



**SERVICIOS DE SALUD
DE NUEVO LEON**
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION



XI
JORNADAS MEDICAS

**“LA MEDICINA INSTITUCIONAL
Y SUS AVANCES”**

4, 5 Y 6 DE JUNIO 1997

R106
.J6
1997
c.1

MEMORIAS

 **SANDOZ**

ciba



JC

“LA M

R106
.J6
1997
c.1

 SANDOC



1080068527

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
SERVICIOS DE SALUD EN NUEVO LEON

HOSPITAL METROPOLITANO
"DR. BERNARDO SEPULVEDA"

MEMORIAS
XI JORNADAS MEDICAS

"LA MEDICINA INSTITUCIONAL Y SUS AVANCES"

SAN NICOLAS DE LOS GARZA, N.L.
JUNIO DE 1997

3472

R106

.J6

1997



PRESIDIUM DE HONOR

- C. LIC. BENJAMIN CLARION REYES RETANA
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE NUEVO LEON

- C. LIC. FELIPE ENRIQUEZ HERNANDEZ
SECRETARIO DE DESARROLLO SOCIAL

- C. DR. JOSE FRANCISCO VILLARREAL GIJON
DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEON

- C. DR. RAMIRO LARA BENITEZ
DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD

- C. DR. S. JAIME GONZALEZ TREVIÑO
DIRECTOR DEL HOSPITAL METROPOLITANO "DR. BERNARDO SEPULVEDA"

COMITE ORGANIZADOR

DR. JAIME GONZALEZ TREVIÑO
PRESIDENTE

DR. MARCO A. TREVIÑO
SECRETARIO

DRA. SILVIA GPE. CANTU BRIEÑO
COORDINADOR

COMITE CIENTIFICO

DR. PABLO RAMOS BENITEZ

DR. JOSE PULIDO RODRIGUEZ

COMITE DE DIFUSION

DR. JUSTINO DE J. ROCHA MARQUEZ

DR. FELIZARDO ELIZONDO YZAGUIRRE

DR. HUGO ALBERTO CEPEDA LOPEZ

MEMORIAS

DR. FRANCISCO J. VALADEZ BOTELLO

DR. OSVALDO DAVILA GARZA

RELATORIA

DR. MARCO A. TREVIÑO

INDICE
CONFERENCIAS MAGISTRALES

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS DISPLASIAS CERVICALES POR COLPOSCOPIA.
DR. HUGO ALBERTO CEPEDA LOPEZ.

ACTUALIDADES EN RADIOLOGIA E IMAGEN EN PEDIATRIA.
DR. JUAN FRANCISCO GARCIA QUINTANILLA

EVALUACION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS.
DR. JOSE G. GONZALEZ GONZALEZ

CONTROL HOMEOSTATICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO.
DRA. GRACIELA LOPEZ BERNAL.

LINFOMA GASTRICO PRIMARIO. PRESENTACION DE UN CASO.
DRA. DELIA OLACHE JIMENEZ

TRATAMIENTO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA.
DR. JOSE LUIS RIVERA VELAZQUEZ

ADOLESCENCIA Y EMBARAZO EN EL HOSPITAL METROPOLITANO.
DR. JUSTINO DE J. ROCHA MARQUEZ

IMAGENOLOGIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL Y SUS COMPLICACIONES.
DR. JOSE RUFFO SOLIS MARTINEZ

TRABAJOS DE INVESTIGACION

CIRUGIA GENERAL.

- 1 DR. GARCIA S.M. INCIDENCIA DE LA OBSTRUCCION INTESTINAL EN EL PACIENTE ADULTO.
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL.
- 2 DR. GIL G. CUERPOS EXTRAÑOS EN RECTO, COMPLICACIONES Y MANEJO.
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL
- 3 DR. GIL G. MORBILIDAD DE LA HERNIA INGUINAL INDIRECTA EN CIRUGIA ELECTIVA VS.
URGENTE. DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL
- 4 DR. OSCAR G. PRIETO A. FISTULAS INTESTINALES.
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL
- 5 DR. JOSE PULIDO R. OBSTRUCCION COLONICA.
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL
- 6 DR. JOSE PULIDO R. CRITERIOS CLINICOS PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PANCREA
TITIS AGUDA. DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL.

MEDICINA INTERNA.

- 7 HERNANDEZ CRUZ, DR. MARIO. PSEUDOMOTOR INFLAMATORIO DE PULMON. REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA.
- 8 RIVERA VELAZQUEZ, DR. JOSE LUIS. LA FRACCION DE EYECCION DEL VENTRICULO IZQUIERDO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL. DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA.
- 9 VALADEZ BOTELLO, DR. FRANCISCO JAVIER. RELACION DE LA ALBUMINA SERICA CON LA MORTALIDAD HOSPITALARIA EN ANCIANOS. DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA.
- 10 VALADEZ BOTELLO, DR. FRANCISCO JAVIER. FLORA BACTERIANA Y ANTIBIOTICOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA.
- 11 VALADEZ BOTELLO, DR. FRANCISCO JAVIER. MORBIMORTALIDAD DE LOS PACIENTES EN PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL. DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA.
- 12 VALADEZ BOTELLO, DR. FRANCISCO JAVIER. BRONCOSCOPIA FIBEROPTICA: INDICACIONES Y RESULTADOS. DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA.
- 13 VALADEZ BOTELLO, DR. FRANCISCO JAVIER. RESULTADOS DE LA VALORACION PREOPERATORIA EN EL PACIENTE ANCIANO EN CIRUGIA ELECTIVA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA.
- 14 VALADEZ BOTELLO, DR. FRANCISCO JAVIER. MORTALIDAD DE LA MENINGITIS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA.

PEDIATRIA.

- 15 DAVILA GARZA, DR. OSVALDO. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE MENINGITIS EN NIÑOS ES UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA.
- 16 DAVILA GARZA, DR. OSVALDO. INCIDENCIA DE HIPOTIROIDISMO CONGENITO EN EL HOSPITAL METROPOLITANO "DR. BERNARDO SEPULVEDA". DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA.
- 17 RODRIGUEZ QUINTANILLA, DRA. MA. ISABEL. INCIDENCIA DE CULTIVOS POSITIVOS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA.
- 18 VILLARREAL DE LOS SANTOS, DR. ELOY. DETECCION TEMPRANA DE LEUCOCORIAS EN EL RECIEEN NACIDO. DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA.

RADIODIAGNOSTICO.

- 19 SOLIS MARTINEZ, DR. JOSE R. DIAGNOSTICO SONOGRAFICO DE MIOMA UTERINO Y NALLAZGOS ENCONTRADOS. DEPARTAMENTO DE RADIODIAGNOSTICO.
- 20 SOLIS MARTINEZ, DR. JOSE R. DETECCION Y DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA POR MAMOGRAFIA. DEPARTAMENTO DE RADIODIAGNOSTICO.
- 21 SOLIS MARTINEZ, DR. JOSE R. DIAGNOSTICO DE LESIONES BENIGNAS POR MAMOGRAFIA. DEPARTAMENTO DE RADIODIAGNOSTICO.
- 22 SOLIS MARTINEZ, DR. JOSE R. IMAGEN DIAGNOSTICA POR ULTRASONIDO Y SERIE GASTRODUODENAL EN ESTENOSIS HIPERTROFICA PILORICA. ESTUDIO COMPARATIVO. DEPARTAMENTO DE RADIODIAGNOSTICO.
- 23 SOLIS MARTINEZ, DR. JOSE R. CARCINOMA POLIPOIDEO DEL COLON. REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA. DEPARTAMENTO DE RADIODIAGNOSTICO.

PRESENTACION

El Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda" celebra su XII Aniversario y por tal motivo realiza las XI Jornadas Médicas; evento ya tradicional que tiene como objetivo, además de celebrar, presentar los resultados de la investigación clínica que se realiza en la institución dentro de un marco donde personalidades médicas tanto nacionales como locales, nos presentan los avances en las áreas de su especialización, haciendo del evento todo un conjunto de conocimientos diversos que seguramente serán de interés para todo médico y personal paramédico.

El esfuerzo realizado para llevar a cabo estas XI Jornadas Médicas ha sido inmenso, pero creemos que los resultados son mayores, y ésto estimula a todos los que trabajamos en esta Institución, para redoblar esfuerzos y mejorar la prestación de los servicios

COMITE ORGANIZADOR

CONTROL HOMEOSTATICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO
DRA. GRACIELA LOPEZ BERNAL

Sabemos que la forma más grave de la hipertensión en el embarazo que nos incrementa la Morbi-Mortalidad Materno-Infantil, es la hipertensión inducida por el embarazo (PIH), también conocida como pre-eclampsia eclampsia.

Establecer la diferencia entre hipertensión crónica e PIH es importante, ya que tanto la fisiopatología como el pronóstico materno y fetal son distintos y por tanto también lo es el tratamiento.

HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Definición.- Síndrome de causa desconocida que se caracteriza por: Edema, Proteinuria e Hipertensión después de la vigésima semana de gestación.

Criterios para definir PIH (por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia): Hipertensión; TA sistólica de 140mmHg. Diastólica de 90mmHg. o elevación de la TA sistólica en 30mmHg, elevación de la TA diastólica en 15mmHg. Dichas cifras deben ser medidas en dos ocasiones con 6 hs de intervalo.

Proteinuria: 300mg en orina de 24 hs ó concentración urinaria de proteinuria de 1 gr/l.

Edema: Una cruz después de 12 hs de reposo en cama ó ganancia de peso de 5lb (2.27 kg) en una semana. La preeclampsia puede evolucionar y presentar crisis convulsivas tónico-clónico generalizadas, como, ó ambos cuadros; en estos se clasifica al trastorno de Eclampsia, las convulsiones no deben estar relacionadas a otras condiciones neurológicas y deben presentarse durante el embarazo o el puerperio. A su vez la PIH suele clasificarse sobre bases clínicas en leve o severa.

INDICADORES DE LA GRAVEDAD DE LA PIH

Alteración	Leve	Severa
Presión arterial diastólica	100mmHg	110mmHg ó más
Proteinuria	indicios	++ ó más
Cefalea	ausente	presente
Alteraciones visuales	ausentes	presentes
Dolor abdominal alto	ausente	presente
Oliguria	ausente	presente
Convulsiones	ausentes	eminentes
Creatinina sérica	normal	elevada
Trombocitopenia	ausente	presente
Hiperbilirrubinemia	ausente	presente
Elevación de TGO	mínima	marcada
Retraso del crecimiento fetal	ausente	evidente

METODOS PROPUESTOS PARA LA DETECCION TEMPRANA DE PIH.

Aumento de peso: el incremento arriba de 8 lb (3.6kg) entre las 20 y 30 SDG predice el desarrollo de pre-eclampsia.

Roll Over Test: descrito por Grant et al, se realiza entre las 28 y 32 SDG. Se coloca a la paciente en decúbito lateral izquierdo y se toma la TA diastólica, posteriormente la paciente se coloca de regreso a decúbito dorsal, tomando nuevamente la TA de inmediato y después de 5 min. un aumento de la TA diastólica de más de 20mmHg define al test como positivo. Es un test sencillo de realizar y puede detectar un grupo con mayor posibilidad de aparición subsecuente de pre-eclampsia.

EXCRECION URINARIA DE CALCIO: Un estudio prospectivo de 103 embarazadas, utilizando una cifra límite de 195mg/24 hrs, confirmó el valor de una menor excreción de calcio como predictor de PIH antes del inicio de los síntomas clínicos. Constituye un tema importante para estudios futuros.

FIBRONECTINA: Los niveles de fibronectina se incrementan en plasma varias semanas antes del desarrollo de hipertensión. Es un buen predictor de pre-eclampsia. La fibronectina es una proteína que se deriva del hígado y de células endoteliales. Es un marcador de la alteración vascular, está involucrada en la función plaquetaria tisular y de la membrana basal endotelial. Es un tema de investigación extenso y puede ser útil en el futuro, No obstante, en la actualidad debe considerarse recurso de investigación.

CONDICIONES CLINICAS OPTIMAS PARA DESEMBARAZO:

- TA sistólica menor de 160mmHg, diastólica menor de 110mmHg. PAM de 110.
- PVC mayor de 6cm
- Diuresis igual o mayor de 0.5cc/kg/hr.
- Frecuencia cardíaca menor de 100.

CONDICIONES DE LABORATORIO OPTIMAS PARA DESEMBARAZO.

- Hemoglobina mayor de 10gr.
- Hematocrito mayor de 35
- Plaquetas mayor de 100 000
- Tiempos de coagulación normales
- Fibrinógeno mayor de 300 mg/dl
- Electrolitos séricos = K mayor de 3.5

PRONOSTICO:

La pre-eclampsia puede producir enfermedad materna grave, parto prematuro, o apenas desviarse de lo que es un parto a término normal desde otros puntos de vista. No se han encontrado indicadores que pronostiquen con confiabilidad la evolución clínica de la enfermedad.

Hta Secundaria es la PA aumentada y sostenida de origen orgánico o funcional identificable.

Las causas que la originan son:

- Enfermedad Renal: Enf. Poliquisitca
 - Vasculitis
 - Pielonefritis
 - Nefropatia Diabetica
 - Nefropatia Obstructiva
- Adrenal: Feocromocitoma
 - Enf. de Cushing
 - Aldosteronismo Primario
- Hormonales: Hiperparatiroidismo
 - Hipertiroidismo
 - Acromegalia
- Ingesta de Medicamentos: Simpaticomimeticos
 - Estrogenos
- Embarazo

El objetivo del presente trabajo es demostrar las complicaciones que ocasiona el presentar la PA elevada a largo plazo, y de concientizar en conservar un estado de salud adecuado, y de esta manera reducir especificamente la morbilidad por la ECV y la Cardiopatía Isquémica.

- * Jefe del Departamento de Radiología e Imagen.
- ** Médico Radiólogo
- *** Residente de Radiología e Imagen Grado I.

OPERACION DE McINDOE PARA NEOVAGINA

OPERACION DE McINDOE PARA NEOVAGINA

Toda mujer al llegar a la edad de la Menarquia, al igual que su familia, espera que tenga su primera y subsecuentes menstruaciones y al decidir tener matrimonio, realizar una función copular adecuada y en espera de su embarazo. Pero al retrasarse la presencia de su menstruación, empieza la angustia familiar y el deseo de consultar a un médico. Esto las lleva a visitar a una serie de Instituciones que le puedan ayudar a resolver esto que consideran un gran problema.

El motivo que con mayor frecuencia lleva a estas pacientes a buscar el apoyo médico es la Amenorrea Primaria o algunas condiciones clínicas que pueden asociarse como son las alteraciones de los órganos genitales, el dolor pélvico crónico o cíclico, la dispareunia o la imposibilidad de realizar el coito y ocasionalmente, la presencia de una tumoración pélvica posiblemente de origen hemático.

La investigación del cuadro clínico se debe realizar llevando a cabo los siguientes elementos:

- 1) Historia clínica completa, que incluye los antecedentes personales y familiares de anomalías congénitas.
- 2) Exploración física completa, con especial énfasis en el área genital, el desarrollo mamario y las características del vello corporal.
- 3) Pruebas de laboratorio para estudiar el estado general de la salud con un perfil endócrino-ginecológico y el estudio del cariotipo.
- 4) Ecosonografía pélvica para evaluar los órganos genitales internos.
- 5) Urografía Excretora y radiografías de la columna vertebral y de los miembros torácicos y pélvicos.
- 6) Laparoscopia pélvica como un complemento diagnóstico.

Una vez completado el estudio clínico, se procederá al planteamiento terapéutico que casi siempre será quirúrgico con los siguientes objetivos:

- 1) Formar un espacio perineal que permita el coito.
- 2) Establecer en su caso una vía para el drenaje de la sangre menstrual.
- 3) En algunos casos, propiciar la función reproductora.

En la mayoría de los casos sólo será posible cumplir con el primer objetivo.

La intervención deberá realizarse ante la proximidad de la menarquia y la presencia de dolor pélvico crónico periódico como posibilidad de hematometra. Además de la cercanía del inicio de la vida sexual o de la realización del matrimonio. El restablecimiento de la función reproductiva amerita la ejecución de diversas intervenciones y de estudios hormonales específicos.

No es posible atribuir una etiología genética exclusivamente para la agenesia de vagina, ya que casi todas las pacientes tienen un cariotipo 46XX. Por lo general se sugiere una modalidad de herencia autosómica dominante limitada a las mujeres de un gen mutante transmitido por parientes de sexo masculino. Otros sugieren una exposición teratogénica entre los días 37 y 41 de la gestación, es decir, el período durante el cual se forma la vagina. Knab piensa que las etiologías teratogénica y de mutación genética son las más probables.

Los defectos mayores en el desarrollo de la vagina son de dos tipos:

OPERACION DE McINDOE PARA NEOVAGINA

- 1) Falla total del desarrollo de los Conductos de Müller dando ovarios normales, porción fimbriada de trompas rudimentarias, sin existir utero, cervix ni vagina; desarrollo sexual y genitales externos son aparentemente normales con una pequeña depresión en el sitio que pudiera corresponder al introito vaginal.
- 2) Falla parcial que ocasiona falta de cervix, falta parcial o total de vagina, utero rudimentario sin endometrio funcionante, con trompas y ovarios normales, con una depresión o fosa en el introito vaginal.

La primera operación para realizar una neovagina fué de De Haen en 1716, con poco éxito ya que lesionó vejiga. Dupuytren en 1817, fué el primero con éxito en la formación de una vagina artificial. Baldwin en 1904, utilizó con éxito fragmentos de íleon y colon. Schubert en 1911, no tuvo éxito con injerto de rectosigmoides. Stoeckel y Richter en 1912, intentaron cubrir con peritoneo pelviano la cavidad realizada. Warton en 1932, con el uso de moldes y presión intermitente intentó crear un espacio entre la uretra y el recto. Brindeau y Burger en 1935, cubrieron el espacio con una membrana amniótica. Frank en 1938, también logra un buen resultado con la aplicación de prótesis por presión. Archibaldo McIndoe en 1938, emplea la técnica de crear un espacio entre uretra y recto y cubrirlo con un molde recubierto con injerto libre de piel. Müller y Dellenbrach en 1963, utilizaron un colgajo peritoneal descendido hasta la neovagina por vía alta. Williams en 1964, utiliza la técnica de formar una bolsa cutánea.

El caso clínico que nos ocupa es de una joven de 18 años, estudiante, de medio socioeconómico bajo. Producto del tercer embarazo, aparentemente normal. Con ingesta de medicamentos no especificados y polivitaminas. Inmunizaciones completas. Telarquia a los 13 años y desarrollo coporal y de vello aparentemente normales. Nunca ha menstruado, por lo cual fué revisada por varios médicos sin dar una explicación satisfactoria y en 2 ocasiones recibió tratamiento hormonal mixto, presentando sólo leve dolor abdominal después de su aplicación. Exploración física: estatura de 1.55 m. peso de 65 Kg. Lesiones de acné facial. Mamas con desarrollo adecuado. Vello abdominopúbico discretamente escaso pero bien implantado, desarrollo de clítoris y de ambos labios normales. No existe orificio vaginal, sólo una pequeña fosa. Estudio de ecografía reporta un utero muy pequeño hipoplásico. Trompas y ovarios pequeños. El cariotipo fué 46 XX. Exámenes de laboratorio normales. Urografía excretora y radiografías normales.

Bajo anestesia epidural complementada, se procedió a incidir piel en la fosa encontrada con una incisión transversa de 3 cm la cual se profundizó por todo el tejido celular y separando la aponeurosis con la ayuda del tacto, de dilatadores y de pequeñas valvas hasta hacer un túnel de 13 cm de longitud y de 3.5 cm de diámetro. Se corroboró una correcta hemostasia. En tanto, con el dermatomo de Reese, se tomó un injerto de piel de la región del muslo y se cubrió un molde expresamente realizado con gasas estériles y un preservativo también esterilizado al cual se unieron los fragmentos de piel y se suturaron con catgut crómico tres ceros para mantenerlo en su sitio. Se colocó en el túnel con ayuda de las valvas y se procedió a fijar los labios para impedir su expulsión. Se manejó con antibióticos. El molde fué retirado a los 12 días observando un implante del 95%, observandose material purulento escaso. Se continuo aplicando en forma intermitente el molde y se aplicaron estrógenos conjugados locales. Su evolución ha sido satisfactoria pudiendo realizar el coito a partir de los seis meses sin problemas.

DR. CARLOS FELIPE ALVAREZ MARTINEZ.

TRATAMIENTO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA

DR. JOSE L. RIVERA VELAZQUEZ

El tratamiento de la cardiopatía isquémica ha evolucionado en una forma muy importante en los últimos 40 años, iniciándose con la creación de las unidades de cuidados coronarios, pasando por la cirugía de revascularización y la trombolisis llegando a la actualidad con la tecnología láser.

Actualmente se está utilizando el término de cardioprotección para hablar de la cardiología preventiva, de tal manera en el momento actual se le está dando mucho énfasis a la cardioprotección primaria.

En esta ocasión nos enfocaremos a lo que es la cardioprotección secundaria la cual se agrupa en la fórmula nemotécnica del ABC(DEF) que se refiere al:

- A. El uso de la aspirina desde el inicio del tratamiento a todo paciente con cardiopatía isquémica.
- B. Se hace énfasis en el uso de los betabloqueadores y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.
- C. El control adecuado de la hipercolesterolemia.
- D. Habla sobre los diferentes dispositivos de reperfusión.
- E. La práctica del ejercicio y el tratamiento con estrógenos a la mujer posmenopáusica.
- F. La supresión del tabaco.

La cardioprotección secundaria de la aterosclerosis y sus eventos clínicos, aun cuando sea exitosa, representa en sí una falla de prevención y profilaxis.

La prevención secundaria empieza desde el mismo momento en que el paciente es admitido al servicio de urgencias con cualesquiera de los síndromes coronarios.

Para entender el tratamiento de la cardiopatía isquémica hay que tener en cuenta : que el daño miocárdico es resultado de una oclusión coronaria. la extensión del daño puede ser marcadamente limitada por la restauración del flujo en los primeros 15-20 min, se asocia con una necrosis mínima y el miocardio salvado disminuye exponencialmente con el tiempo. Por otro lado el tamaño de un IAM también se limita al disminuir las demandas de oxígeno. También hay que recordar que el tamaño del infarto se correlaciona con la mortalidad.

Por lo tanto cuanto más temprano llegue el paciente al hospital y se establezcan las medidas terapéuticas oportunas para restablecer el flujo coronario (mediante trombolisis, angioplastia o cirugía) y se rescate la mayor parte del miocardio en riesgo tanto mejor será el pronóstico.

El uso de la aspirina se ha vuelto rutinario en el tratamiento del paciente isquémico ya que se ha demostrado en diferentes estudios multicéntricos que esta por sí sola puede disminuir hasta en un 44% la incidencia de IAM, mientras que la tasa de mortalidad postinfarto se reduce desde un 5% hasta un 40%. También se reduce la tasa de reinfarto de un 12 a un 57%.

Los betabloqueadores también han demostrado un efecto cardioprotector . Se ha demostrado estos reducen el consumo de oxígeno, la frecuencia cardíaca, el estrés parietal y el inotropismo, aumentan el metabolismo aerobio, redistribuyen el flujo coronario hacia las zonas isquémicas. Además que tienen actividad antiaritmica y acciones antiplaquetarias.

Los IECAS administrados a pacientes con IAM en evolución principalmente los de la cara anterior , disminuyen las cargas hemodinámicas, tienden a normalizar el estrés parietal, bloquean la síntesis de colágena y permite normalizar la relación masa/volumen.

Los calcioantagonistas por otro lado no han demostrado utilidad en el infarto agudo del miocardio . sin embargo en los últimos años han salido reportes de algunos de ellos que se reporta disminuyen la frecuencia de eventos anginosos.

Todos los consensos recomiendan disminuir el colesterol total y el C-LDL a los niveles mínimos permitidos. Sabemos que por cada 1% de reducción del colesterol total disminuye la tasa de mortalidad coronaria en 1.6%

DIAGNOSTICO Y DISPOSITIVOS DE REPERFUSION.

El tamaño del infarto es el principal determinante del pronostico temprano y tardío.

Cuando más temprano se haga el diagnostico y se establezcan las medidas terapéuticas oportunas para restablecer el flujo coronario mejor será el pronostico.

Actualmente se considera a la trombolisis el tratamiento convencional del IAM ya que se ha demostrado en diferentes estudios que disminuye la mortalidad en más de un 30%.

Actualmente la Angioplastia Transluminal percutanea de la arteria coronaria esta aceptado como un procedimiento efectivo, paliativo y no quirúrgico. Los resultados observados en diferentes estudios muestran un porcentaje de éxito en angioplastias electivas de hasta un 90% y en las primarias postinfarto hasta de un 88%, aunque todavía se siguen presentando casos de reestenosis que llegan casi al 40% a los 6 meses del procedimiento. Por tal motivo se sigue estudiando diferentes métodos alternativos, de los cuales los aceptados actualmente son la angioplastia con láser excimer la cual actualmente esta aceptada para realizarse en obstrucciones excéntricas. El método actual depende del contacto con la lesión , por lo que se debe tener cuidado con esta ya que sigue siendo un procedimiento ciego y tiene alto riesgo de perforación coronaria, aunque en los estudios reportados hasta el momento solo se reporta un índice de complicaciones de al rededor del 10%.

Otro procedimiento aceptado es la Aterectomia direccional dirigida por catéter. La cual también esta aceptada para lesiones excéntricas .

Uno más de los procedimientos que se encuentran bajo estudio es la Aterectomia rotacional que se basa en un trepano en forma de tornillo. Actualmente no se ha aceptado su uso rutinario, su uso actual se limita a lesiones largas que no pueden ser dilatadas con la técnica de balón.

Las prótesis endoarteriales o STEN han demostrado ser útiles y con estos ha disminuido la incidencia de reestenosis.

Otra alternativa es la cirugía de revascularización la cual también se puede realizar en forma temprana después de un infarto y en forma electiva.

E. Ejercicio y estrogénos.

El realizar ejercicio disminuye la mortalidad en un 20-22%, siempre y cuando este sea dirigido por un experto ya que se han reportado reinfaros en forma temprana hasta en un 15% .

La terapia hormonal en las mujeres postmenopausicas disminuye el índice de colesterolemia con lo cual se observa un claro efecto cardioprotector.

F. Fumar.

El dejar de fumar es una de las intervenciones del estilo de vida que más influencia tienen en el pronostico del paciente después de un IAM.

Las técnicas y procedimientos de cardioprotección en la cardiopatía isquemica han hecho disminuir la mortalidad cardiovascular. Toda medida de prevención que se logre aplicar a nivel masivo o individual disminuirá la elevada cuota de muertes, sufrimiento e incapacidad que genera la aterosclerosis coronaria.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS DISPLASIAS CERVICALES POR COLPOSCOPIA

Debido a que en nuestros tiempos el Cáncer de Cérvix es la principal causa de muerte en nuestro país por dicho padecimiento, ocurriendo más de 5,000 por año, se ha tratado de implementar mejores métodos para su detección y tratamiento.

Alguno de los factores de riesgo lo constituye el inicio de vida sexual activa a muy temprana edad, los múltiples compañeros sexuales (promiscuidad); asociándose a esto las infecciones del virus del papiloma humano.

Generalmente este padecimiento transcurre asintomático y una vez que se instala el cuadro (sangrados anormales) la patología esta avanzada.

En los últimos años hemos visto un decremento en el diagnóstico de cáncer invasor así como su mortalidad a su vez, un aumento en el diagnóstico del cáncer in-situ, esto debido a las campañas de detección oportuna de cáncer.

Los 2 principales métodos utilizados para la detección es la citología exfoliativa (PAPANICOLAU) y la Colposcopia, estos 2 métodos son complementarios entre sí.

La colposcopia fué descrita por el Dr. Hilseman en 1925 e introducida en México en 1981 por el Dr. Cruz Talonia, implementando el programa de clínica de Displasias.

La clínica de Displasias se define como un centro especializado con tecnología moderna cuyo objetivo es la detección y tratamiento oportuno de la neoplasia intraepitelial cervical, así como las lesiones precursoras del mismo.

Dentro de los objetivos de esta clínica es disminuir la morbi-mortalidad, dar un diagnóstico oportuno y tratar de ofrecer un tratamiento conservador para este padecimiento.

El colposcopio es un microscopio que permite la observación directa y magnificada del cérvix facilitando con esto el registrar la lesión, su localización y extensión, ayudando a determinar el sitio adecuado para toma de la biopsia.

Existen diferentes diagnósticos colposcópicos que van desde el normal hasta llegar al cáncer invasor.

Una vez que se ha establecido el diagnóstico se trata de ofrecer la posibilidad de dar un tratamiento conservador a base de criocirugía o asadiatérmica con el objetivo de tratar de preservar el órgano y su función reproductora.

Las ventajas de la colposcopia así como del tratamiento conservador son:

- Fácil de realizar e indoloro
- Tiempo aproximado: 5 minutos
- No requiere preparación
- Realizable aún durante la menstruación
- El diagnóstico es inmediato
- El tratamiento se realiza en esa misma sesión, es ambulatorio, no requiere anestesia y por lo tanto de bajo costo

LINFOMA GASTRICO PRIMARIO. PRESENTACION DE UN CASO.

Paciente del sexo femenino de 25 años de edad con los siguientes antecedentes: Madre con Diabetes Mellitus, desconoce tiempo de evolución, resto de antecedentes negados; antecedentes personales patológicos solo alcoholismo ocasional, resto negados.

Inicia su padecimiento hace 6 meses con dolor en epigastrio de tipo punzante sin irradiaciones, se acompaña de náuseas y vómito de contenido gástrico, así como pérdida de peso cuantificado a 20kg. A la exploración física sin hallazgos de relevancia.

EXAMENES DE LABORATORIO: Biometría hemática: Hb 13.6, Hcto. 43, CMHB.G 32, Plaquetas: nl, Leucocitos: 9,100, Linfocitos: 15, Neutrofilos: 85, Bandas: 2, segmentados: 83.

QUIMICA SANGUINEA: Glucosa:85, BUN: 9.9mg/dl, Creatinina: 0.82mg/dl, Alb: 2.5 g/dl, B.T.:0.8mg/dl, B.D.:0.2mg/dl, DHL: 290 IU/L.

SERIE GASTRODUODENAL: En estómago se observa gran defecto en curvatura mayor compatible con úlcera gástrica que distorciona la mucosa en esta área. El resto del estudio normal.

PANENDOSCOPIA: Esófago: normal, estómago: lesión ulcerada en cuerpo gástrico, sobre la curvatura mayor de 5 cm de diámetro con infiltración de cuerpo alto y antro. Duodeno: normal. Seguimiento: Se le realiza biopsia endoscópica fraccionada con resultado. Histopatología: Biopsia de mucosa gástrica con Adenocarcinoma poco diferenciado, difuso (Q-197 en medio privado).

Se decide con este resultado la gastrectomía total con esofagoyeyunoanastomosis en "Y" de Roux mas esplenectomía. Con el n° quirúrgico 254-97 se efectúa estudio histopatológico encontrado: Estómago con curvatura mayor de 23cm, curvatura menor de 12cm, serosa congestiva, despulida. La mucosa café rojiza, granular, despulida con pérdida de sus pliegues y arrugas gástricas, su pared engrosada con espesor de 1.8cm (normal 0.4cm) de consistencia aumentada y gris amarillenta. Bazo: de 120gr, rojo violáceo, congestivo.

MICROSCOPICAMENTE: Se aprecia a proliferación de células linfoides pequeñas, con nucleos hipercrómicos con escotaduras y hendiduras, escaso citoplasma con ocasionales eosinófilos dispersos, actividad mitótica atípica frecuente que infiltran todas las capas del estómago tercio distal del esófago. Bazo congestivo. Se realizaron tinciones especiales de inmunohistoquímica para la demostración de la estripe linfoide con los siguientes resultados: Antígeno común leucocitario fuertemente positivo, antígeno de membrana epitelial: negativa.

DX. PRODUCTO DE GASTRECTOMIA TOTAL MAS ESPLENECTOMIA: Linfoma NO HODKING, DIFUSO DE LINFOCITOS PEQUEÑOS, HENDIDOS, PRIMARIO GASTRICO.

COMENTARIO: El linfoma gástrico primario es definido como el linfoma presente en el estómago sin evidencia de involucro hepático, esplénico en ganglios linfáticos mediastinales o periféricos, o médula ósea al momento de la presentación. El tracto gastrointestinal es el sitio más común de desórdenes linfoproliferativos cerca del 50% de todos los linfomas extraganglionares. Aunque solo representan el 5% de todos los tumores gástricos. la patogénesis permanece incierta se han propuesto un número de asociaciones como la infección por Helicobacter Pylori, hiperplasias linfoides gástricas, desórdenes de inmunodeficiencias congénitas y adquiridas, Sprue Celiaco.

Con los recientes avances y la utilización de los anticuerpos monoclonales técnicas de biología molecular y análisis de arreglos genéticos es ahora posible la determinación del linaje celular de la mayoría de los linfomas gástricos.

DRA. DELIA OLACHE JIMENEZ. Anátomo Patóloga.

LAPAROSCOPIA EN ESTERILIDAD

DR. FELIZARDO ELIZONDO YZAGUIRRE. MEDICO GINECOOBSTETRA EN BIOLOGIA DE LA REP.

En la actualidad la benevolencia de la laparoscopia, esta demostrada no solo como técnica diagnostica, sino también como técnica terapéutica; existiendo reportes en la literatura universal que el 80% de la patología ginecológica quirúrgica puede ser resuelta por esta vía, y es en donde el campo de la esterilidad ha jugado un papel de grandes controversias y discusiones entre experimentados laparoscopistas y cirujanos ginecológicos.

De vital importancia es el hecho de que aquel cirujano que inicie su entrenamiento en esta disciplina, deberá dominar previamente las técnicas quirúrgicas tanto vaginales como abdominales, así como la resolución de probables complicaciones "nuevas" a las que no estaba acostumbrado; como lo es: la embolia gaseosa, lesión térmica a órganos vecinos, edema agudo de pulmón o la flebotrombosis de miembros pélvicos entre otros. Deberá enfrentar el reto de acostumbrarse a una imagen bidimensional de los órganos pélvicos proyectados por la video cámara, desarrollar una adecuada destreza dentro de lo que sus ojos ven en un monitor y lo que sus manos manipulan dentro de la cavidad abdominal así como dominar los aspectos técnicos de este procedimiento.

El procedimiento laparoscópico diagnóstico como tal se debe efectuar para complementar el estudio integral de la pareja estéril, y llevarse a cabo una vez que ya se hayan realizado todos los estudios pertinentes de los factores que deben ser examinados previamente, antes de iniciar el estudio endoscópico de la pelvis femenina.

APLICACIONES CLINICAS

PATOLOGIA INFLAMATORIA:

- a) Enfermedad inflamatoria pélvica: Diagnóstico oportuno.
- b) Endometriosis: Etapificación y tratamiento (liberación de adherencias, fulguración de focos endometriósicos, resección de endometriomas).
- c) Liberación de adherencias (adherenciólisis)

PATOLOGIA TUBARIA:

- a) Exploración de la permeabilidad tubaria.
- b) Ovariólisis.
- c) Aspiración de óvulos.
- d) Biopsia gonadal.

PATOLOGIA UTERINA:

- a) Miomectomía
- b) Adherenciólisis del intestino o epiplón al útero.
- c) Extracción de cuerpos extraños.
- d) Liberación de sinequias.
- e) Monitorización durante el cateterismo tubocornual.
- f) Clasificación y manejo de malformaciones congénitas.

REPRODUCCION ASISTIDA:

- a) Transferencia intratubaria de gametos (GIFT)
- b) Transferencia intratubaria de embriones (ZIFT o TET)
- c) Fertilización in vitro y transferencia de embriones (FIUTE)

OTRAS APLICACIONES:

- a) Ligamentopexia de redondos y uterosacros .
- b) Simpatectomía presacra.
- c) Ablución de úterosacros (luna)

CONTRAINDICACIONES:

. ABSOLUTAS

- a) Riesgo quirúrgico - anestésico elevado.
- b) Trastornos hemorrágicos agudos.
- c) Peritonitis aguda.
- d) Masas pélvicas que llegan a cicatriz umbilical.
- e) Tuberculosis peritoneal extensa.
- f) Inexperiencia
- g) Carencia de equipo adecuado.

. RELATIVAS

- a) Hernia umbilical o diafragmática.
- b) Miomatosis uterina en tratamiento médico.
- c) Obesidad o desnutrición severa.
- d) Embarazo avanzado (2° - 3er. trimestre)
- e) Persistencia de enfermedad inflamatoria pélvica aguda.

ACTUALIDADES EN RADIOLOGIA E IMAGEN EN PEDIATRIA

Pocos métodos diagnósticos, inocuos y relativamente baratos como lo es el ultrasonido, son capaces de brindarnos la anatomía que este método es capaz de desplegar al estudiar el cerebro de un neonato a través de las fontanelas. La implementación en las salas de terapia neonatal con equipos de ultrasonido permite una valoración instantánea y precisa sin necesidad de trasladar al paciente fuera de la unidad neonatal o de la misma incubadora. A través de las diversas fontanelas se obtienen principalmente utilizando equipos con transductores de 5 mhz, imágenes en diversos planos, coronal y sagital en forma promordial, comparativos de las cavidades ventriculares y la región subependimaria que es el sitio más común de hemorragia por inmadurez e hipoxia, además de ser una región de circulación terminal por vasos lenticuloestriados.

La clasificación de papile, referente a hemorragia intracraneal grado I al IV, sigue siendo útil, aún cuando no es un parámetro totalmente fidedigno en cuanto al pronóstico tardío, si lo es en el mediano y corto plazo permitiendo al médico neonatólogo la modificación o corrección de parámetros de ventilación y perfusión acordes a los eventos intracraneales. Los episodios de sangrado en el neonato prematuro ocurren con mayor frecuencia al primero y quinto día posteriores al nacimiento, disminuyendo la incidencia al ir ganando en peso y madurez. Existen hemorragias ocultas o de difícil identificación al ultrasonido como son los sangrados interhemisféricos y los parenquimatosos, sobre todo parietales y cerebelosos, sin embargo el efecto de masa sobre los ventrículos debe ser reconocido. Los estudios de imagen del tipo resonancia o tomografía axial no son de primera elección en estos pacientes y se debe esperar hasta tener una estabilidad y desarrollo aceptable antes de practicarlos. En neonatos con pobre pronóstico ya sea por sangrado extenso o daño en substancia blanca profunda (leukomalasia) y que exista una gran dilatación ventricular, la punción transfontanelar dirigida por ultrasonido ayuda a mejorar en algo la función ventilatoria al disminuir de una manera poco traumática la presión intracraneal.

DR. JUAN FRANCISCO GARCIA QUINTANILLA
HOSPITAL INFANTIL DE MONTERREY SSL

ADOLESCENCIA Y EMBARAZO EN EL HOSPITAL METROPOLITANO

DR. JUSTINO DE J. ROCHA MARQUEZ

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano que sigue a la infancia y que se caracteriza por una serie de cambios físicos (entre ellos la aparición de la función reproductora) y psicológicos (conflicto entre afectividad e instinto sexual, intensa emotividad que se manifiesta en la timidez, la inestabilidad y la tendencia a la melancolía). La vida psicológica debe soportar la aparición de un nuevo factor, la sexualidad, que habrá de integrarse en sus aspectos físicos, psíquicos y sociales, con el resto de los componentes de la personalidad del adolescente.

Se ha estimado que aproximadamente el 55% de todas las mujeres inician su actividad sexual antes de los 19 años de edad, y que una de cada diez se embarazan antes de cumplir los 18. Esto se traduce en la aparición de una alta proporción de embarazos de alto riesgo, ya que es bien conocido que en esta etapa la incidencia de problemas médicos del embarazo tales como los abortos, la prematurez, la preeclampsia, etc., puede ser mayor que en edades ulteriores. Muchas adolescentes se niegan a sí mismas y a sus padres que están embarazadas hasta que el embarazo está ya muy avanzado, retrasando la asistencia prenatal hasta prácticamente el final de la gestación. Si se considera el aspecto social y familiar, también su repercusión es importante; es lógico suponer que una alta proporción de estos embarazos ocurren fuera de matrimonio (son por tanto, no deseados) ocasionando serias dificultades emocionales y socioeconómicas tanto para la madre como para el hijo. Ocurre lo que podría llamarse un "síndrome de fracaso". No es infrecuente el rechazo familiar, el abandono de los estudios y la pérdida del empleo.

En el Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda" de la SSA del Estado de Nuevo León, de acuerdo con el análisis de una muestra que corresponde al 20% de los nacimientos ocurridos durante 1995 y de todos los ocurridos en los 4 primeros meses de este año de 1997, hubo 1,332 productos hijos de adolescentes, que corresponden al 30% del total de nacimientos. De ellos, el 27.62% (368 casos) fueron obtenidos por cesárea. La proporción de abortos fué del 11.31%. No fué posible obtener el número de productos pretérmino en esta muestra, pero es bien conocido el hecho de que la adolescencia constituye un factor de riesgo para este serio problema. La mayoría de las pacientes de esta muestra eran madres por primera vez, pero algunas de ellas lo eran por segunda y hasta por tercera ocasión. Una alta proporción, superior al 40% eran solteras. En los cuatro primeros meses de este año, se ha atendido a 34 menores de 15 años. La mayoría de las pacientes escasamente terminaron la instrucción primaria y sólo una pequeña cantidad cursó estudios secundarios o equivalentes. Una mínima proporción inició estudios de preparatoria, sin concluirlos.

Los efectos del embarazo de la adolescente son desagradables para casi todos, y pueden ser devastadores para algunas, en tanto que se pueden reparar con relativa facilidad en pocos casos. La joven afronta cuatro alternativas cuando se da cuenta que está embarazada: casarse, someterse a un aborto, ofrecer al hijo en adopción o bien, quedarse con él para educarlo. Lo más conveniente, desde luego, es prevenir el embarazo en las adolescentes, aún cuando sea ésta una tarea harto difícil, ya que no hay una manera sencilla de lograrlo.

Dr. Justino de Jesús Rocha Márquez.

EVALUACION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS
DR. JOSE G. GONZALEZ GONZALEZ

La osteoporosis es una enfermedad ósea metabólica en la que la cantidad de hueso mineralizado normal se encuentra reducido a un nivel tal que ocurren fracturas en ausencia de traumatismos o al sufrir traumatismos muy leves.

Epidemiología: La osteoporosis es la enfermedad que más frecuentemente afecta al hueso en las sociedades occidentales. La mujer blanca post-menopáusica es quien tiene el mayor riesgo de desarrollar osteoporosis. Se estima que un 30% de estas mujeres tendrán al menos una fractura como resultado de osteoporosis durante su vida y este porcentaje aumenta al transcurrir la edad. La osteoporosis es responsable de 1.5 millones de fracturas al año. Estas fracturas ocurren en columna vertebral, antebrazo, distal, cadera, húmero, costillas, etc. De todas estas fracturas las más graves son las de columna vertebral (al producir dolor bajo de espalda y limitación en la actividad física) y las de cadera, las cuales tienen una mortalidad de hasta un 30% dentro de los primeros 6 meses de ocurrida la fractura y además impiden la deambulacion hasta en un 50% de los casos.

Manifestaciones Clínicas: La osteoporosis es una enfermedad que suele ser asintomática, siendo frecuentemente las fracturas su primer manifestación clínica. Como consecuencia de estas fracturas pueden ocurrir xifosis dorsal (joroba de la viuda), pérdida de estatura, dolor bajo de espalda, etc. Este último frecuentemente es atribuido a otros problemas tales como: "reumatismo", "clática" o "lumbago".

Patogénesis: El hueso no es una estructura estática. Desde la infancia hasta la pubertad, los huesos crecen en tamaño, fuerza y contenido mineral. Posteriormente inicia un proceso llamado remodelación ósea que consiste en depositar hueso nuevo en sitios en donde está ocurriendo reabsorción de hueso viejo. Es hasta la edad de 35 años en que tanto el hombre como la mujer depositan hueso, llegando en este momento a obtener la llamada masa ósea máxima. Existen muchos factores que determinan la cantidad de hueso que una persona adquiere para esta edad (masa ósea máxima), tales como: sexo, raza, herencia, actividad física, dieta, etc. Después de los 35 años de edad empieza un proceso de pérdida fisiológica de hueso. Esta fase lenta de pérdida de hueso se estima ser de 0.3 - 0.8% por año en el hombre y de 0.5 a 1.0% en la mujer. Sobrepuenteada sobre esta fase lenta de pérdida de hueso, la mujer, al inicio de su menopausia, cursa por una fase acelerada de pérdida de hueso la cual tiene una duración de 7 a 10 años y en la que se puede perder hasta un 30% del total de la masa ósea. Por lo anterior, resulta claro comprender que la masa ósea máxima indudablemente es un factor muy importante que determina el riesgo de desarrollar osteoporosis. Una persona que llegó a obtener tan solo un 60% de la masa ósea máxima esperada a alcanzar los 35 años, indudablemente que sobrepasará el umbral de fractura (cantidad de masa ósea por abajo de la cual se incrementa significativamente el riesgo de desarrollar fracturas con traumatismos leves o aún en su ausencia) a una edad mucho más temprana que una persona que obtuvo una masa ósea máxima del 95% a 110% a los 35 años.

Además de esta pérdida fisiológica de hueso que ocurre a partir de los 35 años de edad, existen factores que predisponen a acelerar esta pérdida fisiológica de hueso y que por lo tanto aumentan el riesgo de desarrollar osteoporosis. Entre estos factores predisponentes se encuentran los siguientes: Genéticos (grupo étnico blanco o asiático, historia familiar de osteoporosis, constitución física delgada o baja estatura); estilo de vida (tabaquismo, sedentarismo, nuliparidad, menopausia temprana o menarquia tardía, ejercicio excesivo capaz de producir amenorrea); nutricionales (intolerancia a la leche, dieta con baja ingesta de calcio, dieta vegetariana, alta ingesta de te o café, alcoholismo); enfermedades (anorexia nervosa, tirotoxicosis, hiperparatiroidismo, sind. de Cushing, enf. gastrointestinales o hepatobiliares crónicas, artritis reumatoide, hiperprolactinemia); medicamentos (hormonas tiroideas, esteroides, anticoagulantes, litio,

anticonvulsivantes, etc.). Todos estos factores pueden agravar la pérdida fisiológica "normal" de hueso que inicia en el hombre y la mujer a los 35-40 años de edad. Sin embargo, no sobra resaltar que el factor más importante que condiciona el desarrollo de la osteoporosis es el hipoestrogenismo. La deficiencia de estrógenos (ya sea natural o inducida a través de cirugía, quimioterapia o radiación) tiene una influencia negativa muy importante sobre la homeostasis ósea al aumentar la actividad osteoclástica y por consecuencia la reabsorción ósea. Si no hacemos algo por frenar esta actividad osteoclástica acelerada, el osteoblasto será incapaz de depositar o formar hueso nuevo en las lagunas óseas producidas por los osteoclastos. Esto, sin duda alguna, conducirá al paciente al desarrollo de osteoporosis de no iniciarse medidas encaminadas a equilibrar la actividad de las células osteoclásticas durante la menopausa.

Evaluación clínica: Aunque la cantidad de hueso (constitución bioquímica) y el riesgo de sufrir caídas son determinantes del riesgo de sufrir fracturas, el factor más importante que determina el riesgo de desarrollar fracturas osteopóricas es la masa o densidad ósea (cantidad de hueso).

La medición de la masa ósea puede ser realizada utilizando métodos de medición cualitativos y cuantitativos. Originalmente se contaba exclusivamente con métodos cualitativos, los cuales, si bien es cierto que tienen un bajo costo, realmente no predicen con certeza la masa ósea. Algunos ejemplos de estos métodos de medición cualitativos serían: radiografías de la mano, laterales de la columna dorsolumbar, y del extremo proximal del fémur (cabeza femoral). Además de la pobre precisión y de la variabilidad en la interpretación entre radiólogos, se ha demostrado que se requiere perder un 30-50% de la masa ósea para poderse hacer evidente la osteoporosis en estos métodos diagnósticos. Para este momento, frecuentemente ya ocurrió alguna fractura por osteoporosis. Es por este motivo que tampoco pueden ser utilizados como un método diagnóstico oportuno o preventivo.

Partiendo del hecho de que la densidad ósea es el factor principal que predice o determina el riesgo de fractura, surgieron las modalidades diagnósticas cuantitativas. El primer método de medición cuantitativo fue la densitometría ósea de un solo fotón (SPA) el cual determina la densidad o masa ósea en el esqueleto apendicular (antebrazo distal y calcáneo). Aun y cuando es un método de medición bastante preciso, tiene el inconveniente de predecir fundamentalmente el riesgo de fractura en estos sitios (muñeca o pie) sin poder determinar con razonable exactitud o certeza, el riesgo de sufrir fracturas osteopóricas en otros sitios como la columna vertebral y la cadera. Estas últimas, indiscutiblemente son las fracturas más importantes a evitar debido a su alta morbimortalidad y costo. Por estos motivos la densitometría ósea de un solo fotón cada vez se utiliza con menos frecuencia.

Posteriormente surgió la tomografía axial computarizada programada para la evaluación de hueso. Este método sí puede ser utilizado para la medición de la masa ósea (exclusivamente trabecular) en columna lumbar y cadera. Aún y cuando la precisión de este método es adecuada, aunque sin llegar a igualar a otros métodos cuantitativos más modernos, sus mayores inconvenientes son el costo y la cantidad de radiación a la que se somete el paciente (100 veces mayor que otros métodos descritos en el siguiente párrafo).

Recientemente aparece la densitometría ósea de doble fotón. De este modo existen 2 variedades. La densitometría ósea de doble de gadolinium (radionúclido) y la de rayos X. De estos 2 métodos, la densitometría ósea de doble fotón de rayos X es la tecnología más moderna y precisa en la evaluación de la densidad ósea y en el diagnóstico de osteoporosis. Ha demostrado doblar la precisión, certeza y reproducibilidad de su antecesor (la densitometría ósea dual de fotones de gadolinium). Además, el menor costo del estudio la hace más atractiva, convirtiéndola en el mejor método diagnóstico para osteoporosis disponible en la actualidad.

Dr. García S.M.* Dr. Martínez S.D.**., Incidencia de la Obstrucción Intestinal en el Paciente Adulto. Departamento de Cirugía General. Hospital Metropolitano. "Dr. Bernardo Sepúlveda". Servicios de Salud en Nuevo León. San Nicolás de los Garza N.L.

La obstrucción intestinal es la falta de paso de contenido intestinal a través de la luz, siendo de forma parcial o total, con una variada etiología, reflejo del desarrollo socioeconómico donde habita el paciente.

Se ha observado un descenso en la mortalidad que en la década de los 50s era del 50 % y en la última década es menos del 10%, siendo la etiología más frecuente las adherencias postquirúrgicas en 64 -74%, hernias 15 - 25 %, neoplasia 10 - 15 %. En colon los procesos neoplásicos ocupan el 60%, divertículos 30%, vólvulos 10 - 15%.

El objetivo es conocer la frecuencia y etiología más comunes y clasificar por edad y establecer medidas preventivas

Se revisaron los expedientes clínicos de forma retrospectiva desde enero de 1994 a diciembre de 1996 excluyendo los pacientes menores de 15 años y los que recibieron tratamiento quirúrgico en otro hospital.

Se encontraron 58 pacientes correspondiendo 27 al sexo masculino y 31 femeninos con un rango de edad de 15 a 95 años con una media de 45, siendo el grupo de la 5ª década el más frecuente. La etiología más frecuente fue por bridas en 26 pacientes de los cuales 22 tenían un período mayor de un año de cirugía previa, 12 pacientes de estos respondieron a tratamiento conservador sin cirugía. Otras causas de obstrucción fueron cáncer, hernias, diverticulitis, ameboma y vólvulo de colon. De esta última etiología hubo 13 casos resueltos con sonda transrectal.

Las etiologías más frecuentes encontradas en este hospital en general fueron: adherencias, cáncer y hernias, siendo estas comparativamente igual de frecuentes que el resto de los países en vías de desarrollo, pudiendo establecer medidas preventivas teóricamente hablando en los cuidados transoperatorios para evitar la formación de bridas. Además establecer detección oportuna de cáncer de tubo digestivo, y ofrecer tratamiento quirúrgico a todo paciente con diagnóstico de hernia.

* Médico Cirujano del Depto. de Cirugía General.

** Médico Residente de Primer Año de Cirugía General.

Gil G.*, Romero C.J.** Cuerpos Extraños (CE) en Recto, Complicaciones y Manejo. Departamento de Cirugía General. Hospital Metropolitano. "Dr. Bernardo Sepúlveda". Servicios de Salud en Nuevo León. San Nicolás de los Garza N.L.

El objetivo de este estudio es determinar las complicaciones, diagnóstico y formas de tratamiento.

Estudio retrospectivo de 15 pacientes que ingresaron al Departamento de Cirugía con diagnóstico de cuerpo extraño en recto. Todos los pacientes fueron de sexo masculino, utilizándose anoscopía, rectosigmoidoscopia y rayos X como métodos diagnósticos. A nueve pacientes (60%) se efectuó extracción transanal bajo bloqueo regional y a seis bajo anestesia general (40 %). Las complicaciones más comunes fueron: Laceración de mucosa colónica en 4 pacientes (26.6%), oclusión intestinal parcial y total en 4 pacientes (26.6%), perforación intestinal en 2 (11%), sangrado severo y choque en uno (6.6%). El método de extracción fue manual en 10 pacientes (63%), quirúrgica (33%) a estos últimos se les realizó colostomía y bolsa de Hartman y a uno de este grupo se le realizó extracción del CE a través de incisión en colon. La indicación quirúrgica principal fue perforación intestinal. La estancia hospitalaria para los no operados fue de 3 días. (10 casos) y de 7 días para los operados (5 casos). No hubo mortalidad.

La evolución de estos pacientes es favorable siempre y cuando no se pase por alto una perforación intestinal. El método de extracción dependerá de diversos factores: ubicación, perforación, características.

*Médico Cirujano del Depto. de Cirugía General.

**Médico Residente de Tercer Año de Cirugía General.

Dr Gil G.* Galván M.** Morbilidad de la hernia inguinal indirecta en Cirugía Electiva vs. Urgente. Hospital Metropolitano. "Dr. Bernardo Sepúlveda ". Servicios de Salud en Nuevo León. San Nicolás de los Garza N.L. México.

La hernia inguinal es una de las primeras causas de cirugía en nuestro hospital. Las hernias inguinales tienen una incidencia de un 3 % de la población, siendo más frecuentes en el hombre que en la mujer. Son más frecuentes las hernias inguinales indirectas que las directas con una proporción 2:1.

La plastia inguinal es considerada dentro de la clasificación de las heridas como una herida tipo I de tipo limpia no contaminada teniendo una incidencia de riesgo de infección de 1.5 a 3.9 %. Sin embargo, hay que considerar que si estos pacientes se operan por alguna complicación el riesgo quirúrgico se eleva. El objetivo de este estudio es valorar el riesgo de infección en los pacientes con diagnóstico de hernia inguinal indirecta sometidos a plastia inguinal de manera electiva y de urgencia. Para esto se revisaron 55 expedientes de pacientes con diagnóstico de hernia inguinal indirecta con edades entre 17 y 88 años.

Se operaron en forma electiva 47 (85.4 %) pacientes y 8 (14.5%) de urgencia por complicación de las hernias, de las cuales ninguno ameritó resección intestinal; 3 pacientes tenían hernias recidivantes, (5.4%). De los que se operaron por urgencia, 1 presentó infección de la herida quirúrgica correspondiéndole el 12.5 %. De las cirugías electivas 2 pacientes presentaron hematoma, un seroma y una infección de la herida, los hematomas son considerados deficiencias de la técnica quirúrgica por lo que se calculó el riesgo de infección de la herida de 2.12 % en la cirugía electiva.

Con esta revisión se concluye que la hernia inguinal indirecta que se opera de urgencia tiene mayor riesgo de infección aún y cuando no se realice resección intestinal. (Electiva 2.12% y Urgente 12.5%).

* Médico Cirujano del Depto. de Cirugia General.

**Médico Residente de Tercer Año de Cirugia General.

Dr. Oscar G. Prieto A. Dr. Gerardo Canales. Fístulas Intestinales. Departamento de Salud del Estado de Nuevo León. San Nicolás de los Garza, N.L. Cirugía Hospital Metropolitano " Dr. Bernardo Sepúlveda ". Dirección de Servicios de Salud del Estado de Nuevo León. San Nicolás de los Garza, N.L.

Una fístula es una comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas. Las fístulas intestinales pueden ser internas o externas e igualmente pueden ser de bajo débito cuando excretan volúmenes por debajo de 500cc y las de alto débito cuando excretan por arriba de 500cc.

Los principios generales de reanimación y manejo, incluyen protección de la piel e institución del tratamiento nutricional que puede ser enteral o parenteral.

Para la evaluación y tratamiento se incluyen estudios radiológicos contrastados, estudios endoscópicos, y para detección de cavidades abscedadas el ultrasonido y el TAC.

Identificar, los factores que influyen para indicar tratamiento quirúrgico, en pacientes con fístulas intestinales, tratados en esta institución.

Se revisaron los expedientes de pacientes internados en el departamento de Cirugía General, del Hospital Metropolitano de la SESNL, en el periodo comprendido entre el 1º de marzo de 1996 al 1º de marzo de 1997, que presentaron fístulas gastrointestinales, y que fueron manejados con tratamiento conservador y tratamiento quirúrgico.

En este período se manejaron 6 pacientes: 4 masculinos y 2 femeninos. El promedio de edad fue de 34 años; la máxima de 55 y la mínima de 15 años. Hubo 2 pacientes que desarrollaron fístula biliar, la cual cedió con tratamiento conservador y su estancia intrahospitalaria fue de 8 días. 1 paciente con antecedente de nefrectomía radical y cavotomía que desarrolló fístula de colon; permaneciendo con tratamiento conservador por 21 días, y posteriormente requirió tratamiento quirúrgico y su estancia intrahospitalaria fue de 30 días. 1 paciente con antecedente de traumatismo abdominal, laparotomía exploradora con triple drenaje por pancreatitis traumática y manejado con somatostatina, desarrolló una fístula pancreática y no requirió tratamiento quirúrgico. Su estancia intrahospitalaria fue de 20 días. Los 2 pacientes restantes desarrollaron fístulas intestinales, ambos con antecedentes de laparotomía previa y resección intestinal, con fístulas de alto gasto, manejadas con NPT. El de mayor tiempo (80) días requirió nuevas intervenciones quirúrgicas por formación de cavidades abscedadas. El tiempo de estancia intrahospitalaria fue de 89 días en los 2 pacientes.

Se puede concluir que las fístulas intestinales son las de más difícil manejo y si están asociadas a abscesos requerirán tratamiento quirúrgico. Las fístulas biliares y pancreáticas generalmente ceden espontáneamente, lo cual concuerda con la literatura mundial.

Dr. Pulido J. * Dr. Alvarez N.** Obstrucción Colónica. Departamento de Cirugía General. Hospital Metropolitano. "Dr. Bernardo Sepúlveda". Servicios de Salud en Nuevo León. San Nicolás de los Garza N.L. México.

La obstrucción colónica que generalmente es una patología progresiva puede afectar parcial o totalmente la luz intestinal y por lo tanto modificar el tratamiento.

Sea cual sea la etiología que desencadene el cuadro oclusivo ésta se considera una patología que de no ser atendida de manera inmediata por personal debidamente entrenado puede comprometer a corto o largo tiempo la vida del paciente.

El objetivo de este estudio es determinar las causas más comunes de obstrucción colónica mecánica o no mecánica en pacientes mayores de 15 años.

En esta investigación se incluyeron 23 pacientes mayores de 15 años con diagnóstico clínico y radiológico de oclusión colónica que acudieron al Hospital Metropolitano entre el 1° de enero de 1994 y el 31 de diciembre de 1996.

Total de pacientes con diagnóstico de oclusión colónica 23, con un rango de edad entre 17 y 96 años, con un promedio de 56.5 años. La prevalencia de los sexos fueron: femeninos 62 % y masculinos 38%. El motivo de consulta fue un cuadro de oclusión colónica parcial o total. Los datos clínicos más frecuentemente encontrados fueron dolor abdominal y distensión abdominal. De los 23 pacientes diagnosticados en 14 pacientes (60.8 %) la oclusión fue secundaria a cáncer de colon y en 4 pacientes (17.3%) fue secundaria a vólvulo colónico. El resto fue por patología variada.

De los 23 pacientes en 18 de ellos (78.2%) se realizó algún tipo de intervención quirúrgica y en los 5 restantes se manejaron con tratamiento médico.

La estancia intrahospitalaria varió de 1 a 33 días con un promedio de 17 días.

En este estudio la patología que prevaleció como etiología de oclusión colónica fue del cáncer de colon en un 60.8% lo que corrobora que esta es la enfermedad más importante como causa de oclusión mecánica en adulto mayor de 50 años.

*Médico Cirujano. Jefe del Depto. de Cirugía general.

**Médico Residente de Segundo Año de Cirugía General

Dr. José Pulido R*. Dr. Sergio Hernández **. Criterios Clínicos para el Tratamiento Quirúrgico de la Pancreatitis Aguda. Departamento de Cirugía General. Hospital Metropolitano. "Dr. Bernardo Sepúlveda". Servicios de Salud en Nuevo León. San Nicolás de los Garza N.L.

El tratamiento inicial de la Pancreatitis Aguda (PA) suele ser conservador. El tratamiento médico sigue las pautas y objetivos que por lo general se aceptan en tres aspectos, 1) analgesia; 2) conservación del aporte de volumen y energía parenteral y 3) interrupción de la secreción pancreática. Existe aún dificultad para el diagnóstico temprano de las complicaciones y falta de acuerdo respecto al momento adecuado de la operación. El tratamiento quirúrgico de la PA comprobada está indicado en quienes presentan signos de abdomen quirúrgico agudo, sufren choque, alcanzan un estado de sepsis o manifiestan complicaciones graves en otros órganos. Quienes presentan una masa palpable en la parte superior del abdomen, con dolor a pesar de los analgésicos, con signos de íleo paralítico y fiebre persistente durante 8-10 días de tratamiento en Terapia Intensiva, es más evidente el tratamiento quirúrgico. El presente estudio trata de definir el momento adecuado de cuándo se debe de emplear el tratamiento quirúrgico en PA tomando en cuenta la presentación clínica y el deterioro del paciente.

Se revisaron los expedientes de pacientes egresados o fallecidos con PA que ameritaron tratamiento quirúrgico y/o aquellos en que los hallazgos quirúrgicos correspondieron a PA ocurridos en el Hospital Metropolitano en el período correspondido de 1991-1997. Los parámetros clínicos que se utilizaron en los pacientes para tratamiento quirúrgico se basó principalmente en su evolución y deterioro gradual del mismo.

Fueron analizados 16 casos de 35 pacientes identificados con el diagnóstico de PA durante 1991-1997. Nueve pacientes fueron masculinos (56.25 %), y 7 fueron femeninos (43.75%), la edad promedio fue de 32 años. La etiología alcohólica se pudo atribuir en 6 pacientes, 4 fueron pancreatitis biliar, 1 hiperlipidémica, y en 5 pacientes no se pudo determinar su etiología.

La principal indicación quirúrgica fue la falta de mejoría clínica, avalado por fiebre persistente, datos de irritación peritoneal, masa palpable, acidosis metabólica, leucocitosis, hallazgos tomográficos de sospecha de necrosis o infección pancreática a pesar de tratamiento médico establecido en Terapia Intensiva por más de 3 días. La mortalidad global fue de un 50 %.

En el presente estudio, los criterios clínicos para indicación quirúrgica de la PA se les debe de tomar mayor importancia, considerando también los hallazgos tomográficos y el manejo de Terapia Intensiva, ya que es evidente que la cirugía tardía con lleva a menor mortalidad que la cirugía temprana.

Todo paciente con necrosis pancreática infectada debe de operarse después de un tratamiento médico intensivo, ayudado por un grupo multidisciplinario de trabajo.

*Médico Cirujano. Jefe del Depto. de Cirugía General.

**Médico Residente de Cuarto Año de Cirugía General.

Hernández Cruz, Mario *; Fernández Díaz, Héctor **; Cortés Ordoñez, Job *; Vasconcelos González, Fiorencio ****; PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO DE PULMON. REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA. Depto. de Medicina Interna y Depto. de Anatomía Patológica. Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda". Servicios de Salud en N.L. San Nicolás de los Garza. N.L.**

Se presenta el caso de un paciente masculino de 57 años de edad que ingresa al Depto. de Medicina Interna por dolor torácico y tos. Como antecedentes de interés se refieren: padre finado por cirrosis hepática, madre finada por tumoración abdominal no especificada. Procede de medio socioeconómico bajo, es comerciante, con tabaquismo positivo de moderada intensidad, etilismo ocasional. Como antecedentes patológicos se menciona diabetes mellitus de 4 años de evolución manejada con dieta, hipertensión arterial sistémica de 7 años de evolución manejada con captopril.

El cuadro clínico motivo de su ingreso es de dos meses de evolución caracterizado por dolor en hemitorax derecho a nivel de línea medioaxilar y 6o. espacio intercostal., de tipo pleurítico, de moderada intensidad, que se exacerba con la inspiración profunda y tos, la cual es frecuente, productiva, con expectoración hemoptoica. Presenta además astenia, adinamia y pérdida de peso no cuantificada. A su ingreso se aprecia masculino de edad aparente mayor a la cronológica, íntegro, bien conformado, de constitución media, en posición y actitud libremente escogidas, sin facies característica, sin movimientos anormales, consciente, bien orientado en las tres esferas y cooperador.

A la exploración de torax solo se aprecian a la auscultación sibilancias bilaterales basales, de predominio derecho, siendo el resto de la exploración negativa tanto de cabeza, cuello, abdomen y extremidades.

Los exámenes de laboratorio reportaban una química sanguínea y electrolitos séricos dentro de parámetros normales. La biometría hemática mostraba leucocitosis de 14 600 mm³, con diferencial con predominio de neutrofilos (80 %), linocitos (16 %) y eosinófilos (4 %). Velocidad de sedimentación 25 mm. La serie roja y las plaquetas dentro de lo normal. Las pruebas de función hepáticas normales. Baal, KOH y tinción de Gram de expectoración negativas.

La tele de tórax mostraba una opacidad en segmento inferior y anterior de lóbulo inferior de pulmón derecho, de aproximadamente 8 cms. de diámetro, homogénea y de bordes bien limitados. La tomografía computarizada reporta una tumoración en el segmento inferior y anterior del lóbulo antes mencionado.

Se realiza biopsia por punción con aguja fina, reportando el estudio histopatológico: cortes de pulmón que muestran pesado infiltrado linfocitario histiocítico, células plasmáticas y fibrosis, con diagnóstico de PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO DE PULMON.

El PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO es una lesión solitaria que aparece como nódulo circunscrito o masa en la radiografía de tórax, pudiendo llegar a ser muy grande, incluso extenderse a todo el hemotórax, ocurriendo una necrosis central en los tumores grandes. Estos tumores contienen células plasmáticas y tejido colágeno primordialmente, con linocitos y una gran cantidad de células reticuloendoteliales, fibroblastos e histiocitos, recibiendo diferentes nombres según el predominio celular (Granuloma de células plasmáticas, Histiocitoma, Fibroxantoma de pulmón). Es de gran interés el hecho de que éstos tumores son relativamente frecuentes en los niños y jóvenes y muy raro en los adultos, en quienes la segmentectomía o lobectomía son curativas.

* Neumólogo adscrito al Depto. de Medicina Interna.

** Anatomopatólogo, Jefe Depto. de Anatomía Patológica.

*** Médico Residente de 4o. Año de Medicina Interna.

**** Médico Residente de 2o. Año de Medicina Interna.

Rivera Velazquez, José Luis *; Valadez Botello, Fco. Javier **; Barragán Rivera, José Antonio***; Ochoa Campos, Jesús Manuel***: LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL. Depto. de Medicina Interna. Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda". Servicios de Salud en Nuevo León. San Nicolás de los Garza, N. L.

La insuficiencia renal crónica (I.R.C.) es una patología que se define como el deterioro persistente de la tasa de filtrado glomerular, y se caracteriza por una disminución del filtrado de creatinina, con las consecuencias multisistémicas que la acompañan. En nuestro hospital la I.R.C. se presenta como complicación de la diabetes mellitus, y ocupa el 2o. lugar como causa de internamiento en el Depto. de Medicina Interna y el 7o. como causa de muerte. Entre las repercusiones a nivel sistémico que tiene la I.R.C., sobresalen las cardiovasculares y representan una de las principales causas de mortalidad entre estos pacientes, reportándose entre un 40 a 50 %. Se ha reportado también que el riesgo de muerte es de 3.5 veces más frecuente entre este grupo. Los pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria intermitente (DPAI) tienen alteraciones hemodinámicas y cardiovasculares tales como la disminución de la fracción de eyección de ventrículo izquierdo en un 73 %, y estructurales como la cardiopatía isquémica, pericarditis y la cardiomiopatía hipertrofica, restrictiva y dilatada. La ecografía es un método diagnóstico no invasivo útil para evaluar la función cardíaca y hemodinámica de los pacientes con I.R.C. sometidos a D.P.A.I., ya que permite evaluar la asociación entre el trabajo diastólico y sistólico ventricular con las cifras de presión arterial y mortalidad.

El objetivo del presente estudio es conocer la relación entre la fracción de eyección del ventrículo izquierdo en los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria intermitente con la mortalidad.

Es un estudio prospectivo, experimental y longitudinal, en donde a todos los pacientes con I.R.C. del Programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Intermitente en el Depto. de Medicina Interna se les realizó estudio ecocardiográfico, tomándoseles las siguientes medidas: pared posterior del ventrículo izquierdo (VI), septum, sístole y diástole longitudinales, promedio transversal de sístole y de diástole, cálculo de la fracción de eyección del VI según la fórmula de Bernoulli. Se tomaron en cuenta además: edad, sexo, tiempo de evolución, número de episodios de peritonitis, presión arterial sistólica y diastólica, hemoglobina, creatinina, BUN, glucemia, potasio sérico, gasometría, etiología de la I.R.C.

De los pacientes del Programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Intermitente (8), solo a 7 (87.5 %) se pudieron incluir en el estudio. De los 7 pacientes incluidos, 6 (85.7%) eran femeninas y 1 (14.3%) masculinos. La edad promedio fue de 53.6 años, con una mínima de 35 y una máxima de 63. El tiempo promedio de evolución dentro del programa de D.P.A.I. fue de 7.2 meses, con un mínimo de uno y un máximo de 18. La etiología de la I.R.C. en orden de frecuencia fue: Diabetes Mellitus 3 (42.8%); Diabetes e H.T.A.S. en 3 (42.8%) de etiología no determinada en 1 (14.2%). El promedio de peritonitis fue de 0.8 episodios/año. La presión arterial sistólica promedio fue de 140, con una mínima de 120 y una máxima de 143 mmHg. La presión diastólica promedio fue de 88.5, con una máxima de 110 y una mínima de 60 mmHg. La creatinina sérica promedio fue de 10.2, con una mínima de 8.2 y una máxima de 11.4 mgs./dl. La fracción de eyección en este grupo de pacientes fue de 55.6 %, con una mínima de 27.3 % y máxima de 94 %. En 2 (28.5%) pacientes se encontró derrame pericárdico; 2 (28.5%) presentaban aortoesclerosis y 1 (14.2%) hipertrofia apical.

La fracción de eyección de ventrículo izquierdo por debajo de lo normal se presentó en aquellos pacientes con H.T.A.S., con mayor tiempo de evolución dentro del programa de D.P.A.I. así como en los que presentaron mayor número de episodios de peritonitis. Consideramos que el control y la prevención de los factores antes mencionados disminuirá la repercusión a nivel cardíaco con lo que podemos esperar una disminución en la mortalidad y brindar una mejor calidad de vida a nuestros pacientes.

* Cardiólogo adscrito al Depto. de Medicina Interna.

** Médico Internista. Jefe de Depto. de Medicina Interna.

*** Médico Residente de 3o. Año de Medicina Interna.

Valadez Botello, Francisco Javier *; Mejía Pérez, Alejandro **: RELACIÓN DE LA ALBUMINA SERICA CON LA MORTALIDAD HOSPITALARIA EN ANCIANOS. Depto. de Medicina Interna. Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda". Servicios de Salud en Nuevo León. San Nicolás de los Garza, N.L.

Los ancianos están expuestos a mayor peligro de presentar desnutrición proteino-calórica, ya que influyen factores tales como: la anorexia de los ancianos, cambios anatómicos y fisiológicos, enfermedades crónicas, farmacoterapia por períodos prolongados, aspectos psicosociales y hábitos dietéticos.

Existen publicaciones donde se considera la concentración sérica de albúmina como un indicador del estado de salud y nutricional. Por otra parte, se ha demostrado la existencia de un incremento gradual de los índices de mortalidad conforme disminuyen los valores de albúmina sérica en diversas poblaciones con características demográficas y sanitarias diferentes.

El objetivo del presente trabajo es conocer la relación entre los valores séricos de albúmina y la mortalidad en los pacientes ancianos hospitalizados en el Depto. de Medicina Interna.

El estudio comprendió la revisión de los expedientes de los pacientes mayores de 60 años que ingresaron al Depto. de Medicina Interna en el período comprendido del 1o. de diciembre de 1996 al 1o. de mayo de 1997. Se tomaron en cuenta: edad, sexo, niveles de albúmina sérica, los cuales se distribuyeron en cuatro grupos: A: > 3.5 g/dl se consideró como normal; B: 3.0 a 3.5 g/dl. como hipoalbuminemia leve; C: 2.1 a 2.9 g/dl. como moderada; D: < 2.1 g/dl. como severa. Se tomaron también cuenta los diagnósticos finales de egreso y los días de estancia hospitalaria, así como la mortalidad.

En el período en cuestión se ingresaron al Depto. de Medicina Interna 135 pacientes mayores de 60 años, de los cuales solo en 53 casos los expedientes contenían la información requerida. De éstos, 25 (47.9 %) pertenecían a pacientes de sexo masculino y 28 (52.1 %) al femenino. La distribución por grupos de edad fue: de 60 a 70 años: 21 (39.6 %), de 71 a 80: 17 (32.0 %), >81: 15 (28.3 %). La edad promedio fue de 71.3 años. La distribución por grupos de acuerdo a niveles séricos de albúmina fue: grupo A: 7 (13.2 %), grupo B: 7 (13.2 %), grupo C: 18 (33.9 %) y grupo D: 21 (39.6 %). Los diagnósticos en orden de frecuencia fueron: Insuficiencia Renal Crónica: 8 (15.0 %), Infarto Agudo de Miocardio: 8 (15.0 %), Evento Vascular Cerebral: 6 (11.3 %), Diabetes Mellitus: 6 (11.3 %), Sangrado de Tubo Digestivo Alto; 5 (9.4 %), Cirrosis Hepática: 4 (7.5 %), Insuficiencia Cardíaca: 4 (7.5 %), Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica: 3 (5.6 %). En relación con los días de estancia hospitalaria el grupo A presentó en promedio una estancia hospitalaria de 44 días, el grupo B: 39 días, el grupo C: 110 días y el grupo D: 130 días. La mortalidad total fue de 33 (62 %) pacientes, la distribución de acuerdo a niveles de albúmina fue: grupo A: 3 (9.0 %), grupo B: 4 (12.0 %), grupo C: 11 (33.3 %) y grupo D: 15 (45.4 %).

Las enfermedades crónico-degenerativas son las principales causas de internamiento y de muerte entre la población senil, y se encuentran muy relacionadas con la hipoalbuminemia, la cual se presentó en forma moderada a severa en el 86 % de los pacientes. Consideramos que la hipoalbuminemia está directamente relacionada con la mortalidad en los pacientes ancianos y que la evaluación nutricional entre éste grupo de pacientes debe formar parte de la atención integral de los mismos.

* Médico Internista. Jefe Depto. de Medicina Interna.

** Médico Residente de 3o. Año de Medicina interna.

Valadez Botello, Fco. Javier *, Martínez Segovia, Rosa Isela **: FLORA BACTERIANA Y ANTIBIÓTICOS EN EL DEPTO. DE MEDICINA INTERNA. Depto. de Medicina Interna. Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda". Servicios de Salud en N. L. San Nicolás de los Garza, N.L.

Existen principios básicos bien establecidos para la administración de antibióticos en los pacientes con patología infecciosa, uno de los cuales incluye el cambio de antibióticos según la sensibilidad reportada por el cultivo, para así ofrecer a nuestros pacientes un tratamiento específico. Sin embargo, es imprescindible la evaluación clínica del paciente antes de decidir cualquier cambio, aun en base a los resultados de los cultivos. La actividad diaria del médico implica la evaluación clínica de sus pacientes y la indicación de antibióticos tomando en cuenta los aspectos antes señalados.

El objetivo del presente trabajo es el de conocer la flora bacteriana reportada en los pacientes que ingresaron al Depto. de Medicina Interna con diagnóstico de patología infecciosa, así como los esquemas de antibióticos utilizados.

Fueron revisados los expedientes de pacientes ingresados al Depto. de Medicina Interna con diagnóstico de patología infecciosa en el período comprendido del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1996. Se tomaron en cuenta: edad, sexo, diagnóstico clínico, bacteriológico, sensibilidad bacteriana, antibióticos prescritos, complicaciones y mortalidad.

Un total de 135 expedientes fueron incluidos en el trabajo, de los cuales 76 (56 %) pertenecían a pacientes de sexo masculino y 59 (43.7 %) a femenino. La distribución por grupos de edad fue: < 25 años: 15 (11.1 %), de 26 a 45: 40 (29.6 %), de 46 a 64: 35 (25.9 %) y > 64: 45 (33.3 %). Los diagnósticos clínicos en orden de frecuencia fueron: neumonía: 47 (34.8 %), absceso hepático: 25 (18.5 %), tuberculosis pulmonar: 15 (11.1 %), urosepsis: 14 (10.3 %), bronquiectasias infectadas: 5 (3.7 %), peritonitis: 4 (2.9 %), meningitis: 4 (2.9 %), faringoamigdalitis: 3 (2.2 %), empiema: 3 (2.2 %), úlceras de decúbito infectadas: 2 (1.4 %), absceso pulmonar: 2 (1.4 %), sepsis abdominal: 1 (.7 %), absceso renal: 1 (.7 %). De los 135 casos revisados sólo a 53 (39.2 %) se les solicitó cultivo y solo a 37 (69.8 %) de éstos se consignó en el expediente clínico. De los cultivos recolectados (37) solo a 18 (48 %) fueron positivos, y de éstos las bacterias más frecuentes reportadas fueron: *K. pneumoniae*: 6 (33.3 %), *P. aeruginosa*: 3 (16.6 %), *S. faecalis*: 1 (5.5 %), *K. oxytoca*: 1 (5.5 %), *E. cloacae*: 1 (5.5 %), *C. neoformans*: 1 (5.5 %), *S. enteritidis*: 1 (5.5 %), *E. coli*: 1 (5.5 %), *Acinetobacter*: 1 (5.5 %), *S. saprophyticus*: 1 (5.5 %), *S. aureus*: 1 (5.5 %) y *C. albicans*: 1 (5.5 %). Los antibióticos administrados estuvieron de acuerdo con la sensibilidad reportada en los cultivos en solo 10 pacientes (55.5 %), mientras que en 8 (44.4 %) no. Los antibióticos más utilizados en orden de frecuencia fueron; aminoglucósidos: 36 (26.6 %), cefalosporinas: 35 (25.9 %), penicilina: 29 (21.4 %), metronidazol: 21 (15.5 %), trimetoprim /sulfametoxazol: 16 (11.8 %), antifúngicos: 12 (11.8 %), dehidroemetina: 12 (8.8 %), ampicilina: 10 (7.4 %), clindamicina: 6 (4.4 %), ciprofloxacina: 5 (3.7 %), cloramfenicol: 3 (2.2 %), eritromicina: 1 (.7 %) y peflacina: 1 (.7 %). La mortalidad fue de 3.7 %.

Consideramos que la solicitud de cultivos en los pacientes con patología infecciosa es baja, por lo que la prescripción de antibióticos por el médico no toma en cuenta la etiología específica y su sensibilidad. Esto puede ser un factor coadyuvante que agrave la situación del paciente. Creemos que el clínico debe de tomar más en cuenta la solicitud de cultivos y la interpretación de la sensibilidad dentro del contexto clínico del paciente.

* Médico Internista. Jefe Depto. de Medicina Interna.

** Médico Residente de 4o. Año de Medicina Interna.

Valdez Botello, Dr. Francisco Javier *; Ochoa Campos Dr. Jesús Manuel **: MORBIMORTALIDAD DE LOS PACIENTES EN PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL.
Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda". Servicios de Salud en Nuevo León. San Nicolás de los Garza, N.L., México.

Tres mil años antes de Cristo, los egipcios realizan las primeras descripciones de la cavidad peritoneal, pero no es sino hasta 1863 cuando von Recklinghausen hace las primeras descripciones del mesotelio que tapiza dicha cavidad y años más tarde, Sarling y Tubby inician la utilización de soluciones intraperitoneales hipertónicas para estudiar el intercambio de solutos que se realiza entre la cavidad y la sangre. En 1927, Engle inicia los ensayos de diálisis peritoneal en humanos y no es sino hasta 1946 cuando Fine y colaboradores reportan la aplicación exitosa de irrigación peritoneal en pacientes urémicos graves. Los avances en ésta técnica son vertiginosos, en 1955 se describe por Legran y Merrill la utilización de diálisis peritoneal intermitente y una década más tarde, Mc Donald reporta el procedimiento realizado en casa por el paciente con un catéter de nylon. Hoy en día, se utiliza el catéter de Tenckhoff, el cual fué diseñado originalmente de silastic por Palmer en 1968, para la realización de diálisis ambulatoria continua. Esta técnica tiene sus indicaciones precisas las cuales deben de cumplirse para obtener los máximos beneficios para el paciente. Sin embargo, existe en nuestro hospital un grupo de pacientes que por sus condiciones socio-económicas no es posible llevar a cabo el procedimiento en su hogar, por lo que se ha tenido que buscar soluciones alternativas con el fin de prolongar su vida dentro de las condiciones más favorables posibles.

El objetivo de éste trabajo es determinar la morbilidad y mortalidad en los pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran en el programa de diálisis peritoneal intermitente, así como conocer los factores que propician las complicaciones.

Fueron revisados los expedientes de los pacientes incluidos en el programa de diálisis peritoneal intermitente del Depto. de Medicina Interna, en el periodo comprendido entre 1º de septiembre de 1993 al 31 de diciembre de 1996. Las variables a considerar fueron: edad, sexo, etiología de la insuficiencia renal crónica, número de procesos dialíticos, complicaciones y mortalidad.

En total se revisaron 114 expedientes de pacientes, de los cuales 60 (52.6 %) fueron mujeres y 54 (47.3 %) hombres. La distribución por edades fué: menores de 25 años 13 (11.4 %) pacientes, 26 a 45 años 30 (26.3 %); de 46 a 64 años 37 (32.4 %) y mayores de 64 años 34 (29.8 %) pacientes. La principal causa de insuficiencia renal fué la diabetes mellitus con 60 pacientes (52.6 %), H:T:A:S: en 31 (27.1 %), pielonefritis crónica en 16 (14.0 %), litiasis renal en 10 (8.7 %), riñones poliquísticos en 4 (3.5 %), CACU en 2 (1.7 %), CA próstata en 2 (1.7 %) y Lupus eritematoso sistémico en 1 paciente (.0.8%). Se realizaron 231 procedimientos dialíticos con catéter rígido en 59 pacientes y 1096 con catéter de Tenckhoff en 55 pacientes. En el primer caso se presentaron 19 episodios de peritonitis (1.4 %) mientras que en el segundo se presentaron 83 casos (6.2 %), dando un promedio de 1 caso por paciente por año en el periodo estudiado se presentaron 24 defunciones siendo las principales causas de origen cardiovascular. La mayor mortalidad se presentó en los grupos de mayor edad así como en aquéllos pacientes con catéter de Tenckhoff.

En nuestro estudio no encontramos diferencia significativa en cuanto al sexo en la población estudiada, aunque si en relación con la mortalidad ya que fué mayor en hombres. Las causas de origen cardiovascular en el presente estudio están de acuerdo a lo reportado en la literatura, así como en cuanto a la presentación de peritonitis como complicación. La diabetes y la hipertensión arterial siguen siendo las causas más frecuentes de la insuficiencia renal crónica.

* Médico Internista. Jefe Depto. de Medicina Interna.

** Médico Residente de Tercer Año de la Especialidad de Medicina Interna.

Valadez Botello, Fco. Javier *, **Hernández Cruz, Mario ****, **Garcés Estrada Laura *****:
BRONCOSCOPÍA FIBERÓPTICA: INDICACIONES Y RESULTADOS. Depto. de Medicina Interna.
Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda". Servicios de Salud en Nuevo León, San
Nicolás de los Garza, N. L.

La broncoscopia fiberoptica fué introducida por S. Ikeda al final de la década de los sesentas, y ha permitido considerable progreso en el diagnóstico de patología neoplásica pulmonar así como intersticial. A partir de entonces su utilidad se ha ampliado desarrollando terapias alternativas como la broncoscopia láser. El lavado broncoalveolar es un procedimiento útil para el diagnóstico bacteriológico de infecciones del tracto respiratorio bajo en pacientes con ventilación mecánica o sin ella. Por otra parte en los ancianos, considerados como un grupo de riesgo de patología pulmonar, se ha documentado que las complicaciones del procedimiento no varían en relación a otros grupos de edad y que es bien tolerada. El objetivo del presente estudio es revisar las indicaciones y complicaciones asociadas con la broncoscopia fiberoptica flexible así como los resultados.

Fueron revisados los expedientes de 190 pacientes sometidos a broncoscopia en el depto. de Medicina Interna durante el periodo de abril de 1994 a abril de 1997. Se tomaron en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, indicaciones, complicaciones, resultados de tinción de gram, KOH, BAAR, cultivo y estudio histopatológico.

De los expedientes estudiados, 110 (57.8%) eran de pacientes masculinos y 80 (42.1%) de pacientes femeninos. En relación con los grupos por edad, 27 (14.2%) eran de < 25 años, 38 (20%) de 26 a 45, 58 (30.5%) de 46 a 64 y 64 (34.2%) en > 64 años. De los cultivos solicitados fueron reportados 106 de los cuales 81 (76.4%) fueron gram negativos, 9 (8.4%) gram positivos, *C. albicans* en 8 (7.5%) y flora normal en 8 (7.5%). De 149 BAAR solicitados se reportaron 131 (87.9%) positivos y 18 (12%) negativos. El KOH fué reportado en 115 (96.6%) negativo y en 4 (3.3%) positivo. De los estudios histopatológicos fueron reportadas 148 de las cuales 136 (91.8%) fue negativa para neoplasia y 12 (8.1%) fué positiva, de las cuales 8 (66.6%) fueron carcinoma epidermoide, 3 (25%) carcinoma de células indiferenciadas pequeñas y 1 (8.3%) adenocarcinoma indiferenciado. No se presentaron complicaciones durante los procedimientos ni defunciones relacionadas con el mismo.

Consideramos que la broncoscopia fué más frecuente en los pacientes masculinos, además de que las indicaciones para la misma se incrementan con la edad. Dentro de las indicaciones para realizar el estudio la sospecha de neoplasia, la tuberculosis pulmonar y las infecciones de vías respiratorias bajas siguen siendo las más frecuentes. Concluimos que la broncoscopia es un estudio de gran utilidad para diagnóstico de patología pulmonar por su baja morbilidad y mortalidad incluso en pacientes ancianos.

- * Médico internista. Jefe Depto. de Medicina Interna.
- ** Neumólogo. Adscrito al Depto. de Medicina Interna.
- *** Médico Residente de 3er. Año de Medicina Interna.

Valadez Botello, Fco. Javier *; Vasconcelos Gonzalez, Florencio **: RESULTADOS DE LA VALORACION PREOPERATORIA EN EL PACIENTE ANCIANO EN CIRUGIA ELECTIVA. Depto. de Medicina Interna. Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepulveda". Servicios de Salud en Nuevo Leon. San Nicolás de los Garza, N.L.

La valoración preoperatoria tiene como objetivo identificar los riesgos para el paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, y establecer las medidas preventivas para reducirlos al mínimo. Generalmente se ha recomendado se realice en pacientes que presentan alguna enfermedad o condición que pudiera interferir negativamente en la evolución del acto quirúrgico, así como en aquellos pacientes mayores de 40 años aún cuando no tengan enfermedad asociada, ya que no solo implica la evaluación de condiciones médicas evidentes, sino también la búsqueda de condiciones asintomáticas. Los pacientes ancianos constituyen un grupo con características específicas que disminuyen su reserva funcional, y por lo tanto su capacidad de adaptación a las situaciones de estrés, tales como los actos quirúrgicos, lo que los hace más susceptibles a presentar complicaciones en el periodo perioperatorio. De ahí, la importancia de la evaluación preoperatoria en este grupo. El objetivo del presente trabajo es conocer los resultados de la evaluación preoperatoria en los pacientes ancianos sometidos a cirugía electiva.

Fueron revisados en forma retrospectiva, los expedientes de los pacientes mayores de 60 años intervenidos quirúrgicamente en forma electiva en el periodo comprendido del 1o. de enero al 31 de mayo de 1996. Se tomaron en cuenta: edad, sexo, antecedentes patológicos, valoración de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), así como el índice multifactorial de riesgo cardíaco de Goldman, estudios de laboratorio y gabinete, cirugía programada y realizada, anestesia administrada, complicaciones quirúrgicas y anestésicas trans y postoperatorias, las intervenciones realizadas en el postoperatorio, días estancia y motivo de alta.

En total se revisaron 50 expedientes, de los cuales 19 (38%) pertenecían a pacientes masculinos y 31 (62%) a femeninos. La distribución en grupos por edad fue: de 60 a 69 años: 18 (36%), de 70 a 79 años: 22 (44%); de 80 a 89 años: 7 (14%), >90 años: 3 (6%). Los servicios quirúrgicos en orden de frecuencia fueron: Traumatología y Ortopedia: 19 (38%), Cirugía Gen. 14 (28%); Urología 9 (18%); Ginecología: 6 (16%). De los 50 pacientes, solo 24 (48%) tenían una clasificación de acuerdo a la ASA, Goldman o ambos y 26 (52%) no fueron evaluados de acuerdo a estas escalas. De los 24 pacientes con evaluación, 6 (25%) fueron valorados de acuerdo a la escala de la ASA; 7 (29%) con el índice de Goldman y 11 (45%) con ambas. Respecto a los exámenes de laboratorio y gabinete: 48 (96%) tenían biometría hemática; 47 (94%) química sanguínea; 47 (94%) electrocardiograma; 37 (74%) telerradiografía de tórax; 9 (18%) pruebas de coagulación; 8 (16%) electrolitos séricos; 2 (4%) examen general de orina; 1 (2%) valoración nutricional. En cuanto al procedimiento anestésico: 40 (80%) fueron bloqueos peridurales, 10 (20%) anestesia general. No se presentaron complicaciones anestésicas. Las complicaciones postoperatorias que se presentaron fueron 3 (6%): sangrado de tubo digestivo alto, infarto agudo de miocardio, oclusión intestinal en un caso cada una. De las intervenciones realizadas, un paciente fue hemotransfundido y a dos se les administro nutrición parenteral. La mortalidad fue de 1 (2%) y correspondió al paciente con infarto agudo de miocardio que fue clasificado con un índice de Goldman de II. En relación con los días estancia: de 1 a 5 días: 20 (40%); de 6 a 10 días: 11 (22%); de 11 y más: 19 (38%). El motivo de alta fue por mejoría en 49 (98%) pacientes y 1 (2%) por defunción.

No existe uniformidad en la valoración preoperatoria realizada por los médicos internistas, en cuanto a la clasificación o índice de riesgo quirúrgico utilizada y en la solicitud de estudios de laboratorio y gabinete. La frecuencia de las complicaciones presentadas es menor que la esperada para este grupo de población. Sin embargo, consideramos que el estudio debe de ampliarse por lo que se continuará en una segunda parte en forma prospectiva.

* Médico Internista Jefe Depto. de Medicina Interna.

** Médico Residente de 2o. Año de Medicina Interna.

Valadez Botello, Dr. Francisco J. *; Zaragoza Alanis, Dra. Ana María**; MORBI-MORTALIDAD DE LA MENINGITIS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA. Departamento de Medicina Interna, Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda". Servicios de Salud en Nuevo León. San Nicolás de los Garza, N.L., México.

Hace 70 años en la era antes de la introducción de las sulfonamidas y los antimicrobianos, el tratamiento de la Meningitis estaba encaminado a el tratamiento de las complicaciones neurológicas y de sus secuelas. La mortalidad era amenzadoramente alta a pesar de la atención que recibían las complicaciones en los pocos sobrevivientes. En la era de los antimicrobianos, el número de casos fatales de Meningitis por *S pneumoniae*, *H influenzae* y *N meningitidis* disminuyó. Pero pesa el desarrollo de nuevos antimicrobianos, la mortalidad por debido a meningitis bacteriana continúa siendo alta en el adulto.

El objetivo de la presente revisión es conocer la morbi-mortalidad de los casos de Meningitis vistos en el Departamento de Medicina Interna. Se revisaron los expedientes de todos los pacientes con diagnóstico de Meningitis que ingresaron al servicio de Medicina Interna en el período comprendido entre el 1° de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1996. Se incluyeron a pacientes mayores de 15 años, de ambos sexos.

Se encontraron en total 18 pacientes, 12 hombres y 6 mujeres; de entre los 15 años 64 años, con promedio de edad de 30 años. Los síntomas principales que se encontraron a su ingreso fueron cefalea en 10 pacientes (55.5%), hipertermia de 38.5 grados (50%), nauseas 5 (27.7%), vómito 4 (22.2%), agitación psicomotriz 5 (27.7%), deterioro de estado de alerta 3 (16.1%), indiferencia al medio ambiente 2(11.1%), crisis convulsivas tónico clónico generalizadas 2 (11.1%).

La etiología más frecuentemente encontrada fué Meningitis fímica 7 pacientes (38.8%), *Criptococo neoformans* 4 (22.2%), Meningitis aséptica 4 (22.2%), *Toxoplasma Gondii* 1 (5.5%), *S aureus* 1 (5.5%), *Neumococo* 1 (5.5%).

De los pacientes con diagnóstico de Meningitis fímica, se encontró aracnoiditis basal con hidrocefalea obstructiva en 3 pacientes, ameritaron la colocación de válvula de derivación ventriculoperitoneal. Del total de los pacientes vistos, fallecieron 4, 2 con Meningitis fímica (11.1%), uno por Meningitis aséptica (5.5%), y uno por Meningitis por *Criptococo neoformans*.

En conclusión se observó que la meningitis fímica es la etiología más frecuentemente vista en esta unidad. En segundo lugar se encontró la producida por el *criptococo neoformans*, en estos pacientes coexistía además el dx. de sd. de inmunodeficiencia adquirida. La meningitis fímica presentó el mayor número de complicaciones que fué la presencia de Hidrocefalea obstructiva sec. a aracnoiditis basal, la cual ameritó la colocación de derivación ventrículo peritoneal para su manejo.

* Jefe del Depto. de Medicina Interna.

** Médico Residente de 4° Año de Medicina Interna.

SOLIS MARTINEZ JOSE RUFO DR. * HUERTA CERDA MANUEL DR.** RIOS DAVILA MA. MARGARITA DRA.***. DETECCION Y DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA POR MAMOGRAFIA. DEPARTAMENTO DE RADIODIAGNOSTICO. HOSPITAL METROPOLITANO "DR. BERNARDO SEPULVEDA". SERVICIOS DE SALUD EN NUEVO LEON. SAN NICOLAS DE LOS GARZA NUEVO LEON.

LAS INVESTIGACIONES MUESTRAN QUE LA MAMOGRAFIA ES UN PROCEDIMIENTO DE MUCHA UTILIDAD PARA DETECTAR EL CANCER MAMARIO EN ETAPAS TEMPRANAS MUCHO ANTES QUE SE HAGA EVIDENTE A TRAVES DEL EXAMEN FISICO O CUALQUIER OTRO METODO COMO LA ULTRASONOGRAFIA. LA DETECCION OPORTUNA NO SOLAMENTE AUMENTA LA SUPERVIVENCIA, SINO QUE REDUCE LA MORTALIDAD ABSOLUTA POR ESTE PADECIMIENTO. EL CANCER MAMARIO ES LA SEGUNDA CAUSA DE MUERTE EN EL SEXO FEMENINO.

LAS INDICACIONES DE ESTUDIO DE MAMOGRAFIA SON LA SIGUIENTES: PACIENTES CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER, MASAS PALPABLES Y/O SECRECION POR PEZON. LA EXPLORACION RADIOGRAFICA DEBE DE EFECTUARSE CADA 2 AÑOS EN MUJERES DE 35 a 39 AÑOS, DOS VECES AL AÑO DE 40 a 49 AÑOS Y ANUAL DE 50 a + AÑOS.

EN EL DEPARTAMENTO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL METROPOLITANO CONTAMOS CON UN MASTOGRAFO ELSCINT, MODELO 95, DE 5 kv Y 20 A°, QUE ESTA EN FUNCION APARTIR DE ENERO DE 1996.

HEMOS REALIZADO UN ESTUDIO PROSPECTIVO, LONGITUDINAL Y OBSERVACIONAL DE MAMOGRAFIAS REALIZADAS EN UN PERIODO DE 8 MESES, COMPRENDIDO DEL MES DE MARZO A OCTUBRE DE 1996.

SE REVISARON 169 CASOS EN LOS CUALES SE EFECTUO MAMOGRAFIA BILATERAL EN DOS PROYECCIONES (CARNEOCAUDAL Y MEDIOLATERAL) LAS CUALES FUERON EFECTUADAS EN MUJERES DE POBLACION ABIERTA CUYA EDAD FLUCTUO ENTRE 30 a 81 AÑOS DE EDAD.

EN LA REVISION DE LA EVALUACION RADIOGRAFICA DE ESTAS PACIENTES SE REPORTARON 11 CASOS (6.5%) EN LAS CUALES LAS ALTERACIONES ERAN COMPATIBLES CON CANCER DE MAMA. ESTOS CASOS FLUCTUARON EN EDADES ENTRE 34 a 81 AÑOS DE EDAD, CON UNA MEDIA DE 57 AÑOS.

EL RESTO DE LAS EVALUACIONES RADIOGRAFICAS SE REPORTO 136 (80.47%) NORMALES, CALCIFICACIONES BENIGNAS 7 (4.14 %), ENFERMEDAD FIBROQUISTICA 6 (3.55 %), FIBROADENOMAS 4 (2.36 %), LESION DE TEJIDOS BLANDOS 4 (2.36%) Y UN CASO DE ADENOSIS QUE CORRESPONDE A 0.59 %.

DE LOS 11 CASOS COMPATIBLES CON CANCER, 7 PRESENTARON TUMOR PALPABLE (63.63 %), CON MEDIDAS ENTRE 1 a 12 cm. EN 4 CASOS (36.36 %) QUE SE CONSIDERABAN MUJERES SANAS DESDE EL PUNTO DE VISTA CLINICO Y EN LAS QUE EL ESTUDIO SE EFECTUO COMO PARTE DEL PROGRAMA DE EXAMEN PRECOZ, SE DESCUBRIERON LESIONES TUMORALES COMPATIBLES CON CANCER.

LA AFECTACION FUE DE 6 LESIONES MALIGNAS EN MAMA DRECHA Y 5 EN MAMA IZQUIERDA.

EN LAS 11 PACIENTES LOS HALLAZGOS POR ECO FUERON COMPATIBLES CON EL DIAGNOSTICO Y 9 DE ELLAS FUERON COMPROBADAS POR PATOLOGIA YA QUE 2 PACIENTES NO ASISTIERON A CONSULTA POSTERIOR.

* JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RADIODIAGNOSTICO. **MEDICO EXTERNO ASESOR.***MEDICO RESIDENTE DE 2do. GRADO DE RADIOLOGIA.

Solis Martinez José R.*Dr. Huerta Cerda Manuel Dr**
Lozano Pastén Lidia Patricia*** Diagnóstico de Lesio-
nes Benignas por Mamografía. Departamento de Radiolō-
gía e Imagen. Hospital Metropolitano Dr."Bernardo --
Sepulveda" Servicios de Salud en Nuevo León. San Ni-
colás de los Garza Nuevo León .

Se realizó estudio prospectivo longitudinal, observa-
cional de diagnósticos de lesiones benignas de mama-
por mamografía .

Al revisar la literatura actual. La información que--
existe en relación a la imagenología en el cáncer ma-
mario, encontramos que, los comentarios en relación--
de las lesiones benignas se les ha dado poca impor--
tancia y han sido relegadas, a pesar de ser las más-
frecuentes y de contar con una gran variedad de pre-
sentación .

Teniendo en cuenta que la mamografía es el examen ra-
diológico ideal para la detección de patología de --
glándula mamaria . El presente estudio pretende cono-
cer los diagnósticos de las lesiones benignas de ma-
ma más frecuentes encontradas por mamografía. La rea-
lización de este estudio se llevó a cabo por espacio--
de un año, que incluye del 1o de marzo de 1996 al 31-
de marzo de 1997; teniendo como universo a todas las
pacientes femeninas, que acuden al departamento de -
Radiología e Imagen del Hospital Metropolitano para-
la realización de mamografía; independientemente de-
los diagnósticos de envío.

Se utilizó un mastógrafo modelo 95 Elscint de 5 Kv y
20A^o; las proyecciones observadas fueron craneocaudal
y mediolateral derecha e izquierda .

El total de pacientes con mamografía realizada fue -
de 177, la distribución por grupo de edad fue de 30-
a 85 años, encontrando que el grupo de edad más afec-
tado por las lesiones benignas de mama fue 26 a 45 -
años (119), 46 a 64 (48), 64 y más años (6), y por último
25 años (0); los diagnósticos radiológicos encontrados
fueron: Enfermedad Fibroquística 25(27.1%), calcifica-
ciones benignas 22(23.9%), Fibroadenoma 14(15.2%), lesio-
nes sospechosas de ca 10(10.8%), ganglios 4(4.3%), quis-
tes 4(4.3%), adenomiosis 2(2.1%), lipoma 2(2.1%), adenosis
1(1%), absceso 1(1%), hematoma 1(1%), mastitis 1(1%), ade-
noma 1(1%), fibrosis mamaria 1(1%), ectasia ductal 1(1%),
nódulo 1(1%), fibroquiste 1(1%), A través de este estu-
dio hemos podido analizar las diferentes lesiones be-
nignas de mama dada su frecuencia e incidencia en el -
Hospital Metropolitano, las cuales están acorde con lo
reportado en la literatura mundial; la enfermedad fi-
broquística sigue siendo la patología de mama más fre-
cuente en pacientes jóvenes .

* Jefe de Servicio del Departamento de Radiología e --
Imagen . ** Médico Externo Asesor, *** Médico Residente
2do grado Radiología e Imagen .

SOLIS MARTINEZ JOSE RUFO* HUERTA CERDA MANUEL MONTALVO VAZQUEZ JULIO C.***
IMAGEN DIAGNOSTICA POR ULTRASONIDO Y SERIE GASTRODUODENAL EN ESTENOSIS HIPERTROFICA PILORICA. ESTUDIO COMPARATIVO.
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E IMAGEN.
HOSPITAL METROPOLITANO "DR. BERNARDO SEPULVEDA"
SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEON, SAN NICOLAS DE LOS GARZA, NUEVO LEON.**

LA ESTENOSIS HIPERTROFICA PILORICA (EHP) ES UN DESORDEN INFANTIL COMUN, CARACTERIZADO POR ELONGACION, AUMENTO DEL VOLUMEN MUSCULAR Y OBSTRUCCION DE LA SALIDA GASTRICA.

ANTES DEL ADVENIMIENTO DEL ULTRASONIDO, EL ESTUDIO CON MEDIO CONTRASTADO DEL ESTOMAGO ERA EL PROCEDIMIENTO DE DIAGNOSTICO UNICO PARA LA VALORACION DE ESTOS PACIENTES.

EN LA ACTUALIDAD EL ESTUDIO POR ULTRASONIDO, ADEMAS DE SER FACIL DE REALIZAR Y NO INVASIVO, PROPORCIONA UNA SEGURIDAD DIAGNOSTICA EN ALGUNAS ESTADISTICAS HASTA DE UN 95%.

EL PRESENTE TRABAJO, TIENE COMO OBJETIVO COMPARAR LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LAS IMAGENES DIAGNOSTICAS OBTENIDAS POR AMBOS PROCEDIMIENTOS.

ESTE ESTUDIO PROSPECTIVO, LONGITUDINAL Y OBSERVACIONAL, SE REALIZO EN UN PERIODO DE 6 MESES COMPRENDIDO DEL 1º DE NOVIEMBRE DE 1996 AL 1º DE MAYO DE 1997; VALORANDOSE PACIENTES REFERIDOS POR EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS PEDIATRIA CON UN DIAGNOSTICO CLINICO DE EHP.

EL ESTUDIO ULTRASONOGRAFICO FUE REALIZADO, CON UN EQUIPO DE ULTRASONIDO DE TIEMPO REAL, UTILIZANDO TRANSDUCTOR LINEAL DE 7.5 MHz.

PARA LA SERIE GASTRODUODENAL, SE UTILIZO EQUIPO DE FLUOROSCOPIA CON SERIOGRAFO INTENSIFICADOR DE IMAGEN Y MONITOR DE CIRCUITO CERRADO. A CADA PACIENTE SE LE ADMINISTRO MEDIO DE CONTRASTE HIDROSOLUBLE IONICO AL 60% EN DILUCION AL 50% CON SOLUCION GLUCOSADA AL 5% POR VIA ORAL.

LOS CRITERIOS EMPLEADOS PARA EL DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO FUERON: ESPESOR MUSCULAR MAYOR DE 4mm, DIAMETRO TRANSVERSAL MAYOR DE 8mm Y LONGITUD DEL CANAL PILORICO MAYOR DE 14mm.

LOS CRITERIOS EMPLEADOS PARA EL DIAGNOSTICO POR SERIE GASTRODUODENAL FUERON: DILATACION GASTRICA, OBSTRUCCION PILORICA SIN PASO DEL CONTENIDO GASTRICO HACIA EL DUODENO, RETARDO DEL PASO DEL CONTENIDO GASTRICO A DUODENO, IMAGEN DE ELONGACION DEL PILORO Y ESTENOSIS DEL CANAL PILORICO.

SE REVISARON 6 PACIENTES CON UN RANGO DE EDAD DE 3 A 8 SEMANAS; 5 DEL SEXO MASCULINO Y UNO DEL SEXO FEMENINO. ESTOS PRESENTARON MEDICIONES MAYORES EN SU ESPESOR MUSCULAR, DIAMETRO TRANSVERSAL Y LONGITUDINAL CONSIDERANDOSE COMO EHPEN CADA UNO DE ELLOS POR ULTRASONIDO. EN LA SERIE GASTRODUODENAL 3 PACIENTES MOSTRARON DILATACION GASTRICA SIN PASO DEL CONTENIDO HACIA DUODENO, Y EN LOS 3 RESTANTES SE OBSERVO PASO RETARDADO DEL MISMO, CON IMAGEN DE ELONGACION Y ESTENOSIS DEL CANAL PILORICO CONFIRMANDOSE EN CADA EHP.

CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS PODEMOS CONCLUIR QUE AMBOS METODOS SON EXCELENTES PARA DIAGNOSTICO DE EHP. CONSIDERANDO QUE ES SUFICIENTE EL EMPLEO DEL ULTRASONIDO COMO METODO ELECTIVO POR SER NO INVASIVO Y DE FACIL REALIZACION Y SOLO UNICAMENTE ANTE UNA DUDA RAZONABLE DEBE COMPLEMENTARSE CON SERIE GASTRODUODENAL.

*JEFE DE DEPARTAMENTO **MEDICO EXTERNO ***RESIDENTE DE 2º AÑO.

SOLIS MARTINEZ JOSE RUFO* SEGURA DESSAVRE DICELA DEL CARMEN**
CARCINOMA POLIPOIDEO DEL COLON. REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA.
HOSPITAL METROPOLITANO "DR. BERNARDO SEPULVEDA".
SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEON. SAN NICOLAS DE LOS GARZA, NUEVO LEON.

SE PRESENTA EL CASO DE UN HOMBRE DE 59 AÑOS QUE SE PRESENTO EN EL HOSPITAL METROPOLITANO 5 MESES ANTES DE SU ADMISION, CON PERDIDA DE PESO, ATAQUE AL ESTADO GENERAL, ASI COMO DOLOR EN EPIGASTRIO TIPO ARDOROSO, DIAGNOSTICADO COMO GASTRITIS, MANEJADO CON ANTIACIDOS Y BLOQUEADORES H₂, CEDIENDO LA SINTOMATOLOGIA.

UN MES DESPUES EL PACIENTE CONTINUO CON DOLOR EN EPIGASTRIO AGREGANDOSELE CAMBIOS EN LOS HABITOS INTESTINALES LLEGANDO A PRESENTAR PERIODOS DE EVACUACIONES MELENICAS.

CONTINUO CON LA MISMA SINTOMATOLOGIA, AGREGANDOSE HEMATOQUESIA, POR LO CUAL ES INTERNADO.

EL EXAMEN FISICO NO REPORTO DATOS DE INTERES, SOLO AL TACTO RECTAL SE ENCONTRO ESCASO EXCREMENTO DE CARACTERISTICAS HEMATOQUESICAS.

EL LABORATORIO REPORTO Hb DE 8.3, Hto 29%, LEUCOS 5,800 Y SANGRE OCULTA EN HECES POSITIVA.

EL ECO ABDOMINAL REPORTO DATOS DE INTUSUSCEPCION SIN DESCARTAR NEOPLASIA EN COLON. SE REALIZA COLON POR ENEMA ENCONTRANDO DIVERTICULOS Y UN DEFECTO DE LLENADO QUE SUGIRIO MASA DE ASPECTO POLIPOIDE A NIVEL DE CIEGO. LA COLONOSCOPIA MOSTRO MUCOSA DE COLON HIPEREMICA Y LESION POLIPOIDE A NIVEL CECAL QUE OBSTRUYE LA LUZ DEL COLON.

SE REALIZA CIRUGIA ENCONTRANDOSE TUMORACION EN CIEGO, PROBABLE CARCINOMA.

EL ESTUDIO PATOLOGICO REPORTO CA. POLIPOIDE QUE HISTOLOGICAMENTE CORRESPONDIA A UN ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO, MUCOSECRETOR QUE INFILTRABA HASTA SEROSA CON METASTASIS A GANGLIOS REGIONALES.

EL CA. POLIPOIDEO SE OBSERVA CUANDO EL COLON HA SIDO LLENADO CON MEDIO DE CONTRASTE BARITADO Y CON DOBLE CONTRASTE, OCURRIENDO EN CUALQUIER PARTE DEL COLON, SIENDO MAS FRECUENTE EN CIEGO Y COLON ASCENDENTE. OBSERVANDOSE COMO UNA MASA INTRAABDOMINAL O UN DEFECTO DE LLENADO DE TAMAÑO VARIABLE QUE SE ADHIERE A LA MUCOSA COLONICA.

LA SUPERFICIE DEL DEFECTO ES IRREGULAR, LOBULADA Y SU PATRON MUCOSO SE PIERDE COMPLETAMENTE.

LAS LESIONES GRANDES SON VEGETATIVAS, INDICANDO EL ESTADIO AVANZADO DE CRECIMIENTO; LAS LESIONES PEQUEÑAS PARECEN POLIPOS BENIGNOS Y ES IMPOSIBLE DIFERENCIARLO DE LOS MALIGNOS POR ESTUDIOS RADIOLOGICOS CON MEDIO DE CONTRASTE.

* JEFE DEL SERVICIO

** MEDICO RESIDENTE DE TERCER GRADO RADIOLOGIA.

* DR. OSVALDO DAVILA GARZA
** DR. MARCOS MORA PUGA
*** KERIZIAN JANICE, VAZQUEZ HUGO Y GARCIA CYNTHIA

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE MENINGITIS EN NIÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

INTRODUCCION: La meningitis es una enfermedad infecciosa relativamente común causada por una gran variedad de microorganismos.

La mortalidad asociada a ésta varia entre 2 y 10% en lactantes y en niños alcanzando casi un 30% en los neonatos.

Las secuelas auditivas o neurológicas ocurren en casi una tercera parte de los pacientes que sobreviven, ahí su importancia de detección temprana.

OBJETIVO: Conocer la epidemiología de las meningitis del departamento de Pediatría del Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda " de los - - Servicios de Salud de Nuevo León, y comparar resultados con la literatura.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó estudio retrospectivo de Enero de 1992 a - Diciembre de 1996, en el cual se revisaron los expedientes clínicos de -- niños con diagnóstico de meningitis en pacientes que fluctúan de 0 a 14 - años de edad, Se dividieron en dos grupos de 0 a 4 años y de 5 a 14 años.

RESULTADOS:

Se reportó 60 pacientes de los cuales corresponde 42 (70%) al sexo masculino y 18 (30%) pacientes al sexo femenino.

La neuroinfección bacteriana se presentó en 47 (78%) pacientes y neuroinfección viral en 13 (22%).

De los pacientes con neuroinfección bacteriana se reportó coagulación positiva en 12 pacientes (20%).

De la coagulación positiva a 9 pacientes se reportó haemophilus influenzae tipo B, correspondiendo el 100% al grupo de 0 a 4 años. En dos pacientes se reportó streptococcus pneumoniae el 100% en el grupo de 5 a 14 años y 1 paciente con streptococcus agalactiae en el grupo de 0 a 4 años. Se aisló por cultivos positivos además de los 12 de la coagulación a 2 pacientes con mycobacterium tuberculosis en el grupo de 0 a 4 años ; estreptoco del grupo B, Sthaphilococcus epidermidis y salmonella enteritidis, uno de cada uno, estos pacientes en el grupo de 0 a 4 años.

La crisis convulsiva se encontró en 42 pacientes (70%) siendo la complicación más frecuente encontrada.

CONCLUSIONES:

Los grupos de edad corresponde a los porcentajes reportados en la literatura en cuanto a los Agentes Etiológicos

Los resultados positivos de coagulación y cultivos en nuestro hospital se encuentran en porcentajes inferiores a los reportados en otros estudios.

* JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL METROPOLITANO

** RESIDENTE DEL TERCER AÑO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL METROPOLITANO

*** ESTUDIANTES DEL SEXTO SEMESTRE DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE MONTERREY.

INCIDENCIA DE HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO EN EL
HOSPITAL METROPOLITANO "DR. BERNARDO SEPULVEDA"

* DR. OSVALDO DAVILA GARZA.
** DRA. NORMA CISNEROS GARCIA.
*** DRA. PATRICIA YDOLINA PEREZ MARTINEZ.

INTRODUCCION: El hipotiroidismo congénito es una deficiencia tiroidea, que se presenta antes o al nacimiento, por lo que debe diagnosticarse lo antes posible, ya que puede causar daño irreversible, la incidencia es de 1:3,500-4,000 nacidos vivos, con predominio del sexo femenino -- 2:1. Los signos clásicos de hipotiroidismo estan generalmente ausentes al nacimiento y aparecen cerca de la 6º semana de vida, de ahí la importancia de su detección temprana.

OBJETIVO: Conocer la incidencia de hipotiroidismo congénito en los recién nacidos de nuestro Hospital y comparar resultados con la literatura.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio prospectivo en nuestro Hospital en un período comprendido de Enero de 1991 a Abril de 1995, tomándose muestras sanguíneas a todos los recién nacidos después de 48 horas de vida hasta los 3 meses de edad, para determinación de TSH, la cual si era mayor de 20 microunidades internacionales por ml., se consideraba sospechoso y se repetía la determinación de TSH una semana -- después. Se incluyeron además pacientes que acudieron a consulta externa con sintomatología hipotiroidea, realizándoseles curvas de crecimiento, ecografía tiroidea y edad ósea.

RESULTADOS: Hubo un total de 41,600 nacimientos de los cuales 78 pacientes (0.18%) se consideró sospechoso, repitiéndose la determinación una semana después y solo 17 pacientes (0.04%) fueron confirmados. De los 17 pacientes fueron 5 masculinos (30%) y 12 femeninos (70%). Asi como 12 pacientes (70%) se detectó en período comprendido de recién nacidos a los 3 meses de edad, y 5 pacientes (30%) se detectaron por consulta externa; 1 a los cuatro meses, 1 a los ocho meses y 3 al año de edad.

CONCLUSION:

- La incidencia de nuestro Hospital fue 1:3,400 nacimientos.
- La relación en cuanto a sexo fue 2:1 predominio femenino.
- Corroborándose dichos datos con la literatura.

* JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL METROPOLITANO
** PEDIATRA NEONATOLOGO ADSCRITO AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL METROPOLITANO.
*** RESIDENTE DEL TERCER AÑO DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL METROPOLITANO.

INCIDENCIA DE CULTIVOS POSITIVOS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO EN EL
SERVICIO DE PEDIATRIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

* DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ QUINTANTILLA

** DRA. PATRICIA YDOLINA PEREZ MARTINEZ

INTRODUCCION: La meningitis es una inflamación aguda de las meninges que tiene uno de los primeros lugares en las urgencias médicas pediátricas y en esencial un diagnóstico oportuno, rápido y preciso. El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) es el dato de Laboratorio fundamental para hacer el diagnóstico de infección del sistema nervioso central. La presencia de diversos agentes etiológicos y la integridad anatómica del sistema nervioso central. El cultivo de LCR como método de diagnóstico de meningitis bacteriana solo se corrobora en un 8% en la literatura americana.

OBJETIVO: Conocer la incidencia de cultivos positivos de líquido cefalorraquídeo así como el agente etiológico.

MATERIAL Y METODOS: En un período comprendido de 5 años desde 1990 hasta 1994, se recopilaron los resultados de líquido cefalorraquídeo en pacientes pediátricos y recién nacidos del Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda". De los resultados de los cultivos de LCR se clasificó por grupos de recién nacidos y pacientes pediátricos así como agente etiológico e incidencia.

RESULTADOS: Durante ese período comprendido se tomaron un total de 1081 muestras de LCR, de las cuales 67 muestras (6.19%) fueron positivas, correspondiendo 30 muestras a neonatos y 37 muestras a pacientes pediátricos. De los germenés más frecuentes en el período neonatal fueron los gram negativos en el siguiente orden de frecuencia: Pseudomona aeruginosa (23.3%), Klebsiella pneumonise (16.7%), Escherichia coli (10%). En relación a los pacientes pediátricos los germenés más frecuentes fueron: Haemophilus influenzae (27%), Streptococcus pneumoniae (24.3%), Staphylococcus aureus (10.8%).

CONCLUSION:

- La incidencia de cultivos positivos de LCR en nuestro Hospital fue 6.19%.
- La incidencia fue baja comparada con la literatura.
- La frecuencia de agentes etiológicos en neonatos y pacientes pediátricos es similar con la literatura.

* MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL METROPOLITANO.

** RESIDENTE DEL TERCER AÑO DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL METROPOLITANO.

DETECCION TEMPRANA DE LEUCOCORIAS EN EL RECIEN NACIDO.

* DR. ELOY VILLARREAL DE LOS SANTOS
** DR. OSVALDO DAVILA GARZA
*** DRA. BLANCA ELVA RUIZ CANALES

INTRODUCCION: El término Leucocorias en recién nacidos se define como: pupila anormal a la reflexión (o pupila blanca). Usualmente resulta de una anomalía intraocular vista mayormente en niños.

Leucocoria envuelve varios diagnósticos diferenciales como son: Retino blastoma, Catarata congénita, Desprendimiento de retina, Uveitis posterior de cualquier causa, Vitreo primario hiperplásico persistente, - - Displasia retiniana (o Enfermedad de Norrier) y Enfermedad de Coats.

La incidencia de Leucocorias en recién nacidos es de 0.4%. Algunos signos o signos pueden estar asociados a Leucocorias como son los siguientes: Ojo rojo doloroso, Microftalmos, Agudeza visual disminuida, - Estrabismo y Proptosis.

MATERIAL Y METODOS: En este estudio prospectivo en el período comprendido de Enero a Marzo de 1996 en el Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda" donde se incluye a todos los recién nacidos vivos sanos, con edad gestacional de 38 - 42 semanas, que se encontraban en alojamiento conjunto, en ellos se realizó revisión de fondo de ojo, buscando el reflejo rojo. En 54 recién nacidos, no era evidente dicho reflejo por lo que se realizó dilatación pupilar de ambos ojos, con tropicamida al 1.0% de solución oftálmica.

RESULTADOS: En este estudio se revisaron 829 recién nacidos sanos, 442 del sexo masculino y 387 del sexo femenino, encontrándose 5 recién nacidos con leucocorias; 2 cataratas congénitas unilaterales (1 masculino y 1 femenino), 2 cataratas congénitas bilaterales (2 masculinos), - 1 vitreo primario hiperplásico persistente (1 masculino). Realizándose a los cuatro pacientes exámenes para detección de sífilis, toxoplasma, rubeola, citomegalovirus y hepatitis reportándose negativos. La incidencia reportada en este estudio fué de 0.6%.

CONCLUSION: La incidencia en este estudio es mayor que la reportada en la literatura.

- La causa principal en nuestro medio de Leucocorias es la catarata congénita, seguida de vitreo hiperplásico persistente, no se encontró retinoblastoma, probablemente por el área geográfica.
- La búsqueda intencionada de Leucocorias proporciona diagnóstico y tratamiento oportuno.

* MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL METROPOLITANO.
** JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL METROPOLITANO.
*** RESIDENTE DEL TERCER AÑO DEL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL - METROPOLITANO.

SOLIS MARTINEZ, DR. JOSE R.*, BUTRON, DR. ANGEL**, MEDINA VILLALOBOS, DR. OSCAR***
DIAGNOSTICO SONOGRAFICO DE MIOMA UTERINO Y HALLAZGOS ENCONTRADOS. DEPARTAMENTO DE
RADIODIAGNOSTICO. HOSPITAL METROPOLITANO "DR. BERNARDO SEPULVEDA". SERVICIOS DE SA
LUD EN NUEVO LEON, SAN NICOLAS DE LOS GARZA, N.L., MEXICO.

El leiomioma es de los tumores más frecuentes uterinos, es de características be--
nignas, redondeado y con bordes definidos.

El objetivo del presente estudio fué conocer los aspectos epidemiológicos de los
miomas uterinos por medio de sonografía.

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron 890 pacientes femeninas por medio de ecografía,
las cuales presentaban sangrado transvaginal, dolor tipo cólico y tumoración palpa
ble en hueso pélvico y en las cuales se determinó en el estudio prospectivo: edad,
la relación con embarazo, localización, tipo de mioma por su localización anatóni
ca y la asociación a otras patologías. Se utilizó para realizar el presente estu--
dio ecográfico, un aparato General Electric RT3000 utilizando un traductor de 3.5
MH, encontrándose 88 pacientes (8.9%) con imágen de mioma uterino cuya valoración
de dichas pacientes se inició en febrero del 97 a abril del mismo año, en el depar
tamento de Radiodiagnóstico del hospital Metropolitano.

Los resultados de los hallazgos sonográficos en las pacientes femeninas en las que
se realizó este estudio y se identificó imágen de mioma uterino fueron 88 (8.9)
con una edad media de 37 años; de los 31 a 35 años se encontraron 23 pacientes
(26%) de lso 36 a los 40 años se encontraron 25 (28%) miomas, y de los 41 a los 45
años se encontraron 16 (8%). Se diagnosticaron por imágen 8 casos de mioma, el
cual correspondió al 9.9% asociados a embarazos y 3 (3.4%) a H.M.R. Los miomas in
tramurales fueron 86 (98%) y en la pared anterior del tipo de los miomas intramura
les 3 (3%), en la pared psoterior 5 (6%), 3 (3.6%) en el fondo uterino, y un caso
de mioma a nivel de cervix. De los miomas intramurales 4 (3%) presentaron calcifi
caciones y 3 (2%) con degeneración miomatosa. De los miomas uterinos se encontra--
ron 10 (11.3%) casos asociados a crecimiento uterino y 4 (4.5%) presentaron quis--
tes ováricos.

En nuestro estudio se encontró que la edad más frecuente de presentar mioma uteri
no fué entre los 36 y 40 años. la presentación más frecuente del tipo de miomas
fueron los intramurales y su localización en la pared anterior. Se encontraron aso
ciados a embarazo en pacientes jóvenes; la asociación a otras patologías fueron
los quistes ováricos y la asociación a crecimiento uterino.

* JEFE DE SERVICIOS DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL METROPOLITANO

** MEDICO EXTERNO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL METROPOLITANO.

*** MEDICO RESIDENTE DE 2° AÑO DE RADIODIAGNOSTICO.

COMPARACION DE COSTOS EN EL BLOQUEO PERIDURAL CONTINUO Y ANESTESIA GENERAL.

Debido al incremento del costo de medicamento anestésicos surge la inquietud de valorar otras técnicas más económicas y con mayor beneficio para el paciente.

Se estudiaron registros anestésicos de 5 meses, el procedimiento quirúrgico fue la colecistectomía. Las edades fluctuaron en el rango de 19 a 96 años y 57 a 83 kg de peso. Se utilizaron dos técnicas: Bloqueo peridural continuo y Anestesia general. Los costos de los medicamentos se basaron en los precios unitarios de la secretaria de salud. Fueron un total de 94 anestésicos: 58 de Anestesia general y 36 de Bloqueo peridural.

La Anestesia general costó siete veces más que el Bloqueo peridural continuo.

Este método para analizar registros anestésicos como una base para el cálculo de costos de medicamentos, tiene una debilidad en el hecho de que los costos de los gases son solo aproximados.

Como se esperaba, el Bloqueo peridural tiene mayores beneficios pues provee de analgesia posoperatoria, menor uso de medicamentos anestésicos y, por ende, menor costo al paciente y a la institución.

Dra. Alba Rosa Arguelles Juárez
Residente de Anestesiología

