afecciones benignas del ano. Cátedra de Cirugía II, Hospital Universitario de Caracas. XVI Jornadas Interdisciplinarias de Cirugía. Ciudad Bolívar. 1964.
7. Sardiñas C. Proctología para Cirujanos Generales. Capítulo 4. Páginas 43-66. DISINLIMED C-A. Caracas. 2001.
8. Vivas, C. Cirugía anal no tumoral. Hemorroides, fístulas y fisuras. Servicio de Cirugía 3. Hospital Central de San Cristóbal. (Material Impreso (s/f)).
9. Weisensee L. Macroligadura alta de hemorroides, Técnica de Reis-Neto. An Coloproct 2005. Sociedad Paraguaya de Coloproctología. XIX Congreso Latinoamericano de Coloproctología. Volumen 4. N° 1-2.

VENTAJAS DE LA NUTRICIÓN ENTERAL TEMPRANA EN PACIENTES CON LESIÓN DEL INTESTINO DELGADO EN EL TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE

LUIS ARANGUREN
AQUILES REYES

RESUMEN

Objetivo: En el trauma abdominal penetrante se observan frecuentemente lesiones de intestino delgado. Si bien el tratamiento inmediato y quirúrgico de estos pacientes es importante, el manejo postoperatorio, sobre todo la parte nutricional, lo es aún más. Determinar las ventajas que tiene la nutrición enteral temprana en este tipo de pacientes, nos permitirá un mejor manejo de ellos, en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera del Estado Carabobo.

Métodos: El estudio es una investigación descriptiva, transversal y retrospectiva, revisando 1500 historias clínicas desde enero de 2009 hasta septiembre de 2010, fueron seleccionados 267 pacientes con lesiones de intestino delgado por trauma abdominal penetrante, y solo 44 cumplieron con los criterios de inclusión previamente establecidos.

Resultados: Los resultados determinaron que existe predominio del sexo masculino, con un grupo etáreo de mayor incidencia correspondiente a las edades comprendidas entre 21-25 años, con un porcentaje del 38,64 % y el mecanismo de lesión dominante fue el proyectil percutido por arma de fuego con un 38,63 %. El tiempo de hospitalización para los pacientes fue de 11.91 ± 12.38 días y el tiempo promedio de inicio de la dieta es de aproximadamente $3.97 + 2.02$ días, observándose que de los pacientes que recibieron soporte nutricional con glutamina sólo el 28,58% presentaron pérdida de peso, 14,29% se desnutrió y 28,58% presentó complicaciones.

Conclusión: En los pacientes en los que se inició la dieta de forma temprana, se disminuyó significativamente el tiempo de hospitalización, así como, la aparición de desnutrición y complicaciones.

Palabras clave

Nutrición enteral, trauma abdominal penetrante, lesión de intestino delgado.

BENEFITS OF EARLY ENTERAL NUTRITION IN PATIENTS WITH INJURY OF THE SMALL BOWEL IN PENETRATING ABDOMINAL TRAUMA

ABSTRACT

Objective: In penetrating abdominal trauma are frequently observed small bowel injuries. Although immediate surgical treatment of these patients is important, postoperative management, especially the nutrition, it is even more. Determine the advantages of early enteral nutrition in these patients, will allow better management of them, at Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia, Estado Carabobo.

Methods: The study is a descriptive, cross-sectional and retrospective, reviewing 1500 medical records from January 2009 to September 2010, were selected 267 patients with small bowel injury penetrating abdominal trauma, and only 44 met the criteria previously established inclusion.

Results: The results determined that there is predominance of male age group with a higher incidence for those aged between 21-25 years, with a rate of 38.64% and the dominant mechanism of injury was hammered by the projectile gun with 38.63%. The hospitalization time for patients was 11.91 ± 12.38 days and the median time to onset of the diet is about $3.97 + 2.02$ days, showing that patients who received nutritional support with glutamine only 28.58 % had weight loss is 14.29% and 28.58% had malnutrition complications.

Conclusion: Those patients who started early diet significantly decreased length of hospitalization and the occurrence of malnutrition and complications.

Key words

Enteral nutrition, penetrating abdominal trauma, injury of small intestine

El trauma es una entidad que ha venido tomando mayor protagonismo en las últimas décadas, tanto así que ha sido considerado como una epidemia global. Cada año a nivel mundial mueren aproximadamente 5 millones de personas a causa de los traumatismos¹.

En los Estados Unidos, son la cuarta causa principal de muerte en todas las edades (equivalentes al 6% del total de defunciones) y la principal causa de muerte entre los niños, adolescentes y adultos jóvenes con edades de 1 a 44 años². Los traumas ocasionan anualmente un poco más de 30.000 muertes cada año en Colombia, las dos terceras partes ocurren como consecuencia de homicidio³. En Venezuela coinciden los datos registrados teniendo al trauma dentro de las 3 primeras causas de muerte de niños, jóvenes y adultos de 1 a 44 años de edad⁴.

Es importante resaltar que el 50 % de las muertes ocurre durante los primeros minutos de la lesión, ya sea en la escena o en camino al hospital. Estas muertes inmediatas son típicamente el resultado de una hemorragia masiva o lesiones neurológicas graves. Un 30 % adicional muere principalmente por disfunción neurológica dentro de varias horas a 2 días después de la lesión. El restante 20 % muere de infección o fallo multiorgánico días o semanas después de la lesión².

Las lesiones por trauma se pueden presentar a cualquier nivel corporal; sin embargo, es importante resaltar que cavidad abdominal es la zona de mayor frecuencia dañada, sean estas lesiones en la pared o en las vísceras, o ambas a la vez, la sangre es desviada de forma selectiva en el tracto gastrointestinal hacia el corazón, los pulmones y el cerebro, y el intestino se reperfusión, provocando múltiples cambios fisiológicos que conducen a la liberación de radicales libres de oxígeno y las consiguientes lesiones isquémicas intestinales⁵. En Venezuela el trauma abdominal constituye el 20% del trauma en general, siendo el trauma cerrado el de más frecuencia en el área rural, y el penetrante en el área urbana⁴.

Por su parte, las lesiones del intestino delgado tienen una muy baja prevalencia en el trauma cerrado, no siendo así en el trauma penetrante, donde se puede observar que aproximadamente 80% de los traumas abdominales penetrantes en los Estados Unidos presentan lesiones del intestino delgado². En Venezuela este porcentaje es muy similar, se estima que entre 5-15 % del trauma abdominal cerrado presenta lesiones intestinales, mientras que en el trauma penetrante se evidencia un 85-95 %. Pudiendo especificar que las lesiones de intestino delgado se observan en el 80 % del trauma abdominal penetrante, producto de heridas por proyectil percutido por arma de fuego (HPPAF), y un 30-40 % en heridas producidas por arma blanca (HAB)⁴.

Estadísticas de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" reportan que el trauma es la primera causa de asistencia al centro. Se estima que un 53% de los ingresos al área de cirugía, son a causa del trauma, y de éstos el 33,37% es por trauma abdominal penetrante.

El manejo de los pacientes con lesiones de intestino delgado a causa del trauma abdominal penetrante debe ser multidisciplinario. Si bien la cirugía inicial en estos pacientes es una de las primeras y más importantes medidas en su tratamiento, el manejo posterior, sobre todo la parte nutricional es también de mucha importancia, esto con la finalidad de lograr una mejor evolución del paciente.

La desnutrición tiene una prevalencia alta en los pacientes quirúrgicos y un impacto negativo en el pronóstico, asociándose con mayores tasas de morbilidad y mortalidad; también con estancias hospitalarias más prolongadas y costos más altos para el sistema de salud⁶. La desnutrición puede definirse como la carencia de energía, proteínas o nutrientes esenciales en un individuo para la funcionalidad del organismo.

Desde hace varias décadas la literatura médica contiene informes sobre la frecuencia con la que las alteraciones del estado nutricional se asocian a una enfermedad, trauma y cirugía. En 1974, Butterworth publicó un artículo con un sugestivo título "El esqueleto en el armario del hospital", en el cual describió la alta frecuencia de desnutrición en los hospitales y la poca tasa de detección de esta condición por parte de los profesionales de la salud^{6,7}.

Por otro lado, Bistrian y col⁸ observaron en 1974 una incidencia del 50% de desnutrición en los pacientes quirúrgicos en el Hospital de la Ciudad de Boston. Números similares fueron encontrados por Heymsfield y col en 1979⁹. En el Hospital San Ignacio en Bogotá, Manosalva¹⁰ encontró en 1990, que cerca del 50% de los pacientes programados para cirugía mayor, presentaban desnutrición moderada o grave, lo que aumentaba la frecuencia de complicaciones postoperatorias. Ya para el año 2003, Correia y col¹¹ publicaron el estudio más grande sobre desnutrición hospitalaria que existe en la literatura; sobre más de 9.000 pacientes en diecisiete países de Latinoamérica, la prevalencia de desnutrición moderada fue de 37,6% y la de desnutrición grave fue de 12,6%.

Desde hace varios años es claro que la presencia de malnutrición se asocia con un aumento en la morbilidad, la mortalidad y los costos de atención en pacientes programados para cualquier tipo de cirugía y aun en pacientes no quirúrgicos^{12,13,14,15}.

Sabemos que todo paciente en cirugía deberá ser sometido a un periodo de ayuno. La inanición es un común denominador en los pacientes con trauma, para algunos será mayor el tiempo de duración de la misma que para otros.

El ayuno, por si solo produce cambios metabólicos en las personas, y que aquellas personas que son sometidas al ayuno pasan por 3 fases del mismo. La primera de ellas, va de 2 a 4 días, caracterizada por el consumo de reservas energéticas a partir de la glucogenólisis y la gluconeogénesis. La segunda fase, de 20 a 40 días, donde toma participación la proteólisis, la oxidación de ácidos grasos y se inicia la citogénesis y la última fase, la llamada

fase de cetoadaptación. El tiempo de estas fases puede considerarse menor en las personas sometidas a cualquier tipo de trauma, donde aquellas que presentan una lesión menor, no tendrán ninguna alteración.

Las personas sometidas a traumas moderados, cirugías electivas mayores, donde la inanición representa un promedio de 1 semana, los cambios del volumen de masa corporal están presentes, pero son transitorios y autolimitados. Mientras que en pacientes con traumas graves, donde existe un daño tisular masivo, las pérdidas de volumen de masa corporal son significativas y de muy difícil manejo, asociándose a fallas multiorgánicas¹⁶.

Los avances alcanzados durante los últimos 30 años en los cuidados críticos han permitido incrementar la supervivencia del paciente grave, y con ello, mejorar la calidad de vida. El apoyo nutricional ha sido uno de los pilares sobre los que se han erigido los logros ocurridos recientemente en los cuidados críticos. La nutrición enteral precoz ha mostrado ventajas importantes en la evolución de los pacientes con enfermedades graves o lesiones complejas, entre las que se pueden mencionar la disminución de la morbi-mortalidad, la reducción de la estadía hospitalaria^{17,18,19}. La nutrición enteral por vía natural o a través de la alimentación por sonda implantadas por vía nasointestinal o enterostomía, es una técnica nutricional donde se aportan sustancias nutritivas directamente al aparato digestivo, siendo hoy la mejor manera de alimentar al paciente crítico y un medio importante para contrarrestar el estado catabólico inducido por enfermedades graves, la cual se recomienda iniciar las primeras 24 a 72 horas utilizando una fórmula estándar de alto valor proteico²⁰. Entre las fórmulas comerciales más utilizadas se encuentran Glutapak R, Glutapak IO, Ensure, Enterex, Glucerna, Inmunes, Proteinex, entre otros.

Algunos autores como Nicolau y col²¹ han demostrado que el inicio de la nutrición enteral de forma temprana, es decir, dentro de las primeras 72 horas de hospitalización, resulta beneficioso para los pacientes y sugieren que esto debe ser puesto en práctica cada vez más. Por otra parte McQuiggan y col²² demostraron que la glutamina enteral ayuda a proteger al intestino, ya que puede ser usada de manera segura, mejora la tolerancia del intestino y de este modo ayuda a prevenir comorbilidades²³, 24. La nutrición enteral temprana después del control de daños parece seguro, según refieren Dissanaik y col²⁵, además, la reducción de complicaciones inherentes a la cirugía, infecciones nosocomiales (neumonía, infección del sitio quirúrgico), y la escasa probabilidad de desarrollo de neumonía asociada a la nutrición enteral inmediata sugiere un beneficio tangible^{25,26,27}. La nutrición enteral inmediata debe ser considerada prioridad en pacientes con trauma abdominal, aun en aquellos con manejo de abdomen abierto después de un traumatismo grave^{28,29}.

Es de hacer notar, que al servicio de Cirugía A "Dr. José A. Gubaira B." de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del Municipio Valencia del Estado Carabobo, tiene un área de

influencia para una población estimada para el año 2008 de 2.262.070 millones de habitantes, según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), por tal motivo, la mayoría de los pacientes acuden a la emergencia del hospital y que ingresan al servicio de cirugía A, presentando trauma abdominal, mayormente de lesiones penetrantes, son susceptibles de presentar desnutrición, por el simple hecho de estar sometidos a un estrés metabólico mayor, y a la vez por pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, motivo por el cual aumenta la posibilidad de complicaciones relacionadas directamente o no con la lesión principal, aumento del tiempo para recuperación, lo que genera mayor tiempo de hospitalización y un mayor gasto económico tanto para el paciente como para la institución.

Aunado a esto, en el servicio de Cirugía A, no se lleva control adecuado sobre este tipo de pacientes. No existe un control estadístico de los resultados obtenidos con los mismos, ni con el manejo que se les da desde el punto de vista nutricional de los pacientes. No se tiene un protocolo específico para el manejo de la dieta, ni del tipo a utilizar, si se debe o no usar algún tipo de soporte nutricional, ni cual es la vía o fórmula ideal a utilizar, así como tampoco se tiene un registro preciso de los costos asociados al tiempo de hospitalización del paciente.

Los resultados del estudio permitirán determinar las ventajas que tiene la nutrición enteral temprana en pacientes con lesión de intestino delgado en el trauma abdominal penetrante que asisten al servicio de cirugía "A" "Dr. José A. Guabirá B." de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, calcular el tiempo ideal para iniciarla, minimizando los factores de riesgos y las complicaciones que puedan presentar estos pacientes, con la finalidad de disminuir el tiempo de hospitalización y los costos asociados a la hospitalización.

MÉTODOS

El presente estudio es una revisión descriptiva, transversal y retrospectiva del total de historias clínicas revisadas de casos quirúrgicos con lesiones de intestino delgado por trauma abdominal penetrante, efectuados desde enero de 2009 hasta septiembre de 2010 en el servicio de cirugía A "Dr. José A. Gubaira B.". Se revisaron 1500 historias médicas en el servicio de cirugía A, de las cuales 800 de esos ingresos fueron a causa de traumatismos, 500 presentaron algún traumatismo abdominal, y 267 tenían lesiones de intestino delgado en el trauma abdominal penetrante, pero sólo 44 historias cumplieron con los criterios de inclusión previamente establecidos.

Para la recolección de los datos se utilizó una ficha de registro, la cual incluía variables como: edad, sexo, diagnóstico de ingreso, hallazgos quirúrgicos, presencia de shock, factores de riesgo para isquemia, tiempo transcurrido entre el trauma y la cirugía, y el tiempo de inicio de la dieta posterior a la cirugía.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de lesiones de intestino delgado por trauma abdominal penetrante.
- Pacientes masculinos y femeninos
- Edad mayor de 14 años
- Historia médica completa con las variables de estudio

Criterios de exclusión

- Menores de 14 años
- Historias médicas incompletas en cuanto a la información requerida.
- Historias médicas cuyo titular falleció

La información se obtuvo a través de la revisión retrospectiva de las historias clínicas existente en los archivos del departamento de Archivo e Historias Médicas.

Los datos obtenidos se tabularon en bases a la distribución de frecuencia, la información es presentada en tablas y gráficos, usando la técnica e análisis porcentual simple. Para el análisis de los datos, se utilizaron los programas Microsoft® Excel 2007.

Una vez recolectada la información necesaria para alcanzar los resultados que a su vez hicieron posible el cumplimiento de los objetivos establecidos, fue agrupada y organizada en graficas, utilizadas para el análisis estadístico descriptivo específicamente la técnica de la frecuencia porcentual.

RESULTADOS

El análisis de los datos mostró la edad promedio de los pacientes es de 25,7 + 6,62 años, con un 93,18 % de predominio del sexo masculino, por otro lado, el grupo etario con mayor incidencia en el número lesiones de intestino delgado en el trauma abdominal penetrante, corresponde a las edades comprendidas entre 21-25 años, con un porcentaje del 38,64 % del sexo masculino y 2,27% del sexo femenino, como está descrito, estas lesiones son más frecuente en el sexo masculino, siendo un reflejo de la condición socio-económica de los pacientes que acuden al hospital; a partir de los 26 años no presentaron lesiones ninguna mujer. Por otra parte, el mecanismo de lesión dominante fue el proyectil percutido por arma de fuego con un 38,63 % en el grupo etario predominante, teniendo como tipo de lesión predominante las lesiones grado II con un 40,91%. La técnica de reparación más frecuente fue la rafia en 2 planos con un 31,81% (Gráfico 1).

El tiempo de hospitalización para los pacientes fue de 11.91 ± 12.38 días. De los

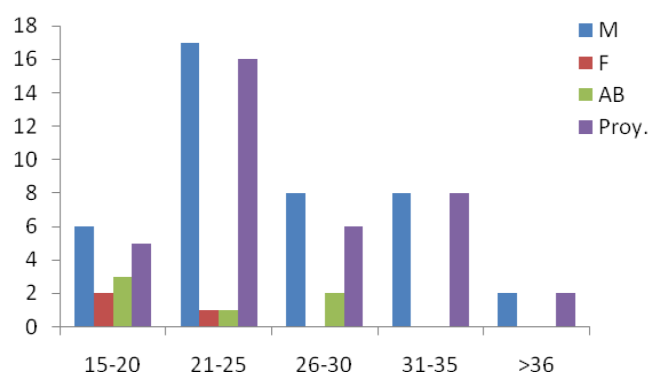


Gráfico 1. Distribución del mecanismo de lesión según edad y sexo

Nota: M: Masculino; F: Femenino; AB: Arma Blanca; Proy. Proyectil.

pacientes (31,81%) cuyo tiempo de hospitalización es menor a 5 días, 21,43% presentaron shock, ninguno se complicó y solo el 7,43% presentó pérdida de peso y desnutrición. En el grupo de pacientes (40,90%) hospitalizados de 6 a 10 días se observó en el 22,22% la presencia de shock, con un 16,67 % de complicaciones, de los cuales el 22,22 % perdió peso y 5,56 % desnutrición. Por otra parte, en aquellos pacientes (27,28%) que estuvieron más de 10 días de hospitalizados, se pudo constatar que el 58,33 % había presentado shock, el 58,33% se complicó, todos los pacientes perdieron peso y el 91,67 % se desnutrió; esto se refleja en la pérdida de proteínas menores a 6 gr y albúmina menor a 3,5 gr (Tabla 1).

El tiempo promedio de inicio de la dieta fue de aproximadamente 3,97 + 2,02 días, observándose que el 11,36% de los pacientes iniciaron dieta el día 2 del postoperatorio y ninguno de ellos presentó pérdida de peso, desnutrición y/o complicación. Así mismo, un 47,73 % de los pacientes inició la nutrición enteral a los 3 días, de estos el 71,28 % recibió soporte nutricional con glutamina y el 9,52 %, recibió algún tipo de soporte en forma parenteral, un 28,58 % de estos pacientes que iniciaron nutrición enteral a los 3 días presentaron pérdida de peso, 14,29 % se desnutrió y 28,58 % presentaron complicaciones.

Por otro lado, los pacientes (13,63%) en los cuales se inicia

Tabla 1. Distribución de pacientes en shock, complicaciones, pérdida de peso, desnutrición según los días de hospitalización

Días Hosp.	Pacientes		Shock		Complicación		Pérdida peso		Desnutrición	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
03-May	14	31,81	3	21,43			1	7,43	1	7,43
06-Oct	18	40,9	4	22,22	3	16,67	4	22,22	1	5,56
Nov-20	5	11,36	2	40	3	60	5	100	4	80
21-30	3	6,82	1	33,33	2	66,67	3	100	3	100
>31	4	9,1	4	100	2	50	4	100	4	100
TOTAL	44	100	14	31,81	10	22,72	17	38,64	13	29,54

Tabla 2: distribución de pacientes con pérdida de peso, desnutrición y complicaciones, según los días de inicio de la dieta

Inicio dieta (días operados)	Pacientes		Soporte nutricional				Pérdida peso		Desnutrición		Complicación	
	Nº	%	Enteral (Glutapak)		Parenteral							
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2	5	11,36										
3	21	47,73	15	71,28	2	9,52	6	28,58	3	14,29	6	28,58
4	6	13,63	2	33,33	1	16,67	2	33,33	1	16,67		
5	7	15,92	1	14,29	1	14,29	4	57,14	4	57,14	3	42,86
>6	5	11,36	3	60	3	60	5	100	5	100	3	60
TOTAL	44	100	21	47,73	7	15,92	17	38,63	13	29,54	12	27,27

Tabla 3: distribución de pacientes hospitalizados según días de inicio de la dieta

Días de hospitalización (tiempo promedio)	Dieta < 3 días		Dieta > 4 días	
	pacientes	%	pacientes	%
<11,91	22	50	10	22,73
> 11,91	4	9,09	8	18,18
TOTAL	26	59,09	18	40,91

la nutrición enteral a los 4 días de postoperatorio no presentaron diferencia significativa porcentual en relación a la pérdida de peso, desnutrición y/o complicación con respecto a aquellos que se inició al 3er día.

Sin embargo, los pacientes (15,92%) al iniciar la dieta el día 5 de postoperatorio, el 57,14 % perdió peso y se desnutrieron, complicándose el 42,86% de ellos. Es de hacer notar que aquellos pacientes (11,36%) que iniciaron la nutrición el día 6 del postoperatorio el 100% de ellos perdieron peso y se desnutrieron, complicándose el 60% de los mismos (Tabla 2).

Tomando en consideración el tiempo promedio de hospitalización de 11,91 días, se puede observar que del 59% de los pacientes que iniciaron la nutrición enteral durante los primeros 3 días del postoperatorio, el 50% egresó antes del tiempo promedio de hospitalización y solo el 9,09 % tuvo un tiempo de hospitalización mayor; mientras que aquellos (41,91%) donde el inicio de la nutrición enteral fue posterior a los 4 días, solo el 22,73% egresó antes del tiempo promedio y el 18,18 % egresó posterior al tiempo promedio, presentando en su totalidad pérdida de peso y desnutrición (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La mayor dificultad encontrada al realizar la revisión de las 267 historias clínicas de pacientes con lesión de intestino delgado por trauma abdominal penetrante, fue la ausencia del reporte de algunos datos, principalmente de laboratorio, el peso al ingreso y egreso del paciente, los tipos de lesiones o las técnicas uti-

lizadas en las cirugías, las cantidades de calorías aportadas, la cantidad del soporte nutricional que realmente recibió el paciente, entre otros no registrados en las historias, por lo cual, la muestra se redujo a 44 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, dejando algunas variables que no se pudieron estudiar. Cabe destacar que a ningún paciente que ingresa al área de emergencia de cirugía de la Cuidad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera se le realiza valoración nutricional, valoración global subjetiva ni tamizaje nutricional, lo cual sería de gran ayuda para el manejo del paciente.

Se encontró que el sexo masculino tiene mayor frecuencia de lesión del intestino delgado en el trauma abdominal penetrante, con una edad promedio de 25,7 + 6,62 años;¹ el 86,37% de trauma abdominal penetrante fue producto de heridas por proyectil percutido por arma de fuego, coincidiendo con lo reportado por Rodríguez⁵. Es nuestro criterio que esto es un reflejo de la condición socio-económica de los pacientes que acuden al hospital.

El tiempo de hospitalización para los pacientes fue de 11.91 ± 12.38 días. No siendo significativa la presencia de shock (22,22 %), complicaciones (16,67 %) pérdida de peso (22,22 %), y/o desnutrición (5,56 %) para que el 40,90 % de los pacientes egresaran antes del tiempo promedio de hospitalización. Teniendo una diferencia notable con aquellos pacientes (27,28 %) que permanecieron hospitalizados por más de 10 días, donde el 58,33 % habían presentado shock, 58,33 % se complicaron, todos los pacientes perdieron peso y el 91,67 % se desnutrió. Esto refleja resultados muy similares a estudios relacionados con este tema^{3,7,11,13,17}.

Se comprueba que al haber pérdida de peso y desnutrición, el paciente aumenta el tiempo de hospitalización, asociado a la existencia de complicaciones que van a ser consecuencia de la depleción inmunológica y estado catabólico que presentan muy similar a lo encontrado por Rugeles⁶, Butterworth⁷ y Fuentes¹⁶, entre otros.

El tiempo promedio de inicio de la dieta es de aproximadamente 3,97 + 2,02 días, demostrándose que mientras más tem-

prano se inicia la nutrición enteral, menor será el tiempo de hospitalización, menor la tasa de pérdida de peso y desnutrición, con menor probabilidad de desarrollar complicaciones. Es de hacer notar que así como iniciar la dieta de forma temprana, el uso de un soporte nutricional con glutamina permite al paciente evolucionar satisfactoriamente tal y como fue descrito por algunos autores como Bistran⁸, Correia¹³, Hernández¹⁷, García¹⁸, Gökpinar²³ y Kechen²⁵.

Este trabajo demuestra la ventaja de la nutrición enteral temprana en pacientes con lesión de intestino delgado en el trauma abdominal penetrante, puesto que, como se señala en la discusión anterior, aquellos pacientes en los que se inició la dieta de forma temprana, es decir, al tercer día de post operatorio, se disminuyó el tiempo de hospitalización, así como, la aparición de desnutrición y complicaciones.

De las 1500 historias clínicas de pacientes revisadas, presentaron lesiones de intestino delgado 267 pacientes (17,78 %), como consecuencia de trauma abdominal penetrante. Se pudo identificar que aquellos pacientes quienes recibieron nutrición enteral temprana presentaron una evolución mucho más favorable, que aquellos en los que el inicio de la dieta de forma convencional el día quinto de postoperatorio.

Todo paciente que presenta trauma abdominal, y a la vez, lesiones de intestino delgado, debe recibir nutrición enteral, así como un soporte nutricional con glutamina para así disminuir los efectos nocivos que podrían sumarse a su hospitalización. El tiempo ideal para el inicio de la nutrición enteral es durante los 3 primeros días del postoperatorio, para favorecer la evolución de los pacientes.

Esta investigación refleja la necesidad de establecer y aplicar un protocolo (Anexo 1), donde se estandarice el manejo nutricional postoperatorio de los pacientes que ingresan con lesiones del intestino delgado, producto del trauma abdominal penetrante, y así obtener un mejor manejo del paciente, con la finalidad de lograr una evolución más favorable que permita disminuir riesgos de complicaciones, menor estancia hospitalaria y reducir los costos que implican el tiempo que el paciente permanece hospitalizado.

REFERENCIAS

- Ferrada R, Rodríguez A. TRAUMA, Sociedad Panamericana de Trauma. 2da Edición. Distribuna. 2009.
- Feliciano D, Mattox K, Moore E. TRAUMA 5ta Edición. McGraw-Hill. 2004
- Ferrada R, García A, Cantillo E. Guías de la Práctica Clínica Basadas en la Evidencia. Trauma de Abdomen. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. ASOFAME. 2005.
- Rodríguez-Montalvo F. Manejo del Paciente Politraumatizado. 3era Edición. Editorial Disinlimed, C.A.; 2008.
- McClave SA, Lowen CC, Snider HL. Immunonutrition and enteral hyperalimentation of critically ill patients. Dig Dis Sci 1992; 73:1153-1161.
- Rugeles SJ. Nutrición y metabolismo en cirugía. Rev Colomb Cir 2009; 24:223-228.
- Butterworth. The skeleton in the hospital closet 1974. Nutrition. 1994; 10:435-441.
- Bistran BR, Blackburn GL, Hallowell E, et al Protein status of general surgical patients. JAMA 1974; 230: 858-860.
- Heymsfield SB, Bethel RA, Ansley JD, et al: Enteral hyperalimentation: an alternative to central venous hyperalimentation. Ann Int Med 1979; 90:63-71.
- Manosalva S, Rugeles S. Estado nutricional de los pacientes programados para cirugía mayor en Hospital San Ignacio (tesis). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 1990.
- Correia M, Campos A. Cooperative Study. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. Nutrition 2003;19:823-825.
- Reilly Jj Jr, Hull Sf, Albert N, Waller A, Bringardener S. Economic impact of malnutrition: a model system for hospitalized patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr 1988; 12:371-376.
- Correia Mi, Waitzberg DI. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin Nutr 2003; 22:235-239.
- Cederholm T, Jägrén C, Hellström K. Outcome of proteinenergy malnutrition in elderly medical patients. Am J Med 1995; 98: 67-74.
- De Luis DA, Aller R, Izaola O. Nutrición artificial perioperatoria. An Med Interna (Madrid) 2008; 25: 297-300.
- Fuentes del Toro S. Nutrición, Cirugía y Terapia Intensiva. 1era Edición. El Manual Moderno. 2004.
- Hernández W. Nutrición enteral precoz en el paciente con lesiones complejas. Rev Cub Aliment Nutr 2008; 18(2):265-276
- García B, Grau T. La nutrición enteral precoz en el enfermo grave. Nutr Hosp [online]. 2005, vol.20, n.2, pp. 93-100. ISSN 0212-1611.
- Aguilar-Nascimento, J; Göelzer, J. Early feeding after intestinal anastomoses: risks or benefits? Assoc Med Bras 2002; 48(4):348-352.
- Kreimann, KG. Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. Clinical Nutrition. April 2006.
- Nicolau AE, Merlan V, Ciupan R, Brădiş A. Postoperative early enteral nutrition in a patient with polytrauma and late duodenal perforation. Chirurgia (Bucur) 2008; 103(1):111-115.
- McQuiggan M, Kozar R, Sailors RM. Enteral glutamine during active shock resuscitation is safe and enhances tolerance of enteral feeding. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2008; 32(1):28-35.
- Gokpinar I, Gurley-K E, Pehlivan M, Özcan Ö. Early enteral and glutamine enriched enteral feeding ameliorates healing of colonic anastomosis: experimental study. Turk J of Trauma & Emerg Surg 2006; 12(1):17-21.
- Dissanaike; T Pham. Effect of immediate enteral feeding on trauma patients with an open abdomen: protection from nosocomial infections. J Am Coll Surg 2008; 207(5): 690-697.
- Kechen B, Kozar R. Enteral glutamine: a novel mediator of PPAR_α in the postischemic gut. J Leukoc Biol 2008; 84: 595-599
- Donabedian, H. Nutritional therapy and infectious diseases: a two-edged sword. Nutrition J 2006; 5:21
- Michael J O'Leary I, Aiqun Xue2, Christopher J Scarlett2. Parenteral versus enteral nutrition: effect on serum cytokines and the hepatic

- expression of mRNA of suppressor of cytokine signaling proteins, insulin-like growth factor-I and the growth hormone receptor in rodent sepsis. *Critical Care* 2007, 11:R79
28. Velázquez J, Urbistazu J, Vargas M, Guédez I. Soporte nutricional en pacientes con abdomen abierto. *Hospital Universitario Ángel*

- Laralde IVSS. Valencia. Venezuela. *Nutrición Hospitalaria* 2007;22(2):217-222
29. Bengmark S. Aggressive management of surgical emergencies *Ann R Coll Surg Engl* 2006; 88: 624-629

ANEXO I

PROTOCOLO PARA MANEJO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON LESION DE INTESTINO DELGADO POR TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE

1. Realizar la valoración global subjetiva al momento del ingreso.
2. Calcular el requerimiento energético basal del paciente al momento del ingreso.
3. Realizar valoración nutricional del paciente al ingreso.
4. Realizar laboratorio al momento del ingreso incluyendo niveles de proteínas, con controles posteriores a las 24 y 48 horas.
5. Iniciar dieta líquida en las primeras 72 horas de postoperatorio según régimen de tolerancia:
Inicio: 20 ml/hora las primeras 6 horas.
Aumentar 20 ml/hora de acuerdo a tolerancia las primeras 24 horas, hasta alcanzar ritmo final según los requerimientos establecidos
6. Dar soporte nutricional con glutamina asociada a la dieta del paciente, a razón de 30 gramos en 24 horas repartidos en 3 ó 4 tomas
7. Control semanal de los niveles de proteínas séricas.
8. Controles de peso semanal
9. Repetir el control de laboratorio incluyendo proteínas al momento del egreso del paciente.
10. Registrar el peso del paciente y realizar la valoración nutricional al momento del egreso

Nota: Este protocolo debe seguirse independientemente de la presencia o no de shock al ingreso, del grado de lesión intestinal y de la técnica de reparación a utilizar.

DISECCIÓN DEL PROCESO UNCINADO Y MESOPÁNCREAS COMO PASO INICIAL DURANTE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA: ADAPTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO LAPAROSCÓPICO

HÉCTOR ALMAU (1,2)
LEONARDO DÍAZ (1)
ALÍ HAMAD (1)
GIULIO D'APUZZO (1)

RESUMEN

Usualmente cuando un procedimiento laparoscópico es realizado, los pasos utilizados en la cirugía abierta son adaptados o modificados con la intención de hacerlo factible desde el punto de vista laparoscópico, la presentación de esta técnica quirúrgica demuestra la situación inversa. La disección de manera inicial del proceso uncinado pudiera permitir una mejor exposición de los vasos mesentéricos superiores y dirigir una correcta disección linfática y neurovascular del tejido conocido como mesopáncreas, con el propósito de obtener un mayor porcentaje de resecciones R0. Es así como se expone la técnica quirúrgica utilizada en un caso clínico.

Palabras clave

Cirugía preservadora de páncreas, enucleación, fístula pancreática, tumor sólido-papilar.

OPEN PANCREATODUODENECTOMY WITH INITIAL DISSECTION OF THE UNCINATE PROCESS AND MESOPANCREAS: ADAPTATION FROM A LAPAROSCOPIC PROCEDURE

ABSTRACT

When a laparoscopic procedure is done, the surgical steps are adapted from open surgery in order to make it feasible, in this case presentation it shows the inverse situation. The dissection of the uncinata process and the neurovascular tissue known as mesopancreas, at the first steps in surgery could achieve better results for negative margins. The paper illustrate the surgical technique performed in a clinical case presentation.

Key words

Preserving pancreas surgery, enucleation, pancreatic fistula, papillary-solid neoplasm.

1 Departamento de Cirugía General, Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas.

2 Instituto Diagnóstico, San Bernardino, Caracas.

Usualmente cuando un procedimiento laparoscópico es realizado, los pasos utilizados en la cirugía abierta son adaptados o modificados con la intención de hacerlo factible desde el punto de vista laparoscópico, pero en esta presentación la técnica quirúrgica empleada demuestra la situación inversa. Muchos abordajes y métodos de disección han sido descritos para realizar la duodenopancreatectomía cefálica DPC¹, la disección de manera inicial del proceso uncinado pudiera permitir una mejor exposición de los vasos mesentéricos superiores y dirigir una correcta disección linfática y neurovascular del tejido conocido como mesopáncreas, con el propósito de obtener un mayor porcentaje de resecciones RO². El procedimiento descrito por Goro y col³, impresiona ser un procedimiento seguro y reproducible que no solo puede ser aplicado por vía laparoscópica sino en abordaje abierto de igual manera.

MÉTODOS

Descripción de técnica quirúrgica, basado en la presentación de 1 caso clínico. Paciente masculino de 42 años, que inicia su enfermedad con la presentación de ictericia moderada, dolor abdominal y fiebre, el ultrasonido abdominal revela dilatación de la vía biliar principal, la tomografía abdominal muestra los mismos resultados en ausencia de tumor en la cabeza del páncreas, es realizado una colangiografía que evidencia dilatación de la vía biliar extrahepática con imagen hipodensa de 8 mm dentro de la vía biliar a nivel del colédoco distal sugestiva de tumor. Se procede a realizar CPRE donde posterior a esfinterotomía se exterioriza la lesión tumoral polipoidea, la cual es resecada parcialmente con técnica de polipectomía con asa y cuyo resultado patológico concluye como adenoma con displasia de alto grado, es entonces cuando se decide practicar la duodenopancreatectomía cefálica.

Técnica quirúrgica: El paciente es colocado en decúbito dorsal con ambos miembros superiores en aducción, usualmente utilizamos la incisión de Makuuchi para la cirugía pancreática. Posterior a una maniobra de Kocher amplia y con la apertura de la transcavidad de los epiplones, la cabeza del páncreas es expuesta; es importante preservar la vasculatura de la curvatura mayor del estómago para la preservación pilórica. Orientados por la vena cólica media y por el tronco de Henle, el borde inferior del páncreas es expuesto y se diseca las caras anterior y laterales de la vena mesentérica superior continuando en sentido cefálico pasando por la conjunción esplenomesaraica y posterior vena porta a través de la disección retropancreática, permitiéndonos seguidamente referir el páncreas a nivel de su cuello.

Alcanzado este paso se procede a la disección del proceso uncinado con su separación de la vena mesentérica superior en sus 360°. A continuación, apoyados en la maniobra de Kocher previamente realizada, la cabeza del páncreas es rotada medial-

mente y se procede a disecar la vena porta por abordaje posterolateral en el ligamento hepatoduodenal, permitiéndonos referir la vena porta.

Retornando la cabeza pancreática a su posición anatómica se procede a realizar la linfaadenectomía del ligamento hepatoduodenal, arteria hepática común y tronco celíaco, ligadura de arteria gástrica derecha y arteria gastroduodenal, así como disecar y dejar referida la vía biliar principal por encima del conducto cístico.

Seguidamente para la disección del mesopáncreas, el ligamento de Treitz es liberado y el yeyuno es seccionado 10 cm por debajo de su origen; esta maniobra permite una adecuada exposición de los vasos mesentéricos, ofreciendo la tracción necesaria para la separación del mesopáncreas de la cara lateral de la arteria mesentérica superior, como es descrito por Goro y col³, (Figura 1) (Figura 2).

A este punto de la cirugía, la cabeza pancreática se encuentra totalmente disecada, solo sostenida por el cuello pancreático, duodeno y vía biliar (Figura 3), por lo cual se procede a la transección de la primera porción del duodeno (técnica de preservación pilórica), seguidamente el cuello del páncreas es incidido con el bisturí armónico y finalmente la vía biliar es seccionada con la remoción del espécimen.

La técnica de reconstrucción utilizada es la conocida como reconstrucción de Child modificada, realizando una pancreatoyeyunostomía tipo ducto-mucosa, hepaticoyeyunostomía termino-lateral y finalmente una duodenoyeyunostomía termino-lateral, todas las anastomosis realizadas sobre la misma asa de yeyuno ascendida.

RESULTADOS

El tiempo operatorio final fue de 255 minutos. El tiempo para la fase de resección fue de 160 min y el restante para la



Figura 1: Disección del proceso uncinado y mesopáncreas usando la técnica de exposición descrita por Goro y col.

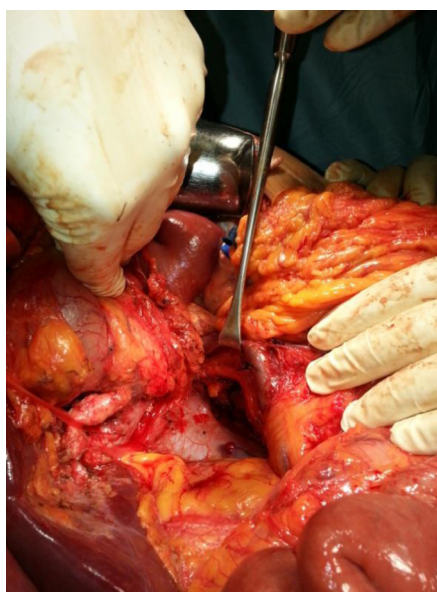


Figura 2: Plano de disección de la vena mesentérica superior y vena porta luego de separado del proceso uncinado y parte del mesopáncreas.

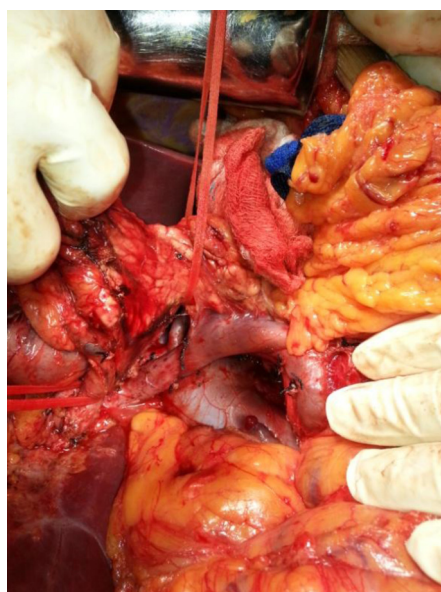


Figura 3: El espécimen quirúrgico es solo sostenido por el cuello del páncreas, vía biliar y duodeno.

reconstrucción, la pérdida sanguínea fue de 400 ml y no fue requerida ningún tipo de transfusión. No ocurrieron complicaciones en el postoperatorio y el paciente fue egresado en el día 8. Actualmente posee un seguimiento de 14 meses libre de enfermedad y sin complicaciones asociadas al procedimiento.

El resultado histopatológico concluyó como estenosis en tercio distal de la vía biliar, observando un moderado grado de displasia.

DISCUSIÓN

Desde la primera DPC, descrita por Whipple en 1935 como un procedimiento realizado en 2 tiempos, muchas modificaciones han ocurrido, los procedimientos laparoscópicos para la cirugía pancreática han tenido un retraso en su desarrollo, esto como consecuencia de la dificultad técnica; sin embargo, ya se pueden ver muchas publicaciones que describen la técnica totalmente laparoscópica para la DPC^{4,5,6}, en la búsqueda por procedimientos simplificados y más seguros algunas modificaciones han sido observadas en las técnicas laparoscópicas como la descrita por Goro y col³, mostrando seguridad oncológica y de técnica quirúrgica que pudiera ayudar a obtener mejores resultados.

La disección de los vasos mesentéricos, proceso uncinado y mesopáncreas durante la DPC constituyen los pasos de mayor

dificultad técnica, la obtención de márgenes libres de neoplasia son cruciales para la supervivencia, siendo el margen posterior el más frecuentemente invadido con una incidencia promedio del 20%, en circunstancias donde esto sucede (resección R1) es eliminada la posibilidad curativa de la cirugía haciendo la recurrencia del cáncer un evento inequívoco⁷. La técnica laparoscópica descrita por Goro y col³ ofrece un novedoso abordaje para la resolución de este problema, la visualización laparoscópica tiende a ser mejor que en la cirugía abierta sin embargo demostramos que esta técnica quirúrgica es realizable por vía abierta de igual manera.

Actualmente nuestro equipo está desarrollando la experiencia de DPC por vía laparoscópica aplicando esta misma técnica quirúrgica.

REFERENCIAS

1. Chandrakanth Are, Mashaal Dhir, Lavanya Rivipati. History of pancreaticoduodenectomy: early misconceptions, initial milestones and the pioneers. *HPB* 2011; 13:377-384.
2. Gockel I, Domeyer M, Wolloschek T, et al. Resection of mesopancreas (RMP): a new surgical classification of a known anatomical space. *World J. Surg Oncol* 2007; 5:44.
3. Goro Honda, Masanao Kurata, Yukihiro Okuda, et al. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: taking advantage of unique view from caudal side. *J Am Coll Surg* 2013; 217: 6:45-49.
4. Asbun HJ, Stauffer JA. Laparoscopic vs open pancreaticoduodenectomy: overall outcomes and severity of complications using the accordion severity grading system. *J Am Coll Surg* 2012; 215; 6: 810-819.
5. Zureikat Amer H, Breaux Jason A, Stell Jennifer L, et al. Can laparoscopic pancreaticoduodenectomy be safely implemented? *J Gastrointestinal Surg* 2011; 15:1151-1157.
6. Kendrick Michael, Cusati Daniel. Total laparoscopic pancreaticoduodenectomy feasibility and outcome in early experience. *Arch Surg* 2010; 145:19-23.
7. Neoptolemos JP, Stocken DP, Dunn JA, et al. Influence of resection margins on survival for patients with pancreatic cancer treated by adjuvant chemoradiation and/or chemotherapy in the ESPAC-1 randomized controlled trial. *Ann Surg* 2001; 234:758-768.

UNA RARA PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG EN EL ADULTO

WILLY NEUMANN
JOSÉ FÉLIX VIVAS
JHOAN SILVA
DANIEL PRADO

RESUMEN

Objetivo: Presentación de un caso clínico de una patología bastante infrecuente, como es el síndrome de Waardenburg tipo IV, en un paciente intervenido en el servicio de Cirugía 2 del Hospital Domingo Luciani. IVSS, Caracas.

Métodos: Paciente masculino de 32 años, quien consultó por presentar dolor y distensión abdominal. Al examen físico se evidenció desnutrición, retardo en el crecimiento, hipoacusia y distopia cantorum. Diagnóstico clínico: síndrome de Waardenburg, tipo IV.

Resultados: Se practicó una laparotomía exploradora, evidenciándose gran dilatación pancolónica. Biopsias rectales compatibles con enfermedad de Hirschsprung. Un procedimiento de Soave fue realizado, con una ileostomía en asa. Actualmente en espera del cierre de la ileostomía

Conclusión: El síndrome de Waardenburg es una rara enfermedad autosómica dominante de presentación clínica y genética heterogénea, de penetración variable. El tipo IV está asociado a enfermedad de Hirschsprung.

Palabras clave

Hirschsprung, Waardenburg, Soave, hipoacusia

A RARE PRESENTATION OF ADULT HIRSCHSPRUNG DISEASE

ABSTRACT

Objective: Presentation of a clinical case of a quite uncommon pathology, the Waardenburg's syndrome type IV, in a patient treated at Surgery 2 service of the Hospital Domingo Luciani. IVSS, Caracas.

Methods: A 32 year old male patient, consulted for presenting pain and abdominal distention. Physical examination showed malnutrition, failure to thrive, hearing loss and dystopia cantorum. Clinical diagnosis: Syndrome Waardenburg type IV.

Results: It was performed a laparotomy, showing a great pancreatic dilatation. Rectal biopsies compatible with Hirschsprung disease. A Soave procedure was done with a loop ileostomy. Currently waiting for ileostomy closure.

Conclusion: Waardenburg syndrome is a rare autosomal dominant disease with heterogeneous clinical and genetic presentation of variable penetration. Type IV is associated with Hirschsprung disease.

Key words

Hirschsprung, Waardenburg, Soave, impaired hearing

El síndrome de Waardenburg (SW) es un desorden genético caracterizado por la asociación de sordera neurosensorial y trastornos de la pigmentación de la piel, iris y cabello¹⁻⁴. Fue descrito por primera vez por Van Der Hoeve en 1916, pero se atribuye el nombre al oftalmólogo holandés Petrus Johannes Waardenburg, quien fue el primero en publicar su experiencia clínica y con ella el esbozo de una posible relación entre el fenotipo de los casos que estudió y un origen genético transmitido por la herencia⁵. En la descripción inicial, Waardenburg contempla ciertas características principales comunes⁵; sin embargo, se han descrito múltiples variantes clínicas, lo cual permite afirmar que el SW es una enfermedad genética autosómica dominante de presentación clínica y genética heterogénea y de penetración variable desde el punto de vista fenotípico^{1,3,4,6,7,8}.

Han sido descritos cinco criterios mayores y cinco menores para el diagnóstico del SW. Los mayores son la presencia de sordera neurosensorial, anomalía en la pigmentación del iris, hipopigmentación del cabello, distopia cantorum y tener un pariente de primer grado con diagnóstico previo de SW. Los criterios menores incluyen la presencia de hipopigmentación de la piel, hipertricosis de la porción medial de la ceja, un puente nasal ancho, hipoplasia de los alerones nasales y aclaramiento temprano del cabello, no relacionado con la edad. El diagnóstico se realiza con dos criterios mayores o uno mayor y dos menores¹.

En función de la variabilidad de las manifestaciones clínicas, el SW se subdivide en cuatro tipos^{1,3,6}, cada uno con un origen genético diferente; sin embargo, tienen en común el compromiso del desarrollo normal de la cresta neural y sus tejidos derivados, siendo un ejemplo del grupo de las neurocristopatías. El SW tipo I se caracteriza por la presencia de distopia cantorum y mutaciones en el gen *PAX-3* a diferencia del SW tipo II en el que no se observa esta característica y la mutación se ubica en el gen *MITF*. En el SW tipo III, se asocian alteraciones musculoesqueléticas en las extremidades superiores y en el SW tipo IV, también llamado síndrome de Shah-Waardenburg (SSW), la característica principal es su asociación con la enfermedad de Hirschsprung (EH). La malformación se ubica en los genes *EDN3*, *EDNRB* y *SOX10*^{4,6,9}. En el SW tipos I, II y III las malformaciones genéticas se transmiten de forma autosómica dominante, mientras que el SW tipo IV se hereda como una condición no completamente recesiva, no completamente dominante, es decir, se observan tanto formas autosómicas recesivas como dominantes con penetración y expresiones variables^{2,3}.

El síndrome de Waardenburg tipo IV tiene importancia desde el punto de vista quirúrgico, por su asociación con la enfermedad de Hirschsprung. Es por este motivo que presentamos un caso manejado en el servicio de Cirugía 2, del Hospital Domingo Luciani IVSS, Caracas, al que se llegó al diagnóstico de SW tipo IV.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 32 años de edad quien consulta a la emergencia de nuestro centro, por dolor abdominal difuso de fuerte intensidad. Al examen físico, presenta signos de desnutrición, sordera del oído izquierdo e hipoacusia del oído derecho, con dificultad para la comunicación, distopia cantorum, raíz nasal amplia e hiperplásica, ojos de color azul pálido e hiperplasia de la porción interna de las cejas (Figura 1), rasgos fenotípicos característicos del SW. Abdomen distendido, doloroso, con ruidos hidroaéreos escasos, de tono metálico. El paciente es adoptado de un orfanato, por lo que no se pudieron obtener datos referentes a sus antecedentes familiares, ya que los desconoce.



Figura 1. Aspecto fenotípico del paciente. Ojos azules pálidos, hiperplasia de la porción interna de las cejas, raíz nasal amplia e hiperplásica (fotografía con permiso del paciente)

Se plantea la realización de una laparotomía exploradora de emergencia, en la cual se evidencia una gran dilatación pancolónica, practicándose resección del segmento dilatado (Figura 2).



Figura 2. Primera laparotomía. Gran dilatación pancolónica, a predominio en el colon descendente

Se toman biopsias rectales previas a la reconstitución del tránsito intestinal con hallazgos compatibles con enfermedad de Hirschsprung de segmento corto; el reporte refería ausencia en algunos segmentos rectales y en otros, escasa presencia de células nerviosas. Se le realizó un cariotipo que resultó normal (Figura 3).

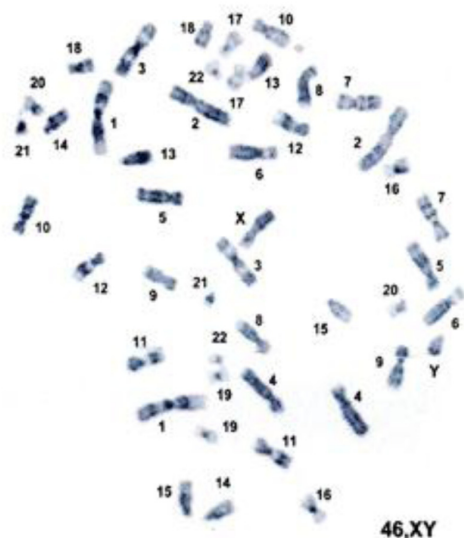


Figura 3. Cariotipo del paciente, normal

En un segundo tiempo se realiza el procedimiento de Soave, o "pull-through endorrectal", que consiste en la resección del segmento colónico dilatado y redundante, más mucosectomía del muñón rectal remanente, eliminando así cualquier posibilidad de segmento agangliónico, y una anastomosis endoanal, la cual es cubierta o "abrazada" por el muñón rectal sin mucosa (Figuras 4, 5 y 6).

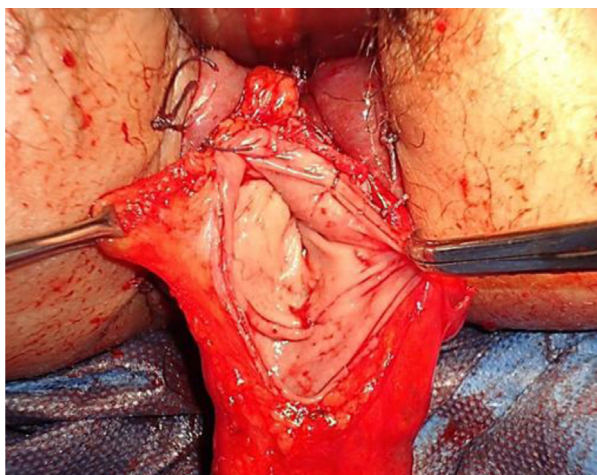


Figura 4. Una vez realizada la mucosectomía rectal, se everta el muñón, pasándose a través de éste, el colon que se va a anastomosar. Antes de resecar por completo el segmento rectal evertido, se inició la anastomosis colo-anal en su cara anterior

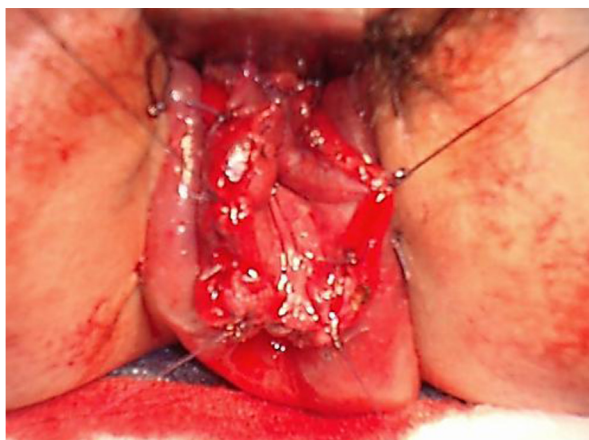


Figura 5. Anastomosis colo-anal completada

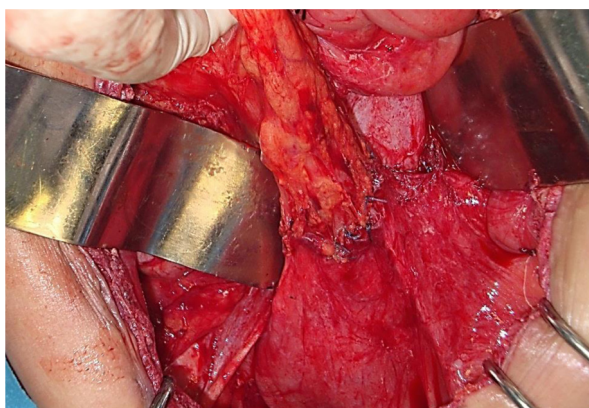


Figura 6. Procedimiento de Soave. Peritonización sobre el colon descendido



Figura 7. Estenosis y retracción del sitio de la anastomosis, posterior a fuga parcial, que se trató con reanastomosis colo-anal más una ileostomía en asa

El paciente presenta como complicación una fístula y posterior estenosis y retracción de la anastomosis colo-anal, tal como se evidencia en el estudio radiológico practicado (Figura 7). Se realizó reanastomosis más una ileostomía en asa. El paciente actualmente se encuentra en preparación para la restitución definitiva del tránsito intestinal.

DISCUSIÓN

La presentación clínica del síndrome de Waardenburg tipo IV incluye la presencia de hipoacusia o sordera neurosensorial, puente nasal ancho, trastornos de la pigmentación del cabello, piel e iris y, de forma característica, la asociación con la enfermedad de Hirschsprung, la cual genera alteraciones en la motilidad intestinal, principal motivo de consulta en este tipo de pacientes. Al ser esta entidad de penetración variable, serán también variables las manifestaciones clínicas, tal como observamos en el paciente estudiado. El manejo de esta patología es quirúrgico y su objetivo es restaurar o mantener la defecación normal.

Después de McKusick en 1973, existen escasos reportes que hablen sobre la asociación del SW y la EH⁴. Descrito en 1981 por Krishnakumar N. Shah, el SW tipo IV se concibe como una entidad muy rara^{2,4}, cuya incidencia es marcadamente menor a la del SW y la EH como patologías únicas⁷. La relación de ambas enfermedades puede explicarse en un origen patogénico común, el cual se basa en la diferenciación, migración, proliferación y sobrevivencia anormal de las células pluripotenciales de la cresta neural, concluyendo en la ausencia de melanocitos y células ganglionares nerviosas en los tejidos blanco como la piel, el iris, el cabello y la estría vascular del órgano de Corti, como sucede en el SW, y en el tracto gastrointestinal, como ocurre en la EH^{1-3,6-9}.

Clínicamente se observan combinaciones variables entre las características típicas del SW y trastornos de la motilidad intestinal, incluyéndose episodios de obstrucción intestinal cuya severidad depende de la longitud segmento agangliónico y cuadros neurológicos centrales y periféricos, referidos como PCWH (neuropatía desmielinizante periférica, leucodistrofia desmielinizante central, SW y EH), que pueden resultar marcadamente incapacitantes.

La EH, es la principal causa de obstrucción intestinal funcional de origen genético. Se pueden clasificar a los pacientes en relación al segmento intestinal comprometido. Las manifestaciones clínicas y la edad de presentación pueden variar de acuerdo con la medida del segmento involucrado⁴. Los pacientes con un segmento agangliónico corto se presentan a una edad más avanzada con constipación crónica, evidencias de malabsorción y enterocolitis, mientras que aquellos con segmento largo se manifiestan desde la infancia⁴. En el caso presentado se trataba de una enfermedad de Hirschsprung de segmento corto, por lo que el tratamiento se hizo en la edad adulta, ya que las manifestaciones clínicas son más tolerables, como son el estreñimiento y la desnutrición por mala absorción.

El diagnóstico del SW tipo IV se realiza mediante la verificación de los criterios clínicos, las evidencias de obstrucción intestinal en estudios radiológicos (rayos X de abdomen, tomografía, colon por enema), la manometría rectal y la biopsia de recto como el estándar de oro para la identificación de la EH⁴.

La aganglioneosis colónica total tiene una alta incidencia entre los casos de SW tipo IV, requiriendo tratamiento quirúrgico en su mayoría⁹. El principio fundamental es garantizar el tránsito intestinal normal, colocando en proximidad dos segmentos histológicamente normales y liberar la contracción tónica del esfínter anal interno⁸. Se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas, desde el protocolo de Swenson, pasando por las técnicas de Soave y Duhamel, sin embargo, cualquiera que sea la técnica utilizada, cuando existe dilatación marcada del segmento proximal a la anomalía, se requiere de la realización de una ostomía primaria^{8,9}. Claramente, el manejo quirúrgico ha reducido enormemente la mortalidad tanto en pacientes con EH como en los casos descritos de SW tipo IV, por lo cual es importante realizar un diagnóstico precoz para garantizar un manejo adecuado de esta patología.

REFERENCIAS

1. Dourmishev A, Dourmishev L, Schwartz R, Janniger C. Waardenburg syndrome. *Int J Dermatol* 1999; 38(9): 656-663.
2. Egbalian F. Waardenburg-Shah syndrome: a case report and review of the literature. *Iran J Ped* 2008; 18(1): 71-74.
3. Pingault V et al. Review and update of mutations causing Waardenburg syndrome. *Human Mutation*. Wiley-Blackwell. 2010; 31(4): 391-406.
4. Mahmoudi A, Rami M, Khattala K, Elmadi A, Afifi A, Youssef B. Shah-Waardenburg syndrome. *Pan Afr Med J* 2013; 14: 60.
5. Waardenburg PJ. A new syndrome combining developmental anomalies of the eyelids, eyebrows and noseroot with pigmentary anomalies of the iris and head hair and with congenital deafness; Dystopia canthi medialis et punctorum lacrimarium lateroversa, hyperplasia supercilii medialis et radialis nasi, heterochromia iridum totalis sive partialis, albinismus circumscriptus (leucismus, poliosis) et surditas congenita (surdumutitas). *Am J Hum Genet* 1951; 3(3): 195-253.
6. Read AP, Newton VE. Waardenburg syndrome. *J Med Genet* 1997; 34(8): 656-665.
7. Vásquez-Rueda F, Blesa-Sánchez E, Núñez-Núñez R, Galán-Gómez E. Síndrome de Waardenburg y enfermedad de Hirschsprung. *An Esp Pediatr* 1998; 48: 306-308.
8. Amiel J et al. Hirschsprung disease, associated syndromes and genetics: a review. *J Med Genet* 2008; 45:1-14
9. Ramesh H, Adarsh S, Bhuvaneshwari Y, Uday A. Extended long-segment Hirschsprung's disease in the Waardenburg-Shah syndrome. *Ann Ped Surg* 2012; 8(2): 59-61.

ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO HEMORRÁGICO. EMBARAZO HETEROTÓPICO. REPORTE DE UN CASO

YOSELYN CAMACARO
MIGUEL QUIROZ

RESUMEN

Métodos: Presentamos un caso de una paciente femenina de 31 años con dolor abdominal de fuerte intensidad, tipo punzante, en fosa iliaca derecha, de aparición brusca, con signos de irritación peritoneal y β -HCG positiva, cuadro clínico de abdomen agudo quirúrgico por embarazo ectópico.

Resultados: El resultado quirúrgico de la intervención arrojó una trompa derecha aumentada de tamaño, rota, sangrante y cuyo reporte de anatomía patológica fue un embarazo tubárico roto y aumento de volumen del útero de aspecto gestante. En el postoperatorio mediato se realiza ecosonograma transvaginal evidenciándose embarazo intrauterino de 7 semanas + 2 días, por lo cual fue egresada con el diagnóstico de embarazo heterotópico.

Conclusión: Se define embarazo heterotópico como la gestación intrauterina y extrauterina que coexisten de forma simultánea. Este se manifiesta como cuadros de dolor abdominal, signos de shock hipovolémico y en raras ocasiones escaso sangrado genital. Es una patología poco frecuente cuando se presenta de manera espontánea.

Palabras clave

Embarazo heterotópico, abdomen agudo quirúrgico, embarazo ectópico, ecosonografía transvaginal.

HEMORRHAGIC SURGICAL ACUTE ABDOMEN. HETEROTOPIC PREGNANCY. A CASE REPORT

ABSTRACT

Methods: We present a case of a female patient aged 31 with abdominal pain of high intensity, sharp stabbing pain, right lower quadrant, with abrupt onset, with signs of peritoneal irritation and β -HCG positive, disease pattern of acute abdomen ectopic pregnancy.

Results: Surgical intervention resulted in a raised right Falopian tube, broken, bleeding and resulting pathology reported broken tubal pregnancy and increased uterine volume of pregnant look. In the immediate postoperative transvaginal sonogram is performed evidencing intrauterine pregnancy 7 weeks + 2 days, which was discharged with the diagnosis of heterotopic pregnancy.

Conclusion: Heterotopic pregnancy is defined as intrauterine and extrauterine gestation coexisting simultaneously. This manifests as abdominal pain, signs of hypovolemic shock and rarely scarce genital bleeding. It is a rare disease when it occurs spontaneously.

Key words

Heterotopic pregnancy, surgical acute abdomen, ectopic pregnancy, transvaginal ultrasonography.

Descrito por primera vez en 1708 por Duverney, el cual lo observó durante la realización de una autopsia. Este embarazo se puede definir como la coexistencia de un embarazo intrauterino con un embarazo ectópico, en donde el ectópico es por lo general tubárico, pero pudiese ser ovárico, cervical, cornual o abdominal¹.

Es una condición extremadamente rara cuando se presenta de forma espontánea, es decir no asociado a técnicas de reproducción asistida, con una frecuencia de 0,3:10.000 embarazos². Esta frecuencia ha aumentado sustancialmente llegando a 1:2.600 – 1:1.800 embarazos, este riesgo es aún mayor cuando las pacientes son sometidas a técnicas de reproducción asistida³. En nuestro país, en la Maternidad Concepción Palacios durante el periodo de 1939-1963 solo se reportaron 4 casos de embarazo heterotópico, representando una incidencia de 1:86.000 nacimientos vivos, el último caso reportado fue en el año 2007 en la maternidad Concepción Palacios⁴.

En relación al embarazo extrauterino 93,9% son tubáricos, 6% ováricos y 1,1% abdominal. Dentro de los tubáricos el 31,8% ocurren en la trompa derecha y el 36,3% en la izquierda, cuya localización en orden de frecuencia es en la ampolla 80%, en el istmo 13%, en las fimbrias 2%, intersticial 3% y en el infundíbulo 2%⁴.

Aunque su etiología no está plenamente esclarecida, muchos de los factores que predisponen al embarazo ectópico son los mismos que favorecen a los embarazos heterotópicos, dentro de ellos mencionamos el daño tubárico luego de una enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, cirugía tubárica previa, embarazo ectópico previo, tabaquismo activo, infertilidad, dispositivo intrauterino, uso de inductores de la ovulación, la transferencia intratubárica de gametos y la fertilización in vitro²⁻⁵.

Clínicamente las pacientes consultan por presentar cuadros de dolor abdominal, signos de shock hipovolémico y en raras ocasiones escaso sangrado genital. Al examen físico podemos evidenciar signos de irritación peritoneal, masa anexial palpable y/o aumento del tamaño del útero. Lo cual nos conduce al diagnóstico de un abdomen agudo quirúrgico²⁻⁶.

El diagnóstico habitualmente se realiza mediante la ecografía transvaginal, donde se evidencia una gestación intrauterina, líquido libre en el fondo de saco y una masa anexial conjuntamente con una elevación de la β -HCG, en este caso no se realizó un ecosonograma previo a la intervención que nos hiciera sospechar de un embarazo heterotópico, sino que se plantea como una hallazgo intraoperatorio debido a que se evidencia aumento del tamaño del útero sospechoso de inicio de gestación y se confirma en su postoperatorio tanto ecosonográficamente como por anatomía patológica. Se han descrito 4 criterios ecosonográficos para precisar el embarazo ectópico: cavidad gestacional extrauterina viva, bolsa gestacional extrauterina conteniendo saco vitelino o embrión, masa anexial con borde ecogénico de tejido alrededor de un centro hipoeoico y masa anexial diferente a un simple quiste⁴⁻⁷.

Dentro de los diagnósticos diferenciales más frecuentes tenemos el síndrome de hiperestimulación ovárica, el cuerpo lúteo torcido, hemorrágico o roto, quiste hemorrágico roto, el cólico ureteral y la apendicitis aguda³.

El objetivo principal en el manejo de esta patología es terminar el embarazo extrauterino sin afectar la gestación intrauterina viable, para ello existen 3 opciones en el tratamiento. El más utilizado es el tratamiento quirúrgico con salpingectomía o salpingostomía por laparoscopia o laparotomía según sea el caso. En caso de que la trompa de Falopio se encuentre intacta se puede utilizar tratamiento médico, mediante la inyección de cloruro potásico o glucosa hiperosmolar intravasular por vía laparoscópica o transvaginal con control ecográfico. Por último se puede seguir una actitud expectante, ya que en algunos casos este tipo de embarazos se resuelven espontáneamente⁶.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 31 años de edad, la cual refiere inicio de enfermedad actual el día 11/09/2013 caracterizado por dolor abdominal, tipo punzante, de fuerte intensidad en fosa iliaca derecha, de aparición brusca, concomitantemente se asocia un episodio de náuseas sin vómitos, motivo por el cual consulta por el servicio de Cirugía, es valorada y se decide su ingreso con el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico por embarazo ectópico roto.

Antecedentes familiares: Padre vivo hipertenso controlado. Madre viva sana. Dos hermanos vivos sanos.

Antecedentes personales: Asmática desde la infancia, última crisis en el 2012. Colocación de prótesis mamarias en el 2012. Resto no contributivos.

Antecedentes gineco-obstétricos: Menarquia a los 11 años. Ciclos menstruales: 30/6. Tipo: dismenoréicos. NPS: 04. FUR: 30/08/2013. 1 gesta I para 0 abortos. Fecha del último parto: hace 12 años. Niega DIU. Niega ACO. Niega uso de fertilización asistida.

Examen físico de ingreso: TA: 100/50 mmHg, Fc: 110 ppm, Fr: 18 ppm. Paciente hipotensa en regulares condiciones generales, discreta palidez cutánea mucosa, levemente deshidratada, afebril al tacto, eupneica, manifestando dolor en la fosa iliaca derecha, tipo punzante de fuerte intensidad.

Cardiopulmonar: tórax simétrico, normoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos taquicárdicos sin soplos, ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares sin agregados. **Abdomen:** globoso a expensas de panículo adiposo, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación superficial y profunda en la fosa iliaca derecha, Blumberg positivo, Punto de Mc Burney positivo, Punta talón positivo, Psoas negativo, Obturador negativo. Ginecológico: genitales externos de aspecto y configuración normal, tacto vaginal, vagina normotérmica / nor-

motónica, dolorosa a la lateralización derecha, fondo de saco de Douglas abombado, a la inspección con especulo se realiza punción del fondo de saco de Douglas la cual es positiva, obteniendo 10 cc de sangre no coagulada. *Neurológico*: orientado en los 3 planos, Glasgow 15/15.

Se decide intervención quirúrgica como abdomen agudo quirúrgico por embarazo ectópico roto vs quiste hemorrágico.

Se solicitan laboratorios de emergencia WBC: 11.7, NE: 81.8%, LY: 13.3%, HGB: 11.9, HCT: 36.4%, PLT: 248, VSG: 20 mm/h, β HCG: positivo, Urea: 19 mg/dl, Creatinina: 0.7 mg/dl, Glucosa 90 mg/dl.

Uroanálisis. Aspecto: turbio, *Color:* amarillo, *Reacción:* acida, *Acetona:* positivo, *Bilirrubina:* negativo, *Hemoglobina:* negativo, *Pigmentos biliares:* negativo, *Proteínas:* negativo, *Urobilina:* negativo, *Bacterias:* abundantes, *Células escamosas* 2-4 xc, *Leucocitos:* 3-4 xc.

Se realiza laparotomía ginecológica transversa:

Hallazgos quirúrgicos

- Hemoperitoneo 800 cc aproximadamente con abundantes coágulos.
- Útero aumentado de tamaño de aspecto gestante.
- Trompa derecha aumentada de tamaño con LOE en su interior de aproximadamente 5 cm de diámetro rota, sangrante
- Resto DLN. (Figuras 1,2 y 3)



Figura 1. Aspecto de la trompa derecha.

Figura 2. Salpingectomía derecha. Pieza operatoria.

Procedimiento: salpingectomía derecha, lavado de cavidad, más cierre por planos.

Postoperatorio inmediato: paciente en buenas condiciones generales, leve dolor en el área de la herida operatoria. En vista de presentar el hallazgo intraoperatorio del útero aumentado de tamaño se solicita para el día 13/09/2012 ecosonograma transvaginal. Se realiza ecosonograma transvaginal con transductor de 7,5 MHz evidenciándose: saco gestacional regular, redondeado, fúndico con reacción decidual de 0.4 cm. Embrión visible, único, de 10 mm aproximadamente 7 semanas + 2 días. Actividad cardíaca positiva. FCF: 156 ppm. Vesícula vitelina 5 mm. No se evidencia cuerpo lúteo. Escaso líquido libre en fondo de saco acorde con antecedente quirúrgico.

En vista del resultado del ecosonograma se decide modificar el diagnóstico a embarazo heterotópico. Es egresada a las 48 horas con una herida quirúrgica limpia y seca, actualmente se encuentra en control en la consulta del servicio de cirugía y del servicio de ginecología y obstetricia, con una evolución satisfactoria, con un buen proceso de cicatrización y un embarazo intrau-



Figura 3. Especimen de anatomía patológica.



terino dentro de los límites normales.

En la biopsia enviada a anatomía patológica se obtuvo el siguiente resultado: Descripción macroscópica: el material recibido, referido como embarazo ectópico de la trompa derecha, consiste de una muestra de 4.5 x 1.2 cms. Tanto la serosa, la pared y la luz son hemorrágicos con coágulos recientes. Se toma material representativo para su estudio histológico. Descripción microscópica: embarazo tubárico roto con extensa hemorragia reciente.

DISCUSIÓN

Se trata de un caso raro y con una incidencia muy baja, según lo reportado en la literatura internacional y nacional y en el caso nuestro aún más porque es el 1er caso que se reporta en nuestro hospital y que se presenta de forma espontánea, sin técnicas de reproducción asistida.

En relación con el embarazo extrauterino se evidencia su localización con mayor frecuencia en trompa y con una frecuencia menor en el lado derecho con respecto al embarazo heterotópico.

Clínicamente se presentaron la mayor parte de los síntomas descritos por la literatura. Se hace la salvedad que en nuestro caso el aumento de volumen del útero se realiza intraoperatorio y no ecográficamente previamente, debido a que se planeó como una urgencia quirúrgica.

El objetivo principal en nuestro caso fue terminar el embarazo extrauterino sin afectar el intrauterino viable.

REFERENCIAS

1. Mendivil C., Padron R., Miranda J., Silva G. Embarazo heterotópico: diagnostico ecográfico temprano, manejo con laparoscopia. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2011; 62: 98-103.
2. Díaz A., Ramírez C., Rojas L., Jiménez J., Hiriart J., Peñaloza F. Embarazo Heterotópico: un caso de urgencia. *Rev Obstet Ginecol. Hosp Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse* 2006; Vol 1 (2):118-120.
3. Kaplan F., Espinoza O., Scheppeler M., Cabrera D., Embarazo Heterotópico: una patología emergente. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002 Vol 67 (5):402-404.
4. Rada L., Rivero A., Briones J., Fernández S. Embarazo Heterotópico vs embarazo ectópico roto con reacción decidua. Reporte de un caso. *Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de León* 2007; 38(2):62-74.
5. Barreras J., Menéndez O., Hernández J., Cáceres H. Embarazo heterotópico. Presentación de un caso. *Rev Haban Cienc Méd* 2008 Vol 7 (1)
6. Albalat R., Cea J., Carrasco A., Jiménez A. Gestación Heterotópica espontánea. *Rev Clin Invest Gin Obst* 2012; 40(1):26-28.
7. Domínguez K., Sastré H., Higuera F., Vargas A., Zaldívar F. Embarazo heterotópico en un ciclo de concepción natural presentado como embarazo ectópico roto. Informe de un caso. *Cir Cir* 2008; 76:519-522.

AFORISMOS QUIRÚRGICOS

ROGER ESCALONA-ALARCÓN (1)
VANESSA JIMÉNEZ (2)

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, el aforismo se define como una "sentencia breve y doctrinal que se propone como regla en alguna ciencia o arte." Algunos autores los consideran como el resumen de un determinado conocimiento, e incluso que puede ser lapidario.

Originalmente, se referían a las reglas escritas por Hipócrates, cuyo Juramento, conocido por todos, es un claro ejemplo de ellos. Pero no es el único famoso de la historia; el médico hispano judío Ben Maimón, más conocido con el nombre de Maimónides, y el gran cirujano francés Guillaume Dupuytren se caracterizaron por su uso en las lecciones, que eran de carácter eminentemente práctico. Siguiendo esta tradición, lógico sería pensar que los médicos tendríamos el perfecto derecho a utilizarlos. Y realmente, todos hemos hecho gala de esta figura, ya sea tomándolas de nuestros profesores o mentores, o - una que otra - de propia cosecha.

Los aforismos forman parte de la naturaleza de la cirugía, comprendiendo una gama de citas, refranes, adagios y concisas declaraciones de principios que permanecen indelebiles en la memoria del estudiante desde sus hazañas de pregrado hasta los años del entrenamiento quirúrgico. Todo cirujano maduro destila una pequeña colección de citas favorita para dispensar y se regocija con los aforismos - nuevos o familiares - que golpean a la audiencia con un dejo de verdad o cinismo.

Todos los cirujanos creamos uno o dos, pero pocos dejamos un legado de ellos para las generaciones futuras. Viejos aforismos sobreviven en los libros de texto, pero rara vez aparecen en el discurso cotidiano, porque gran parte de su atractivo esta en el uso inteligente de las palabras en un sentido contemporáneo. Sin embargo, algunos son tan relevantes hoy en día como lo eran en la antigüedad.

Hipócrates (460-377ac) observó que "en las enfermedades agudas, "los dedos de las manos y de los pies fríos, contraídos o flojos indican cercana muerte." lo que sería un claro ejemplo del aforismo quirúrgico típico que recuerdan los alumnos, convirtiéndose en guía de buenas prácticas. "Nunca deje que el sol se oculte sin drenar el pus", "La piel es el mejor vestido", "Perder una pierna en lugar de una vida", y "Es más fácil que te metas en problemas que salir de ellos", son mensajes que pudieran orientar en determinadas situaciones.

Algunos son burlones y dedicados a determinados niveles quirúrgicos, como aquel que dice que "El espasmo arterial se escribe coágulo", dirigido a residentes vasculares; mientras que "Tienes que ligar la arteria si la punta del electrocoagulador se ajusta a la luz del vaso" es una regla justa para todos.

Algunas observaciones anatómicas caen en la categoría satírica, por ejemplo, el que describe la situación anatómica del páncreas como que "Dios lo colocó en el retroperitoneo para que los cirujanos no jugaran con él", o al mencionar que "las venas varicosas son el resultado de una inadecuada selección de abuelos".

Muchas cosas han cambiado en los últimos 100 años, lo que conlleva a que algunos aforismos, como "El cuerpo humano es la única máquina para la cual no hay piezas de repuestos" manifiestamente ya no son aplicables, mientras que las exhortaciones como "Nunca deje que la piel se interponga entre usted y el diagnóstico" o, "Es más seguro esperar que ver y esperar", han caído en desuso con el desarrollo de las tecnologías de imágenes.

Nuestro mayor dolor de cabeza - la infección del sitio operatorio - refleja su tratamiento con el adagio "La solución a toda polución es la dilución", considerando que son una amenaza seria en toda cirugía

A pesar de su gran clarividencia, Lord Moynihan (1865-1936), primer presidente de la revista British Journal of Surgery, afirmó que "El arte de la cirugía ha alcanzado, verdaderamente, su límite en materia de seguridad y rango", frase desactualizada, dado el desarrollo continuo de la tecnología, por lo que podríamos aplicar el adagio "Lo único que es permanente es el cambio", al que podríamos agregar que "Si no te gusta la cirugía como se practica hoy en día, espere un tiempo, que va a cambiar".

"El primer atributo de un cirujano es una curiosidad insaciable"

1 Jefe del Departamento y Director del Postgrado de Cirugía de Cirugía General. Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Caracas.
Director del Comité de Historia de la Cirugía de la Sociedad Venezolana de Cirugía.

2 Residente del postgrado de Cirugía General. Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Caracas.

ble", dijo John Hunter (1728-1793), lo que representa el desarrollo de la investigación, y algunos avances son el resultado de destellos de la perspicacia - "Descubrir es ver lo que todo el mundo ha visto y pensar lo que nadie ha pensado" y recordar que "El descubrimiento más original, es el que, luego, parece más obvio" - pero la obstinada persistencia y el trabajo duro han sido las características más comunes de la investigación que conduce a nuevas informaciones que cambian la cirugía.

El reciente énfasis en la investigación como un requisito en la formación, y la presión por publicar, trae a la mente una serie de aforismos, como, por ejemplo: "Un experimento es reproducible hasta que otro laboratorio trata de repetirlo"; o "Solo Dios puede hacer una selección randomizada". El cinismo sobre la estadística ha ayudado en la nueva demanda por el análisis de los datos adecuado cuando se declama "La habilidad de manipular los números es un talento, y no evidencia de la guía divina"

Dar datos adecuado al público es importante para cualquier nuevo procedimiento, pues "El primer reporte de una operación es, rara vez, desfavorable". Es importante saber que "No todo experimento es siempre un completo fracaso, siempre puede ser usado como un mal ejemplo"

La presentación de trabajos en reuniones quirúrgicas merece un comentario: "Uno no puede ser breve acerca de un tema a menos que lo sepa bien".

Gran parte del cambio en la práctica quirúrgica en los últimos tiempos ha sido el ser menos invasivo, lo que hace que aquel famoso dogma quirúrgico que dice: "Grandes cirujanos, grandes incisiones", cuando menos es anticuado.

Los cirujanos sabios siempre han reconocido las ventajas de tratar de evitar las operaciones que podrían hacer más daño que beneficio: "Es menos importante inventar nuevas operaciones que encontrar los medios para evitar la cirugía" y "No todo lo que es técnicamente posible es en el mejor interés del paciente". El aforismo "La mayoría de los hombres mueren de sus remedios, no de sus enfermedades" aún tiene un elemento verdadero, pero "La cosa más difícil de hacer es...nada" y "La mera retención de una operación no es una virtud en sí misma", podría relacionarse con el costo/beneficio.

Hoy en día, los cirujanos hemos tenido que plegarnos a los procesos de gestión y de política, "No pelees si no puedes ganar" o "El encanto es la manera de obtener un sí sin tener que responder claramente a las preguntas"

Ya en nuestro ambiente tropical, no debemos olvidar los trillados "Primum non nocere", o "Meter el dedo para no meter la pata", o "En Medicina, dos más dos no siempre es cuatro"

Antes de finalizar, el autor del artículo que originó este ensayo plantea dos apotegmas relacionados con la naturaleza del cirujano: "Puedes tomar en serio su trabajo, pero tomar menos" y "el carácter es hacer lo correcto cuando nadie está mirando".

Es innegable la fuerza de estas máximas que, extemporáneas o no, han marcado nuestro devenir por la especialidad, además de habernos servidos - en no pocas ocasiones, diría - para enseñarnos el camino de salida de algún atolladero quirúrgico,

Para concluir, dos últimos: "Muéstrame tu aforismo favorito y te diré quién eres" y uno del padre del Dr. Campbell, quien fue el primer médico de su familia: "Las mayores recompensas como médico son el respeto de sus colegas y el respeto de sus pacientes".

Tomado de:
Campbell B: Disponible en Wide
World Web Wiley Online Library
(www.bjss.co.uk) 19 April 2013).
Br J Surg 2013; 100: S47-S48)

PRÓXIMOS EVENTOS



XXI Congreso de la Federación Latinoamericana de Cirugía FELAC

17 - 21 de junio de 2015
Hotel Hard Rock Playa, Punta Cana
República Dominicana

LXX Jornada Nacional de Cirugía "Dr. Antonio Clemente"

8 - 10 de julio de 2015
Hotel Eurobuilding & Suites. Caracas

XLI Congreso Nacional Avances en Cirugía

11 - 14 de agosto de 2015
Centro de Convenciones y Eventos Gonzalo Jiménez de Quesada
Bogotá, Colombia

Congreso Clínico del Colegio Americano de Cirujanos

4 - 8 de octubre de 2015
Chicago, USA

XX Reunión Nacional de la Asociación Española de Cirujanos

21 - 23 de octubre de 2015
Palacio de Exposiciones y Congresos
Granada, España

LXXXVI Congreso Argentino de Cirugía y XII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Cirujanos Endoscopistas ALACE

9 - 12 de noviembre de 2015
Buenos Aires Sheraton Hotel & Convention Center
Argentina