

Trabajos Libres

Reportes de Casos

RC1 Colectistectomía Laparoscópica

Guzmán L Guillermo, Leiva V Roxana, Rojas M Víctor, Baizan H Erick, Guzmán A Guillermo, Hospital Max Peralta

Objetivo: La colectistectomía laparoscópica es considerada a nivel mundial como el "Gold Standard" para el manejo de colelitiasis. El presente trabajo lo confirma.

Antecedentes: En nuestro país tiene pocos años de introducida esta técnica, la colectistectomía por litiasis es la tercera causa más frecuente de procedimiento quirúrgico en el Hospital Max Peralta.

Método: Se revisaron 230 expedientes de colectistectomías laparoscópicas del 02 de febrero de 1996 al 30 de setiembre de 1998.

Resultados: No existió ninguna muerte perioperatoria. En 12 casos (5.22%) fue necesaria la conversión a cirugía abierta, 1 caso debido a complicación severa, laceración de la arteria hepática derecha, 4 casos por no lograr identificación adecuada de las estructuras del Triángulo Calot, 3 casos síndrome adherencial severo, 2 casos síndrome de Mirizzi y dos casos no fue posible realizar neumoperitoneo. Un total de 10 casos (4.35%) tuvieron complicaciones post-operatorias, solo 2 pacientes requirieron reintervención quirúrgica, 1 debido a sangrado profuso del lecho vesicular, 1 caso reparación de vía biliar por mala aplicación de clips, 1 caso neumotorax iatrogénico derecho, se trató con sello tórax, 1 caso ictericia obstructiva por lito en coledoco, se resolvió por CPRE, 1 caso de absceso sufrénico, se aplicó tratamiento médico, 2 casos con ileo post-quirúrgico y 3 casos sepsis de herida quirúrgica.

Conclusiones: Este estudio demuestra que la colectistectomía laparoscópica es un procedimiento seguro, las complicaciones son raras y pueden ser de manejo con tratamientos convencionales. La conversión a cirugía abierta debe tenerse siempre en mente como una sabia decisión, con miras de evitar complicaciones. Debe de considerarse seriamente ampliar este procedimiento a la mayoría de la población con este tipo de patología.

Notas: _____

RC2 Experiencia de 12 Mucosectomías Endoscópicas. Tratamiento del Cáncer Gástrico Temprano y Otras Lesiones Premalignas

Sáenz F, Sasagawa T, Nagumo H, Solano Horacio, Mena F, Proyecto de Detección Temprana de Cáncer Gástrico, Hospital Max Peralta

Objetivo: Mostrar nuestro trabajo de 14 casos de mucosectomías endoscópicas, como tratamiento definitivo de lesiones malignas y premalignas, utilizando los siguientes criterios de selección: 1) Cáncer gástrico temprano. 1.1 O-IIa, O-I, bien diferenciado con un tamaño máximo de 2 cm. 1.2 O-Iie, bien diferenciado, no ulcerado y de tamaño no mayor de 1 cm. 2) Adenomas gástricos, para fines terapéuticos y diagnósticos. 3) Localización accesible. 4) Pacientes con alto riesgo quirúrgico.

Métodos: 1) Mucosectomía endoscópica por aspiración. 2) Mucosectomía endoscópica utilizando doble asa de alambre "strip biopsy".

Resultados: De las catorce mucosectomías realizadas cinco fueron en mujeres y nueve en hombres, con edades entre 57 y 85 años. Corroborando cinco cáncer gástricos y nueve adenomas gástricos con atípica celular y estructural severa. En los cinco casos de cáncer, el espécimen mostró bordes libres de tumor, tres de los casos necesitó resección en varios bloques, en todos los casos el diagnóstico histólogo coincidió con el diagnóstico patológico del espécimen. En un caso se presentó sangrado y perforación, complicaciones que tuvieron un manejo conservador siendo la evaluación del mismo satisfactoria.

Conclusión: El curso clínico de los pacientes ha sido satisfactorio, el primer caso realizado después de dos años de seguimiento no ha evidenciado recidiva tumoral por biopsia. La mucosectomía endoscópica representa una opción terapéutica segura para aquellos casos que cumplan con los criterios de selección.

Notas: _____

RC3 By-pass Axilo-Bifemoral con uso de Prótesis de Dacrón Preformada Anillada

Reyes C Ramón, Jiménez J Róger, García U Denis, Morelli G Luis, Cruz S Octavio, Morúa E Enrique, Sprok T José Mario, Ardón R Juan Ramón, Miembros del Servicio de Cardiovascular del Hospital San Juan de Dios

Objetivos: Analizar las ventajas ofrecidas con el uso de las prótesis de dacrón preformadas anilladas, puntualizar las indicaciones para el uso de este procedimiento y demostrar los resultados obtenidos en este estudio con esta técnica quirúrgica.

Materiales y métodos: Revisión de los protocolos quirúrgicos de los pacientes sometidos a by-pass axilo bifemoral con prótesis de dacrón preformada anillada durante el período de enero a setiembre de 1998.

Resultados: Se operaron un total de seis pacientes, tres varones y tres mujeres, con edad promedio de 74 años. Dentro de los factores de riesgo: tabaquistas 100%, HTA 50%, DM 33%, Dislipidemia 33%, EPOC 33% y Cardiopatía isquémica 16%. La indicación de revascularización fue: necrosis de ortijos en 66%, claudicación discapacitante severa en 16% y fístula aoroentérica en 16%. Dentro de los estudios realizados están: doppler a cinco pacientes con un ABI promedio preoperatorio 0.29 y postoperatorio 0.59; angiografía a dos pacientes y duplex en un paciente. El tiempo quirúrgico promedio fue de 2:40 horas. Dentro de las complicaciones quirúrgicas se dieron: trombotosis de arterias renales en un paciente, amputación por necrosis isquémica de una extremidad inferior, hematoma en herida quirúrgica axilar en un paciente. Hubo un fallecimiento a causa de insuficiencia renal aguda anúrica, secundaria a trombotosis de arterias renales.

Conclusiones: El by-pass axilo bifemoral sigue siendo una técnica alternativa útil. La permeabilidad con este tipo de prótesis de dacrón anillada preformada presenta tan buenos resultados a largo plazo como las técnicas de revascularización directa. Las prótesis bifurcadas anilladas de dacrón mejoran del resultado del procedimiento.

Notas: _____

RC4 Síndrome de la Pérdida del Primer Ortejo en Diabetes Mellitus

Aválos Alexis, Salazar Sonia, Arguedas Ch Carlos, Servicio de Medicina Interna, Hospital México

Objetivo: Presentar la experiencia sobre el Síndrome de la Pérdida del Primer Ortejo del Pie en Diabetes Mellitus.

Material y Método: De nuestros archivos en forma retrospectiva, se localizaron 5 pacientes con amputación del primer Ortejo. Todos los pacientes eran diabéticos con más de 15 años de evolución de su enfermedad. En todos la causa de amputación fue una úlcera neuropática. Nosotros revisamos sus controles metabólicos, pulsos, reflejos, arcos, la estructura osteomuscular de los pies y la sensibilidad de acuerdo a la clasificación PATON-A y se les practicó planigrama.

La sensibilidad a la punción estuvo alterada (disminuida o abolida) en ambos pies en forma similar. Solamente un paciente mostró una leve disminución del pulso pedio. Los dedos restantes del amputado mostraron mayor rigidez y más frecuencia dedos en martillo. El arco anterior estuvo afectado en todos y en varios pacientes invertido.

Conclusión: La amputación del primer Ortejo está relacionado a neuropatía severa sensitivo-motora y no a isquemia. El pie amputado estuvo estructuralmente más dañado que el contralateral aunque no podemos determinar si esto existía de previo, es casi seguro que la alteración se acelera, al perder el apoyo del primer Ortejo que altera toda la mecánica del pie. Debemos velar hasta donde sea posible por conservar el primer dedo del pie.

Notas: _____

RC5 Grados de Resistencia Insulínica y Diabetes Mellitus Tipo MODY

Arguedas Ch Carlos, Póveda F Jonathan, Mora A Carlos, Servicio de Medicina Interna, Hospital México

Introducción: La D.M. tipo MODY afecta a adultos jóvenes con un árbol genealógico vertical de D.M. tipo 2, usualmente menores de 25 años de edad, quienes en los primeros años no requieren tratamiento insulínico para su adecuado control.

Este grupo se reclasificó recientemente como grupo específico de diabetes causado por defectos genéticos en la célula Beta (término todavía no bien aceptado) y subdividido en tres tipos, de acuerdo al tipo de mutación y cromosoma involucrado. A la vez, se caracterizan por un defecto en la secreción de insulina con afectación mínima en la acción periférica de la misma.

Objetivo: Describir grados de resistencia insulínica (R.I.) y tratamiento de un grupo de pacientes con diabetes MODY.

Materiales y Métodos: Se describen tres casos con R.I. en control en la Clínica de Diabetes del Servicio de Medicina Interna del Hospital México desde 1990, que abrieron la enfermedad a los 14 años y cuyos Peptidos C mostraron una secreción normal o aumentada de insulina.

Resultados: Todos los pacientes iniciaron su enfermedad a los 14 años de edad, y eran obesos al momento del diagnóstico. Sin complicaciones microvasculares y solamente uno ha desarrollado hipertensión arterial, no agregan hiperlipidemia y todos tenían insuinemias basales elevadas, así como antecedentes familiares de DM tipo 2. Su tratamiento ha requerido: en uno, hipoglicemiantes orales, insulina y Meftormina y dos desde dieta y ejercicio.

Conclusiones: Aunque el defecto primario de estos pacientes es la secreción de insulina, algunos de estos pueden presentar hiperinsulinemia y otros rasgos clínicos asociados a resistencia insulínica, que puede ser severa.

Notas: _____

RC6 Síndrome de Supresión Brusca de Medicamentos Antihipertensivos

Mata Oscar, Arguedas Ch Carlos, Servicio de Medicina Interna, Hospital México

Objetivo: Presentar por primera vez en Costa Rica el Síndrome de Supresión Brusca de Medicamentos Antihipertensivos, que es el conjunto de síntomas y signos producidos al dejar súbitamente un tratamiento antihipertensivo.

Materiales y Métodos: Descripción de los casos de este síndrome en el Hospital México, que como sabemos es poco conocido entre nosotros, ignorándose la importancia que tiene para la medicina nacional y los costos que conlleva, tanto materiales como en vidas humanas; además revisión y comparación con los casos de la literatura internacional.

Se presentan tres casos que hemos logrado recopilar entre los años de 1993 y 1998.

Caso	1 (1993)	2 (1996)	3 (1998)
Procedencia	San José	Alajuela	Heredia
Sexo	Femenino	Femenino	Masculino
Edad	50	52	65
Evolución hipertensión	Desconocida	5 años	2 años
Complicación relacionada	No	HVI	No
Fármaco	Atenolol	Atenolol	Nifedíino
Tiempo de suspensión	48 horas	96 horas	48 horas
Presentación clínica	Síncope	Síncope	Síncope
Evolución posterior	Muerte	Recuperación parcial	Muerte
TAC Hemorragias	Parenquimatosa extensa	Cápsula interna	Cerebelosa e intraventricular

Se comentan aspectos del manejo y su prevención, en donde es de resaltar la necesidad de cautela al suspender los fármacos.

Esbozo de una serie de controversias aparecidas en la literatura mundial, demostrando que quedará para investigación futura la conveniencia, en diversas circunstancias, de la suspensión de la terapéutica.

Conclusiones: La gran mayoría de pacientes que suspenden una terapia para la presión arterial elevada no sufren de complicaciones graves, pero existe un grupo limitado de pacientes, como los que presentamos, en que las consecuencias pueden ser graves y fatales. Se debe luchar mucho en la educación del paciente hipertenso, y nunca suspender en forma brusca los fármacos indicados por el médico.

Notas: _____

RC7 Síndrome Antifosfolípido Primario de Evolución Fatal

Sancho R Carlos, Arguedas Ch Carlos, Servicio de Medicina Interna, Hospital México

Objetivo: Presentar por primera vez la presencia del Síndrome Antifosfolípido Primaria (SAP) con evolución fatal debido a trombosis mesentérica masiva.

Material y Método: Dos pacientes femeninas con este síndrome, fueron diagnosticadas y evolucionadas en el Servicio de Medicina Interna del Hospital México en el año de 1993; ambas fallecieron por lo que se les pudo practicar autopsia.

	Edad	D. Ingreso	Exámenes
Caso 1:	29 años	Abdomen Agudo	VES, Plaquetas, VDRL, Anticuerpos Anticardiolipinas
Caso 2:	26 años	Abdomen Agudo	VES, Plaquetas, VDRL, Anticuerpos Anticardiolipinas

Evolución: En ambos casos se efectuó el diagnóstico de un abdomen agudo de origen vascular, comprobándose en la operación y en la autopsia una extensa trombosis mesentérica y además un infarto del miocardio en el caso 2.

Conclusión: El Síndrome Antifosfolípido Primario es mucho menos frecuente que el Síndrome Antifosfolípido Secundario; ni en la evolución ni en el manejo existe diferencia entre el SAP y el SAS.

La presentación con trombosis mesentérica es poco frecuente en ambos pero reviste gravedad y pronósticos muy reservados.

Notas: _____

RC8 Síndrome de la Mano Diabética

Azofeifa D Néstor, Arguedas Ch Carlos, Mora A Carlos, Servicio de Medicina Interna, Hospital México

Objetivo: Describir el Síndrome de la mano diabética.

Materiales y Métodos: Se revisaron dos casos de pacientes femeninas portadoras de diabetes mellitus no insulino dependiente; en ambos casos, el diagnóstico se había realizado de 1 a 2 años previos al ingreso y se trataban con insulina NPH dosis única en la mañana. Una de las pacientes vecina de Caimital de Nicoya, fue referida por infección severa de tejidos blandos a nivel de la mano derecha, secundaria a trauma contuso hacía 15 días, que requirió manejo en terapia intensiva en el hospital de la localidad, por haber presentado shock séptico. La otra paciente vecina de la Uruca, presentaba compromiso séptico importante de su mano izquierda, posterior a "extracción de tejido escamoso" en el tercer dedo, por lo que fue internada para tratamiento.

Resultados: Ambas pacientes presentaban retinopatía de base, macroproteinuria en orina de 24 horas y neuropatía periférica. El microorganismo aislado en los dos casos fue *Staphylococcus aureus*, por lo cual las pacientes fueron tratadas con oxacilina en el primer caso y con clindamicina y cefalotina en el segundo. La evolución con el tratamiento antibiótico asociado a curación diaria por personal calificado fue satisfactoria al cabo de 14 días; lo cual discrepa con la experiencia internacional, donde se hace referencia a que aproximadamente un 70% requiere de amputación como parte del manejo. Además en la mayor parte de los casos la flora bacteriana es mixta y la presencia de *Staphylococcus aureus* se da en el 12% aproximadamente.

Conclusión: En nuestro caso, aunque son 2 pacientes únicamente, creemos fundamental que el abordaje temprano con una cobertura antibiótica adecuada y curación diaria de la herida por personal calificado son claves para la adecuada evolución.

Notas: _____

RC9 Reporte de Dos Casos de Pacientes con Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Secundaria al Virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida con respuesta al Tratamiento Antiretroviral

Salóm E Ignacio, Brenes C Rodrigo, León B María Paz, Brenes V Mayra, Sección de Medicina Interna, Hospital México

Objetivo: Evaluar la respuesta de pacientes con SIDA con Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria a la terapia ARV.

Se presentan dos casos de SIDA con diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria, con compromiso principalmente de sus 4 extremidades, el primero con curso subagudo y el segundo con cuadro de presentación aguda. Ambas pacientes fueron manejadas con terapia Antirretroviral (AZT/3TC/Crixivan), con adecuada respuesta neurológica al tratamiento.

Conclusión: La respuesta de éstos pacientes al tratamiento plantea la posibilidad de que la neuropatía sea secundaria al VIH.

Notas: _____

RC10 Síndrome de Schmidt e Hipertiroidismo

Ibarra G Jaime, Arguedas Ch Carlos, Servicio de Medicina Interna, Hospital México

Introducción: El Síndrome de Schmidt consiste en una insuficiencia adrenal, una Diabetes Mellitus y un hipotiroidismo de origen inmunológico. La manifestación tiroidea más frecuente es el hipotiroidismo, nosotros encontramos un paciente que luego de 6 años de estar padeciendo hipotiroidismo, como una manifestación del síndrome poliglandular, presentó bocio difuso hipercaptante con hipertiroidismo.

Objetivo: El objetivo es describir la asociación de hipertiroidismo y síndrome de Schmidt.

Material y Métodos: Hombre de 48 años, ingresó en 1990 con cuadro de astenia, adinamia, pérdida de peso y disnea. Se documentó hiponatremia severa, potasio normal, cortisol 1,4ug/mg, TSH 6 mud/ml, T4 1,8 ng/dl, anti-tiroglobulina positivo 1:100, antimicrosoma positivo 1:640. Se le hizo el diagnóstico de S. de Schmidt y recibió tratamiento con levotiroxina e hidrocortisona y cuatro años más tarde inicia D.M. A los 2 años fue internado nuevamente, manifestando debilidad, palpitación, disnea y ansiedad, al examen físico se documentó aumento del tiroides más en el lóbulo derecho y taquicardia. Se le tomaron los estudios que incluían ecocardiograma, pruebas de función tiroidea T4 39ng/dl y gama de tiroides.

Resultados: Gamagrafía: Bocio difuso pequeño hiper-captante; TSH no detectable, ecocardiograma mostró una contractilidad difusa asociada.

Discusión: Pese a que en el Síndrome de Schmidt, el compromiso está asociado a procesos autoinmunes, que llevan a la hipofunción el bocio también está asociado a estímulos inmunológicos que pueden provocar estados de hiperfunción, como sucedió en este caso.

Notas: _____

RC11 Diabetes Mellitus Asociado al Empleo de Alfa Interferón

Arguedas Ch Carlos, Naranjo N, Servicio de Medicina Interna, Hospital México

Objetivo: El estudio lleva el interés de presentar un caso de Diabetes Mellitus ligado al empleo de Alfa Interferon (a.I).

Material y Método: En el capítulo de la clasificación de la Diabetes Mellitus de la ADA de 1998, se incluye a la D.M. asociada al empleo de a.I. El presente estudio lleva el interés de presentar un caso y hacer revisión del tema. Se trata de una paciente de 25 años, sin antecedentes de D.M. portadora de un papilo virus genital, producto de una violación. En 1997 inició tratamiento con a.I y en noviembre de ese mismo año inicia cuadro de polis (polidipsia, poliuria, polifagia) y se diagnosticó diabética en febrero de 1998.

Al ingreso se le encontró talla de 1.60 cm, peso de 56 Kg y un IMC 22 y se le practicaron los siguientes exámenes:

Fecha	ICAs	Insulinemia	Peptido C	Glicemias
16-02-98	(-)	0.4 uUI/ml	1.5 ng/ml	207-219
10-03-98		7.3 uUI/ml		80-120
10-07-98		23 uUI/ml	3 ng/ml	70-90

Evolución: Efectuado el diagnóstico, la paciente recibe 2.5 ml. de glibenclamida que se suspende 3 meses después por presentar Hb glicada entre 5.5 y 6.4% y síntomas de hipoglicemia con niveles bajo 50 mg. Con la retira de Alfa Interferón en febrero 98 ya para julio de ese mismo año, la paciente había recuperado totalmente la secreción de insulina.

Conclusión: Presentamos el primer caso de D.M. asociado a empleo de Alfa Interferón en Costa Rica, con recuperación clínica y limitada funcional a la secreción de insulina.

Notas: _____

RC12 Síndrome Torácico como Complicación de la Drepanocitosis Tratado con Exanguíneo-Transfusión

Jiménez B Francisco, Arguedas Ch Carlos, Brenes R, Buján Wilhem, Medicina Interna, Hospital México

Objetivo: Describir un caso de Síndrome Torácico y drepanocitosis tratado con exanguíneo transfusión.

Material y Métodos: Se analiza un paciente de 18 años el cual es portador de Drepanocitosis HB SS. Se le trato por clínica de dolor de Mis Inf y zona toraco lumbar, que además asocio disnea progresiva, sin fiebre. Peso 41Kg, talla de 1,58 cm IMC:16 Se describe al EF taquipneico, pálido, icterico, FR 36 xc' FC 110 X' TA 90/60 mmHg con tiraje supraesternal RsCsRs con soplo sistólico plurifocal con n 2 R acentuado foco pulmonar y 3 R (+), roncus en ambos campos pulmonares sin soplo o frote sin crepitos finos bibasales, hígado a 10 cm BRCD doloroso IY45° (+++) edemas bipodalicos y sacral (+++), se le dio tratamiento a base de exsanguíneo transfusión a base de 4 litros de sangre GRE forma manual en término de 24 horas, más furosemida 20 mgs cada 12/h, sin complicaciones.

Resultados:

Fecha	23/05	27/05	29/05	30/05	01/06	16/06
Hb	6,9	9,8	12,9	12,9	14	14
Creat	0,4mg/ dl	0,4mg/ dl	0,4mg/ dl	0,5 mg/ dl	0,5mg/ dl	0,5mg/ dl
Bls	T:13 D4	T:20/ D10	T:6,9/ D1,9	T:4,1 D1,8	T:4,6	
Gases pH	7,49	7,45	7,44	7,39	7,45	
Pco2	24	30	32	33	29	
PO2	43	99*	112*	110*	93**	
co3	18	17	21	22	22	
K+ mEq/	4,08	3,2	2,88	3,84	4,38	
Hb SS	—	—	53%	—	1-2%	2%

*Gases Arteriales Con O2 al FIO2 80%
60-

**Gases Arteriales Sin O2.

Eco: de ingreso demostró Hipertensión pulmonar de 60 mmHg con aumento de las cámaras derechas, posteriormente se realizan dos estudios Ecocardiográficos más resolviendo su HTPulmonar teniendo FE del 60% luego del tratamiento instaurado su clínica de pulmón lesional diagnosticada por medio de los hallazgos gasiométricos y radiológicos que se muestran, revirtieron en forma rápida en termino de 48 horas.

Conclusión: El síndrome torácico como complicación de la drepanocitosis, se puede tratar exitosamente con la exsanguíneo transfusión.

Notas:

RC13 Ciclosporina A como Nuevo Protocolo en Tratamiento Intoxicación con Gramoxone

Jiménez B Francisco, Arguedas Ch Carlos, Salom Ignacio, Araya Luis, Servicio de Medicina Interna, Hospital México

Objetivo: Presentación de un caso clínico de intoxicación con Gramoxone bajo protocolo a base de Ciclosporina, N Acetil Cisteina y Beclometasona.

Material y Métodos: Se trató a un paciente de 56 años con antecedentes de fumado por 20 años un paquete por día, ingreso con historia de haber ingerido aproximadamente 60 cc de solución sin diluir de Gramoxone, consultando dos horas después al hospital donde se le da Tierra de Fuller y el pide su salida exigida, 15 días después de la ingestión ingresa al hospital México con cuadro de disnea progresivo que lo llevo a la disnea de reposo, clínicamente se encuentra taquipneico con FC 100 FR 42, TA 120/70 mmHg Rs Cs Rs SS. Pulmonar con mala entrada de aire con roncus y crepitaciones hasta dos tercios en ambos campos pulmonares, abdomen blando depresible sin masas ni lesiones en boca. Se le dio tratamiento a base de Ciclosporina A 150 mg/día por 8 semanas, N-Acetilcisteina en inhalación 200mg/día por 2 semanas, beclometasona 1 inhalación cada 4 horas. Los cambios gasiométricos se reportan.

Resultados:

Gases	1998						
	23/03	26/03	01/04	06/04	15/04	10/05	22/10
Ph	7,45	7,44	7,48	7,43	7,44	7,47	7,44
Pco2	34	31	33	32	30	34	33
Po2	55	58	62	66	75	79	82
Hoc3	24	21	25	21	24	28	27
SatO2	90	90	93	94	96	94	92

La condición clínica del paciente mejoró en los siguientes 7 días de tener disnea de reposo a disnea de medianos esfuerzos. Los cambios radiológicos en la evolución del paciente se muestran. Se le realizan PFP, demostrando la inicial severo patrón de tipo restrictivo con hipoxia importante, luego a las dos semanas indica un patrón mixto sin reversibilidad a la broncodilatación. El paciente hace una hepatitis leve colestasica con niveles de transaminasas no mayores a 200 ui, Fosfatasa alcalina de 270 UI recuperando totalmente con la suspensión del fármaco en 15 días, y sin complicaciones posteriores.

Conclusión: El uso de la Ciclosporina A como modulador inmunológico en la respuesta proliferativa a nivel pulmonar secundaria al Gramoxone, puede ser un recurso a considerar.

Notas:

RC14 Carcinoma Suprarrenal Gigante: Asincrónica después de la Cirugía

Lobo H Enrique, Kouznetsov Serguei, Jiménez Ernesto, Umaña Rafael, Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios

El carcinoma suprarrenal es un tumor poco frecuente, que es detectado en la mayoría de los casos incidentalmente. Durante estudios como el TAC, PIV, US. La localización retroperitoneal y el pequeño tamaño de la mayoría de estos tumores de la glándula suprarrenal dificulta el diagnóstico clínico para realizar una resolución quirúrgica temprana y cuando es detectado por sintomatología ya el paciente tiene metástasis o invasión vascular y una masa tumoral grande que en la mayoría de los pacientes implica un mal pronóstico. En este trabajo presentamos una paciente con una evolución de más de 12 años sobre vida siendo llamativo además el tamaño de 21x18x10 cm con peso de 2200 gramos operada en el año 1986 y después de un período de doce años de sobre vivencia sin tratamiento sustitutivo hormonal o citotóxico en período postoperatorio, la paciente presenta tumor en el lado contrario también de gran volumen 16x14x10 cm y 1250 gramos diagnosticado por síntomas abdominales, sugestivo de cuadro clínico de colecistitis aguda y con masa abdominal palpable, detección la masa sólida suprarrenal derecha con atenuación heterogénea y diámetro de 13 cm por TAC.

El estudio hormonal detectó elevación de las siguientes hormonas: ACTH 503,7 p g ml., adrenalina en orina de 24 horas 32 l 4 g 12 h, testosterona libre 4,8 pg ml Delt 4 Androstenidiona 10,0 mg ml DHE AS04 703,4 4g d cortisol sérico 18,5 ug d. Sin embargo, la paciente no ha presentado alteración funcional clínicamente. Los niveles de otras catecolaminas como noradrenalina, dopamina y cortisoluria eran en límites de valores referencia.

Se realizó la cirugía en forma meticulosa separando el carcinoma del Riñón Derecho y la Vena Cava Inferior, colón derecho y lóbulo hepático derecho sin mayor complicación conservando el riñón. En el período postoperatorio se compenso con Hidrocortisona 100 mg intrevenosa cada 8 horas.

La paciente egresó al quinto día con tratamiento sustitutivo con Hidrocortisona de 60 mg en teral.

Con este caso se trata demostrar una paciente con carcinoma gigante, con buena evolución a través de cirugía radical que constituye el mejor tratamiento de este tipo de enfermedad y cual puede realizarse en nuestro sistema de seguridad social.

Notas: _____

RC15 Liposarcoma Retroperitoneal Gigante

Lobo H Enrique, Kouznetsov Serguei, Jiménez Ernesto, Valdés G Maritza, Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios

Liposarcoma es un tumor más frecuente del espacio retroperitoneal, puede alcanzar masas voluminosas sin producir patología obstructiva de los órganos tubulares o compresión de los vasos durante mucho tiempo en su progresivo aumento del tamaño hasta el momento de diagnóstico. Sin embargo puede tener complicaciones como embolia pulmonar, trombosis tumoral en la vena cava inferior, metástasis al corazón, metástasis al pulmón, páncreas y riñón. Nosotros presentamos un paciente masculino de 52 años, con una liposarcoma retroperitoneal gigante con peso de 21200 gramos, el cual puede extraerse completamente, a través de la cirugía, sin complicación transoperatoria o postoperatoria. Como manifestaciones clínicas del tumor puede señalarse el aumento del volumen abdominal y el peso en los últimos dos años sin otra sintomatología y sin metástasis. Al examen de ultrasonográfico detectó importante alteración intraabdominal de aspecto mixomatoso, con áreas sólidas, otras calcificaciones que ocupa gran parte de cavidad abdominal. Otros estudios de laboratorio y gabinete eran en límites normales. En el acto quirúrgico de la exploración abdominal encontró una gran masa de 50x46x40 cm adherida al colon descendente, riñón con uréter izquierdo, páncreas, diafragma, bazo y vasos retroperitoneales; la cual no ha infiltrado los órganos mencionados y que obligó disección con meticulosidad sin penetrar al tumor para evitar la siembra de las células tumores y sin lesión de las estructuras adyacentes y realizó *resección potencialmente curativo del tumor*. Un mes después de la cirugía el paciente incorporó a sus labores normales sin contratiempos.

Las características de este caso lo hacen especialmente importante para la medicina costarricense; su tamaño, el reducido número de complicaciones en la cirugía y la posibilidad técnica de realizar la operación en el marco de la seguridad social son razones suficientes para comprender su valor profesional en Costa Rica.

Notas: _____

RC16 Cirugía Valvular Mitral en una Paciente con Drepanocitosis: Primer Caso Reportado en Costa Rica

Alvarado Edwin MI, Salazar V Carlos, Induni L Eduardo, Saborio Fresia, Litwack Lewis, Pucci Juan, Soto P Longino, Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México

Objetivos: Revisión y reporte del caso de una paciente con drepanocitosis la cual fue sometida a cirugía de reemplazo valvular mitral. La cirugía cardiovascular representa un riesgo para el paciente con anemia falciforme, puesto que los estados de hipoxemia, acidosis, deshidratación, hipotermia y el pinzamiento aórtico necesario inducen a la crisis drepanocítica y episodios tromboticos que le pueden llevar a la muerte.

Presentación del caso: Paciente femenina, de 33 años referida de Guanacaste por insuficiencia mitral, a quien se le diagnosticó a los 4 años de edad, presentando episodios de fiebre reumática a los 11 y 14 años de edad. La paciente sufre crisis drepanocíticas con poca frecuencia y requiere transfusiones sanguíneas en un promedio de una cada dos meses. Actualmente está en control en el Servicio de Hematología de nuestro hospital. AQx. Salpingectomía en 1984, colecistectomía en 1991, ambas sin complicaciones. En mayo de 1995 se le implanta una prótesis porcina en posición mitral y el 13 de agosto de 1998 se realiza cierre directo de una fuga paravalvular, encontrándose una válvula eufuncionante. Se realizó pinzamiento de la aorta con circulación extracorporea con hipotermia leve y auriculotomía izquierda. Ingresó al quirófano con una Hb de 8.5 gr/dl., por lo que se utiliza recuperación sanguínea y autotransfusión con un equipo Secuestra 1000 (Medtronic Inc.) retransfundiéndose cuatro unidades de GRE, con un tiempo de cirugía de 195 min. Se traslada a Cuidados Intensivos con una Hb. de 10.5 gr/dl evolucionando en forma satisfactoria egresándose en muy buenas condiciones en el postoperatorio número nueve.

Comentario: La drepanocitosis es una hemoglobinopatía homocigótica (Hb S-S) encontrándose en el 1% de la población de raza negra en EEUU. Es endémica de los trópicos y subtropicos. En nuestro país los casos se distribuyen principalmente en Guanacaste y la Zona Atlántica, presentando los pacientes serios trastornos hemodinámicos asociados a las crisis drepanocíticas, por lo que el manejo de pacientes cardiopatas para la cirugía, máxime en este caso de reoperación, es complicado y requiere un abordaje interdisciplinario. La coexistencia de lesiones valvulares reumáticas que requieran cirugía y drepanocitosis es rara, habiendo pocos casos reportados en la literatura. Esta se ve agravada por insuficiencia cardíaca derecha secundaria a trombosis de la arteria pulmonar con infartos pulmonares y angina de pecho por oclusión de pequeños vasos coronarios.

Resumen: Se recomienda que éstos enfermos que se someten a cirugía cardíaca sean trasfundidos previa a la cirugía, evitar la acidosis, hipoxemia, deshidratación, hipotermia transoperatoria y colocación de prótesis mecánica para evitar el ciclaje del eritrocito con crisis drepanocíticas subsecuentes.

RC17 Colocación de Marcapaso por Bloqueo Atrio Ventricular Completo Secundario a Síndrome de Kearns Sayre: Reporte del Primer Caso en Costa Rica

Alvarado A Edwin MI, Induni Eduardo, Pucci C Juan, Méndez J Edgar, Salazar V Carlos, Soto P Longino, Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México

Objetivo: Presentar el primer caso de bloqueo atrio ventricular completo y colocación de marcapaso cardíaco, secundario al síndrome de Kearns Sayre, como primer caso reportado en Costa Rica y probablemente a nivel de Centroamérica; caso clínico que denota gran interés debido a los pocos casos reportados en la literatura mundial, que fue revisada en forma exhaustiva, y lo interesante de las manifestaciones clínico-patológicas. El síndrome de Kearns Sayre (SKS) es un tipo particular de oftalmoplejía externa progresiva asociada a degeneración pigmentaria de la retina, hiperproteínoorraquia, anomalías en la estructura de las mitocondrias y bloqueo cardíaco variable. Con excepción de esta última característica, el síndrome se inicia antes de los 10 años, desarrollándose las alteraciones en la conducción cardíaca después del primer decenio de la vida; las anomalías mitocondriales han sido descritas en el miocardio de igual forma que en el músculo esquelético, a pesar de ello no se ha descrito en el SKS una miocardiopatía clínicamente relevante; el sistema de conducción cardíaca se encuentra sensiblemente comprometido en un 84% de los casos y van desde bloqueo de rama hasta bloqueo A.V.-completos, originando muerte súbita en un 20% de los casos descritos. Nuestro caso se trata de un adolescente de 14 años que desde hacía 3 años había sido diagnosticado con el SKS, el cual no cursaba en ese momento con trastornos del ritmo cardíaco; ingresa con historia de síncope y bradicardia severa con bajo gasto cardíaco, el estudio E.K.G. demostró bloqueo AV-completo por lo que requirió un implante de marcapaso permanente evolucionando el paciente en forma satisfactoria.

Conclusión: se trata de un caso excepcional en nuestro medio como caso de bloqueo AV y en lo cual de sumo interés clínico y quirúrgico por los pocos casos en la literatura mundial descritos, que no sobrepasan los cuarenta reportes clínicos de este síndrome, en la cual está indicado colocar profilácticamente un marcapaso cardíaco permanente antes que progrese el bloqueo cardíaco, para prevenir así la muerte súbita.

Notas: _____

