

Conclusión: El desprendimiento de retina de diferentes causas representa la principal patología vítreoretínea que se presenta en la Clínica de Enfermedades Vítreoretíneas del Hospital Nacional de Niños.

IC29 Diagnóstico de un Trastorno Ventilatorio por Prueba Funcional Respiratoria

Milagros de la Caridad Carrazana-M, Cuba

Los estudios de la función pulmonar desempeñan un papel importante en la valoración diagnóstica de los pacientes con trastornos respiratorios, en la evaluación de su respuesta al tratamiento y con el control de su evolución clínica. Los estudios de la función pulmonar son más sensibles para detectar, caracterizar y cuantificar estas alteraciones que la historia clínica, el examen físico y la radiología. Entre las pruebas respiratorias, la espirometría es la herramienta diagnóstica básica. Los trastornos ventilatorios se pueden clasificar por pruebas ventilatorias y broncodilatadora.

Para la realización de este trabajo se selecciona una muestra de 120 pacientes comprendidos entre 16-40 años de edad, ambos sexos a los cuales se le realiza prueba funcional se interpretan cada prueba. Se observó que los parámetros más significativos fueron capacidad vital volumen espiratorio forzado (fev1-o) $p < 0.05$ y los flujos respiratorios, se analiza capacidad vital para el componente obstructivo. Comprobamos que el flujo pico espiratorio es una medida simple y reproducible de la obstrucción de las vías aéreas y se correlaciona bien con el (fev1-0) parámetro vital en la prueba de provocación bronquial.

CC01 Aneurisma Rotos de Aorta Abdominal

Gerardo Quirós-M, Marco Zamora-M. Hospital Calderón Guardia, Servicio Vascular Periférico

Justificación: Estudio que señala la diferencia clínica y evolutiva de pacientes con ruptura de aneurisma aórtico abdominal. Enfoque de morbimortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de 15 expedientes clínicos de los años de 1989 a 1998 de pacientes que se presentaron al Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia, por aneurisma de aorta abdominal rotos. Se tomaron en cuenta factores como: patología asociada, tiempo de observación y diagnóstico, abordaje, complicaciones y mortalidad.

Resultados: El 26% eran conocidos portadores de aneurisma aórtico abdominal y el 74% ignoraban este hecho. El 80% fueron hombres y el 20% mujeres. Los signos de sangrado agudo (estado prechoque) lo presentó un 46%. El estudio de diagnóstico confirmativo

más usado fue el ultrasonido de abdomen en un 80% y la TAC en un 53%. La mortalidad fue de un 40% y las complicaciones más frecuentes fueron el IAM 33% y falla multiorgánica en un 40%.

Conclusiones: La ruptura de aneurisma aorta abdominal es una complicación de alta mortalidad. Es necesario establecer un tamizaje en nuestro medio de pacientes que se encuentra en los grupos de riesgo.

CC02 Tratamiento de fístula broncopleural con el uso de gomas biológicas en paciente de alto riesgo quirúrgico

Eduardo Induni-L. Servicio de Cirugía Tórax y Cardiovascular, Hospital México

Objetivo: Presentar una alternativa terapéutica a la toracotomía mas pleurodesis en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

Material y Métodos: Se presenta a una paciente femenina de 56 a. Multipara G9 P7 A2, con antecedente de histerectomía abdominal por un carcinoma de cérvix 18 a. Antes. Tabaquista importante por 40 a. Múltiples internamientos por crisis de broncoespasmo severo, descompensación de EPOC y episodio previo de neumotórax espontáneo derecho hacia 1 a. que resolvió con toracostomía en 4 días. Episodios anginosos a repetición en tratamiento con vasodilatadores y nitritos. Se ingresa con un nuevo episodio de neumotórax derecho con una fístula broncopleural colocándose una sonda de tórax #Fr24 el 9-2-98 manejándose conservadoramente dado su alto riesgo quirúrgico. Se mantuvo succión por 14 días, recidivando al suspenderse ésta por lo que se instalaron 70 cc de una solución de concentrados plaquetarios homólogos obtenidos por centrifugación diferencial con un equipo Secuestra 1000 (Electromedics, Englewood, CO) al cual se le adicionaron 10 cc de gluconato de calcio más 10,000 ui de Trombina tópica (Johnson & Johnson) a través de la sonda de tórax. Se cambió de posición a la paciente para que el gel se distribuyera uniformemente en la cavidad pleural y se conectó a la succión posteriormente.

Resultados: La paciente permaneció con succión 24 horas mas expandiendo adecuadamente el pulmón sin fístula ni recidiva retirándose el sello de agua y egresándose 48 horas después sin nuevos episodios hasta la fecha.

Conclusiones: El uso de gomas biológicas como coadyuvante en diversas ramas de la cirugía, permite realizar intervenciones terapéuticas con menos invasión y en pacientes con alto riesgo quirúrgico otorgar el beneficio de una arma más en el proceso de su tratamiento.

CC03 Reconstrucción de lengua con colgajo antebraquial radial microquirúrgico: reporte de un caso

Gustavo Chavarría-L. Hospital México

Objetivos: La reconstrucción de los defectos de lengua varía desde un cierre simple de la lengua remanente sobre sí misma hasta la reconstrucción tridimensional con un colgajo libre micro vascular.

Métodos: Con las resecciones mayores uno debe asegurar movilidad de la lengua. La combinación de colgajos pediculados para defectos grandes puede comprometer la movilidad. Algunos autores creen que es crítico restaurar la sensibilidad de la lengua para mantener sensibilidad y volumen.

Una variedad de colgajos libres fasciocutáneos han sido propuestos para llenar esta necesidad, incluyendo el colgajo antebraquial radial.

Resultados: Nosotros realizamos una reconstrucción de un defecto que iba más allá de la mitad de la lengua posterior a una resección de un carcinoma epidermoide en un paciente de 36 años de edad.

Se levantó un colgajo antebraquial radial donde se anastomosó con técnica microquirúrgica la arteria radial a la arteria facial y las venas comitantes a vena facial y ramas de yugular anterior. Además se realizó neurografía del antebraquial cutáneo al nervio lingual.

Conclusión: Como se pudo conservar casi la mitad de la musculatura de la lengua el paciente alcanzó adecuada movilidad de su lengua.

CC04 Tratamiento Exitoso de Embolismo Aéreo Masivo en una Paciente Testigo de Jehová

Edgar A Méndez-J, Juan Pucci-C, Rodrigo Gutiérrez-A, Longino Soto-P. Hospital México

Objetivo: Dar a conocer a la comunidad médica el modo de tratamiento de una complicación muy infrecuente, pero con una alta mortalidad.

En la literatura están descritos muy pocos pacientes tratados exitosamente, lo que reviste al caso en cuestión de un especial interés para nuestro servicio en donde las posibilidades de tal accidente se han reducido al mínimo pero puede suscitarse en cualquier momento.

Resumen: Paciente femenina de 22 años de edad, soltera, Testigo de Jehová, quien fue admitida en el Servicio de Cirugía de Tórax y cardiovascular para realizarle reemplazo valvular mitral ingresando al protocolo de cirugía cardíaca sin sangre.

Durante el acto quirúrgico, en forma accidental se produjo un descenso inesperado del nivel de sangre en el oxigenador, produciendo un embolismo aéreo masivo a través de la cánula arterial

que introducía sangre de la maquina de circulación extracorpórea a la aorta ascendente. se empleó perfusión cerebral retrograda vía vena cava superior e hipotermia sistémica profunda 19°C más posicionamiento corporal trendelenburg.

La paciente una vez completado el reemplazo valvular, se traslada a la Unidad de Cuidado Intensivo en donde se corrobora un estado neurológico íntegro, lo que permito extubarla en el post-operatorio N°1, controlándose posteriormente con TAC de sistema nervioso central y exámenes neurológicos repetidos.

Conclusión: La metodología empleada ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del embolismo aéreo masivo y representa una excelente opción para rescatar a estos paciente de un daño neurológico irreversible que puede llevar a la muerte.

CC05 Pioderma Gangrenoso: Presentación de un caso

Charles Gourzong-T, William Campos-M, Greivin Rodríguez-R. Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia

Se trata de una paciente de 78 años de edad, con Hipertensión Arterial como único antecedente patológico, quien presentaba una úlcera crónica en la pierna izquierda, a la que se le diagnosticó Pyoderma Gangrenoso por medio de biopsia de la úlcera y que tuvo curación con la administración de esteroides y ciclosporina.

El Pyoderma Gangrenoso es una entidad descrita desde 1930, inicialmente se creía que tenía origen infeccioso pero hoy se sabe que su etiología es inmunológica.

La entidad se asocia a muchas enfermedades sistémica como a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Los grandes hospitales de Estados Unidos no reportan más de 10 casos por año de Pyoderma Gangrenoso.

En el Hospital Calderón Guardia, se encontraron 3 casos después de revisar todas las biopsias de piel efectuadas desde 1989 hasta 1999.

Los hallazgos histológicos de esta enfermedad consisten en la presencia de una importante vasculitis linfocítica acompañada de infiltración neutrofilica a nivel de la piel.

Macroscópicamente el Pyoderma Gangrenoso puede presentarse como una úlcera (forma clásica), pero también puede presentarse como una lesión bulosa a la que se le llama forma atípica.

En cuanto a su etiología inmunológica, la presencia de anticuerpos ANCA en al menos el 50% de los pacientes con Pyoderma Gangrenoso respalda fuertemente esta posibilidad.

El hecho de que se hayan encontrado solamente tres casos de Pyoderma Gangrenoso en el Hospital Calderón Guardia, se debe tanto a lo infrecuente que es la enfermedad así como a un importante subdiagnóstico de la misma.

CC06 Aplicación del Test de Espironolactona en la Hipertensión Arterial Resistente

K Urroz, C Arguedas, C Sancho. Servicio Medicina Interna, Hospital México

Objetivo: Describir un test de selección en los pacientes con Hipertensión Arterial Resistente (HTAR), que pueden tener una hipersecreción de aldosterona, como causal de la misma, para efectuarse en la Consulta Externa.

Materiales y Métodos: 12 pacientes con HTAR y normokalémicos, fueron sometidos a ingestión de 100 mg de espironolactona, por 4 semanas. Se Consideró como un test positivo cuando la Presión Arterial Sistólica (PAS) llegó a 140 mm de Hg y la Presión Arterial Diastólica (PAD) a 95 mm de Hg. Se consideró HTAR a la PAS por encima de 160 mm de Hg a la PAD por encima de 105 mm de HG, en un período de 6 meses, pese a mantener un apego adecuado, a un tratamiento farmacológico triasociado, con dosis máximas, y una vez descartadas todas las posibles causas de Hipertensión Secundaria.

Resultados y Conclusiones: Del total de 12 pacientes estudiados, 50% tuvo un test de espironolactona positivo, lo cuál, obligó a efectuar una Tomografía Axial Computarizadora (TAC) de suprarrenales, y a posteriori, un estudio del eje Renina-Angiotensina-aldosterona (SRAA).

Es muy probable que el aldosteronismo normokalémico sea tan prevalente con el aldosteronismo hipokalémico. El test de espironolactona, permite seleccionar a los pacientes en una forma sencilla y económica para una serie de estudios posteriores.

CC07 El Gran Síndrome de la Hipertensión Arterial Hiperaldosteronemica e Hiporreninemica Caracteres de la Fisiopatología

C Arguedas, J Fuchs, O Mata, F Jiménez. Servicio de Medicina Interna, Hospital México

Objetivo: Mostrar como factor causal de Hipertensión Arterial e hipokalemia más hiporreninemia, a la producción excesiva de aldosterona proveniente de la glándula suprarrenal, considerando como partes fundamentales de este complejo síndrome a: El Síndrome de Liddle, Síndrome de Cushing, Carcinoma Suprarrenal y Síndrome de Conn.

Materiales y Métodos: A 4 pacientes con Hipertensión Arterial (HTA) e hipokalemia, se les realizó una historia clínica y exploración física completas, con estudios complementarios de laboratorio y gabinete, realizando en 3 ocasiones distintas, medición de niveles de potasio sérico, posteriormetne medición del eje Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA), una vez efectuados estos análisis, fueron sometidos a un estudio tomográfico de suprarrenales. En

cada caso en forma individual, se descartaron causas de HTA Secundaria.

Resultados: Presentamos 4 pacientes protadores de Síndrome hipertensivo, cuyo nexa de unión fue la presencia de Cushing, Carcinoma Suprarrenal y Aldosteronoma.

El paciente portador de Carcinoma Suprarrenal, fue quien manifestó la hipokalemia más severa. El estudio de los ejes SRAA mostró niveles de aldosterona alternantes, con cifras de renina abolidas, y la tomografía axial computarizadora (TAC) de suprarrenales, fue muy precisa en diagnosticar desde hallazgos negativos (TAC normal, como en el caso del paciente portador de Síndrome de Liddle), hasta evidenciar un tumor mayor de 7 cm de diámetro, ene 1 caso del Carcinoma Suprarrenal.

Conclusiones: El Síndrome Hipertensivo Hipokalémico, puede presentar varias entidades, aunque tenga como puntos de unión, la hieersecreción de aldosterona, abolición de las cifras de renina y grados variables de hipokalemia.

CC08 Diagnóstico Diferencial entre Cinco Comunes Padecimientos de los Miembros Inferiores

Rodolfo Alvarado H. Clínica Aguilar Bonilla

Diagnóstico diferencial entre cinco padecimientos comunes de los miembros inferiores, realizado por el Dr. Rodolfo Alvarado Herrera. El objetivo principal de este trabajo es brindar al médico general y muy especialmente a los que trabajan en el área rural con una arma diagnóstica que le permita con cierta rapidez, y sin necesidad de apelar a estudios de gabinete (con los que la mayoría de las veces no cuenta) diferenciar claramente entre cinco muy comunes afecciones de los miembros inferiores. Al orientarlo en el diagnóstico clínico le será posible tomar las medidas terapéuticas más apropiadas, internar o referir a centros especializados aquellos pacientes que por su patología potencialmente mortal, así lo justifiquen.

He tratado de dar una pauta definida para facilitar el diagnóstico entre: la trombosis venosa profunda, la tromboflebitis superficial, la linfangio erisipela de la pierna, la ruptura aguda del gastronemio y la exacerbación aguda de la insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores. Esta patología ha demostrado ser confusa par el diagnóstico y propensa a la iatrogénia: espero con este resumen facilitar la prestación médica especialmente en el área rural. Este trabajo se ha realizado en los hospitales de la CCSS donde trabajé por 30 años. Son el resultado de mi experiencia en ese lapso. Se ha resumido la sintomatología más corriente de cada patología y se recomienda la terapia inicial en cada caso.

CC09 Estudio inicial en autocuidado para prevenir las úlceras de presión en usuarios de la unidad de aislamiento estricto (UAE) del Hospital México (HM)

Carmen Y Alvarado V, Leda Morales G, Willem Bujan B.
Equipo Interdisciplinario de TMO, Hospital México

Objetivo: Los usuarios con enfermedades onco-hematológicas sometidos a protocolos de quimioterapia y trasplante de médula ósea (TMO) son muy vulnerables a sufrir úlceras por presión. Esto incrementa significativamente las estancias hospitalarias y los gastos de hospitalización; pero, aún de mayor importancia, es que estas lesiones representan una amenaza a la salud del usuario al aumentar su riesgo de infección y le provocan un nuevo sufrimiento. La prevención de estas lesiones es, por tanto, fundamental y para ello es indispensable la capacitación sistemática del usuario y su familia en autocuidado. El presente estudio analizó la incidencia y prevalencia de úlceras por presión en la UAE del HM, de acuerdo con la instrucción recibida por el usuario.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo entre enero de 1999 y mayo de 2000 del total de usuarios de la UAE del HM durante el cual se realizó una revisión semanal cuidadosa de la piel de los usuarios hospitalizados y se brindaron sesiones continuas de educación al paciente, su familia y personal de enfermería involucrado.

Resultados: Durante el período de estudio se hospitalizaron un total de 62 usuarios en la UAE de los cuales sólo uno desarrolló una úlcera por presión. Esta fue catalogada como una úlcera grado II.

Conclusión: La capacitación continua del usuario y su familia en cuanto a la prevención de úlceras por presión fue exitosa lográndose una baja incidencia de las mismas en los pacientes hospitalizados en la UAE.

CC10 Hiperparatiroidismo secundario a extirpación de un adenoma paratiroideo

José G Jiménez-M, Enrique Lobo-H, Anabelle Picado-L,
María Cristina-G, Marco A Molina. Hospital Cima San José

Una mujer de 29 años presentó fatiga, lumbalgia, poliuria y polidipsia por tres meses. Se descubrió un nódulo de aproximadamente 4 cm en el lado derecho del cuello. El calcio sérico estaba en 14 mg/dl, la hormona paratiroidea (PTH) en 279.0 pg/ml (nl=12.0 - 72.0) y se encontraban elevadas la fosfatasa alcalina específica de hueso y la deoxipiridinolina; mientras que el fósforo estaba reducido (1.7 mg/dl). La radiografía de manos demostró desmineralización yuxtaarticular en falanges y metacarpianos; la densitometría ósea, osteoporosis. El ultrasonido de cuello mostró una lesión mixta en la parte posterior inferior de lóbulo derecho de la tiroides; la gammagrafía y tomografía axial computarizada ubicaron la lesión en la misma región. Se extirpó una única lesión que correspondió a un

adenoma paratiroideo con degeneración quística y el timo que estaba agrandado. La paciente presentó hipocalcemia y reducción de la PTH en las primeras 24 horas postoperatorio. Estas alteraciones revertieron con calcio y vitamina D oral. A la semana la PTH aumentó y se mantuvo elevada por tres meses igualmente que los marcadores de recambio óseo, hasta que ambos empezaron a declinar a partir del tercer mes. La densitometría demostró aumento en la densidad mineral a los dos meses. En resumen, se documentó hiperparatiroidismo primario con enfermedad ósea y se extirpó un adenoma paratiroideo. En el postoperatorio ocurrió hipoparatiroidismo transitorio tratado con calcio y vitamina D. Seguidamente desarrolló hiperparatiroidismo secundario, probablemente en respuesta a la enfermedad ósea, que se resolvió a partir de los tres meses paralelamente con la remineralización ósea.

CC11 El Colgajo "Jenssie" un Verdadero Sostén de la Glándula Mamaria

Manuel E Chacón-B. Clínica de Cirugía Estética

En 1989, ante la sociedad Francesa de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, los autores describieron la técnica "Jenssie": Plastia mamaria de reducción y sostén. La cual consigue además de una excelente forma, la recuperación de la posición y el sostén de las mamas a largo plazo. La glándula mamaria no posee elementos de sostén anatómicos que le permitan mantener su forma y posición a largo plazo. Así los embarazos y cambios de peso llevan a la glándula mamaria de la mujer normal a perder su forma y su posición tempranamente. Esto le sucede a la mayoría de las mujeres. Es hacia ese grupo mayoritario que está dirigida nuestra técnica. También puede ser utilizada en hipertrofias, hipertrofias y ptosis y en ptosis severas. Se ha utilizado también como sustituto de las prótesis mamarias, removiendo las prótesis y concentrando todo el tejido glándular, devolviéndole con sus mismos tejidos a la glándula mamaria su forma, posición y sostén por la persistencia adecuada del colgajo "Jenssie". Éste contiene todas las capas tisulares: dermis, grasa y glándula; lo que se constituye en un todo indisoluble que se fija a la fascia clavipectoral y se constituye en un amarre conjunto glandular que fija la mama y es la clave del sostén, estabilidad y belleza del seno.

Se presenta la evolución del colgajo a 15 años plazo en nuestra Clínica de Cirugía Estética, en San José, Costa Rica.

CC12 Resultados Preliminares del Programa de Trasplante de Hígado de Donador Vivo en el Hospital Nacional de Niños

María A Matamoros, Yury Navarro-P, Randall Quesada-R, Gerardo Mora-B. Departamento de Cirugía, Hospital Nacional de Niños

El fallecimiento de 8 a 9 niños anualmente por enfermedades terminales del hígado nos ha llevado en ausencia de un programa de donación de órganos cadavéricos consistente a iniciar un programa de trasplante de hígado de donador vivo. De noviembre de 1999 a marzo del 2000 se realizaron en el Hospital Nacional de Niños 5 trasplantes de hígado de donador vivo. Previa selección siguiendo nuestro protocolo se escogió candidatos y donadores. Fueron trasplantados dos niños y tres niñas con las siguientes patologías: 3 atresias de vías biliares (AVB), 1 cirrosis criptogénica (CC), 1 hepatoblastoma (H). Edad 1.6 a 10 años (media:4), peso 5 a 20.3kg (media 14 kg), talla 70 a 116 cm (media 87 cm), condición de los pacientes pretrasplante 1 UCI, 2 hospitalizados, 2 en la casa. Los donadores fueron 2 padres y 3 madres. Todos los injertos consistieron en segmento 2 y 3 del hígado con un peso de 200 a 250 gr (media: 230 gr). Tratamiento inmunosupresor consistió en Tacrolimus y dosis bajas de prednisolona. Resultados: Todos los pacientes sobrevivieron el procedimiento quirúrgico, el caso número 5(AVB) falleció en el postoperatorio (PO) 12 por infartos varios en el injerto y sepsis por klebsiella, el caso 3 (H) después del último ciclo de quimioterapia presentó infección invasiva por CMV y falleció con el injerto funcionando en el PO 96. los otros tres pacientes se encuentran en buenas condiciones con un seguimiento de 150- 297 días (media: 297). El caso 2 (AVB) presentó en PO 3 convulsiones con lesión isquémica de la región occipital con alteración visual que se recuperó y en el PO 15 una perforación intestinal en que se resolvió con cierre primario. El caso 4 (CC) presentó cierre de parte de la herida por segunda intención, y el caso 1(AVB) no ha presentado ninguna complicación. Tres pacientes se encuentran en sus casas, y su calidad de vida ha mejorado significativamente.

CC13 Características de los Donadores Vivos de Hígado en un Programa Pediátrico en Costa Rica

María A Matamoros, Yury Navarro-P, Gerardo Mora-B. Departamento de Cirugía, Hospital Nacional de Niños

El donador vivo relacionado y no relacionado se ha visto como una solución a la escasez de órganos en países donde la donación cadavérica se practica y como una solución para los países que no cuentan con un sistema de donación suficiente como Costa Rica.

Métodos: De noviembre de 1999 a marzo de 2000, en el Hospital Nacional de Niños "Carlos Saénz Herrera" se realizaron 5

trasplantes de hígado de donador vivo. Se evaluaron 16 potenciales donadores. El proceso fue dividido en 2 etapas. etapa 1: evaluación social, bioquímica, grupo-Rh, infección por virus. Etapa 2: estudios por imágenes, EKG, valoración otras especialidades.

Resultados: Hay una alta aceptabilidad de nuestra población al procedimiento. Etapa 1: fueron excluidos 9 potenciales donadores. 7 por razones médicas, y dos decisión familiar. Etapa 2: uno candidato espera ser donador, otro fue excluido por muerte del receptor antes del trasplante. Cirugía y postoperatorio: pérdida sanguínea 519 ± 350 ml, tiempo operatorio 6.8 ± 2.1 h, laboratorio de la primera semana: ALT 148 ± 88.9 UI, AST 148 ± 109 UI, TP 55.6 ± 0.15 . BT 1.4 ± 0.34 , un mes: BT 0.6 ± 0.11 mg/dl. ALT 36.4 ± 9.18 UI, AST 35.2 ± 8.19 UI, TP 7.5 ± 0.13 , estancia hospitalaria 6.8 ± 0.44 días. Complicaciones 4 heridas quirúrgicas con cierre por segunda intención, una depresión psicógena postoperatoria.

Conclusiones: 44% de exclusión de los evaluados por razones médicas en nuestra población. Se justifica el inicio de un programa de donación viva cuando el riesgo del donador es bajo y en ausencia de donación cadavérica.

CC14 Prevalencia de la Enfermedad de Hirshprung en el Hospital San Juan de Dios

Jorge Flikier G, Pablo Donado B, Benjamín Flikier Z. Hospital San Juan de Dios

Objetivos: Conocer la incidencia de la enfermedad de Hirshprung en adultos tratados en el Hospital San Juan de Dios. Evaluar los métodos de abordaje diagnóstico y comparar los métodos quirúrgicos empleados. Definir las causas por las cuales no se identificó la enfermedad en etapas más tempranas de la vida. Conocer la evolución de los pacientes una vez tratados.

Material y Métodos: El estudio incluye pacientes del Hospital San Juan de Dios portadores de megacolon agangliónico, diagnosticados en el período de enero de 1990 a agosto del año 2000. Se revisaron los expedientes clínicos y se analizaron los datos utilizando tablas y gráficas mediante el uso de sistemas de computación.

Resultados y conclusiones: Se encontraron un total de 8 pacientes portadores de enfermedad de Hirshprung en adultos. Del total de pacientes 75% fueron mujeres y el 25% hombres. La edad de presentación osciló entre los 12 y 18 años. Siete pacientes vivían en el perímetro urbano de San José, mientras que uno provenía de Guanacaste. Todos los casos se presentaron con síntomas clínicos característicos. Tres de ellos habían sido vistos en el H.N.N. El método diagnóstico se basó en el cuadro clínico, biopsia y estudios radiológicos. A 7 de los pacientes se les practicó una operación de duamel y a 1 una sigmoidectomía. La evolución ha sido excelente en siete de los pacientes y sólo 1 (operación de duamel), ha tenido una evolución tórpida.

A pesar de tratarse de una enfermedad congénita y de tener clínica característica de presentación a edad temprana, muchos casos llegan a la adolescencia sin haber sido diagnosticados.

CC15 Simpatectomía Transtorácica mediante videotoroscopia para el tratamiento de la hiperhidrosis palmar: Primer caso reportado en Costa Rica

Manuel Alvarado, Carlos Salazar, Muhammad Abed.
Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular, Servicio de Anestesia, Hospital México

Objetivo: Se reporta el primer caso en la literatura nacional de abordaje quirúrgico videotoroscópico para el tratamiento de la hiperhidrosis palmar (HP). La HP es un padecimiento de causa desconocida, caracterizado por exceso de sudoración, en ocasiones constante, limitada a la región palmar; y se confunde frecuentemente con la enfermedad de Raynaud, pero sin presentar los cambios vasculares descritos en esa enfermedad. Es importante identificar y tratar esta entidad ya que produce severos trastornos psicológicos y de desenvolvimiento social, sobre todo en personas jóvenes en las que el síntoma es ignorado por su médico tratante al no estar familiarizado con este padecimiento.

Presentación del caso: Masculino de 29 años, médico cirujano ligeramente obeso, con historia desde la niñez de presentar sudoración excesiva de la palma ambas manos, que se exacerba con el stress y las situaciones de trabajo cotidiano, lo que lo ha llevado a tener importantes síntomas incapacitantes desde el punto de vista social y laboral, aunado a frecuentes dermatofitosis en sus manos por la constante humedad; consultó a múltiples médicos y se decidió por la cirugía. En febrero de 2000 se realiza el procedimiento efectuándose simpatectomía bilateral mediante abordaje toroscópico y se resecan ambos ganglios T2 de la cadena simpática, notándose un aumento inmediato de 3°C en la temperatura de cada mano. Se egresa en menos de 24 h en excelente estado y con resolución de los síntomas en forma rápida.

El uso de la simpatectomía en pacientes con HP es un procedimiento con buenos resultados, obteniéndose una mejoría total y duradera, con baja morbilidad en especial cuando se realiza mediante métodos videotoroscópicos.

CC16 Disfunción aguda de prótesis valvular Mitral: Experiencia terapéutica en el Hospital México

Eduardo Induni, Manuel Alvarado, Lidiette Esquivel, Carlos Salazar, Juan Pucci, Edgar Méndez, Longino Soto. Servicio de Cirugía Cardiovascular y Torácica; Servicio de Cardiología, Hospital México

La disfunción de prótesis mitral aguda se define como una alteración de la función normal de una prótesis biológica o mecánica de tipo obstructivo, que puede causar la muerte súbita del paciente, o bien presentarse con datos clínicos muy variables. Desde noviembre de 1998 a setiembre de 2000, se han presentado un total de 13 pacientes con una prótesis mitral con disfunción aguda, diagnosticada en todos los casos con ecocardiograma transtorácico y transesofágico. Correspondieron 12 a mujeres, y solo un paciente fue del sexo masculino. El rango de edades osciló entre 17 y 53 a. Con un promedio de 36 a. El tiempo de presentación entre la cirugía y el evento osciló de 3 meses a 108 meses con un promedio de 34.5 meses. El tipo de prótesis correspondió a 12 mecánicas, siendo de estas 11 bivalvas y 1 de monodiseo, así como una biológica porcina. Los síntomas más frecuentes de presentación fueron: Disnea de reposo 85%, AVC 30%, Edema agudo pulmonar 30%, Shock cardiogénico 8%, y con datos francos de Síndrome de Respuesta Inflamatoria en el 38%. Con respecto a la anticoagulación previa, solo 3 de los pacientes se consideró que tenían niveles de anticoagulación adecuados con INR entre 2.5 y 3.5. Cuatro pacientes tomaron intermitentemente la warfarina y 5 pacientes descontinuaron la ingesta de cumadínicos, uno de ellos por drogadicción y otra por embarazo. Solo en un paciente no se indicó la anticoagulación por tratarse de una prótesis biológica. Diez pacientes fueron operados reemplazándose la prótesis valvular por otra mecánica en 7 casos y biológica en tres de ellos. Transoperatoriamente se documenta trombosis en 5 de ellos y datos de endocarditis en los otros cinco, falleciendo 2 pacientes como consecuencia de la progresión de la sepsis asociada a endocarditis y un AVC masivo. Todos los demás volvieron a una clase funcional I de NYHA.

Tres pacientes siguieron tratamiento no quirúrgico, uno con prótesis biológica se anticoaguló con heparina y warfarina evolucionando en forma satisfactoria, y dos se trombolizaron con Estreptoquinasa, presentando uno de ellos un sangrado cerebral intraparenquimatoso sin secuelas neurológicas y con evolución a clase I NYHA. En estos últimos pacientes la limitación a la excursión valvular no fue tan severa como en los que requirieron cirugía. La terapéutica de la disfunción de una prótesis valvular cardiaca es una verdadera urgencia cardiovascular, por lo que debemos de tenerla siempre presente, cuando el paciente se nos presenta con datos de ICC, fiebre y sospecha de endocarditis, con la historia de suspensión, o inadecuada anticoagulación; con una mortalidad de mas del 90% si no se diagnostica oportunamente.

CC17 Quilotórax Derecho y Quilopericardio como manifestación de Enfermedad Neoplásica Maligna

E Manuel Alvarado A, Carlos Salazar, E Induni, J Pucci, E Méndez, L Soto P. Servicio de Cirugía Cardiovascular y Torácica, Hospital México

Objetivo: Se presenta el caso de un hombre de 25 años con la presencia de quilopericardio y quilotórax derecho como manifestación de un carcinoma indiferenciado; en diferentes periodos de evolución de su grave enfermedad. Consecutivamente a diversos factores etiológicos puede aparecer quilo en la cavidad pleural y pericárdica; algunas de las más frecuentes son el traumatismo, las neoplasias benignas y malignas; otros menos frecuentes son las anomalías congénitas de los linfáticos mediastinales y pulmón; la trombosis y otros tipos de obstrucción de las grandes venas de la mitad superior del tórax; el trauma iatrogénico puede ser también causa de quilotórax luego de una esofagectomía hasta en un 5%. Entre las causas de lesiones obstructivas benignas que se producen esta la tuberculosis, entre las malignas se mencionan los linfomas y otros carcinomas como causales de la obstrucción del flujo normal de linfa y resultando en fugas de quilo en algunos casos hacia la pleura o bien al pericardio.

Reporte del caso: paciente masculino de 25 años que en mayo de 1997, se le encontró un ganglio a nivel del triángulo anterior del cuello aproximadamente 0.7*0.5 cm de diámetro, el reporte patológico reporta CA indiferenciado; por más que se investiga el primario no se encuentra y se inicia tratamiento con quimioterapia y radioterapia, evolucionando bien; reingresa un año y medio después con datos de I.Y.; disnea y datos de ICC; el Ecocardiograma demuestra derrame pericárdico severo, por lo que requiere de una ventana subxifoidea más biopsia de pericardio; se drena aproximadamente 1000cc de líquido quiloso del saco pericardico, el reporte de la biopsia reporta CA indiferenciado a nivel del pericardio, se efectúa drenaje quirúrgico y se irradia el mediastino, cediendo totalmente los síntomas y la presencia de líquido quiloso. Paciente evoluciona bien con controles oncológicos y en Cirugía de Tórax. Luego de 3 años y medio después (agosto 2000) reingresa por cuadro de Insuficiencia Respiratoria severa y son los RX de tórax, los que demuestran severo derrame pleural derecho; se coloca tubo de tórax mediante toracostomía derecha drenando aprox. 2.5 L. de líquido lechoso (quiloso); se maneja conservadoramente con el sello de agua y dieta pobre en grasas, y pleurodesis química con bleomicina cediendo luego de 15 días el derrame quiloso; su evolución ha sido regular por su patología neoplásica de fondo. La presentación del quilotórax y el quilopericardio en neoplasias malignas son infrecuentes en general y son un verdadero reto, en el manejo médico quirúrgico; se deben de establecer estrategias en el manejo multidisciplinario de éstos enfermos sin olvidar el oportuno soporte nutricional.

CC18 Extracción quirúrgica de un cuerpo extraño intramiocárdico, sin circulación extracorpórea

E Manuel Alvarado A, Carlos Salazar, E Induni, J Pucci, E Méndez, L Soto P. Servicio de Cirugía Cardiovascular y Torácica, Hospital México

Objetivo: Se reporta el caso de una extracción de un cuerpo extraño: aguja intramiocárdica, que en forma accidental se introdujo en 1992, la cirugía se realizó sin utilización de circulación extracorpórea, ocho años después del evento. Menos de la tercera parte de los pacientes que sufren un traumatismo cardíaco penetrante llegan con vida a un hospital; cuando sobreviven o tiene un periodo corto de paro cardíaco, la posibilidad de supervivencia supera el 50%, dependiendo del tipo de herida, la rapidez del diagnóstico y oportuno tratamiento quirúrgico. Los casos publicados de cuerpos extraños intramiocárdicos crónicos, en la literatura mundial son escasos y de allí el interés de comunicar nuestro caso.

Presentación del caso: Masculino de 33 años, zapatero, que realizando sus labores habituales se introdujo en forma accidental en junio del 1992, una aguja en el tercer espacio intercostal línea media clavicular, por lo que acudió al hospital regional, donde con RX de Tórax se corroboró la presencia de la aguja a nivel de la pared torácica y pericardio; el paciente cursa hemodinamicamente estable, se hace un intento quirúrgico de la extracción de la aguja, sin resultado; el paciente cursa asintomático en los controles clínicos y es referido a nuestro servicio, donde sigue control periódico y sin síntomas. Es sino hasta diciembre de 1999 que inicia dolores precordiales punzantes con el esfuerzo ocasionales y luego con exacerbación de los síntomas cada vez más frecuentes; lo que motivó al ingreso en febrero de 2000; el T.A.C. el ecocardiograma transtorácico, las radiografías de tórax demuestran la presencia de la aguja a nivel del miocárdico aproximadamente 0.5cm; se plante la realización de la cirugía mediante una minitoracotomía izquierda y control fluoroscópico, encontrándose la aguja inserta aproximadamente 0.7 cm en forma oblicua y 1.5 de longitud sobre el ventrículo derecho superficie epicárdica y con un área de fibrosis alrededor por la pericarditis adhesiva secundaria; se extrae previa colocación de 3 puntos de tycron 3-0 y sin la ayuda de circulación extracorpórea, no hubo sangrado transoperatorio, y el paciente evoluciona muy satisfactoriamente egresando el tercer día. Los cuerpos extraños intracardíacos pueden alojarse en pericardio, miocardio o bien quedar alojado en una cavidad cardíaca, con el peligro de emigración del objeto. Pueden ser bien tolerados aunque provoca una reacción de vecindad, dando lugar a una proliferación de tejido fibroso que termina produciendo, un enquistamiento de dicho objeto, a la larga provocan una serie de complicaciones que ponen en peligro la vida del paciente, entre ellas: Hemorragia secundaria, la infección, la migración y embolización del cuerpo extraño; así como la constitución de una zona de infarto, y alteraciones psíquicas al saberse el enfermo poseedor de un material extraño en un órgano vital, por tanto el abordaje y tratamiento de los cuerpos extraños intramiocárdicos es fundamentalmente quirúrgico.