

Jornadas Conmemorativas del 57 Aniversario y de la Remodelación del Hospital Central Militar

Trabajos libres

Hospital Central Militar, Ciudad de México

Utilidad de la biopsia hepática en el diagnóstico de la cirrosis y sus complicaciones. *Myr. M.C. Araceli Magaña García.* Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. La evaluación del paciente con enfermedad hepática crónica, requiere historia clínica cuidadosa y examen físico completo. La evaluación de los síntomas, factores de riesgo para infección e historia familiar, ayudarán a determinar la etiología. Los factores de riesgo para infecciones virales incluyen el uso de drogas ilícitas, múltiples parejas sexuales, transfusiones sanguíneas, tatuajes y diálisis crónica. Una historia familiar de enfermedad hepática sugiere un trastorno hereditario o una causa infecciosa. La presencia de angiomas en araña, eritema palmar, pérdida de la lúnula de la uña y uñas blancas sugieren cirrosis. El aumento predominante del lóbulo hepático izquierdo es típico de enfermedad hepática alcohólica. La cianosis sugiere síndrome hepatopulmonar. La asterixis, confusión y fetor hepaticus, sugiere, encefalopatía hepática: la asterixis no es específica de encefalopatía hepática, también se presenta debida a falla respiratoria, cardíaca y renal. La cirrosis se define como un proceso difuso con fibrosis y formación de nódulos, que puede ser debida a múltiples causas. Para determinar el grado de afección hepática en la cirrosis, se requiere estudiar un fragmento hepático. Existen diversas técnicas: percutánea, transyugular, laparoscópica, por laparotomía y guiada por ultrasonido o tomografía computada. La técnica a escoger dependerá del estado general del paciente y si la cirrosis se encuentra compensada.

Adenocarcinoma tipo intestinal mucinoso de la órbita. *Tte. Cor. M.C. Rogelio Ernesto Prado Carrasco, M.M.C. Ret. Arturo Martín Sánchez García, Cor. M.C. Gustavo Carrasco Rojas.* Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. *Objetivo:* presentar un tumor maligno el cual puede dar un cuadro clínic mínimo con un gran crecimiento tumoral a nivel de senos paranasales y la órbita. *Información general.* Es un caso que presenta con una epifora mínima, un ligero telecanto y obstrucción de fosa nasal del lado afectado, referida a la consulta de órbita en donde se le solicita RXS de senos paranasales en donde se aprecia un velamiento de todos los senos, dicho lado, posteriormente se le indica una TAC encontrándose una masa tumoral de 5 x 12 cm que involucra efectivamente todos los senos y la órbita se decide un abordaje quirúrgico combinado, reseca casi la totali-

dad de la tumoración, llegando al diagnóstico sólo con el apoyo de todos los servicios involucrados. *Conclusión:* Este caso deja una gran enseñanza por el hecho de que sino es realizado el esquema clínico radiológico adecuado la tumoración hubiera pasado inadvertida con un riesgo grave para la paciente.

Histiocitosis X de células de Langerhans. *Tte. Cor. M.C. Rogelio Ernesto Prado Carrasco, M.M.C. Ret. Arturo Martín Sánchez García.* Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. *Objetivo:* dar a conocer una enfermedad poco común que afecta a la órbita y que puede ser de difícil diagnóstico diferencial en casos de proptosis en niños. *Información general:* El diagnóstico será básicamente con la tríada de exoftalmos, lesiones líticas en huesos y diabetes insípida. Son importantes los estudios de gabinete para realizar el diagnóstico con otras muchas patologías que se presentan son proptosis como son astrocituras, meningiomas, pseudotumor inflamatorio, rhabdomyosarcoma, enfermedad de Graves, etc. *Conclusiones:* es por tanto interesante tener una excelente interrelación de los servicios y los estudios de gabinete para obtener datos positivos y completar diagnósticos sindromáticos de mucha precisión en casos clínicos de difícil diagnóstico.

Angiofibroma orbitario. *Tte. Cor. M.C. Rogelio Ernesto Prado Carrasco, M.M.C. Ret. Arturo Martín Sánchez García.* Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. *Objetivo:* el angiofibroma es un tumor que afecta a gente joven en la nasofaringe y raro que afecte la órbita, es por esto el hecho de presentarlo como caso clínico de difícil abordaje. *Información general:* neoplasia benigna, uno en 50,000 de tumores de cabeza y cuello, crecimiento lento por extensión, red vascular en estroma fibroso, frecuente la embolización preoperatoria, disminución de la AV, proptosis, presenta tres estadios pasando de la nasofaringe hasta extensión intracraneal. *Conclusiones:* es importante realizar una correlación clínico-radiológico, manejo preoperatorio con embolización, hacer una buena selección del abordaje quirúrgico, el diagnóstico de precisión tiene que estar apoyado por el estudio histopatológico, así como la interacción de todos los servicios involucrados.

Stent de poliuretano para la obstrucción del conducto nasolagrimal. *M.M.C. Ret. Arturo Martín Sánchez García,*

Tte. Cor. M.C. Rogelio Ernesto Prado Carrasco. Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. **Objetivo:** describir la colocación del Stent de poliuretano para obstrucción del conducto nasolagrimal y evaluar su eficacia a largo plazo. **Información general:** la obstrucción parcial o total del conducto nasolagrimal nos lleva a un problema común en la práctica oftalmológica. **La epifora.** las causas son multifactoriales; para el presente trabajo seleccionamos a los pacientes con obstrucción secundaria a inflamación crónica. El uso del Stent de poliuretano suple otros métodos para resolver la obstrucción, desde la cruenta dacriocistorrinostomía hasta la incómoda dacriointubación con silicón. Para la colocación del Stent de poliuretano se requiere de equipo especial, empleo de fluoroscopia lateral y anestesia local. Los resultados preliminares indican la resolución de la obstrucción en forma inicial en un 100%; requiriendo por el momento para complementar el trabajo, el aumento de la muestra y su seguimiento a largo plazo. **Conclusiones:** el Stent de poliuretano es tolerable, utiliza anestesia local, requiere equipo especial, empleo de fluoroscopia lateral y su colocación es fácil y segura; su efectividad ha sido demostrada en los pacientes a los que se ha colocado el Stent.

Telangiectasia hemorrágica familiar (enfermedad de Osler Weber Rendu) Reporte de un caso. *M.M.C. Cecilia Araceli Magaña García, Tte. M.C. Jorge Fagoaga Valdivia, Tte. M.C. Ignacio Cano Muñoz.* Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. La enfermedad de Osler Weber Rendu (OWR) es un trastorno caracterizado por displasia fibromuscular y mucocutánea, manifestado por telangiectasias, fístulas A-V y aneurismas en el sistema cardiovascular. **Objetivo:** conocer las características clínicas, métodos diagnósticos, evolución y tratamiento de un caso manejado en el Hospital Central Militar. **Material y método:** evaluamos paciente femenino de 67 años de edad que inicia en su juventud con epistaxis recurrentes que ameritó dermatoplastia nasal. Úlcera duodenal tratada con gastrectomía parcial. El examen físico demuestra telangiectasias en cara, manos, lengua, orejas, tórax, además de hepatomegalia no dolorosa. Se practicó panendoscopia, colonoscopia, gammagrama pulmonar, ecocardiograma, angiografía y arteriografía de aorta abdominal. **Resultados:** la panendoscopia mostró ectasias vasculares en esófago, estómago y duodeno no sangrantes con lesiones similares en sigmoides y colon descendente. El gammagrama pulmonar mostró alteraciones perfusorias difusas. El ecocardiograma estenosis aórtica moderada, hipertensión pulmonar moderada con fracción de eyección disminuida e insuficiencia tricuspídea leve. Además el dúplex abdominal angiografía magnética y arteriografía abdominal mostraron una fístula de arteria mesentérica superior con la vena porta, múltiples alteraciones vasculares a nivel del hilio hepático. La paciente se ha manejado con ablación endoscópica de las ectasias gastrointestinales sangrantes, hemotransfusiones y suplemento de folatos, recibe tratamiento médico para gastritis por reflujo biliar y su estado general es bueno. Programada para practicar embolización y oclusión de fístula de mesenté-

rica superior a porta con dispositivos endovasculares recubiertos. **Conclusiones:** entidad clínica poco frecuente manifestada en paciente de edad avanzada con una frecuencia estimada de 1 a 2 por cada 100,000 personas. A pesar de las complicaciones y múltiples alteraciones vasculares la sobrevida es buena con una mortalidad menor al 10% relacionada con las complicaciones susceptibles de tratar.

Prevalencia de hipotiroidismo en pacientes mayores de 55 años *M.M.C. César Manuel López Hernández, M.M.C. Héctor Adolfo Morales Yepez, M.M.C. Roberto Sandoval Pacheco, Tte. Cor. M.C. Emmanuel Martínez Lara.* Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. La prevalencia de hipotiroidismo en pacientes mayores de 60 años, no ha sido determinada en México, nos interesa presentar su importancia clínica, el impacto diagnóstico y el tratamiento oportuno, así como su relación con otras enfermedades. Se incluyeron 119 pacientes (58 H y 61 M) entre las edades de 60 y 85 años, de septiembre 1997 a febrero 1998, sin antecedentes de factores que alteren el funcionamiento de la glándula tiroidea y sus hormonas (T4 y TSH). Se revisaron los datos clínicos de los pacientes y se obtuvo una muestra sanguínea para determinar los valores de TSH, T4, procesado mediante equipo (ACCESS), perfil de lípidos y glicemia. Encontramos una prevalencia de alteraciones tiroideas del 15%, de los cuales 13 pacientes (11%, 10 mujeres y 3 hombres) correspondieron a hipotiroideos, y el restante 4% a hipertiroideos (3 mujeres y 2 hombres). Se concluyó que la prevalencia encontrada es una cifra de interés para toda la población mayor de 60 años, y para los médicos que tienen contacto con ésta, es por ello que recomendamos integrar los datos clínicos y de laboratorio que presentaron con más frecuencia en los pacientes incluidos en este estudio.

Tumor benigno de glándula submandibular. *Micheline Osegueda Zamora, Cor. M.C. Edgar Novelo Guerra, Tte. Cor. M.C. Marcos A. Rodríguez Perales.* Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. **Objetivo:** se presenta el siguiente caso, por ser una patología frecuente en la especialidad; debido al aumento en su incidencia, por sus factores de riesgo y para que la población médica la tenga presente. **Información general:** teniendo en cuenta que la glándula submandibular es el segundo padecimiento con más frecuencia en la patología de glándulas salivales, en algunos casos pasa desapercibida hasta que presenta aumento en su tamaño. Representa el 3% de todos los tumores y el 5% de los tumores de cabeza y cuello; siendo las lesiones benignas las más frecuentes, como el adenoma pleomórfico. **Conclusiones:** como la patología submandibular es frecuente y necesitamos conocerla, se debe tener presente para que no pase desapercibida y tenerla más en mente.

Suspensión de los tejidos blandos en fracturas del tercio medio facial. *Marcos Rodríguez Perales, Cor. M.C. Edgar Novelo Guerra, Esmeralda Quezada Méndez.* Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. **Objetivos:** a

pesar de la reducción y fijación ósea completa y exitosa de las fracturas malares, existe cierta tendencia a la asimetría facial postquirúrgica a expensas de tejidos blandos, dando la apariencia de un «escurrimiento» de la mejilla debido al amplio despegamiento de dichos tejidos requerido para la exposición y reparación de la fractura. Por tal motivo se desarrolló una técnica para la resuspensión de los tejidos blandos malares para su cicatrización en el sitio adecuado. *Información general:* se realizó un estudio prospectivo, observacional y descriptivo de los pacientes con fracturas del malar que fueron sometidos a fijación interna rígida en el Departamento de Otorrinolaringología y CCC del Hospital Central Militar de enero de 1998 a enero de 1999. A los pacientes se les realizó resuspensión de los tejidos blandos del área malar afectados mediante la colocación de puntos de sutura nylon 4-0 anclados al material de osteosíntesis colocado en el reborde infraorbitario. Los pacientes fueron evaluados con TC pre y postoperatoria para valoración del esqueleto facial y la efectividad de la técnica se evaluó clínicamente con fotografías preoperatorias así como transoperatorias después de la fijación ósea y después de la resuspensión de los tejidos blandos. *Conclusiones:* nosotros concluimos que la resuspensión de tejidos blandos después de la reducción y fijación de fracturas malares, evita la asimetría facial postquirúrgica.

Diseño original de una pinza para tomar injertos septales tipo Sheen. Marcos Rodríguez Perales, Edgar Novelo Guerra, Rubén Rangel Audelo, David Baca Gardea. Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. *Objetivos:* presentar una pinza que hemos diseñado que ahorra un valioso tiempo (20 a 45 minutos) para la toma y esculpido de injertos tipo Sheen, sin necesidad de reseca y extraer tejido septal adicional más que el absolutamente necesario, obteniéndose a través de los túneles mucosos anteriores. *Información general:* En el manejo actual de la nariz mestiza mexicana se implica el mejorar el soporte, estructura y proyección nasal, mediante el uso de múltiples injertos. De ellos, el escudo tipo Sheen para la punta nasal juega un papel importante en la definición de las pieles gruesas mestizas y es un auxiliar para proporcionar soporte a la punta nasal. Al tomar un injerto tipo Sheen implica un tiempo perdido para su obtención, otro para su esculpido y uno más para su colocación. La pinza que se presenta consiste en dos ramas articuladas que en uno de sus extremos contiene el diseño sólido de menor tamaño del escudo tipo Sheen y en el otro los márgenes huecos del mismo, éstos embonan y están ajustados milimétricamente dándole ello la capacidad de corte. *Conclusiones:* consideramos que este instrumento es original, útil, ahorra un tiempo considerable en la rinoseptoplastia y su uso puede ser frecuente en quien maneja narices mestizas desde el punto de vista cosmético.

El diagnóstico sencillo de una fractura mandibular posttraumática. Saúl Serrano Cuevas, Cor. M.C. Edgar Novelo Guerra, Tte. Cor. Marcos A. Rodríguez Perales. Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. *Objetivos:* informar una manera sistemática, sencilla y oportuna de abor-

dar al paciente que presenta datos de fracturas mandibulares para detectarlas y referirlo hacia el escalón adecuado y evitar demoras en su atención previniendo secuelas importantes en la funcionalidad mandibular. *Información general:* el efecto de trauma directo por asaltos, riñas, atropellamientos, proyectiles de armas de fuego, caídas, etc. principalmente en nuestra población militar, causan fracturas mandibulares en regiones que por sus características estructurales y de localización se encuentran más predispuestas a la ruptura. La importancia de diagnosticar al inicio las fracturas mandibulares radica en las significativas secuelas que trae consigo la demora de su atención como lo son principalmente la anquilosis de la articulación temporomandibular y la mala oclusión, sin olvidar el dolor residual y pérdidas dentarias, llegando a causar inutilidad para el servicio. La facilidad de diagnóstico cuando se conoce y sospechan las lesiones va de la mano con los pocos recursos materiales y radiológicos (interrogatorio, buena exploración intra y extraoral, placas simples mandibulares, etc.) necesarios para que el médico de cualquier escalón sanitario detecte en el momento la lesión, canalice apropiadamente al paciente y éste se mantenga en tratamiento y rehabilitación el menor tiempo posible para reintegrarse posteriormente al servicio, considerando que siempre será más fácil y rápido tratar una lesión inicial que una secuela por tratamiento tardío. *Conclusiones:* es eficaz establecer un método sistemático de abordaje del paciente con trauma mandibular para detectar oportunamente las fracturas, canalizarlo a tiempo para su tratamiento y rehabilitación adecuados y evitar con esto demoras que producen importantes secuelas de la función mandibular de muy difícil y costoso tratamiento tanto en tiempo como en recursos.

Los injertos nasales en la punta nasal mestiza. Marcos Rodríguez Perales, Cor. M.C. Edgar Novelo Guerra. Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. *Objetivos:* dar a conocer la valoración preoperatoria para decidir el mejor método de manejo de la nariz mestiza y obtener los mejores resultados posibles. *Información general:* cuando el cirujano nasal se halla en entrenamiento se encuentra con una extensa literatura, con una gran variedad, conceptos, posturas y maneras de hacer la rinoseptoplastia (en su mayoría diseñadas para narices que no han sido operadas). La mayoría de la literatura está diseñada y destinada al manejo de la nariz caucásica (narices altas, estrechas, bien proyectadas y con buen soporte), cosa que es una falacia en nuestro medio, tan lleno de narices «mestizas» (anchas, hipoproyectadas, con mal soporte y piel gruesa). De modo que seguir al pie de la letra muchas de estas técnicas producirían en nuestro medio una nariz más ancha, con una punta más caída. La técnica que le ha «funcionado» al maestro, no necesariamente le funcionará a uno, el verdadero reto de la rinoseptoplastia es la nariz mestiza en el manejo de la punta nasal, resolver el problema que constituye su proyección es lo que determina un resultado satisfactorio o no en la mayoría de los casos. Existen diversos métodos para cuantificar la proyección preparatoriamente y con base a ello decidir qué

método utilizar para su corrección. En este trabajo se trata de explicar el uso de injertos en la punta nasal mestiza. **Conclusiones:** conocer las características básicas de lo que constituye una nariz mestiza nos ayuda a valorarla correctamente y decidir el mejor método para su corrección quirúrgica con el uso de injertos en la punta.

Mucocele frontal. *Maritza Nineth Valle Jiménez, Cor. M.C. Edgar Novelo Guerra, Tte. Cor. Marcos Rodríguez Perales.* Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. **Objetivos:** valorar la importancia del diagnóstico y tratamiento temprano de las patologías que conllevan a desarrollar como complicación el mucocele frontal. **Información general:** son quistes secretorios que acumulan y retienen material mucoso de uno de los senos por obstrucción periódica o continua del ostium. Siendo el seno frontal el sitio de mayor incidencia seguido del seno etmoidal. Como factores etiológicos encontramos la sinusitis crónica severa, los traumatismos frontales, cirugías del seno, procesos alérgicos graves, osteomas, además de factores extrínsecos que dificultan obstruyendo el drenaje del seno como son las desviaciones septales severas, etc. Una complicación importante y frecuente es la extensión hacia la órbita por compresión y resorción del techo de ésta, causando proptosis y diplopía. Otra complicación grave del mucocele del seno frontal es un absceso epidural por resorción de la pared posterior del seno con invasión de la fosa anterior produciendo también empiema subdural, absceso cerebral y meningitis. El tratamiento es la resección quirúrgica: osteoplastia por abordaje coronal o tipo Lynch del seno rellenándolo de tejido graso y sellándolo con fascia, recolocando con miniplacas la pared anterior de acceso. **Conclusiones:** es de gran utilidad dar a conocer por medio de la presentación de este trabajo, apoyado con la relación clínico radiológica, los datos fundamentales de diagnóstico, clínica y tratamiento del mucocele del seno frontal para su detección apropiada.

Los datos clínicos y radiográficos de la fractura posttraumática de órbita. *Saúl Serrano Cuevas, Cor. M.C. Edgar Novelo Guerra, Tte. Cor. Marcos Rodríguez Perales.* Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. **Objetivos:** Dar a conocer a los médicos de los servicios de los diferentes escalones sanitarios y de los servicios de urgencias una manera sistemática de abordar al paciente con datos de trauma de órbita para detectar oportunamente lesiones óseas y del globo ocular y previniendo secuelas importantes en la funcionalidad de la misma. **Información general:** el trauma directo sobre el globo ocular sea por puñetazo, objeto romo o cortante, accidente automovilístico, caídas, actividades deportivas, etc., es cada día más frecuente en las diferentes unidades operativas, dependencias y servicios de urgencias del país, siendo la valoración inmediata la mejor manera de acertar en diagnosticar una fractura de la órbita o peor aún, una lesión intrínseca del globo ocular que empiece a comprometer la agudeza visual importantemente. Una exploración encaminada a detectar disminución de la agudeza vi-

sual, diplopía, atrapamiento de músculos extraoculares, hemorragias, asimetría de los globos oculares, crepitaciones, etc. Ayudarán a sospechar fuertemente la existencia de fracturas al nivel de las paredes laterales y reborde orbitarios; el apoyo de placas radiográficas de senos paranasales bien observadas nos apoyan en el diagnóstico y con esto se atenderá al paciente oportunamente por un especialista, previniendo complicaciones como hematomas retrobulbares, herniación de grasa periorcular, lesiones del nervio óptico, asimetría facial, siendo prioridad siempre conservar la visión. **Conclusiones:** el conocimiento por parte de los diferentes médicos que reciben pacientes con trauma de órbita, de un método sistemático de explorar al paciente y observar placas de senos paranasales, ayudará al diagnóstico y tratamiento oportunos, evitando severas secuelas de este órgano de la visión.

Descompresión del nervio óptico. *Cor. M.C. Edgar Novelo Guerra, Tte. Cor. Marcos Rodríguez Perales.* Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. **Objetivos:** dar a conocer la experiencia del servicio de ORL y CCC en la descompresión del nervio óptico en los pacientes con neuropatía óptica postraumática y neuropatía óptica compresiva por displasia fibrosa y la utilidad de la cirugía endoscópica de mínima invasión en su tratamiento. **Información general:** la neuropatía óptica postraumática es una secuela rara pero muy dramática del trauma craneofacial, puede deberse a una fractura por desplazamiento y/o impactación de fragmentos óseos, sin embargo, siempre que existe un traumatismo cefálico cerrado puede haber compromiso del nervio óptico sin existir fractura; el mecanismo de esta lesión puede incluir edema, distensión, compresión, contusión, hematoma dentro de la vaina nerviosa, efecto de la onda de choque o neuropraxia, mecanismos que derivan en afección vascular óptica. Igualmente en la displasia fibrosa la lesión es crónica con efecto isquémico gradual. La indicación de la descompresión del nervio óptico se basa en la premisa que el trauma de la porción intracanalicular del nervio o de las estructuras de soporte pueden ser favorablemente alteradas por la liberación de la compresión mecánica sobre el nervio, revirtiendo los cambios isquémicos. Cuando la descompresión se lleva a cabo dentro del periodo crítico hay regresión de la neuropraxia progresiva con incremento del transporte neural recuperando la agudeza visual. **Conclusiones:** la descompresión quirúrgica del nervio óptico es útil en la neuropatía óptica postraumática de los pacientes que no presentan mejoría dentro de las primeras 48 horas con la administración de esteroides, así como en pacientes con displasia fibrosa con afección crónica isquémica del canal óptico, siendo la técnica endoscópica una cirugía de invasión mínima con excelente visualización del campo quirúrgico y baja morbilidad.

Glomus carotídeo. Correlación clínico-radio-patológica *Eliud Alfonso Cruz Bernabé, Adelaido López Chavira, Cor. M.C. Edgar Novelo Guerra, Tte. Cor. Marcos Rodríguez Perales.* Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. **Objetivo:** valorar la importancia del tratamiento quirúrgico temprano, ya que la postergación del mismo, se

ha asociado con el desarrollo de dolor, deficiencias de los nervios craneales y malignidad. *Información general:* los paragangliomas son neoplasias que se originan en los cuerpos paragangliónicos del sistema nervioso autónomo. Histológicamente son similares al feocromocitoma que puede desarrollarse en la médula suprarrenal. El síntoma de presentación más común de un paraganglioma carotídeo es una masa en el cuello ubicada en la bifurcación de la arteria carótida común, con su crecimiento puede provocar compresión, disfagia, tos y disfonía. Clínicamente la masa se distingue de un ganglio linfático cervical en virtud de que es móvil en dirección lateral, pero no puede moverse en dirección cefalocaudal, los latidos carotídeos pueden transmitirse a la masa. Es importante identificar esta entidad en el preoperatorio para poder hacer el plan quirúrgico. La tomografía computada y el estudio arteriográfico, muestran los hallazgos de una masa vascular con derivación venosa precoz en la bifurcación carotídea. No se debe realizar biopsia de la lesión. *Conclusiones:* la remoción quirúrgica del paraganglioma, es el tratamiento de elección. La historia natural indolente de la enfermedad, es un factor por el cual, el paciente acepta el tratamiento de manera tardía, haciéndose este técnicamente de mayor riesgo y aumentando las posibilidades de malignidad.

Experiencia en el manejo del cáncer testicular en el Hospital Central Militar. Reporte de 20 casos A. Pámanes, J.J. Torres, E.L. Silva, M. Rodríguez, A. Ricardes, G. Tavera*, L.A. Muralles* Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. *Objetivo:* se reporta la experiencia en el Servicio de Urología del Hospital Central Militar en el manejo de tumores de testículo en una serie de 20 pacientes manejados en los últimos 2 años. *Material y métodos:* se presentan 20 casos de pacientes con tumores testiculares en un periodo comprendido de febrero de 1997 a mayo de 1999 manejados en el Hospital Central Militar con edades comprendidas entre los 17 a los 81 años. Realizándose historia clínica completa, marcadores tumorales (Alfa feto proteína) (AFP), gonadotropina coriónica (GSH) y deshidrogenasa láctica (DHL). Radiografía de tórax, ultrasonido de bolsas-escrotales, tomografía axial computarizada (TAC) abdomino pélvica, sometiéndose al paciente a orquiectomía radical del testículo afectado. En base al estadio clínico y estirpe histológica de la pieza de patología así como factores de mal pronóstico se estableció el plan de manejo de cada paciente incluyendo desde observación, radioterapia y quimioterapia hasta linfadenectomía retroperitoneal modificada. *Resultado:* la edad promedio de la sede fue de 25 años con tiempo promedio de evolución entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de 6 meses, predominó los tumores de testículo derecho. Los principales signos y síntomas fueron aumento de volumen testicular 65%, aumento de la consistencia 80%, dolor 30%, manifestaciones provocadas por metástasis supraclaviculares 5%, masa abdominal 5%. La TAC abdominopélvica fue normal en 7 casos (35%) y anormal con presencia de metástasis retroperitoneal en 13 casos (65%). El volumen del tumor fue determinado por ultrasonido encontrándose desde .06 cm hasta 18 cm de diámetro mayor.

El tipo histológico más frecuente en nuestra serie fueron los tumores de células germinales no seminomatosos incluyéndose entre éstos carcinoma embrionario, teratoma y variedades mixtas. La mayoría de los casos se encontraron en etapa 2. Los esquemas de quimioterapia principalmente utilizados fueron a base de cisplatino en combinación con etopósido, bleomicina y vinblastina. *Conclusiones:* la etapificación clínica aunada a los hallazgos de los marcadores tumorales así como estirpe histológica y factores de mal pronóstico fueron los principales puntos a considerar para determinar el manejo subsecuente de cada paciente. La orquiectomía radical sigue siendo un punto inicial en el manejo y determinación de conducta de tratamiento a seguir. En nuestra serie no se cuenta con un procedimiento a largo plazo, sin embargo la sobrevida hasta el momento es del 95%.

Irradiación corporal total (ICT) y trasplante de médula ósea (TMO) en pacientes con enfermedad maligna V. Salinas Rojas, O. Del Angel Guevara, Suárez Campos V. Cruz Ramirez, A. Santoyo, E. Reynoso G, Ma. S. Córdoba C, E. Carrillo M, R. De la Huerta Sánchez. Deptos. de Hematología y Radio-Onc. Hospital Central Militar, Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, Hospital Español. México D. F. México. Los TMO y los trasplantes de células tallo circulantes (TCTC) se realizan con frecuencia creciente para tratar enfermedades malignas y no malignas. En México, la ICT, como condicionamiento pretrasplante, se ha utilizado de manera restringida y hay poca experiencia. El HCM inició en noviembre de 96 el programa de TMO teniendo como parte fundamental del régimen de condicionamiento la aplicación de ICT. Se describen resultados. *Métodos:* estudio prospectivo y longitudinal realizado entre noviembre 96 y diciembre 98. Con consentimiento del paciente, y del comité TMO, los pacientes fueron sometidos a TMO-TCTHC teniendo como parte del régimen de condicionamiento ICT. Esta fue ministrada a dosis de 10 Gy en 5 sesiones con intensidad de dosis de 2.4 cGy/min. Los pulmones e hígado recibieron 8Gy. Todos fueron tratados en aislamiento inverso en cuarto convencional y recibieron profilaxis antimicrobiana. Los componentes transfundidos fueron radiados y filtrados. Para los TCTHC se cosecharon células progenitoras con máquina Fenwall CS 3000 y criopreservaron hasta el momento del trasplante. Para TMO, la médula se obtuvo del donante con técnica convencional e infundida inmediatamente posterior a su obtención. *Resultados:* se realizaron 8 trasplantes, 3 alogénicos y 5 autólogos. Seis casos trasplantados a partir CTHC y 2 de MO. El régimen de condicionamiento fue ICT-ciclofosfamida (TBI-Cy 2) en 7 casos e ICTcitarabina-fludarabina, en uno. Las características de los pacientes y estado actual se describen en el cuadro 1. La mediana de edad 26 años (15 a 35). La dosis de CTHC trasplantadas $3.0 \times 10^6 \times \text{kg}$ células CD34+. En los TMO la cosecha fue de 3×10^8 células nucleadas $\times \text{kg}$. Salida de aplasia día +9 en TCTHC y días 15 y 21 en TMO. La enfermedad de injerto contra huésped aguda (EICHa) fue grado I, II y IV. Las complicaciones más frecuentes en los trasplantes alogénicos fueron parotiditis, mucositis, hiporexia, náusea y vómitos y diarrea grado 1 a 2. Un caso presentó enfer-

Cuadro 1. Irradiación corporal total (ITC) y trasplante de médula ósea.

Diagnóstico	Edad	Sexo	Estado	Régimen	Tipo	Prof. EICH	Comentario
LnoH Inmunoblástico	18	F	Recaída en SNC	ICT-Cy2	Auto CTHC	No	RC + 762 días
LnoH Difuso B, de piel	26	F	Refractario	ICT-Cy2	Auto CTHC	No	RC + 180 días
LAM M4	26	M	1a. RC	ICT-Cy2	Auto CTHC	No	Recaída 120 días
LAL Ph1	22	M	1a RC	ICT-Cy2	Alo-TMO	CSA-MTX	RC1 160 días
Hodgkin	23	M	Refractario	ICT-Cy2	Auto CTIIC	No	RC+230 días
LAL	15	M	Refractario	CT-Cy2	Alo-CTIIC	CSA-MTX	EICII IV
LAM 2 Ph+	27	M	1a. RC	ICT-Flu-AraC	Alo-TMO	CSA-MTX	RC + 90
Osteosarcoma	35	M	1a. Recaída	ICT-Cy2	auto-CTHC	No	Enf.venooclusiva.

medad venooclusiva hepática (EVH) fatal. Actualmente 5 pacientes vivos (62%) en remisión completa. Tres muertos, uno en recaída, uno por EICHa y otro con EVH. **Conclusiones:** la ICT como parte del condicionamiento del trasplante de CPHC y del TMO es un recurso terapéutico valioso. Las complicaciones asociadas han sido en general leves y la mortalidad del procedimiento baja.

Colección de células tronco hematopoyéticas circulantes (CTHC). Experiencia de 62 procedimientos Tte. Aux. M.C. Víctor Salinas Rojas, Tte. Cor. M.C. Oscar del Angel Guevara, Enf. Martha Zúñiga, Eduardo Carrillo Maravilla, Gral. Bgda. M.C. Rafael de la Huerta Sánchez, Banco de Sangre Hospital Central Militar. Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, México D. F. Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. Durante los últimos años se ha observado un incremento notable en la procuración de células tronco hematopoyéticas circulantes, como fuente para la realización de trasplantes, tanto de tipo alogénico, como en autotrasplantes. La cinética acelerada, de la recuperación de las funciones hematopoyéticas e inmune, son en parte responsables del creciente uso de esta fuente alterna de células hematopoyéticas. También se ha mencionado que la procuración de CTHC es más fácil y segura que la obtención de células a partir de la médula ósea. A pesar de ello existen controversias respecto a la seguridad del procedimiento. En particular los efectos a largo plazo sobre los donadores sanos, así como los problemas relacionados al acceso venoso y a los procedimientos de aféresis. Los efectos a corto y largo plazo de las citocinas utilizadas y la dosis óptima de las mismas, tampoco están del todo definidas. Por lo anterior, la creación de un Registro Internacional de tales procedimientos ha sido sugerida con el fin de responder a estas interrogantes. Se describe la experiencia en 62 procedimientos de aféresis realizados en el Hospital Central Militar entre noviembre de 1997 y diciembre de 1998. Cinco donadores sanos y doce pacientes en programa de autotrasplante. **Métodos:** fueron sometidos a movilización de CTHC. La edad media de los donadores sanos fue de 36 años (12-42) y para los pacientes en autotrasplante de 31 a (18 a 47). Los donadores sanos recibieron G-CSF como factor de movilización a dosis de 10 µg/kg. Los pacientes en programa de auto trasplante recibieron G-CSF a dosis de 5 µg/kg así como quimioterapia. Se procesaron 7 a 10 litros de sangre por sesión en una máquina de aféresis Fenwall CS 3000 durante 3 días consecutivos iniciando en el día 15 del G-CSF. **Resultados:** entre los

donadores sanos, se apreció fatiga en 4 de 5, malestar general en 3 e insomnio en 2. Vómitos y dolor torácico ocurrió en cada uno de dos donadores respectivamente. La presencia de fatiga fue universal en los pacientes en programa de autotrasplante. El resto de alteraciones observadas se describe en el *cuadro 1*. En general los eventos fueron limitados excepto el desarrollo de leucopenia mayor a 3 meses en un donador sano.

Cuadro 1. Colección de células tronco hematopoyéticas circulantes.

Variable	Donadores sanos	Pacientes en autotrasplante
Reducción de Hb (> 1.5 g/dl)	80	29.4
Trombocitopenia (< 80,000/µl)	82.3	100
Leucopenia (< 2.5/µl)	40	11.75
Elevación de fosfatasa alcalina	100	94.1
Elevación de DHL	100	100
Elevación de TGO	0.0	0.0
Reducción de albúmina (< 3.5 g/dl)	80	58.8
Reducción de gammaglobulinas (0.7 g/dl o más)	40	41.1
Hipocalcemia	100	62.5
Hipocalcemia	20	76.4

Hipoplasia de médula ósea asociada a hepatopatía inducida por el virus de la hepatitis C. V. Salinas Rojas, F. Pérez Zincer, O. Del Ángel Guevara, A. Zarate Osorno, J.R. Aquilar Ramírez, E. Reynoso Gómez. Departamentos de Hematología y Gastroenterología del Hospital Central Militar y Hospital Español, México D. F. México. El hiperesplenismo ha sido citado como la causa de las citopenias asociadas a las hepatopatías avanzadas de cualquier causa. También se ha referido que el aumento en la destrucción y secuestro de los elementos formes de la sangre condicionados por el mismo, induce el desarrollo de una hiperplasia compensadora de la médula ósea. El hiperesplenismo en estas circunstancias suele ser congestivo y secundario a la hipertensión portal. En algunos pacientes sin embargo la médula ósea no muestra esta hiperplasia compensadora y nuestro grupo ha descrito la presencia de mielodisplasia asociada al virus C de la hepatitis. La presencia de hipoplasia medular asociada al virus de la hepatitis C no ha sido descrita. **Métodos:** entre enero de 1997 y julio de 1998 se reclutaron 22 pacientes con cirrosis. Catorce pacientes con cirrosis secundaria al virus C de la hepatitis (HCV) (grupo 1) y 8 pacientes con cirrosis alcohólica (CA) (grupo 2). A todos los pacientes se les realizó biopsia hepática así como biometría hemática, PFH, TP y

TTP. La infección por HCV fue documentada mediante prueba de ELISA y se confirmó mediante la prueba de Immunoblot Lia Tek. Se compararon el tamaño del bazo, las cifras de plaquetas en sangre periférica, celularidad de la médula ósea, megacariocitos en médula ósea y niveles de proteína C reactiva (PCR) y de interleucina 6 (II-6) entre los dos grupos. **Resultados:** las cifras de plaquetas fueron menores en los pacientes del grupo 1 (HCV+) con una mediana de $67 \times 10^3/\bullet I$ vs $137 \times 10^3/\bullet I$ ($p < 0.01$). 85% de los pacientes del grupo 1 mostraron hipoplasia de la médula ósea. Por el contrario la médula ósea mostró hiperplasia en todos los pacientes con cirrosis alcohólica. Interesantemente 8 pacientes en el grupo 1 mostraron hipoplasia de megacariocitos. Los niveles de PCR fueron menores en el grupo 1 que en el 2; 0 vs 3 ($p < 0.01$). Los valores de II-6, también fueron menores en el grupo 1; $14.5 \text{ pg}/\bullet I$ vs $19 \text{ pg}/\bullet I$ ($p \text{ NS}$). **Conclusiones:** en muchos casos de hepatopatía avanzada secundaria a HCV, la trombocitopenia es probablemente condicionada, entre otras causas, a un fallo medular asociado a hipoplasia de megacariocitos. Las causas responsables de esta hipoplasia de megacariocitos no se conocen con certeza, pero la presencia de niveles de II-6 por debajo de los valores encontrados en otros tipos de cirrosis puede ser un factor contribuyente.

Efectos de las corrientes interferenciales (50 Hz vs 200 Hz) y de los ejercicios de resistencia progresiva sobre el trofismo muscular del muslo en pacientes inmovilizados por más de tres semanas *Gral. de Bgda. M. C. José Luis Chávez Olvera, Tte. Cor. M.C. Filemón Cabrera Ureña, Tte. de Snd. Delfino Jesús Noyola Román.* Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Central Militar. Se efectuó un estudio experimental, comparativo, prospectivo y longitudinal con la finalidad de conocer la eficacia de las corrientes interferenciales sobre el trofismo muscular. Se estudiaron 19 pacientes encamados en el servicio de ortopedia del Hospital Central Militar, con lesión de miembro inferior sin trastornos neurológicos o vasculares irreversibles y cuyo tratamiento implicó su inmovilización durante tres semanas o más. Integrados al azar en 2 grupos, fueron sometidos durante 10 sesiones a ejercicios de resistencia progresiva y estimulación eléctrica con corrientes interferenciales, el grupo A con frecuencia de 50 Hertz y el grupo B con 200 Hertz. Se midió el perímetro del muslo de la extremidad afectada antes del tratamiento y después de 5 y de 10 sesiones. A las 5 sesiones, la mediana fue de 0.5 cm en el grupo A y de 0.1 cm en el grupo B, el promedio fue de 0.8 cm para el grupo A y de 0.15 cm para el grupo B. A las 10 sesiones, la mediana fue de 1 cm para el grupo A y de 0.35 cm para el grupo B, el promedio para el grupo A fue de 1.32 cm y de 0.31 cm para el grupo B. Los resultados demostraron que los pacientes del grupo A obtuvieron mayor incremento del perímetro que los del grupo B, por lo que se concluye que la estimulación a baja frecuencia (50 Hz) tiene un mejor efecto sobre la hipotrofia muscular por desuso, en combinación con los ejercicios de resistencia progresiva habituales.

Evaluación ultrasonográfica de las lesiones musculotendinosas de origen traumático en grupo de paracaidistas. *Dr. Ignacio Cano Muñoz, Dr. Carlos Efraín Valencia Castellón, Gral. Bgda. M.C. Alberto Gómez del Campo López* Hospital Central Militar y Hospital Español, México D. F. México. **Objetivo:** mostrar la utilidad del ultrasonido en tiempo real en el diagnóstico de las lesiones musculotendinosas de origen traumático, en grupos de paracaidistas en fase de entrenamiento y grupos de salto. **Material y métodos:** se efectuó estudio de ultrasonido a 25 pacientes con antecedente de lesión traumática posterior a salto en paracaidas. Así como estudios a un grupo de 50 militares en fase de entrenamiento, asintomáticos, en forma prospectiva para valorar las lesiones infringidas durante dicha fase de entrenamiento, efectuando ultrasonido durante el inicio de su entrenamiento, en fase intermedia y terminando el curso antes de sus primeros saltos desde las alturas. Además de efectuar estudio ultrasonográfico a la graduación del mismo (5 saltos). Se estudiaron con un equipo de ultrasonido Toshiba 270S con transductor lineal de 7.5 Mhz, obteniendo imágenes longitudinal y trasverso en zonas específicas como región de rodilla, tobillo, muslo y pierna. **Resultados:** se identificaron diversas lesiones por desgarre parcial de grados I a III, desgarres parciales de grupos musculares, así como fibrosis tendinosas, principalmente el tendón de Aquiles, además de identificar hematomas secundarios y lesiones articulares con colecciones en su interior. Se presentan casos representativos de estas lesiones. **Conclusiones:** el ultrasonido en tiempo real con transductores de alta frecuencia, es de gran utilidad diagnóstica en forma de escrutinio y de estudio en este tipo de lesiones musculotendinosas, valorando las lesiones que sufren los grupos de paracaidistas, que por su versatilidad de estudios dinámicos, comparativos y de bajo costo ofrece ser un elemento diagnóstico con una alta sensibilidad y especificidad en la mayoría de los casos.

Estudio comparativo de resonancia magnética y ultrasonido de lesiones musculoesqueléticas superficiales. Reporte preliminar. *Dr. Ignacio Cano Muñoz, Tte. Cor. M.C. María Pérez Reyes, Gral. de Bgda. M.C. Alberto Gómez del Campo López* Hospital Central Militar Departamento de Radiología. **Objetivo:** mostrar las características y ventajas del ultrasonido e imagen por resonancia magnética en la evaluación de lesiones de tejidos blandos, así como ilustrar algunas de las patologías estudiadas con ambos métodos en forma comparativa. **Material y método:** se efectuaron estudios de resonancia magnética (RM) con equipo Magnetom SP 63 de 1.5 Tesla en secuencias de pulso de espin enfatizando T1 y T2, secuencias de pulso eco de gradiente y saturación de grasa en cortes sagitales, coronales y axiales, así como rastreo con ultrasonido en tiempo real con transductor de 7.5 Mhz. Se estudiaron 10 pacientes, con antecedentes de lesiones superficiales y musculoesqueléticas; estudio tipo doble ciego, sin conocimiento de los resultados entre un estudio previo al otro. Efectuando estudios de RM como primer estudio a solicitud del medico y remitidos a ultrasonido para estudio comparati-

vo, se valoraron los hallazgos obtenidos con ambos métodos de imagen y se planteó el diagnóstico de acuerdo a los resultados obtenidos. **Resultados:** los diagnósticos obtenidos fueron: 3 desgarros musculares, uno en el dorso en región infraescapular, uno en muslo, uno en brazo; 1 quiste meniscal, 1 n quiste en tejido blandos, 1 fibrosis interarticular, 2 hematomas, 1 tumor rabdomiosarcoma, 1 fibrotendinitis, 1 neurofibroma. **Discusión y conclusiones:** los estudios recabados en estos pacientes, muestran que la RM es de gran utilidad en la evaluación de las lesiones musculotendinosas para determinar la localización anatómica, su extensión y afección de tejidos vecinos. El ultrasonido presenta ventajas en la evaluación de lesiones superficiales, así como la caracterización de lesiones musculares como desgarros y hematomas, que en RM pueden no ser identificadas al efectuar estudios pasivos. El ultrasonido por su facilidad de manejo, imágenes multidireccionales así como su dinámica para estudiar tejidos en movimiento y en forma comparativa, ofrece ventajas para la evaluación de lesiones musculotendinosas, además de su bajo costo y accesibilidad en pacientes en condiciones críticas para su manejo o estudio, así mismo puede realizarse en gabinetes de radiología e imagen.

La enfermedad y la rehabilitación visual del paciente áfaco. Myr Enfra. Ret. Nieves Pastrana Nerida E. Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. **Objetivo:** presentar el papel de la enfermera en rehabilitación del paciente operado de catarata. Un padecimiento propio de la vejez es la catarata, aunque también se presenta en jóvenes y niños. La catarata es la opacidad del cristalino, que se manifiesta por disminución de la agudeza visual. El tratamiento es quirúrgico, se practica por medio de 2 técnicas, la intracapsular y extracapsular. El paciente operado de catarata se llama áfaco, que quiere decir sin cristalino. La rehabilitación visual del paciente áfaco se logra con lentes convencionales, lentes de contacto y lentes intraoculares, cada uno dependiendo de la técnica utilizada. La participación de la enfermera es muy importante, la orientación que ella brinde al paciente y familia favorecerá la rehabilitación visual de estos pacientes para lograr que se integren nuevamente a la sociedad.

Condiloma gigante de Buschke Lowenstein. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura. Cap. 2^o M.C. Médica Dermatóloga Laura Juárez Navarrete, Alfredo Vera Páramo, R.E. Benuto Aguilar, Mariana Aragón, Paredes Romo. Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. Se trata de un paciente masculino de 22 años de edad, con dermatosis localizada al área genital, afecta al pene en su cara ventral y dorsal, glándula con neoformación exofítica verrucosa en algunas áreas queratósica y en otras de aspecto vegetante. Crecimiento rápido. Evolución de tres meses. VIH negativo. Se efectuó tipificación positiva para VPH-11. Fue tratado con electrocirugía. El condiloma gigante de Buschke Lowenstein, muestra aspectos histológicos y clínicos de malignidad, semejantes a carcinoma epidermoide que pueden llevar a los pacientes a penectomías no necesarias. Se desarrolla

con más frecuencia en pacientes no circuncidados. En 1981 se publicaron 7 criterios. Diagnósticos para establecer las diferencias entre esta neoplasia y el carcinoma epidermoide. Se revisa la literatura.

Fibroxiantoma atípico. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura Alfredo Páramo Vera, Laura Juárez Navarrete, Laura Paredes. Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. Se trata de paciente masculino de 78 años de edad con dermatosis localizada a nivel del helix del pabellón auricular del lado derecho, constituida por una neoformación exofítica de 1 x 0.8 cm, semiesférica, de superficie lisa y brillante, ligeramente eritematosa con una pequeña costra central serohemática de evolución de 4 semanas, asintomática. Antecedentes de exposición solar crónica. Se realizó corrección quirúrgica en cuna, con 3 mm de margen quirúrgico. El fibroxantoma atípico es un tumor que afecta predominantemente a personas ancianas en áreas expuestas al sol, como cabeza y cuello, caracterizadas por lesiones nodulares con tamaño variable, la mayoría menos de 4 cm y con una clara tendencia a la ulceración, por lo que se confunden con padecimientos malignos de piel. Histológicamente es una lesión pleomórfica de la familia de las proliferaciones histiocíticas y fibrohistiocíticas, que incluyen células gigantes, con núcleos múltiples, con citoplasma con vacuolas de lípidos, además de células elongadas y poligonales con variación en tamaño y radio núcleo/citoplasma, con actividad mitótica considerable y mitosis atípicas, no encapsulada. La inmunohistoquímica es positiva a alfa-1 antitripsina y negativa para S-100 y desmina. Se considera en general una lesión benigna, pero algunos autores creen que puede metastatizar.

Hallazgos por resonancia magnética de la leucoencefalopatía multifocal progresiva en pacientes con SIDA Adriana Judith Horta Martínez. Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. **Objetivo:** demostrar los hallazgos característicos por resonancia magnética en la leucoencefalopatía multifocal progresiva que afecta a los pacientes con SIDA. **Introducción:** se presentarán los hallazgos por resonancia magnética de 3 pacientes con diagnóstico de SIDA y que actualmente están afectados por la leucoencefalopatía multifocal progresiva, enfermedad causada por la reactivación latente del papovavirus JC que fue adquirido durante la infancia. Este virus oportunista afecta y destruye las células oligodendrogliales dando como resultado en la insuficiencia para mantener la mielinización. Alrededor del 4% de los pacientes con SIDA desarrollarán esta enfermedad; típicamente los pacientes tienen una evolución insidiosa de afasia, ataxia o hemiparesia dependiendo el sitio donde se localice la lesión. La muerte ocurre de 3-18 meses después del diagnóstico. La resonancia magnética es el método de elección para valorar los cambios causados por la enfermedad.

Cardiología intervencionista en el tratamiento de la comunicación interauricular, de la persistencia del conducto arterioso y coartación aórtica Tte. Cór. M.C. Hugo

Gutiérrez Leonard, Gral. Brig. M.C. David Huerta Hernández, M.M.C. Benjamín Macuil Chazaro, Tte. Cor. M.C. Anton Meneses Bonilla, Tte. Cor. M.C. Josué Orozco Carballido, Tte. Cor. M.C. Rodolfo Barrios Nani. Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. **Objetivo:** informar la utilidad y seguridad, así como describir el procedimiento endovascular en la oclusión de defectos septales, presencia del conducto arterioso y coartación aórtica, como sus complicaciones y la perspectiva a futuro con el dispositivo de 3/a regeneración de Sideris. **Material y métodos:** se realizó el procedimiento en pacientes entre 18 y 52 años de edad. Dos pacientes femeninas para cierre de Cia, con el dispositivo de Sideris. A 3 pacientes se les aplicó dispositivo de Coil y a un paciente dispositivo de Sideris para oclusión de conducto arterioso. A 3 pacientes se les realizó dilatación y colocación de Stent post-ductal. **Método:** se puncionó la vena femoral derecha, se colocó una guía de 0.35 mm en la vena pulmonar izquierda, cruzando el defecto septal auricular, por la guía se pasó un balón el cual se dilató progresivamente y se colocó en el defecto septal, y de esta forma se calculó el tamaño del dispositivo de oclusión septal de Sideris. **Resultados:** se logró cierre exitoso del defecto septal en las dos pacientes colocando un dispositivo de oclusión de Sideris de 40 mm de diámetro, sin fuga residual, sin arritmias y sin complicaciones, todo lo anterior con seguimiento por ecocardiografía transesofágica. Se realizó angioplastia y colocación de Stent en 3 pacientes portadores de coartación aórtica post-ductal (en forma de reloj de arena) subclavicular izquierda, de una longitud de 5 mm, con éxito y morfología normal post-stent, ya que el gradiente promedio previo de 60 mm/hg, al final del procedimiento fue de 0.0 mm/hg. Se colocó a dos pacientes dispositivo de Coil y a un paciente dispositivo de Sideris para cierre de conducto arterioso permeable, con éxito. **Conclusiones:** el avance y desarrollo de estos nuevos dispositivos de mínima invasión vascular están cambiando la terapéutica cardiovascular, con mínima morbimortalidad. Asimismo deberemos ser exigentes y cautos en su atinada indicación lo cual redundará en una adecuada colocación del dispositivo.

Valvuloplastia mitral por vía percutánea (experiencia en el Hospital Central Militar) *Gral. Brig. M.C. David Huerta Hernández, Tte. M.C. Hugo Gutiérrez Leonard, Tte. Cor. M.C. Rodolfo Barrios Nani, Tte. Cor. M.C. Josué Orozco Carballido* **Objetivo:** describir la técnica endovascular para la dilatación de la válvula mitral con balón de valvuloplastia de Inoue de acuerdo a criterios clínicos y ecocardiográficos, así como su seguimiento a corto y largo plazo en sustitución del recambio valvular por cirugía. **Material:** se realizó el procedimiento en 56 pacientes (54 mujeres y 2 hombres), con edad promedio de 35 años (20 a 46 años). El 90% de los pacientes tuvo el antecedente de fiebre reumática y el 78% recibió anticoagulación oral. El 68% recibió digoxina oral. El 85% mostró Score de Wilkins menor de 8 y el 15% tuvo una escala entre 8 y 12, con fracción de expulsión mayor del 65%. En el 90% el área mitral promedio fue de 0.98 cm², y el gradiente transmitral promedio fue de 15 mm/hg. **Método:** por medio de técnica de

Judkins (vena femoral derecha) se realizó cateterismo transeptal, después de dilatar el septum, se pasó el balón de Inoue, el cual se llevó al ventrículo izquierdo, y se colocó finalmente en la válvula mitral, donde se realizaron dilataciones de 22 a 26 cc/h20, (todo bajo control ecocardiográfico), después se procedió a medir el gradiente transvalvular mitral final. **Resultados:** el área final mitral en el 92% de los pacientes fue de 1.8 cm² (1.7-2.0) el gradiente transmitral se redujo de 15 a 3 mm/hg. En el 90% de la población y sólo un 10% presentó insuficiencia mitral mínima. Se efectuó una segunda valvuloplastia en sólo un paciente a los 18 meses y que a la fecha presenta una área mitral de 1.0 cm². **Conclusiones:** Se demostró que la valvuloplastia mitral percutánea con balón de Inoue en pacientes con escala de Wilkins menor de 10 tiene excelentes resultados clínicos, es un procedimiento seguro, acorta importantemente la estancia hospitalaria, evita en un 95% la cirugía de recambio valvular y permite a las pacientes jóvenes el embarazo sin riesgo ya que se evita el uso permanente de anticoagulación oral.

Stents coronarios (experiencia en el Hospital Central Militar) *Tte. Cor. M.C. Hugo Gutiérrez Leonard, Gral. Brig. M.C. David Huerta Hernández, Tte. Cor. M.C. Rodolfo Barrios Nani, Tte. Cor. M.C. Anton Meneses Bonilla, M.M.C. Luis Paz Lizárraga* Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. **Objetivo:** se informa la experiencia del servicio de cardiología y hemodinamia del H.C.M. del año de 1993 al año de 1999, en el implante de prótesis intracoronarias (Stents) en 461 pacientes, (491) lesiones obstructivas, sus indicaciones, el procedimiento del implante, su seguimiento inmediato y todas sus complicaciones así como un análisis comparativo en la casuística nacional e internacional. **Material:** se estudiaron 461 pacientes (73% varones, 27 mujeres). Con un promedio de edad de 52 años (41 a 82 años). Portadores de síndrome anginoso coronario en un 90% así como diabetes mellitus en un 65%. Y un 86% se clasificaron en la escala I/II de la NYHA. El árbol coronario izquierdo mostró un predominio del 73% (descendente anterior 68%, circunfleja 3% y ramus intermedio del 2%) contra un 27% de la arteria coronaria derecha. Se utilizaron inicialmente 55 Stents de Palmaz-Shatz (93-94). Y 182 Stents ave y 65 Stents (Wiktor) del 95 al 97. Los últimos 2 años se ha utilizado el Stents Multilink (186). **Método:** a todos los pacientes se administró ácido acetilsalicílico (150 mg), y ticlopidina (250 mg), 72 a 92 horas previos al procedimiento, así mismo se clasificó su hiperlipidemia y se ajustó tratamiento farmacológico. Se procedió a puncionar la arteria femoral derecha previa a anestesia local, se colocó un introductor 7 fr, se procedió a canular, el ostium de la coronaria a estudiar. Después, se avanzó una guía hasta alcanzar la lesión obstructiva coronaria y a través de esta guía se avanzó el catéter con balón (en su extremo distal) el cual se colocó en el sitio de la obstrucción y se procedió a realizar dilatación coronaria de 6-8 atmósferas durante un promedio de 60". Después se introdujo otro balón con la prótesis intracoronaria (Stents) y se implantó en el área previamente dilatada. Se corroboró permeabilidad y el flujo Timi con dos disparos de medio de contraste en

dos proyecciones diferentes. **Resultados:** se logró reducir clínicamente hasta un 12% los síntomas y signos secundarios a angina coronaria. El flujo Timi al final fue grado III-IV en un 96% de los pacientes estudiados. El cierre abrupto fue del 0.5%, el seguimiento a 12 meses (369 PT-75%) mostró una reestenosis del 18% y a 24 meses (309 PT-63%) la reestenosis encontrada hasta el momento es del 22%. El índice de mortalidad fue del 0.61% y sólo un paciente fue enviado a cirugía de revascularización. **Conclusiones:** este procedimiento mostró seguridad, utilidad y un bajo índice de morbilidad y mortalidad. Las complicaciones en el Servicio de Sanidad de nuestro Instituto Armado son menores a las reportadas en la literatura nacional, e internacional, así mismo se redujo el número de pacientes intervenidos quirúrgicamente tanto electivamente, como de emergencia.

Hernia abdominal recidivante: técnica de exposición amplia y abdominoplastia Cor. M.C. Ezequiel Esquinca Ocaña. Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. **Objetivo:** a pesar de los adelantos logrados en las técnicas quirúrgicas de cirugía abdominal continuamos revisando pacientes con eventraciones y hernias incisionales iterativas en quienes es necesario establecer técnicas operatorias para restablecer la integridad de la pared abdominal. Entre los procedimientos más comúnmente empleados tenemos el cierre directo de fascias, uso de material aloplástico, el uso de fascia lata en variadas formas y la técnica que el autor emplea denominada exposición amplia y abdominoplastia, motivo de esta comunicación. **Información general:** se trataron 20 pacientes, 18 del sexo femenino y 2 del masculino con edades que oscilaron entre 30 y 60 años, todos con el antecedente de haber sido sometidos a algún tipo de cirugía abdominal y que desarrollaron en un tiempo variable, diastasis musculares, eventraciones y hernias incisionales. Quince de ellos tuvieron laparoplastia que fue seguida de recidiva del problema herniario acompañado de ptosis y redundancia de tejidos blandos de la pared abdominal. La técnica de exposición amplia y abdominoplastia consiste en la extirpación de una elipse de piel y tejido celular subcutáneo y adiposo de la región infraumbilical hasta nivel de las fascias, el ombligo se deja en forma de isla con pedículo subcutáneo y se continúa el despegamiento unos 10 centímetros arriba del mismo. Esto es eficiente para efectuar la reparación de cualquier defecto de la pared abdominal, empleando solamente las fascias musculares de la misma, sin necesidad de usar implantes o mallas de material aloplástico. Con esta amplia exposición es posible detectar otras herniaciones acompañantes, que clínicamente no habían sido diagnosticadas. El cierre de la pared abdominal simplemente se hace llevando hacia la región púbica, el borde superior de la herida y sacando el ombligo por contrabertura. En la reconstrucción de los planos musculares y aponeuróticos se emplean suturas de material absorbible (ácido poliglicólico) de calibre no mayor de 1-cero y el cierre de la piel con nylon 4-ceros. **Conclusiones:** todos los casos de hernia incisional recidivante fueron resueltos satisfactoriamente con la técnica de exposición amplia y abdominoplastia, agregándose la ven-

taja de lograr la resección del tejido dermograso redundante con grandes satisfacciones sobre todo de los pacientes femeninos.

Colecistectomía laparoscópica sin grapas Cor. M. C. Miguel Ortega Gaytán. Hospital Militar Regional El Cipres, BC. **Objetivo:** comparar los resultados entre colecistectomía laparoscópica tradicional (con grapas) y la realizada con nudos intracorpóreos. **Métodos:** 1. estudio clínico prospectivo y al azar. Se forman dos grupos: grupo control (con grapas) y grupo de estudio (con nudos). 2. Indicaciones similares en ambos, (todas las cirugías programadas electivamente). 3. Condiciones operatorias estándar: a) anestesia general, b) neumoperitoneo menor de 12 mm hg, c) uso de 4 trócares, d) antibióticos profilácticos perioperatorios (cefalotina IV), e) reinstalación de la vía oral y alta tempranas. 4. En la mayor parte de los casos se aplicaron 2 nudos de seda '00' en el conducto cístico y un nudo de seda '00' en la arteria cística. 5. Corte del cístico con el muñón sin ligar y corte de la arteria cística mediante electrofulguración. 6. Se hace énfasis en lavado abundante de cavidad peritoneal al finalizar.

Resultados:	Grupo control	Grupo estudio
Casos electivos	15	15
F/M	14/1	14/1
Edad promedio	42.2	43.1
Tpo. cir. prom.	51 min.	68 min.
Tpo. est. postop.	1.6 días	1.87 días
Complicaciones	0	0
Conversión	0	1*

(* Un paciente con necesidad de cirugía abierta para exploración de vías biliares después de terminado el tiempo de colecistectomía laparoscópica.

Conclusiones: • La colecistectomía laparoscópica con nudos es una opción viable • Usar nudos en lugar de grapas aumenta las habilidades del cirujano. • Los nudos intracorpóreos son tan seguros como las grapas requiriendo de un tiempo mayor (17 min. promedio) su correcta aplicación. • No se detectó ninguna complicación en el grupo en el que se usaron nudos. • Los costos de tiempo extra en quirófano, medicamentos anestésicos no son significantes en nuestro medio.

Elección de pareja y psicoprofilaxis familiar Tte. Corl. M.C. Ret. Héctor García Cisneros. Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. **Objetivo:** actualizar los conocimientos en la elección de pareja para darle mejor base y pronóstico a la estabilidad familiar. **Información general:** el enamoramiento, como situación transitoria para decidir la elección de pareja, es revisado desde el punto de vista de la medicina, psicología, psicoanálisis y la psicoterapia familiar y de parejas, para darle un concepto integral racional más manejable. Se ve la situación actual la pareja que está presionada por los cambios sociales y económicos, que da un aumento en la incidencia del matrimonio disfuncional y de divorcio. Se establecen las condiciones que favorecen la funcionalidad en la pareja, como base de una familia más sana. Se propone establecer un contrato prematrimonial más justo, que tome en cuenta las causas más frecuentes de desajus-

tes, en vez de darle continuidad a los mitos tradiciones ya obsoletos. *Conclusión:* el matrimonio durante el enamoramiento es de alto riesgo, si se conocen los factores que inciden, es más fácil superar el post-enamoramiento mediante el acuerdo de un contrato prematrimonial.

Tratamiento endovascular coronario en el infarto agudo al miocardio y choque cardiogénico Tte. Cor. M.C. Hugo Gutiérrez Leonard, Gral. Brig. M.C. David Huerta Hernández, Tte. Cor. M.C. Anton Meneses Bonilla, Tte. Cor. M.C. Rodolfo Barrios Nanni, Mayor M. C. Luis Manuel Paez Elizarraga, M.C. Miguel Ángel Villanueva Espinoza Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. *Objetivo:* Permeabilizar en forma inmediata la oclusión total coronaria para recuperar tejido miocardio y reducir la magnitud de la necrosis miocárdica y en consecuencia disminuir la morbimortalidad temprana y tardía y de esta forma mejorar la calidad de vida. *Material:* de enero de 1998 a septiembre 1999, se realizó angioplastia coronaria e implantación de Stent a 10 pacientes con infarto agudo al miocardio, (8 infarto antero-septal, 4 con choque cardiogénico y 2 con infarto postero-inferior), con extensión al ventrículo derecho. El sexo masculino fue el predominante en los 10 pacientes con una edad promedio de 59 años. Por vía femoral arterial, se colocó balón de contra pulsación en el sistema femoral izquierdo y por vía derecha se colocó el catéter guía para la realización de coronariografía, ya estudiada la lesión se pasó una guía Floppy (0.014") y a través de esta guía se pasó un catéter balón el cual se colocó en el sitio de la lesión obstructiva, procediendo a dilatar a una presión de 6 atmósferas durante 10 a 20 segundos, el siguiente paso fue la colocación de la prótesis intracoronaria en el área obstruida corroborando la colocación el flujo TIMI con 2 diferentes proyecciones radiológicas. *Resultados:* en los 10 pacientes se logró la permeabilización de la lesión obstructiva (8 en DA tipo C) y 2 en DA y coronaria derecha. En el 30% de los pacientes se realizó intubación endotraqueal, el 40% mostró hipotensión arterial sistémica y se utilizaron aminas simpático miméticas en los cuatro pacientes con choque cardiogénico, el procedimiento de salvamento tomó una hora de tiempo promedio desde su llegada al Hospital, hasta la colocación de la prótesis intracoronaria. De los cuatro pacientes (100%) en choque cardiogénico uno de ellos tuvo lesiones obstructivas trivasculares, y fue intervenido quirúrgicamente en los siguientes 60 minu-

tos, falleciendo en quirófano en los tres restantes (75%) se logró la permeabilización y colocación de la prótesis intracoronaria, sobreviviendo sólo un paciente (25%). *Conclusiones:* la angioplastia y colocación de Stents intracoronarios en el infarto agudo al miocardio es un procedimiento útil, seguro, que permite la reperfusión miocárdica con gran prontitud, demostrando menor mortalidad, así como reinfarcto no fatal durante la hospitalización, y durante el seguimiento tardío (6 meses). En el choque cardiogénico (experiencia inicial en el HCM) se encontró una mortalidad del 75%, aún con permeabilidad de la lesión obstructiva. Mortalidad provocada por la hipoperfusión mayor a las tres horas, que dan la micro y macro circulación, alterando el pronóstico para la vida. Este procedimiento en las referencias mundiales ha cambiado la historia natural, ya que la mortalidad con tratamiento médico y cirugía se eleva hasta un 90% lo cual con este procedimiento se ha reducido entre un 30% y 40%.

Alteraciones de la perfusión miocárdica con TC-99m-Sestamibi en pacientes con bloqueo de rama izquierda del Haz de His. (BRIHH). Tte. Cor. M.C. Ana Celia Izeta Gutiérrez, Cor. M.C. E. Turrubiates C., Gral. Brig. M.C. D. Huerta H., Tte. Cor. H. Gutiérrez L., Tte. Cor. M.C. J. Orozco C., Tte. Cor. M.C. M. Rodríguez S., Tte. Cor. M.C. R. Barrios N., M.M.C. L. Paez L. Hospital Central Militar. Lomas de Sotelo, México, D.F. *Objetivo:* estudiar los defectos de perfusión miocárdica con Tc-99m-Sestamibi en pacientes con BRIHH y lesiones coronarias significativas. Se revisaron los estudios de perfusión miocárdica así como las coronariografías de 15 pacientes del servicio de cardiología con BRIHH, ya que dicha alteración electrocardiográfica es un problema frecuente en clínica y es necesario de disponer de métodos alternos de diagnóstico como la gammagrafía perfusoria de corazón o la ecocardiografía con dobutamina, especialmente en pacientes con sospecha de cardiopatía isquémica. La gammagrafía cardiaca perfusoria con Tc-99m-Sestamibi permite utilizar un radiofármaco que muestra la perfusión cardiaca en reposo como postestimulación farmacológica con dipiridamol. Los pacientes con BRIHH y lesiones coronarias obstructivas en el territorio de la descendente anterior mostraron defectos transitorios en la región antero-septal, en todos los casos correlacionados bien con los datos coronarios gráficos, no así en la región postero-inferior, donde los defectos fueron fijos, posiblemente por atenuación diafragmática.