

AMC

ISSN 0001-6002
Volumen 41 / No. 1
Marzo 1999

Acta Médica Costarricense

Fundada en 1957 por el Dr. Rodolfo Céspedes Fonseca

- Utilidad de la citología vaginal
- Depresión en niños en Costa Rica
- Atrofia hemifacial progresiva
- Hiperinfección por *Strongyloides stercoralis*
- Resúmenes simposio de aterosclerosis, endocrinología, climaterio y osteoporosis



Publicación Científica Oficial del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

Tel: (506) 232-3433 - Fax: (506) 232-2406 - Apdo. 548-1000 Sabana Sur, San José, Costa Rica
Impresa por: Guilá Imprenta Litografía S.A. - Tel: 257-7020 - Fax 257-9092 San José, Costa Rica

ÍNDICE

Editoriales

La depresión en niños 3
Luis Diego Herrera Amighetti

El suicidio 4
Alvaro Gallegos Chacón

Originales

Utilidad del Papanicolaou y la Biopsia Dirigida por Colposcopia para la Detección de Cáncer de Cuello Uterino en un Hospital de Segundo Nivel 5
Edgar Antonio Segura Sáenz, Yamileth Segura Vargas

Validación del Inventario de Depresión para Niños (IDN) en Costa Rica 10
Luis Eduardo Sandí, Alicia Díaz, Lenn Murrelle, María Eugenia Zeledón, Rebeca Alvarado, Darío Molina DiPalma

Casos Clínicos

Atrofia Hemifacial Progresiva: Presentación de un Caso Utilizando la Transferencia Microvascular de Epiplón 16
Carlos Centeno Ramírez, Gustavo Chavarría León

Síndrome de Hiperinfección por Strongyloides stercoralis 19
Charles Gourzong Taylor, Ivan Kafarella Orozco

Resúmenes Simposio de Endocrinología

Diagnóstico de la Diabetes Mellitus 23
Eric Mora Morales

Pie Diabético 25
Maricel Quirós Campos

Fisiopatología del Climaterio, Apego al Tratamiento Hormonal Sustitutivo 26
Sonia Cerdas Pérez

Diagnóstico y Prevención de la Osteoporosis 27
Alejandro Cob Sánchez

Cómo y Cuándo Tratar la Osteoporosis 28
Orlando Gei Guardia

Cartas al Editor

Fístula Biliocutánea Espontánea, Reporte de un Caso 29
Claudio Orlich Dunderff, Claudio Orlich Carranza

Comentarios de Libros 30

Aviso a los Lectores 31

Instrucciones para Autores 32

La Depresión en Niños

La depresión en niños y adolescentes se consideraba inexistente hasta hace unos quince años. Las razones para ello eran varias pero fundamentalmente se debían a una perspectiva adultomorfa de los trastornos afectivos y a concepciones teóricas rígidas o excesivamente psicologizantes con respecto a la naturaleza de la depresión. Se pensaba que todas las depresiones eran respuestas a pérdidas afectivas y que las estructuras psíquicas del niño (super-ego) no estaban suficientemente desarrolladas para que se produjera el fenómeno depresivo. En los últimos tiempos, la situación ha cambiado y se ha documentado la existencia de trastornos depresivos en menores de edad en poblaciones clínicas y en estudios epidemiológicos en población general.

Sin embargo, la aceptación de la existencia de trastornos depresivos en niños y adolescentes nos ha llevado a plantearnos algunas preguntas cuyas respuestas son complejas: ¿es el trastorno depresivo del niño la misma entidad nosológica que la depresión del adulto?; ¿cuál es el curso o historia natural de la depresión en la niñez?; ¿cómo afecta o cómo interactúan los síntomas depresivos en relación con el desarrollo neuropsicológico del menor?; ¿se conceptualiza mejor la depresión como un trastorno categórico o cómo un fenómeno continuo que va desde el ánimo triste, pasando por la desmoralización hasta la depresión? Todas estas son preguntas importantes para abordar la depresión en niños de manera más efectiva. Para lograrlo un

requisito indispensable es poder identificar correctamente a los niños y adolescentes que presentan trastornos depresivos y poderlos distinguir con certeza de jóvenes normales. El estudio de Sandí y colaboradores en este número es un esfuerzo por acercarse a este objetivo.

El Inventario de Depresión para Niños y Adolescentes de Kovacs es un instrumento, que en otras latitudes, ha demostrado confiabilidad y validez. Una adaptación del mismo por Grettel Lutz allanó el camino a los estudios de confiabilidad y validez necesarios para poderlo usar con confianza en nuestra población. El estudio de Sandí y Colaboradores, si bien es un aporte importante porque confirma la confiabilidad del inventario, presenta dos problemas importantes: por una parte no utiliza la adaptación de Lutz del mismo y, la validez discriminante del Inventario ya había sido demostrada por la máster Lutz en su tesis de grado. La tarea que queda aún por hacer con el Inventario de Kovacs es un estudio que demuestra la validez constructiva de este instrumento lo cual implicaría una metodología diferente a la empleada en el estudio publicado en este número. Sin embargo, es estimulante constatar la presencia de iniciativas en el campo de la psiquiatría epidemiológica en nuestro medio lo cual esperamos se continúe dando en el futuro cercano.

Luis Diego Herrera Amighetti
Psiquiatra de Niños y Adolescentes

El Suicidio

Suicidio es morir por su propia mano o acción. Matarse es darse muerte voluntaria o involuntariamente. Suicidarse es producir su propia muerte con plena voluntad. Es un verbo reflexivo, es una acción que se ejecuta sobre uno mismo.

En algunos casos puede ser buscando acelerar un proceso letal y doloroso: lo llamamos eutanasia. Eutanasia, la muerte buena, la muerte dulce; es adelantar lo inevitable antes de sufrir dolores sin cuento. No todas las muertes por eutanasia son suicidios; la mayoría son homicidios *per interpósita manu*.

El ser humano, al nacer, solamente una cosa tiene absolutamente segura y es morir. Luego crece, madura, se mielinizan sus vías nerviosas y toma los valores de sus mayores; deja de ser mera existencia biológica y va adquiriendo conciencia de sí mismo y de las cosas.

Los instintos básicos como preservar la integridad del ser, o sea, cuidar de su vida, ayudado de mecanismos defensivos de la integridad del yo, mantienen, sobre todo en la niñez, adolescencia y en la adultez joven una férrea represión, no a la idea abstracta, sino al significado emocional de que todo aquello que somos dejará de ser algún día.

Sin embargo, esa realidad, en un nivel preconscious, puede ser económicamente muy bien utilizada como fuente de energía psíquica para la producción del ser humano: hacer mi obra antes de dejar ser, dejar esta vida.

La conciencia de morir para aquel que cree en la vida eterna, le impulsa a hacer méritos en ésta, para merecer la felicidad en la otra. Para aquel que siente que esta fue la única ocasión de ser, dejará de existir al morir y preferirá vivir intensamente, aprovechando cada instante. Es el "Carpe diem" de Horacio. O como dijo un poeta japonés, desde otra perspectiva cultural: "Cuando yo muera quiero que de mí digan que hice una casa, tuve y ayudé a mis hijos a crecer y sembré un árbol".

Morir es lo opuesto a existir; suicidarse es lo opuesto a vivir.

Pero cuando ya el vivir, por razones reales o patológicas deja de ser el *primun movens* de la existencia, esto puede limitarse voluntariamente, produciéndose su propia muerte. Para los

deprimidos y otros enfermos mentales el sufrimiento se hace inaguantable, siendo preferible morir y hasta suicidarse.

¿Razones para hacerlo?

Es difícil trazar la línea entre el libre albedrío y la compulsión a hacerlo por trastorno mental.

El Departamento de Sociología de la Universidad de Hopkins, realizó un estudio sobre suicidio en el Campus. Este indica que el 50% de los suicidios son producto de una razonada decisión ante una enfermedad terminal o ciertas condiciones de vida, corrientemente senectud y soledad: ambas irremediabiles, por desgracia. Así explican el hecho y al que no hay que añadirle el San Benito de enfermedad mental. El otro 50%, sí pertenece a personas cuyo trastorno mental, ya sea afectivo primario, o bien la pérdida de la capacidad de razonar adecuadamente, encuentran la muerte como su única solución. Estas son personas etiquetadas por nosotros mismos como enfermos mentales.

En nuestra especialidad fuera de las enfermedades neuropsiquiátricas, la única forma de muerte es el suicidio, el cual es medianamente prevenible y por lo tanto evitable en cierto grado, si se toman las medidas profiláticas y terapéuticas adecuadas, después de un diagnóstico de presunción, el cual se hace más fino, por desgracia, únicamente por dolorosas experiencias.

Y aunque hoy es el colega médico forense el que certifica la defunción de un suicida, lo hace con la culpa y las lágrimas de sangre del psiquiatra, si es que el suicida estaba en tratamiento. Para el psiquiatra, el suicidio de un paciente, se le suman al dolor de la pérdida de un ser humano, que no le es anónimo ni indiferente, la culpa de las posibilidades de haber fallado como profesional, además del temor a la respuesta desaprobatoria de la sociedad.

Ante un suicidio toda persona medianamente culta pregunta, ¿y estaba en tratamiento?... y ¿quién era el psiquiatra que lo atendía?

Álvaro Gallegos Chacón
Profesor Emérito Universidad de Costa Rica
Miembro de Número, Academia Nacional de Medicina

Utilidad del Papanicolaou y la Biopsia Dirigida por Colposcopia para la Detección de Cáncer de Cuello Uterino en un Hospital de Segundo Nivel

Edgar Antonio Segura Sáenz *, Yamileth Segura Vargas**

Justificación y objetivo: Desde el momento en que se desarrolló, el examen de citología vaginal conocido como Papanicolaou ha sido considerado como la mejor prueba de tamizaje para la detección temprana del cáncer del cuello uterino y las lesiones precursoras del mismo, especialmente en vista de su costo relativamente bajo y facilidad de realizarlo por no requerir equipos sofisticados. Sin embargo, aún existe controversia sobre la real utilidad diagnóstica del examen en comparación con métodos diagnósticos más complejos como las biopsias dirigidas por colposcopia. El objetivo del presente trabajo fue establecer la eficacia y eficiencia diagnóstica de la citología vaginal en detectar lesiones premalignas y malignas del cuello uterino al ser comparada con la biopsia dirigida por colposcopia.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, en la consulta de colposcopia del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde de San Ramón, Alajuela. Se revisaron los informes de todas las citologías realizadas en dicha consulta entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1997 (n=1366); en todos los casos en que fue posible (n=622), se comparó el resultado de la citología con el informe de una biopsia de cuello uterino tomada en la misma consulta y por el mismo médico. Tanto las citologías vaginales como las biopsias fueron reportadas por patólogos de un hospital de tercer nivel (Hospital México).

Resultados: Del total de 1378 citologías vaginales realizadas, se obtuvo el informe en 1366 (99%). De éstas, el 91% fueron reportadas como normales. De las 123 citologías restantes, 65 fueron reportadas con infecciones específicas, 56 (4%) con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y 2 como cáncer invasor. En 622 casos (45.5%) una biopsia del cuello uterino dirigida por colposcopia se realizó en forma simultánea por el mismo médico. Sólo 7 de los 51 casos en que la biopsia detectó una lesión de alto grado tenían una citología reportada como tal y en 38 de los 51 la citología había sido reportada como normal o inflamatoria. De los 244 casos en que el informe de la biopsia correspondía a una lesión de bajo grado, sólo 16 tenían una citología en que se reportaba lesión de alto o bajo grado y en 216 casos (88%) la citología había sido reportada como normal.

Conclusión: Este estudio demostró una concordancia diagnóstica entre el Papanicolaou y la biopsia de cuello uterino dirigida por colposcopia de 91% para las lesiones de alto grado, mientras que esta concordancia fue de tan sólo 56% si se consideran las lesiones de bajo y alto grado. La sensibilidad de la citología vaginal fue de 18.5% para las lesiones de alto grado y de tan sólo 10.7% para las lesiones de bajo y alto grado consideradas en conjunto, con una especificidad de 98.6% al considerar sólo las lesiones de alto grado y de 96.6% al considerar ambos tipos de lesión.

Descriptor: *papanicolaou, colposcopia, cáncer de cervix*

Al desarrollarse, en el año de 1941, el método de tinción celular por Papanicolaou,¹ se dispuso de un instrumento para realizar tamizajes de lesiones pre-malignas del cuello uterino. En nuestro país, como en otros países de Centroamérica, a finales de la década del sesenta, se introduce la citología cérvico-vaginal de detección en los servicios de atención integral de la salud de la mujer.^{2,4}

En la literatura se insiste en que la introducción de un programa con una práctica sistematizada de detección basada en la citología vaginal logra reducir la morbilidad y la mortalidad por cáncer de cuello uterino al reducir la incidencia de estadios invasores, mediante el aumento en la detección de lesiones premalignas o lesiones localizadas.^{4,7}

La citología vaginal en función de su bajo costo se considera una técnica eficaz en los programas de detección del cáncer de cuello uterino y sus precursores.⁸ Claramente se ha establecido que el frotis de Papanicolaou no es un método diagnóstico definitivo

* Ginecólogo oncólogo encargado consulta patología cervical.

** Asistente general de planta. Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, San Ramón, Alajuela.

por sí solo, pero sirve principalmente para identificar a aquellas pacientes que requieren procedimientos diagnósticos adicionales.

Lo que es importante recordar en la práctica clínica, es que la citología vaginal ayuda a establecer si una paciente está en riesgo de lesiones malignas del cuello uterino o si ya las tiene. Sin embargo, el grado de riesgo en que se encuentra la paciente o el estado de la lesión maligna deben precisarse mediante métodos diagnósticos adicionales.⁹⁻¹⁰

En la literatura aún existe controversia con respecto a la utilidad de la citología vaginal como método de detección del cáncer de cuello uterino y de otras lesiones cervicales, así como de su real importancia diagnóstica.⁷⁻¹⁰

Por esta razón se planteó el presente estudio en el cual se revisaron en forma retrospectiva todas las citología vaginales realizadas en la consulta de colposcopia del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón de Alajuela, durante un período de un año, comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1997. En todos los casos disponibles, los informes de las citologías vaginales se comparan con los resultados de biopsias de cuello uterino dirigidas por colposcopia, con el fin de obtener un parámetro real de la certeza diagnóstica de las citologías vaginales en nuestra zona, ya que en ocasiones se habla de los falsos negativos y de incongruencia diagnóstica de la citología cervico-vaginal.¹¹⁻¹⁴

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón de Alajuela, durante un período de un año comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1997. En este lapso se practicaron 3466 consultas de colposcopia, a pacientes referidas por presentar patología cervical, o bien, a pacientes con citologías alteradas en su informe.

Cuadro 1

Diagnósticos de la Citologías Vaginales tomadas en la Consulta de Colposcopia del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega. Enero a Diciembre 1997

Diagnóstico	Cantidad	Porcentaje
Total	1366	100.0
Normales	1243	91.0
Infecciones específicas	65	4.7
Lesión bajo grado	36	2.6
Lesión alto grado	20	1.5
Cáncer invasor	2	0.1

Fuente: Informe de Patología Hospital México.

Del total de pacientes atendidas en esta consulta, a 1378 se les realizó una citología vaginal, el resto (n=2088) correspondió a pacientes que asistieron por resultados de biopsias, o para practicarse algún procedimiento como criocirugía, cono con asa térmica o bien simplemente asistieron a control. A 669 se les realizó una biopsia de cuello uterino dirigida por colposcopia debido a alguna lesión colposcópica.

En 622 de estos casos la biopsia fue realizada por el mismo médico y en la misma consulta en que se practicó la citología vaginal, por lo que estos casos fueron seleccionados para analizar, en forma comparativa, los resultados de ambos procedimientos.

Tanto las citologías vaginales como las biopsias de cérvix fueron enviadas, procesadas, analizadas y reportadas por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital México.

Para realizar el presente trabajo se revisaron 1366 informes de citologías, del total de 1378 efectuadas en la consulta de colposcopia, de las 12 restantes no se logró obtener el resultado en el expediente clínico correspondiente. Se procedió a analizar el diagnóstico de las citologías, la distribución etarea de las pacientes y el resultado de 622 informes de biopsias del total que se tomaron, que cumplan con el requisito de haberse practicado de forma simultánea a la misma paciente y por el mismo médico. Finalmente se hizo una correlación del diagnóstico citológico con el histológico y se comparó entre ambos.

Todos los datos se obtuvieron de los expedientes clínicos de cada paciente atendida en la consulta del hospital mencionado.

Resultados

Del total de 1366 informes de citologías vaginales revisados, 1243 pacientes (91%) tenían la citología reportada como normal. En 65 pacientes la citología se informó con una infección específica (*Cándida* sp, *Gardenella* sp o *Tricomona* sp por lo general), lo que corresponde a un 5% del total de informes citológicos. En un 4.2%, o sea (58 pacientes), las citologías se reportaron con lesiones de bajo grado, lesiones de alto grado o cáncer de cuello uterino (cuadro 1).

Con respecto a la edad de las pacientes, la mayor parte se encontraba entre los 20 y los 44 años (figura 1).

Al analizar los resultados de las biopsias de cervix dirigidas por colposcopia se encontró que el 52% de las pacientes (n=324) presentaba lesiones benignas, desde cervicitis agudas o crónicas hasta pólipos endocervicales. Un 39% de las pacientes (n=244) presentaba en el informe lesiones de bajo grado, un 8% de las pacientes (n=50), lesiones de alto grado y en 1% (n=4) la biopsia fue reportada como cáncer invasor de cuello uterino (cuadro 2).

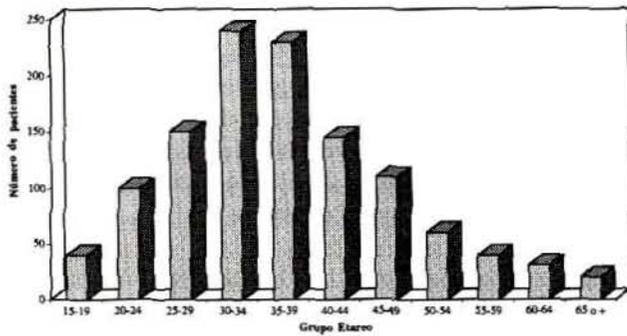


Figura 1: Distribución etarea de las pacientes a quienes se les realizó citología cervical en la consulta de colposcopia del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega durante 1997.

Cuadro 2

Diagnósticos de Biopsia de Cuello Uterino tomadas en la Consulta de Colposcopia del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega. Enero a Diciembre 1997

Diagnóstico	Cantidad	Porcentaje
Total biopsias	622	100
Otros diagnósticos	324	52
Lesión bajo grado	244	39
Lesión alto grado	50	8
Cáncer invasor	4	1

Fuente: Informe de Patología, Hospital México.

Como lo muestran los cuadros 3, 4 y 5, hubo una pobre correlación en el informe de las 622 biopsias de cuello uterino tomadas en forma simultánea a la citología vaginal, al

compararlo con el informe de esta última. Aunque las cuatro pacientes con biopsia reportada como cáncer invasor del cuello uterino fueron detectadas como tal, o como lesión de alto grado por la citología, no ocurrió lo mismo con la mayor parte de las lesiones de alto y de bajo grado. La citología vaginal detectó sólo un 13.7% de las lesiones reportadas de alto grado por la biopsia ($n=51$) como tales, y un 11.7% como lesiones de bajo grado. De las lesiones reportadas de alto grado por biopsia, un 66.6% tenía una citología simultánea reportada como normal y un 7.8% reportada con infección.

Algo similar ocurre con los casos en que la biopsia reportó lesiones de bajo grado ($n=244$), de estos sólo un 3.7% fueron reportados como tales en la citología, un 2.9% fueron reportados por citología como lesiones de alto grado, pero un 88.5% tenían un informe de citología como normal y un 4.9% tenían como informe una infección.

Discusión

Costa Rica tiene altos índices de cáncer de cuello uterino¹⁰ y ocupa el segundo lugar en la mortalidad por cáncer en las mujeres, luego del de mama. En nuestro país no existe un programa nacional claro de detección temprana masiva de esta patología. Por más de 20 años las instituciones de salud han realizado en forma rutinaria la citología vaginal (Papanicolaou) a las mujeres que asisten a la consulta de prenatales o de planificación familiar.

La colposcopia cervical ayuda a distinguir entre las lesiones de cuello que son significativas y las que no lo son.¹³ Los colposcopistas más experimentados tienen una precisión para detectar zonas de lesión en un 85%.¹¹ Dado lo anterior se compararon los resultados de la citología con los de biopsias dirigidas por

Cuadro 3

Comparación entre el diagnóstico de la Citología Vaginal y el Informe de la Biopsia simultánea dirigida por Colposcopia. Consulta de Colposcopia, Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega. Enero a Diciembre 1997

Informes de la citología vaginal	Informes de las biopsias dirigidas por colposcopia						Total
	Cáncer invasor	Lesión de alto grado	Lesión de bajo grado	Cervicitis aguda crónica	Endocervicitis aguda/crónica	Pólipo endocervical	
Cáncer invasor	3						3
Lesión alto grado	1	7	7	1			16
Lesión bajo grado		6	9	6	3	1	25
Normal		34	216	194	87	15	546
Tricomonas		2	1	4	2		9
Cándida		2	5	5			12
Gardenella		6	6				12
Total	3	51	244	216	92	16	622

Fuente: Informe de Patología Hospital México.

Cuadro 4

Sensibilidad y especificidad de la citología vaginal para las lesiones de alto grado con relación a la biopsia dirigida por colposcopia. Consulta de colposcopia, Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega. Enero a Diciembre, 1997

	Biopsia			
	Positiva	Negativa	Total	
Citología	Positiva	10	8	18
	Negativa	44	560	604
	Total	54	568	622

Sensibilidad: $10/54 = 18.5\%$
Especificidad: $560/568 = 98.6\%$

Cuadro 5

Sensibilidad y especificidad de la citología vaginal para las lesiones de bajo y alto grado con relación a la biopsia dirigida por colposcopia. Consulta de colposcopia, Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega. Enero a Diciembre, 1997

	Biopsia			
	Positiva	Negativa	Total	
Citología	Positiva	32	11	43
	Negativa	266	313	579
	Total	298	324	622

Sensibilidad: $32/298 = 10.7\%$
Especificidad: $313/324 = 96.6\%$

colposcopia. Sin embargo, la precisión y la certeza de la biopsia dirigida por colposcopia depende tanto de la calidad técnica del equipo como de la capacidad individual de cada colposcopista.

Se considera que la citología vaginal es una técnica eficaz en los programas de detección de cáncer de cuello de útero y de sus lesiones precursoras, por su costo relativamente bajo.^{11, 12} Sin embargo, el presente estudio demuestra una baja correlación entre los informes de la citología vaginal, con respecto a los resultados de las biopsias dirigidas por colposcopia, tomadas simultáneamente a las pacientes por el mismo médico. Este estudio evidenció un porcentaje sumamente elevado de falsos negativos para la citología (85%) con respecto a las lesiones de bajo y alto grado; esto sugiere que en el medio donde se realizó el estudio la citología vaginal no cumple un adecuado papel como método de tamizaje para cáncer de cuello uterino. Solamente se encontró correlación en los casos de cáncer invasor que fueron cuatro casos de los 1366 estudiados. Al analizar en conjunto los resultados de la citología vaginal para las lesiones

de alto y de bajo grado la sensibilidad fue de tan solo 10.7%, la cual es muy baja para un método de tamizaje por cáncer, el cual idealmente debería tener una alta sensibilidad aunque una especificidad menor. Tanto la sensibilidad como la especificidad de la citología vaginal fueron mayores cuando se analizaron las mismas sólo para las lesiones de alto grado, aún así, la sensibilidad fue baja para una prueba de tamizaje.

La relación sensibilidad/especificidad tan baja encontrada en el presente estudio no está acorde con lo publicado en la literatura internacional ni la nacional; las causas precisas de este resultado son desconocidas, pero podrían estar relacionadas con alteraciones en los materiales utilizados para la toma de la citología vaginal, técnica de la toma, fijación, tinción e interpretación de la misma.

En cuanto a los falsos positivos de la citología, este resultado también debe analizarse con cuidado, ya que en ocasiones la citología puede parecer falsa positiva al compararla con el resultado de la biopsia dirigida por colposcopia cuando en realidad la biopsia no fue tomada del sitio de la lesión de interés. Un ejemplo de esta situación podría darse cuando coexisten una lesión de bajo grado visible en áreas L6 2 con una lesión de alto grado en el canal endocervical de difícil visualización.

Es importante hacer notar que el estudio se realizó en pacientes referidas a colposcopia, porque ya tenían una citología alterada o porque existía algún otro hallazgo que las hacía candidatas a un estudio más detallado. Es probable que la citología vaginal sí tenga importancia como prueba para identificar a aquellas pacientes que requieren procedimientos diagnósticos adicionales, siempre y cuando el personal que realice este examen tenga experiencia y esté adecuadamente capacitado en la identificación de patología del cuello uterino.

Este estudio utilizó los resultados patológicos con los que se trabaja de rutina en la práctica clínica, no se hizo una revisión especial ciega de los mismos, por lo que no se puede descartar la posibilidad de error diagnóstico en cualquiera de los materiales citológicos e histológicos. Sería interesante hacer una revisión ciega de los materiales diagnósticos para corroborar el diagnóstico dado.

Es importante que las autoridades nacionales en salud presten atención a este hecho y efectúen estudios para evaluar si esta situación se presenta en otros lugares y centros de estudio del país. Estos resultados deben servir para recalcar la importancia de incorporar a los programas de educación médica y paramédica contenidos acerca del cáncer de cuello uterino, con estrategias para educar a la población captada en los servicios de salud y en los establecimientos educativos formales.

Finalmente, consideramos que ésta debe ser una llamada de atención para instar al establecimiento de un plan nacional de detección del cáncer de cuello uterino que cuente con la creación

de centros adecuados para el registro de la información, la supervisión de la capacitación continua de técnicos, el establecimiento de un adecuado control de calidad y la evaluación de los programas de tamizaje. El control de calidad es fundamental y debe darse en todas las etapas del proceso, tanto de la citología como de la biopsia cervical, los materiales utilizados para la toma y fijación, las técnicas utilizadas, la interpretación patológica de las mismas. En un futuro será de gran importancia uniformar el procesamiento de los materiales garantizando excelencia en el mismo, así como uniformar las normas de manejo de las lesiones del cuello de útero.

Abstract

Background: The cervical smear, known as Papanicolaou or PAP, has been considered the best screening test for the detection of early cervical cancer and its precursor lesions, especially due to its low cost and simplicity of its technique, which requires no sophisticated equipment. However, there are still some controversies on its real utility compared with other diagnostic methods, usually more complex, like the colposcopy-guided biopsy. The aim of this study was to establish the diagnostic sensibility and specificity of the cervical smear in the detection of pre-malignant and malignant lesions, compared with the colposcopy guided biopsy.

Methods: A retrospective study was carried out in the colposcopy clinic of the Dr. Carlos Luis Valverde Vega Hospital, San Ramón, Alajuela. The reports of all the cervical smears performed in the clinic between January and December 1997 (n=1366) were reviewed. In all the cases where the patient had a colposcopy guided biopsy taken at the same visit by the same physician (n=622), the results of both, smear and biopsy, were compared. The Pathology Department of a third level hospital, the México Hospital, reported both the cervical smears and the biopsies.

Results: From the total 1378 cervical smears performed, a report was obtained in 1366 (99%). Of these, 91% were reported as normal. Of the remaining 123 smears, 65 were reported as showing a specific infection, 56 (4%) were reported with precancerous lesions of the cervix and 2 with invasive cancer. In 622 cases (45.5%) a colposcopy guided biopsy was obtained on the same visit. Only 7 of the 51 cases where the biopsy was reported as showing a high-grade cervical lesion had the smear reported with the same alteration. In 38 of these 51 cases the smear had been reported as normal or inflammatory. Of the 244 cases where the biopsy showed a low level lesion, only 16 had a simultaneous smear reported with low or high grade cervical lesions, in 88% of the cases the smear had been reported as normal.

Conclusion: This study showed a diagnostic concordance between the cervical smear and the colposcopy guided biopsy for high grade lesions of 91%, but only of 56% for the combination of both low and high grade lesions. The sensitivity of the cervi-

cal smear was of 18.5% for high-grade lesions and only of 10.7% for low and high-grade lesions combined; the specificity was of 98.6% and 96.6% respectively.

Referencias

1. Julio RM et al. Conocimientos y prácticas en citología cérvico vaginal. *Revcog.* 1996; 6:11-15.
2. Papanicolaou, GN; Traut HF. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *Am J Obstet Gynecol.* 1941; 42:193.
3. Díaz B. Detección precoz de cáncer de cervix. *Rev Fecasog.* 1965; 5:7.
4. Given FT et al. Detección autoaplicada del cáncer cervicouterino. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas.* 1992; 1:(3) 12.
5. Urbina M. Diagnóstico y tratamiento del cáncer uterino en el Hospital de Maternidad de San Salvador. *Rev Fecasog.* 1965; 5: 23.
6. Pereira, CM et al. Efectos inmediatos del programa de control de cáncer cérvico-uterino sobre la morbilidad en la IX región de Araucaria. *Rev Chil Obstet Gynecol.* 1988; 53 (6): 321-24.
7. Mendieta ,E. El diagnóstico precoz del cáncer genital. *Rev Fecasog.* 1965; 5: 16.
8. Pairnuti S. False – Negative Papanicolaou smears from women with cancerous and precancerous lesion of the uterine cervix. *Acta Cytologica.* 1991; 35 (1): 36-42.
9. Harlan LC et al. Cervical Cancer Screening: Who is not screened and why?. *Am. J of Public Health* July 1991; 81 (7): 885-890.
10. Sierra Rafaela, Barrantes Ramiro. Epidemiology of Cancer of the Cervix in Costa Rica, 1980-1983. *Bulletin of PAHO,* 1989; 431-437.
11. Ferency A. Management of the patient with an abnormal pap smear. *Ginecologic Oncology.* 1981. Pag 37.
12. Friis R et al. Epidemiología del cáncer de cervix entre hispanas en EEUU y Latinoamérica 1984; 1994.
13. Torrés J et al. Historia de la colposcopia en Estados Unidos. *Clínicas de Ginecología y Obstetricia.* 1993; 1: 3-15.
14. Adami HO, Ponten J, Sparen P. Cytologic screening for cancer. *Cancer.* 1994; 73 (1): 140-7.

Validación del Inventario de Depresión para Niños (IDN) en Costa Rica

Luis Eduardo Sandí*, Alicia Díaz**, Lenn Murrelle***, María Eugenia Zeledón****, Rebeca Alvarado*****,
Darío Molina DiPalma*****

Resumen: Dada la creciente importancia de los problemas depresivos y suicidios en niños y adolescentes, así como su relación con otros problemas conductuales y académicos, se hace necesario explorar más este fenómeno. El objetivo del presente estudio es validar para Costa Rica el Inventario de Depresión para Niños y Adolescentes. El instrumento se aplicó a 727 estudiantes de 8 a 19 años y a 97 adolescentes previamente diagnosticados como depresivos. Los resultados evidenciaron altos índices de confiabilidad interna y temporal, lo que demuestra la homogeneidad del cuestionario y su consistencia en el tiempo. También se encontró que aproximadamente uno de cada diez estudiantes presentaba suficientes síntomas depresivos para ameritar un mayor estudio y posiblemente un tratamiento específico. Se recomienda realizar una exploración más profunda al respecto, así como despertar mayor interés sobre el tema y ofrecer capacitación a padres y educadores.

Descriptor: depresión, niños, adolescentes, detección, suicidio.

La depresión en la niñez y en la adolescencia es un trastorno que ha sido poco estudiado en nuestro país. Esta carencia de información tiene consecuencias importantes desde el punto de vista de la salud pública, ya que no permite visualizar, con exactitud, la dimensión del problema en términos cuantitativos, ni la comprensión de las circunstancias particulares en que ocurre este problema en el contexto nacional, ni la orientación que debe asumir la prevención y la intervención, fundamentadas científicamente.

La depresión, como problema de salud de la adolescencia, ha adquirido una creciente importancia a la luz del aumento en las tasas de suicidio en varios países. Asimismo el incremento de otros problemas emocionales y conductuales como los problemas de conducta, el consumo de alcohol y drogas, el embarazo precoz y el fracaso escolar, entre otras cosas, pueden

estar relacionados con la depresión. Por esta razón se hace importante desarrollar acciones de carácter investigativo que permitan profundizar desde el punto de vista teórico y metodológico sobre este trastorno.

En Costa Rica se han recopilado datos parciales sobre la prevalencia de depresión, provenientes de las consultas externas de psiquiatría de la Caja Costarricense de Seguro Social, pero éstos sólo corresponden a determinados lugares y períodos de tiempo, y no establecen diferencias por edad, que permitan cuantificar la depresión infantil. Sin embargo, a pesar de esta limitación, estos datos muestran una prevalencia promedio de depresión en la consulta psiquiátrica de 53.8% en el Área Metropolitana, Turrialba, Puerto Limón y San Isidro del General.¹ Un estudio reciente con jóvenes costarricenses entre 15 y 25 años incluyó la aplicación de un cuestionario adaptado del Inventario de Beck para la evaluación de la depresión. En los resultados se reportaron niveles bajos de depresión y se señaló que hubo puntajes ligeramente altos en dos de las dimensiones de la depresión, la expresión de la ira y la percepción de defectos.² En un estudio nacional realizado en 1995 con estudiantes de 10 a 18 años, se encontró que el 19% presentaba síntomas depresivos, y los que habían consumido alcohol y tabaco en el último año tenían dos veces más probabilidad de presentar estos síntomas, mientras que los que consumieron drogas ilícitas, en el mismo período, tenían cinco veces más probabilidades. Las mujeres presentaron el doble de síntomas depresivos que los hombres (25% vs. 13%).³

Abreviaturas: IDN, Inventario de Depresión para Niños y Adolescentes.

- * Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Apdo 2094-3000.
- ** Universidad Nacional.
- *** Virginia Commonwealth University.
- **** Unidad Infantil, Hospital Nacional Psiquiátrico.
- ***** Programa de la Mujer Agredida. Centro Mujer y Familia.
- ***** Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Registros Médicos.

En otros países se han realizado varios estudios con respecto a la depresión. En Guatemala se realizó un estudio en 339 adolescentes de 15 años, utilizando la escala de depresión para niños del Center for Epidemiological Studies, donde se determinó que el 35,1% de los entrevistados tenía depresión y se encontró significativa por sexo.⁴ Los estudios del National Institute Health Epidemiologic Catchment Area, encontraron una prevalencia de depresión en adultos del 5,7% lo que evidencia que este trastorno es uno de los más comunes.^{5,6} En estudios realizados en Estados Unidos y Nueva Zelanda, en prepúberes, los índices de depresión mayor han sido de 1,9% y 1,8% respectivamente.⁷ Otro estudio, realizado en Estados Unidos, con 5596 estudiantes, encontró una prevalencia de 1,9% de depresión mayor.⁸ Kovacs, por ejemplo, encontró evidencia contundente de que los trastornos afectivos entre los niños y adolescentes eran más persistentes de lo que se había creído hasta el momento del estudio. Hizo además referencia a las numerosas consecuencias negativas de estos trastornos, lo cual nuevamente evidencia la necesidad de más estudios en el tema.⁹ En otro estudio realizado con estudiantes en Suecia, el cual utilizó el Inventario de Kovacs, se encontró una prevalencia de depresión del 10%. No se encontraron diferencias por región ni por edad, pero sí por sexo: las mujeres presentaron más síntomas depresivos que los varones.¹⁰ En Egipto, un estudio con una muestra de 1561 estudiantes, con el Inventario de Depresión para Niños (IDN), encontró una prevalencia de depresión del 10,25%, con una correlación muy alta entre los puntajes indicadores de depresión en los niños y sus madres.¹¹ Los datos nacionales e internacionales presentados anteriormente sugieren que la depresión en niños y adolescentes es un problema frecuente.

Aunque generalmente las personas cercanas al adolescente no identifican las manifestaciones depresivas, suicidas o situaciones vivenciales precipitantes de estos problemas, los especialistas en adolescentes refieren que todos los jóvenes en esta condición viven crisis emocionales ante las cuales se sienten impotentes.¹² En los diversos estudios realizados en adolescentes se describe un perfil del joven con problemas depresivos, el cual se caracteriza por una historia de psicopatología pasada y reciente que puede incluir consumo de drogas, trastornos de ansiedad, conductas problemáticas y padecimientos somáticos, intentos de suicidio previos, actitud pesimista, autorreproche constante por los fracasos, imagen corporal negativa, baja autoestima, excesiva dependencia de otros, excesiva autocrítica, pobres mecanismos de defensa, escaso apoyo social de amigos y familiares y mayor probabilidad de consumo de tabaco en comparación con sus pares no deprimidos. Otro estudio, realizado con estudiantes de colegios en Oregon, identificó varios factores de riesgo para el desarrollo de problemas depresivos, entre los más relevantes está el antecedente de depresiones previas, familias disfuncionales, bajo nivel educativo de los padres, situaciones estresantes y poco apoyo social, ansiedad, estado depresivo subclínico, conducta suicida, consumo de cigarrillos, baja autoestima y pobre imagen corporal, problemas académicos, excesiva autocrítica, escasa

competencia intelectual y pobres habilidades de ajuste, discapacidad física o mala condición de salud física, excesiva dependencia interpersonal, relaciones conflictivas incluidas las de los padres, y muerte prematura de un padre. En general se ha encontrado que las personas que tienden a deprimirse viven en un ambiente estresado la mayor parte del tiempo. También se han encontrado varias situaciones concomitantes con el estado depresivo tales como, consumo de tabaco, antecedente de consumo de drogas, malas condiciones de salud física, trastorno de conducta, trastorno de ansiedad, escaso apoyo social y pobre valoración de la competencia personal.¹³

Además de los factores anteriormente mencionados, se ha determinado que la alta prevalencia de depresión en una misma familia, sugiere un componente genético en el origen de este trastorno. En gemelos monocigóticos criados juntos la concordancia fue de un 76%, en aquellos criados por separado fue de 67% y en gemelos dicigóticos fue de 19%. Existe una probabilidad del 27% de que una persona tenga trastornos depresivos cuando lo tiene uno de sus padres, y del 50 al 74% si lo tienen ambos.¹⁴

En el campo de la depresión, se ha creado una diversidad de instrumentos para la evaluación de los estados depresivos en adultos, tanto con fines clínicos como investigativos, sin embargo no ha sido así con los que evalúan niños y jóvenes. Como respuesta a esta carencia, entre otros esfuerzos, Kovacs¹⁵ desarrolló el Inventario de Depresión para Niños (IDN), como una herramienta útil para la detección de este trastorno en menores de edad. Este instrumento, se encuentra actualmente en proceso de validación en algunos países del área. Esta tarea ha sido motivada principalmente por las dificultades que afrontan los profesionales, dada la carencia de instrumentos que agilicen y faciliten su trabajo.¹⁶

El IDN es un instrumento de tamizaje eficiente y costo efectivo, fácil de administrar y de calificar. Por sus características es de gran utilidad en aquellas situaciones en que se requiere una evaluación rápida y cotidiana de los problemas depresivos en menores. Puede servir para la detección de este trastorno en escuelas, clínicas ambulatorias, centros de internamiento, centros de rehabilitación, servicios de protección al menor, aulas especiales, centros de detención y servicios privados. Igualmente, pueden ser utilizados por psicólogos, médicos, trabajadores sociales, orientadores, enfermeras pediátricas, educadores, consejeros espirituales y otros profesionales que trabajen con menores. Además, su administración periódica ofrece información valiosa para evaluar la efectividad de los programas de intervención.

Este instrumento ha mostrado índices apropiados de confiabilidad y validez en diversos estudios. Las múltiples pruebas de confiabilidad a que ha sido sometido revelaron índices alfa entre 0,71 a 0,89, lo cual es un indicador de una buena consistencia interna del instrumento. En los estudios de

correlación de test- retest se ha encontrado que el instrumento también es estable en el tiempo. Un estudio con escolares alemanes mostró que el IDN presenta capacidad psicométrica. Los cálculos de alfa de Cronbach indicaron índices de confiabilidad entre 0,81 y 0,87. La confiabilidad test-retest fue de 0,80, en un intervalo de cuatro semanas y la medición de la estabilidad utilizando correlaciones fue de $r=0,75$ y $r=0,72$, en un intervalo de 5 a 6 meses.¹⁷ En cuanto a validez, el IDN ha mostrado una fuerte correlación con otros instrumentos que miden depresión y con pruebas que exploran ansiedad, ajuste social y autoestima.¹⁵

Un estudio, realizado en Costa Rica, en 1992, con 160 niños escolares de 8 a 13 años, pertenecientes al Área Metropolitana, adaptó y validó el IDN a esta población. Sus hallazgos replican lo encontrado en estudios anteriores. La autora encontró una confiabilidad interna de 0,85, mostró que el instrumento tiene validez discriminativa entre sujetos normales y con trastornos depresivos, y recomienda realizar más estudios de este tipo con poblaciones diferentes.¹⁸

El presente estudio tiene como propósito ampliar los estudios de validación para Costa Rica, del "Inventario de Depresión para Niños y Adolescentes" (IDN), utilizando para ello, niños y adolescentes, con el fin de que pueda ser utilizado para el estudio de la sintomatología depresiva en nuestro medio. Se pretende además, que este instrumento sea una herramienta útil para docentes, orientadores, psicólogos y otros profesionales interesados en esta población, para detectar tempranamente este problema y procurar así una intervención oportuna.

Materiales y métodos

Sujetos: En el estudio participaron 824 sujetos, clasificados en dos grupos. Uno de ellos estuvo constituido por 727 estudiantes, de instituciones públicas y privadas, procedentes tanto de la zona urbana como de la rural. El otro grupo estuvo conformado por 97 pacientes adolescentes diagnosticados previamente por psiquiatras y psicólogos como portadores de un primer episodio de depresión mayor, de acuerdo a los criterios de D.S.M. -IV.¹⁹

Instrumento: El instrumento está compuesto por 27 preguntas, que se clasifican en cinco componentes: afecto negativo, problemas interpersonales, ineficiencia, anhedonia y baja autoestima. Es una prueba de autorreporte, que puede ser completada aproximadamente en 15 minutos, por cualquier niño que posea niveles básicos de lectura. Cada una de las preguntas que componen la prueba tiene tres opciones de respuesta: una para la ausencia de síntomas con un puntaje de cero, otra para síntomas leves con un puntaje de uno y la última para la presencia clara de sintomatología depresiva con un puntaje de dos. Estas opciones aparecen en posiciones diferentes a lo largo del instrumento. Las preguntas valoran la presencia de síntomas en las últimas dos semanas. La sumatoria de los puntajes de cada respuesta da un puntaje total. De acuerdo con las necesidades clínicas o investigativas se establece un punto de corte diferente para la

identificación de depresión. En centros clínicos se baja el punto de corte para disminuir las posibilidades de identificar a un deprimido como no deprimido (falso negativo), mientras que en poblaciones generales se sube para disminuir las posibilidades de identificar un no deprimido como deprimido (falso positivo). En este estudio se utilizó un punto de corte de 19, tal como lo recomendaron los creadores del instrumento, para detectar depresión en estudios de tamizaje. La confiabilidad del instrumento como un todo, lo mismo que por cada área, se midió utilizando el alfa de Cronbach. La validez se midió por medio de la sensibilidad y especificidad utilizando como punto de comparación el diagnóstico clínico.

Administración de la prueba: La versión fue adaptada a nuestro contexto y a otros países de Latinoamérica, con la participación de profesionales especialistas en el campo de la salud mental. Fue aplicada individualmente a los pacientes por el personal clínico de las instituciones participantes, Hospital Nacional Psiquiátrico, Defensoría de la Mujer y Hospital Nacional de Niños. En el grupo de estudiantes se aplicó en forma grupal, bajo la supervisión del equipo investigador, a estudiantes de primaria y secundaria, en centros educativos urbanos y rurales. Para valorar la consistencia del instrumento en el tiempo, se realizó una segunda aplicación a un grupo de estudiantes, dos semanas después de la primera aplicación.

Resultados

En el cuadro 1 se presenta una descripción de las características sociodemográficas de los sujetos que participaron en el estudio. De acuerdo a los análisis de confiabilidad del instrumento, basados en el alfa de Cronbach, el IDN tiene altos índices de homogeneidad interna. El instrumento como un todo demostró mayor consistencia en comparación con cada área en particular (cuadro 2).

Cuadro 1
Características sociodemográficas de los participantes. Costa Rica, 1997. (Cifras relativas)

	Total (n=824)	Pacientes (n=97)	Estudiantes (n=727)	p*
Sexo				1,000
Hombres	49,5	49,5	49,5	
Mujeres	50,5	50,5	50,5	
Edad				0,004
8-14 años	66,4	72,2	65,9	
15-18 años	33,6	27,8	34,1	
Escolaridad				0,000
Primaria	46,8	57,8	45,2	
Secundaria	53,2	42,2	54,8	
Zona				—
Urbana	47,9	—	47,9	
Rural	52,1	—	52,1	

*=Significancia estadística

Cuadro 2

Confiabilidad total y por área en estudiantes y pacientes (alfa de Cronbach) Costa Rica, 1997

	Total (n=824)	Pacientes (n=97)	Estudiantes (n=727)
Áreas	0,88	0,84	0,65
Afecto negativo	0,66	0,58	0,40
Problemas interpersonales	0,43	0,33	0,42
Ineficiencia	0,63	0,60	0,45
Anhedonia	0,69	0,64	0,20
Baja autoestima	0,68	0,62	0,54

Es importante considerar que el alfa de Cronbach refleja la consistencia en las respuestas dadas a un determinado grupo de preguntas (ya sea todas las preguntas, o las que se ubican en una área), de manera que, entre más altos los valores de esta medida, más elevada la consistencia, y por tanto, más homogénea la prueba. Al observar el cuadro 2 se nota que los valores del alfa de Cronbach para el total de los sujetos son consistentemente mayores que los de los estudiantes o los de los pacientes, y lo mismo ocurre con los valores de la prueba como totalidad, en comparación con los valores de cada una de las áreas. Esto sucede debido a que esta medida se ve afectada por el número de sujetos y por el número de preguntas. A mayor tamaño de la muestra menor covarianza, por lo tanto mayor consistencia. Esto reafirma que el instrumento como un todo es más homogéneo en la medición de depresión, que en cada área en particular.

El cuadro 3 presenta la correlación de las áreas entre sí y la notable correlación de cada una de éstas con el índice total. Los hallazgos fueron estadísticamente significativos.

La consistencia interna del instrumento también se valoró al correlacionar cada pregunta con el puntaje total y se encontró una elevada correlación, estadísticamente significativa. La consistencia temporal del instrumento se valoró mediante la

Cuadro 4

Correlación de cada una de las preguntas con el índice total y correlación test -retest. Costa Rica, 1997

Pregunta	Pregunta -Índice total	Test-Retest
Afecto	0,77 *	
1 Tristeza	0,43 *	0,92 *
6 Preocupación	0,27 *	0,73 *
8 Culpabilidad	0,49 *	0,78 *
10 Llanto	0,47 *	0,91 *
11 Irritabilidad	0,54 *	0,83 *
13 Indecisión	0,43 *	0,74 *
Probl. Interpersonales	0,62 *	
5 Trast. de conducta	0,36 *	0,96 *
12 Poco interés social	0,47 *	0,86 *
26 Desobediencia	0,25 *	0,60 *
27 Peleas frecuentes	0,36 *	0,85 *
Ineficiencia	0,73 *	
3 Baja autoestima	0,56 *	0,85 *
15 Problemas académicos	0,39 *	0,57 *
23 Deterioro académico	0,51 *	0,45 *
24 Autodesprecio	0,55 *	0,53 *
Anhedonia	0,84 *	
4 Anhedonia	0,41 *	0,85 *
16 Trastornos del sueño	0,52 *	0,76 *
17 Fatiga	0,47 *	0,80 *
18 Poco apetito	0,39 *	0,72 *
19 Preocupac. Somáticas	0,29 *	0,61 *
20 Soledad	0,61 *	0,76 *
21 Disgusto por la escuela	0,49 *	0,84 *
22 Pocos amigos	0,47 *	0,80 *
Baja Autoestima	0,78 *	
2 Pesimismo	0,48 *	0,63 *
7 Odio a sí mismo	0,53 *	0,94 *
9 Ideación suicida	0,43 *	0,77 *
14 Pobre imagen corporal	0,56 *	0,68 *
25 Sentirse no querido	0,48 *	0,89 *
Total		0,76 *

* = $p < 0,001$

prueba test-retest y los resultados indicaron una alta correlación entre las dos aplicaciones, la cual fue estadísticamente significativa (cuadro 4).

Cuadro 3

Correlación de Spearman entre las diferentes áreas del IDN y el total. Costa Rica, 1997

	Afecto	Relaciones Interpersonales	Ineficiencia	Anhedonia	Autoestima
Afecto		1			
Relaciones Interpersonales	0,39*	1			
Ineficiencia	0,44*	0,37*	1		
Anhedonia	0,54*	0,40*	0,44*	1	
Autoestima	0,51*	0,38*	0,50*	0,55*	1
IDN total	0,77*	0,62*	0,73*	0,84*	0,78*

* $p < 0,001$

Cuadro 5
Índice de depresión en la población estudiantil,
según características. Costa Rica, 1997
(Cifras relativas)

		Total (n=727)	Con depresión	Sin depresión
Sexo*				
Hombres	(n=356)	100,0	11,5	88,5
Mujeres	(n=363)	100,0	10,7	89,3
Edad*				
8 - 14	(n=476)	100,0	11,1	88,9
15 - 19	(n=246)	100,0	10,2	89,8
Escolaridad*				
Primaria	(n=329)	100,0	8,8	91,2
Secundaria	(n=398)	100,0	12,8	87,2
Zona*				
Urbana	(n=348)	100,0	12,6	87,4
Rural	(n=379)	100,0	9,5	90,5

* No se encontraron diferencias estadísticamente significativas

Los datos anteriores demuestran que existe una muy buena consistencia interna y temporal del instrumento. Tanto las preguntas individualmente como las áreas, miden, de manera homogénea y confiable la misma dimensión.

Con el punto de corte establecido para poblaciones generales,¹⁹ se encontró que aproximadamente uno de cada diez estudiantes presentaba suficientes síntomas para ser diagnosticado como depresivo (11,1%). En el grupo de pacientes, el instrumento identificó apropiadamente al 93,9% de los sujetos, lo que significa que el instrumento es altamente sensible para identificar correctamente a los pacientes deprimidos como tales. Además demostró buena especificidad al identificar como no deprimida a la mayor parte de la población de estudiantes y esto fue estadísticamente significativas.

En las variables analizadas en los estudiantes no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, escolaridad, edad o zona (cuadro 5).

Discusión

Los hallazgos de este estudio demostraron las cualidades psicométricas del Inventario de Depresión para Niños y Adolescentes, las cuales son congruentes con estudios anteriores. El instrumento demostró una buena confiabilidad, por medio de la consistencia interna y la consistencia temporal. Este análisis puso de manifiesto que el cuestionario como un todo o en sus diferentes dimensiones valora homogéneamente el trastorno depresivo. Los resultados también mostraron que el instrumento era capaz de diferenciar entre personas depresivas y no

depresivas, lo cual demuestra su validez para ser utilizado en la identificación de personas depresivas en poblaciones generales o específicas. El instrumento ha mostrado una fuerte correlación con otros instrumentos que miden depresión y con otras pruebas que exploran ansiedad, ajuste social y autoestima.^{15,19}

Además, este estudio demostró que el Inventario de Depresión de Kovacs es una herramienta sencilla, ágil, de fácil aplicación e interpretación, comprensible y bien aceptada por los jóvenes. También se desprende de este trabajo que el instrumento se adapta a diferentes necesidades según las características del grupo que se pretende analizar, pues se aplicó exitosamente a grupos de centros educativos y de servicios clínicos.

Cabe recordar que el IDN es un instrumento de detección, no de diagnóstico. Es una herramienta útil para una exploración preliminar, que aporta suficientes elementos para determinar la necesidad de una exploración más profunda. Por ello, sus resultados no deben tomarse como un diagnóstico definitivo, sino como una base que orienta a tomar acciones con un determinado grupo poblacional.

La validación del IDN tiene dos importantes implicaciones. Por una parte pone de manifiesto la necesidad de mayor estudio e investigación en el campo de la depresión en niños y adolescentes, y por otra parte, ofrece al personal clínico, a profesores y a instituciones interesadas en esta problemática, un instrumento sencillo y de fácil aplicación que ha demostrado su utilidad en este campo.

Es conveniente para nuestro país continuar con los estudios de validación del IDN, de manera que se demuestre la utilidad de este instrumento en poblaciones particulares, por ejemplo, aquellas en alto riesgo para la presencia de este trastorno, tales como, hijos de adictos a drogas, niños y adolescentes consumidores de drogas, jóvenes víctimas de violencia doméstica, hijos de padres deprimidos, entre otros. Este tipo de estudio ampliará las posibilidades de uso del instrumento, lo cual contribuirá a su mejor utilización.

En este estudio ha quedado de manifiesto que una proporción importante de estudiantes costarricenses (uno de cada diez) presenta problemas depresivos. Es importante tomar en consideración que estos estudiantes presentaron una variedad de síntomas y signos depresivos suficientes para ameritar una evaluación más exhaustiva y un tratamiento específico. Por ejemplo, en la pregunta del IDN que valora ideación suicida se encontró que el 3,5% de los estudiantes refirió que quería matarse, y en otra pregunta, un 3% expresó estar triste todo el tiempo. La falta de tratamiento puede interferir en el desarrollo emocional del niño y del joven, y se corre el riesgo de que este problema se cronifique, conlleve a suicidio o se manifieste a través de otro tipo de problemas. Debido a esto es conveniente que padres de familia, profesores, clínicos, orientadores y todas aquellas personas que trabajen con esta población tengan

presente la posibilidad de este trastorno y estén alerta a su detección.

En cuanto a la detección de estos trastornos en niños y adolescentes, hay varias posibilidades. En términos generales se recomienda, en primer lugar, crear conciencia nacional al respecto, por medio de información y capacitación y el uso de los medios masivos de comunicación para alertar sobre el fenómeno, particularmente en las poblaciones de alto riesgo. En segundo lugar, educar a la población en general y a quienes trabajan con adolescentes, en la detección de señales de alerta que puedan anticipar la presencia de problemas depresivos, tales como deterioro académico, consumo de alcohol y drogas, aislamiento, con el objeto de intervenir oportunamente. Por último se pueden utilizar instrumentos como el IDN para tamizar poblaciones generales y específicas, así como evaluar particularmente aquellos adolescentes en los cuales se sospecha una depresión.

La validación de este instrumento al contexto costarricense puede ser útil, no sólo para la detección e intervención oportuna de adolescentes con problemas depresivos, sino también, para incentivar la investigación en este campo. Las constantes y rápidas transformaciones a las que se enfrenta el adolescente en la sociedad moderna, hace necesario una investigación permanente de su situación psicosocial. Desde un punto de vista de salud pública, la planificación e implementación de acciones en el adolescente, puede tener mayor impacto si es determinado por estudios científicos. En este sentido el IDN puede constituir una herramienta útil en la comprensión de los problemas de la adolescencia.

Abstract

As a consequence of the growing problem of depression and suicide in children and adolescents, as well as its relation with other behavioral and academic disorders, it is important to deeply explore this phenomena. The goal of this study is to validate the Children Depression Inventory for Costa Rica. The instrument was administrated to 727 students from 8 to 19 years old and to 97 depressive patients of the same age group. The results showed a high index of internal and temporal reliability, which means that the inventory is homogeneous and consistent in time. In addition it was found that almost one of every ten students presented enough depressive symptoms to be evaluated and possibly treated. It is recommended further to deeply explore this matter in the population, to increase social concern on this subject and to train parents and teachers.

Referencias

- Gallegos A. Clasificación y epidemiología de la depresión en Costa Rica. *Revista Médica de Costa Rica*. 1988; LV: 53-7.
- Instituto de Investigaciones Psicológicas. Algunas características psicosociales de la juventud en la región metropolitana del Valle Central de Costa Rica. Universidad de Costa Rica, San José, Agosto de 1996.
- Sandí L, Díaz A, Blanco H y Murrelle L. Adolescencia y consumo de drogas en Costa Rica. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Universidad Nacional. 1995.
- Berganza C, Aguilar G. Depression in Guatemalan adolescents. *Adolescence*. 1992; 27 (108): 771- 781.
- Myers J, Weissman M, Tischler G, et al. Six months prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1984; 41: 959-967,
- Weisman M, Myers J. Affective disorders in a U.S. urban community. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1978; 35: 1304-1311.
- Kashani J, McGee R, Clarkson S, et al. Depression in a sample of nine year old children. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1983; 40: 1217-1223.
- Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, Rapoport J L, Kalikow K, Walsh B T, Davies M, Braiman S y Dolinsky A . Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*. 1990; 47: 487-96.
- Kovacs M. Affective disorders in children and adolescents. *American Psychologist*. 1989; 44: 209-15.
- Larsson B. y Melin L. Prevalence and short-term stability of depressive symptoms in schoolchildren. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992; 85: 17-22.
- Abou Nazeel M W, Fahmy SI, Younis I A, Seif el-Din A G, Abdel Fatah M, Mokhtar S y Ayoub A I A study of depression among Alexandria preparatory school adolescents. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 1991;66: 649-74.
- Herrera L. Entrevista publicada en: *Depresión mata a adolescentes*. La Nación, 6 de noviembre de 1997.
- Lewinsohn P, Roberts R, Seelery J, Rohde P. et al. Adolescent psychopathology: II Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 1994; 103 (2): 302-315.
- Shafii M y Shafii S. Depresión en niños y adolescentes: clínica, evaluación y tratamiento. Ediciones Martínez Roca, S.A. España, 1995.
- Kovacs M. *Children Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems, Inc. 1992.
- De la Peña F. y Almeida L. El uso de antidepresivos y ansiolíticos en la infancia y en la adolescencia. *Revista Salud Mental* 1994; 17: 59-65.
- Reinhard H, Bowi U, Rulcovius G. Stability, reliability and factor structure of the German version of the Children Depression Inventory (Kovacs, 1983). *Abteilung fur Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychiatriische Klinik der Heinrich- Heine-Universitat Dusseldorf*, 1983.
- Lutz G. Adaptación del Inventario de Depresión para Niños en escolares de cuarto, quinto y sexto grado pertenecientes al Area Metropolitana de San José. Tesis para optar al grado de Magister Scientiae en Psicología. San José, Costa Rica. 1992.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic Criteria from DSM-IV*. Washington DC. 1994.

Atrofia Hemifacial Progresiva: Presentación de un Caso Utilizando la Transferencia Microvascular de Epiplón

Carlos Centeno Ramírez, Gustavo Chavarría León *

Resumen: La atrofia hemifacial progresiva, mejor conocida como enfermedad de Romberg ha sido tratada por varios métodos reconstructivos convencionales que utilizan dermis, grasa, cartílago o músculo. Algunos autores han reportado el uso de transferencias libres microvasculares. Harii y Wallace describen la transferencia de un colgajo libre de epiplón. En este artículo, describimos un caso donde se utilizó la transferencia microvascular de epiplón para aumento de tejido blando facial. Este colgajo demostró tener vasos de adecuado calibre y longitud para la microanastomosis. La permanencia de septos, que mantienen bolsas aisladas en el lado reconstruido, minimiza la migración gravitacional de epiplón. El abordaje con dos equipos trabajando en cara y abdomen simultáneamente, redujo el tiempo operatorio. Este es el primer caso reportado de una corrección de atrofia hemifacial utilizando técnicas de microcirugía. Como en todo el mundo, en nuestro centro también las indicaciones para el uso de técnicas microquirúrgicas aumentan y ahora son más sofisticadas.

Descriptores: *atrofia hemifacial, Enfermedad de Romberg, colgajo de epiplón.*

La primera referencia histórica de la atrofia hemifacial progresiva la cual es un desorden sin aparente origen congénito, fue publicada en 1825 por Parry. En 1846 Romberg aisló como entidad clínica, un síndrome de etiología desconocida, caracterizado primariamente por una atrofia progresiva lenta en un lado de la cara. En esta entidad pacientes previamente sanos son usualmente afectados en la primera o segunda década de la vida con atrofia progresiva de piel, grasa, músculo, cartílago y a veces hueso.¹ La atrofia típicamente comienza antes de los veinte años de edad y es unilateral en 95% de los casos.² Se han descrito varios procedimientos para corregir la atrofia hemifacial, entre los cuales se han realizado injertos de dermis grasa,³ inyecciones de silicón,⁴ injertos de cartílago,³ colgajos pediculados cutáneos o miocutáneos,⁵ inyecciones de grasa lipoaspirada⁶ y colgajos libres.^{7,8}

Wallace, en 1979, reporta el primer caso de reconstrucción de atrofia hemifacial con un colgajo libre de epiplón, donde enfatiza la ventaja de poder diseccionar varios colgajos pequeños individualmente y la poca probabilidad de que exista contractura postoperatoria.⁹

* Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital México.

Correspondencia:
Clínica Universal. Av 1 Calles 24 y 26. Paseo Colón.
Fax: 222-2520

Presentación del Caso

Paciente femenina de 22 años sin antecedentes familiares o personales patológicos de importancia, que inició su padecimiento un año y medio previo a nuestra valoración. Su enfermedad comenzó con una lesión grisácea de 4X3 cm en la mejilla izquierda. Fue valorada por un dermatólogo, quien le administró un ciclo de triamcinolona, pero la enfermedad continuó en forma progresiva. El facultativo pensó que el empeoramiento de la enfermedad era debido a la terapia con esteroides. La paciente se presentó con atrofia hemifacial que comprometía mejilla, labio y mentón izquierdos (Figura 1).

Un día antes de la operación la paciente fue incluida en el protocolo de microcirugía que incluye: la colocación de un catéter central y periférico, administración de ASA, Persantín y Macrodex 40%. Se decidió realizar la transferencia de un colgajo libre de epiplón.

Una vez esterilizadas las áreas quirúrgicas se colocó la paciente en decúbito supino para iniciar el procedimiento con dos equipos quirúrgicos. En la cara se realizó una incisión tipo ritidectomía, extendida inferiormente al ángulo de la mandíbula, para exposición de los vasos receptores que fueron la arteria y vena faciales. Se hizo una disección subcutánea del colgajo preservando las conexiones septales entre la dermis y la fascia, de manera que se mantienen tres bolsas independientes que



Figura 1: Paciente femenina de 22 años con atrofia hemifacial que compromete mejilla, labio y mentón izquierdos.



Figura 2: Paciente a los 2 meses de la cirugía muestra mejoría notable del contorno facial, luego de la transferencia microvascular de epiplón.

definen un área frontotemporal, zigomaticomaxilar y otra por arriba de la mandíbula. Al mismo tiempo que se levantaba este colgajo, el otro equipo obtenía el epiplón a través de una incisión de laparotomía. El epiplón se disecciona del mesocolon transversal en un plano avascular dentro del saco menor, los vasos gástricos cortos anteriores y posteriores son individualmente ligados y cortados. Con la arcada gastroepiploica liberada de la curvatura mayor del estómago se toma la decisión en cuanto a la cantidad de epiplón que se debe transferir. La arteria gastroepiploica izquierda y dos venas comunicantes son ligadas, el epiplón entero es pediculado en base a la arteria gastroepiploica y está listo para transferencia a la cara. Se realizó la anastomosis microvascular de los vasos gastroepiploicos a los vasos faciales. Esta anastomosis fue hecha con técnica microquirúrgica utilizando un microscopio WILD M650 con objetivo de amplificación de 200x. En el postoperatorio la paciente evolucionó con dolor leve y moderado edema en el lado intervenido. A 6 meses de la cirugía el epiplón ha conservado un volumen adecuado que mejoró el volumen de la atrofia hemifacial (Figura 2).

Discusión

Varios procedimientos se han propuesto para mejorar las deformidades en la Enfermedad de Romberg, los injertos de cartílago y hueso proporcionan resultados limitados, porque sólo aumentan el volumen con una base ósea.³

Los injertos de grasa son rápidamente reabsorbidos, aunque se reportan estudios prometedores con técnicas de cultivo de células precursoras de adipocitos.¹⁰ También se ha utilizado para trasplante la grasa, grasa y fascia, injertos dermograsos, grasa e injerto dérmico, grasa y fascia en bloque.

Se ha reportado que los injertos dérmicos y la fascia mantienen un mejor volumen que los trasplantes de grasa. Todos estos procedimientos representan una medida temporal, sin control sobre el resultado final debido a la reabsorción.¹¹

Un colgajo libre de piel desepitelizado es otro método de transferir grasa. Se han utilizado como sitios donadores el pie, antebrazo, escápula e ingle. En estos casos el pedículo puede ser corto y los vasos pequeños, y no ideales para un colgajo libre. Además una vez trasplantados a la cara, se pueden recortar a lo ancho o a lo largo, pero no en grosor, por temor a comprometer la irrigación.¹²

A la paciente que presentamos se le realizó la transferencia de un colgajo libre de epiplón, para rellenar el defecto facial. El colgajo libre de epiplón fue descrito por Harii y Wallace para la corrección de deficiencias de tejido blando asociadas con atrofia y microsomía hemifacial.⁹

El defecto en nuestra paciente que comprometía mejilla, labio, mentón y región frontal izquierda, pudo ser bien rellenado con el colgajo de epiplón. Los vasos son de buen tamaño y el pedículo de adecuada longitud, para así no tener problemas con la microanastomosis. La caída gravitacional del epiplón se ha descrito como una complicación de esta técnica, por eso realizamos la recomendación de Upton y Mullicken de diseccionar tres bolsas faciales independientes.¹³ Otro problema relacionado con esta técnica, es que no se tiene una isla de piel para el monitoreo de la circulación del colgajo. Nosotros dejamos una ventana con una hoja de silastic transparente con fines de monitorización, pero consideramos que el método no fue confiable.

Otras complicaciones posibles incluyen una obstrucción abdominal secundaria a volvulus. En nuestro caso no tuvimos este problema, pero la aproximación cuidadosa del mesocolon transversal a la curvatura mayor del estómago, como sugiere Hakelius, puede evitar esta complicación.¹⁴

El abordaje con dos equipos trabajando simultáneamente en cara y abdomen redujo el tiempo operatorio.

Este es el primer caso reportado en nuestro país de la corrección de atrofia hemifacial utilizando una técnica microquirúrgica.

Esta técnica se practica ampliamente en grandes centros en el mundo, con disponibilidad de microcirujanos. Como sabemos la microcirugía permite utilizar tejidos de una manera muy versátil, la recuperación de los pacientes es más rápida y los tiempos de estancia hospitalaria disminuyen. El colgajo libre de epiplón es un tejido maleable que se puede acomodar en el contorno facial, el procedimiento se puede hacer en un estadio y permite revascularización en el sitio receptor.

Abstract

Hemifacial atrophy, better known as Romberg disease, has been treated by several conventional reconstructive procedures which utilized dermis, fat, cartilage or muscle. Some authors have reported the use of microvascular free transfers. Harri and Wallace described the transference of a free vascularized omental flap. In this article we describe the transference of a free omental flap for augmentation of facial soft tissue. This flap has a long pedicle and large vessel size for microanastomosis. Retention of septae which keep pockets in the reconstructive side, minimized the migration of transferred omental tissue. The approach with two teams working simultaneously at the face and abdomen, reduced the operative time. This is the first reported case in our country of the correction of facial hemiatrophy utilizing a microsurgical technique. This operation is practiced widely in many centers in the world where exist microsurgeon's availability. As we know, microsurgery allow the utilization of tissues in a very versatile way, the recovery for the patients is faster and the patient hospitalization time decrease.

Referencias

1. Converse J.M Reconstructive Plastic Surgery. W.B. Saunders Company, 1977.
2. Mc Carthy J. Plastic Surgery. WB. Saunders Company. 1990.
3. Kazanjian VH, Sturgis SH. Surgical treatment of hemiatrophy of the face. JAMA 1940; 115:348.
4. Rees TD, Ashlet FL, Delgado JP. Silicone fluid injections for facial atrophy: a ten year study. Plast Reconstr Surg 1973; 52:118.
5. Converse JM, Betson RJ. A 20 year follow-up of a patient with hemifacial atrophy treated by a buried de-epithelized flap: a case report. Plast Reconstr Surg 1971; 48:258.
6. De la Fuente A., Tavora T. Fat injections for the correction of facial lipodistrophies: A preliminary report. Aesth Plast Surg 1988; 12:39.
7. Billings E, May JW. Historical review and present status of free graft autotransplantation in plastic and reconstructive surgery. Plast Reconstr Surg 1989; 83:369.
8. Wells JH, Edgerton MT. Correction of severe hemifacial atrophy with a free dermis-fat flap from the lower abdomen. Plast Reconstr Surg 1977; 59:223.
9. Callase J.G., Schneider W.J, Brown R.G., and Nahai FM. Reconstruction of hemifacial atrophy with a free flap of omentum. Br. J. Plast. Surg 32:15, 1979.
10. Billings E, May JW. Historical review and present status of free graft autotransplantation in plastic and reconstructive surgery. Plast Reconstr Surg 1989; 83: 369.
11. Kazanjian VH, Sturgis SH. Surgical treatment of hemiatrophy of the face. JAMA 1940; 115:348.
12. Jurkiewics MJ, Nahai F. The use of free revascularized flaps in the amelioration of hemifacial atrophy. Plast Reconstr Surg 1985; 76: 44-54.
13. Upton J, Mullicken JB, Hicks PD, Murray JE. Restoration of facial contour using free vascularized omental transfer. Plast Reconstr Surg 1980; 66:560.
14. Hakelius L. Fatal complication after the use of greater omentum for reconstruction of the chest wall: case report. Plast Reconstr Surg 1978; 62: 796.

Síndrome de Hiperinfección por *Strongyloides stercoralis*

Charles Gourzong Taylor*, Ivan Kafarela Orozco**

Resumen: Se describe un paciente de 43 años, costarricense, con tratamiento de una hernia discal por varios meses con esteroides, anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) y antihistaminicos (anti-H2), quien desarrolla un síndrome de hiperinfección por *Strongyloides* a nivel gástrico e intestinal, acompañándose de bacteremia por bacilos gram negativos y compromiso sistémico, resolviendo luego de terapia intensiva y multidisciplinaria.

Descriptores: *Strongyloidiasis, esteroides, bacteremia.*

El *Strongyloides stercoralis* (*Strongyloides stercoralis*), es un nemátodo que infecta a millones de personas en el mundo, el cual cuando encuentra los medios apropiados para su reproducción, tales como estados de inmunosupresión, puede aumentar masivamente el numero de parásitos a nivel intestinal u otros órganos del hospedero.¹ El aumento en el número de parásitos en tracto gastro-intestinal se conoce como síndrome de hiperinfección.^{2,3} Si se encuentran parásitos en otras áreas del cuerpo, lo cual se realiza por migración del nemátodo desde el tracto intestinal ó pulmonar se tiene una enfermedad por diseminación.^{2,3}

Presentación del Caso

Paciente masculino de 43 años de edad, costarricense, chofer de camión, conocido sano, quien inicia con dolor lumbo-sacro (enero de 1997). Se le diagnóstica una hernia discal L5-S1 en marzo de 1997; el paciente tiene tres internamientos por dolor agudo y disminución de su capacidad laboral debido a la hernia, en el último internamiento se le realiza hemilaminectomía más discectomía de L5-S1.

Abreviaturas: AINES, anti-inflamatorios no esteroideos; Anti-H2, antihistaminicos-H2; SNC, sistema nervioso central; TNP, terapia nutricional parenteral; VIH, virus de inmunodeficiencia humana; SDRA, síndrome de distress respiratorio agudo;

* Profesor de medicina de la Universidad de Costa Rica, jefe del servicio de Medicina Interna del Hospital Calderón Guardia.

** Residente de IV año de Medicina Interna del Hospital Calderón Guardia, A.A. 1646-1000 San José.

El paciente durante los tres internamientos recibió tratamiento esteroideo oral (prednisona 25 -30 mg/día), además de AINES y anti-H2. Durante los períodos en que se encontraba fuera del hospital también ingería esteroides, AINES y anti-H2.

El paciente después del último internamiento en mayo de 1997, es referido a la consulta externa de Medicina Interna por pérdida de peso y anemia (hemoglobina 8,9 g/dl y hematocrito 28%). Una gastroscopía realizada en junio de 1997 reportó la presencia de un ulcus supra-angular más bulboduodenitis erosiva severa. Las biopsias correspondientes a dicha gastroscopía fueron reportadas con gastritis crónica y *Strongyloidiasis*. Tres muestras de heces solicitadas son negativas por parásitos. El paciente no regresa a la consulta para ver estos resultados y no recibe tratamiento alguno.

En agosto de 1997, el paciente regresa agudamente enfermo con cuadro confusional y pérdida de peso, por lo que es internado por emergencias para realizarle estudios. Durante este internamiento presenta un cuadro febril de inicio súbito con compromiso hemodinámico. Los hemocultivos fueron reportados como positivos por *Escherichia coli*, por lo que se inicia manejo con dopamina, cefotaxime y gentamicina. En vista de los resultados de la gastroscopía de junio se inicia además tiabendazol (25 mg/kg/bid) el cual recibe por un ciclo de 7 días luego se tiene que suspender por intolerancia gástrica; se inicia entonces albendazol (400 mg/día x 3 días), con buena tolerancia. El paciente recibió además terapia nutricional parenteral (TNP). Tres muestras de heces analizadas en ese momento fueron negativas por parásitos.

Una segunda gastroscopía de control realizada en septiembre de 1997, mostró iguales hallazgos que la inicial, siendo las biopsias positivas por larvas de *Strongyloidiasis*. Debido a este resultado

se le administra un segundo ciclo de albendazol. En ese momento el paciente nuevamente deteriora su estado general, sufriendo una segunda bacteremia, esta vez por *Staphylococcus aureus* por lo que requirió un cambio de cobertura antibiótica iniciándose vancomicina e imipenem. La TNP se continuó.

Luego de mes y medio de hospitalización el paciente mejora su condición general, su peso había aumentado a 46 Kg, por lo que fue pasado a gastroclisis y luego a vía oral con buena tolerancia. Se le realizó una tercera gastroscopia la cual fue normal con biopsias que reportadas como gastritis crónica superficial.

Otras pruebas al paciente para descartar neoplasias y enfermedades inmunosupresoras fueron negativas, incluyendo el ELISA por VIH y la medición de inmunoglobulinas fue normal.

Discusión

El parásito *Strongyloides stercoralis* es un nemátodo endémico en todo Centroamérica, Suramérica, Sudeste de los Estados Unidos, Asia y África principalmente, infectando a más de 10 millones de personas por año.¹⁻⁴ Su ciclo de vida muestra tres estadios, penetración cutánea, migración pulmonar y colonización intestinal (Figura 1).⁵ De esta manera el parásito se asegura un huésped por muchos años, encontrándose en la literatura mundial reportes de infecciones crónicas en algunos casos hasta por 65 años.⁶

Existen tres grupos de riesgo de padecer la parasitosis y de presentar la hiperinfección y diseminación: las personas que viven en áreas endémicas;⁷⁻¹¹ los pacientes inmunocomprometidos, los pacientes con enfermedades de fondo como Diabetes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, desnutrición y neoplasias tipo linfomas o leucemias,^{9,12-17} o pacientes con tratamiento esteroideo y/o quimioterapia, los transplantados renales o de otros órganos;¹⁸⁻²⁰ finalmente están en riesgo los pacientes internados en instituciones públicas como sanatorios mentales, por ejemplo.^{2,21}

Clínicamente, los síntomas que se pueden encontrar en un paciente infectado son variados y dependen del ciclo de vida del parásito; a nivel de piel cuando el parásito penetra produce la larva currens, asociando prurito local y prurito anal. Cuando migra a pulmón puede producir desde un leve broncoespasmo, hasta un síndrome parecido al Loeffler; en casos más graves un 48 % de los pacientes han desarrollado un pulmón lesional (SDRA).^{7,22-26} La larva migra a nivel gástrico por deglución de la misma desde la glotis, donde puede producir gastritis, úlceras gástricas, sangrados digestivos altos, dolor abdominal tipo cólico, diarrea acuosa, síndromes de malabsorción (Vit-B12 y grasas), pérdida de peso, perforación de yeyuno, apendicitis, colitis, fleo paralítico, pseudo poliposis colónica, peritonitis, ascitis eosinofílica en pacientes con cirrosis criptogénica y masa pancreática.^{3,5,27-34} Durante estos eventos puede acompañarse de hipokalemia, anemia normocítica-normocrómica, con eosinofilia alrededor de 5%, puede ocurrir leucocitosis en 50% de los pacientes y en un 80% de los que sufren hiperinfección.^{7,35,36}

Se describe la persistencia de daño pulmonar aun después de tratamiento, posiblemente por el efecto de las larvas muertas en el parénquima pulmonar.

En los casos de diseminación, el parásito puede infiltrar hígado, suprarrenales, tiroides, paratiroides, riñones, próstata, ovarios, peritoneo y corazón.^{8,24} Un 45% de los pacientes con diseminación e hiperinfección, asocian infecciones por bacterias gram (-) principalmente entéricas, seguidas de *Staphylococcus aureus* y hongos, tal como el caso aquí presentado. Estas infecciones pueden llevar a bacteremias, meningitis, peritonitis, endocarditis^{7,22} y son la principal causa de muerte de los pacientes. Hay series que reportan una mortalidad de hasta el 80%.^{7,22}

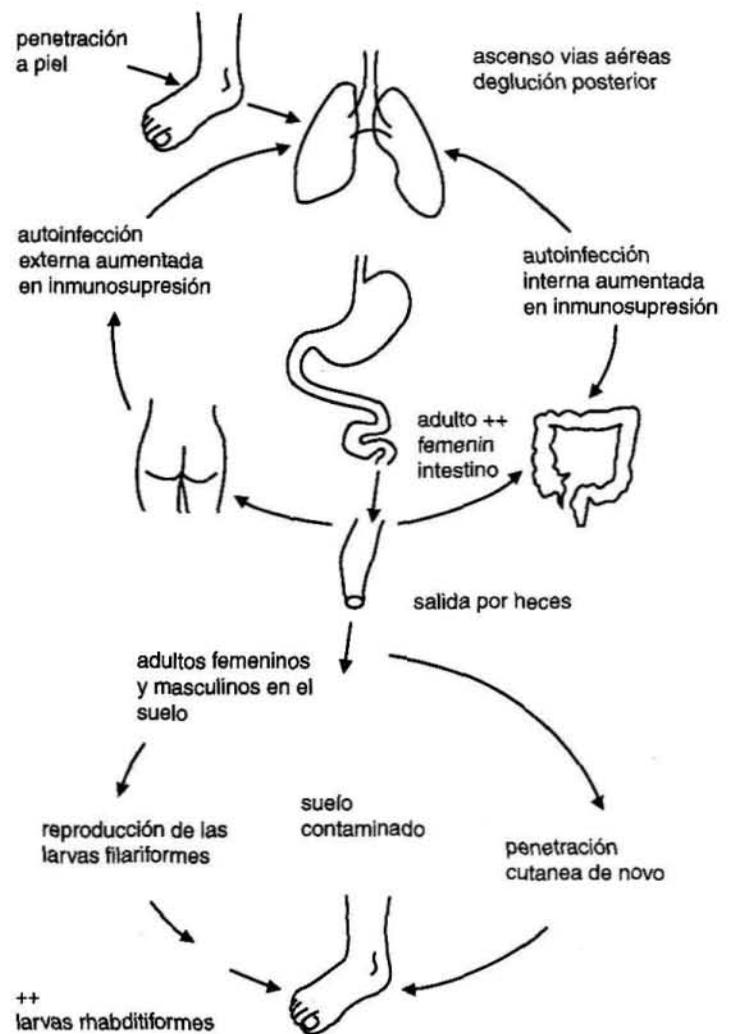


Figura 1. Ciclo de vida del *Strongyloides stercoralis*. Tomado y modificado de Grove DI. *Strongyloidiasis*. In Warren KS, Mahmoud AAF, eds. *Tropical and Geographical Medicine*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill information service, 1990.

El diagnóstico depende de datos clínicos, de laboratorio, radiológicos y endoscópicos. El estudio de heces tiene baja sensibilidad sobretodo si es examen simple de heces con un 20%; si es múltiple la sensibilidad aumenta hasta 70% y esta mejora aún más si tomamos un concentrado de heces, el cual tiene una sensibilidad del 80%. En un estado de hiperinfección la sensibilidad aumenta y se describe que puede ser de 30% para la muestra simple, de 80% para las muestras múltiples y mayor del 95% para el concentrado de heces.^{5,37}

La biopsia duodenal tiene entre 40 a 90% de sensibilidad y es mayor del 90% en estados de hiperinfección.⁵ Si estudiamos el esputo y otros fluidos, es muy baja la sensibilidad (menor del 20%); sin embargo, para estados de hiperinfección si se realiza un lavado bronquial la sensibilidad de este examen aumenta considerablemente.^{5,38}

Existe actualmente una prueba serológica tipo ELISA por IgG para el antígeno del parásito; la misma tiene una sensibilidad del 80 a 90%, desconociéndose su sensibilidad en los estados de hiperinfección.^{5,38,39}

Radiológicamente la infección por *Strongyloides stercoralis* puede producir desde una imagen pulmonar normal, pasando por un infiltrado alveolar difuso, infiltrado intersticial difuso, con o sin cavitaciones, hasta un absceso pulmonar.^{8,25} La serie esófago-gastro-duodenal, usualmente es normal, aunque puede observarse dilatación duodenal o estenosis duodenal con úlcera. El colon por enema usualmente es normal, observándose ocasionalmente un patrón de colitis generalizada.^{3,40}

La gastroscopia puede ser normal; sin embargo, en los casos de hiperinfección suele encontrarse gastritis, úlceras gástricas o duodenales, duodenitis generalizada. La rectosigmoidoscopia y la colonoscopia generalmente son normales, aunque puede verse un patrón de colitis con ulceraciones.^{3,40,41}

El tratamiento para la estrogiloidiasis tiene como base farmacológica el tiabendazol a dosis de 25 mg/Kg administrada en 2 dosis durante 3 días y en casos de hiperinfección hasta por 14 días con tasas de curación mayores del 80%.

El tiabendazol tiene efectos secundarios neuro-siquiátricos importantes (alteración del sensorio, desorientación, teratogenicidad). Actualmente existen varias alternativas como el albendazol a dosis de 400 mg/día por 3 días o el Ivermectin (150-200 Ugr/kg/día) por 2 días, siendo este último el que tiene mayor tasa de curación en los últimos estudios. Como última alternativa se podría administrar mebendazol (100 mg/ 2 veces / día) por 3 días y repetir a las 3 semanas; sin embargo, este no es óptimo para la hiperinfección.^{3,5,7,8,42-44}

Además del tratamiento antiparasitario debe darse manejo adecuado del estado nutricional, sobretodo del estado hidroelectrolítico; asimismo dar un tratamiento oportuno de las

infecciones agregadas, pues éstas son la principal causa de muerte en estos pacientes. Se considera que debe darse tratamiento antiparasitario aún teniendo al paciente asintomático.^{43,44}

La estrogiloidiasis es una infección presente en nuestro medio, la cual debemos tener presente especialmente al tratar pacientes con factores de riesgo para desarrollar un estado de hiperinfección y/o diseminación. En nuestro caso, descartándole casi todas las causas de inmunosupresión, el tratamiento esteroideo de largo curso y mal controlado, además del tratamiento con anti-H2, es probable que fuesen los factores que favorecieron la hiperinfección gástrica e intestinal, las cuales se acompañaron de infecciones bacterianas y de desequilibrio hidroelectrolítico como es usual en estos casos.

No se debe confiar en el estudio simple de heces o en la ausencia de eosinofilia sobretodo en los pacientes inmunosuprimidos; ante la sospecha siempre se debe realizar un concentrado de heces o una biopsia duodenal, y si se tiene disponible es recomendable realizar la serología. Todo paciente con diagnóstico de estrogiloidiasis, aunque curse asintomático debe recibir tratamiento, como primera opción con tiabendazol. La terapia de soporte nutricional y la terapéutica antibiótica instaurada contra las infecciones asociadas, hacen más eficaz la tasa de curación y así mismo reducen la morbimortalidad por esta patología.

Abstract

A case of hyperinfection with *Strongyloides stercoralis* is presented. A 43 years old costarican patient, in treatment of discal hernia with esteroids, non-esteroidal anti-inflammatories and anti-histaminics, who develops a hyperinfection syndrome by *Strongyloides stercoralis* at gastric and intestinal level, associated with gram negative bacilli bacteremia and systemic compromise, resolving later with intensive and multidisciplinary therapy.

Referencias

1. Genta R M. Prevalence of strongyloidiasis: Critical review with epidemiologic insights into the prevention of disseminate disease. Rev Infect Dis 1989; 11(5): 755-67.
2. Braun T I, Fekete T, Lynch A. Strongyloidiasis in an institution for mentally retarded adults. Arch Inter Med 1988; 148(3): 634-6.
3. Grove D I. Strongyloidiasis: A conundrum for gastroenterologists. Gut 1994; 35: 437-440.
4. Sprott V, Selby C D, Ispahani P, Toghil P J. Indigenous strongyloidiasis in Nottingham. BMJ 1987; 294: 741-2.
5. Schneider J H, Rogers A I. Strongyloidiasis. The protean parasitic infection. Postg Med 1997; 102(3): 177-184.
6. Leighton P, Macsween M. Strongyloides stercoralis. The cause of an urticarial-like eruption of 65 years duration. Arch Intern Med 1990;150: 1747-49.

7. Simpson W, Gerhardstein C, Thompson J. Disseminated strongyloidiasis *stercolaris* infection. *Southern Med J* 1993; 86(7): 821-25.
8. Chu E, Whitlock W, Dietrich R. Pulmonary hyperinfection syndrome with strongyloides *stercolaris*. *Chest* 1990; 97(6): 1475-77.
9. Dwarakanath A D, Welton M, Ellis C J, Allan R N. Interrelation of strongyloidiasis and tuberculosis. *Gut* 1994; 35: 1001-03.
10. Pelletier L L jr, Grabe-kidan T. Chronic strongyloidiasis in vietnam veterans. *Am J Med* 1985; 78(1): 139-40.
11. Grove D I. Strongyloidiasis in allied ex -prisoner of war in southeast asia. *BMJ* 1980; 1: 598-601.
12. Genta R M, Miles P, Fields K. Opportunistic strongyloides *stercolaris* infection in lymphoma patients: report of a case and review of the literature. *Cancer* 1989; 63: 1407-1411.
13. Purtilo D T, Meyer W M, Connor D H. Fatal strongyloidiasis in immunosuppressed patients. *Am J Med* 1974; 56: 488-93.
14. Tabacof J, Feher O, Katz A, Simon S, Gansl R. Strongyloides hyperinfection in two patients with lymphoma, purulent meningitis and sepsis. *Cancer* 1991; 68(8): 1821- 23.
15. Celedon J, Mathur-wagh U, Fox J, Garcia R, Wiest P. Systemic strongyloidiasis in patients ifected with the human immunodeficiency virus. *Medicine* 1994; 73(5): 256-63.
16. Dias R, Mangini A, Torres D, Velloso S, Silva M, et al. Ocorrência de strongyloides *stercolaris* en pacientes portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida. *Rev Inst Med Trop S Paulo* 1992; 34(1): 15-17.
17. Chacin Bonilla L, Guanipa N, Cano G. Estrongiloidiasis hiperinfectiva fatal: reporte de tres casos. *Investigación Clínica* 1990; 31(2): 61-82.
18. Higenbuttan T W, Heard B E. Opportunistic pulmonary strongyloidiasis complicating asthma treated with steroids. *Thorax* 1976; 31: 226-233.
19. De Vault G A, King J W, Rohr M S, et al. Opportunistic infections with strongiloides *stercolaris* in renal trasplantation. *Rev Infect Dis* 1990; 12(4): 653-671.
20. Husni R N, Gordon S M, Longworth D L, et al. Disseminated strongyloides *stercolaris* infection in an immunocompetent patient. (letter) *Clin Infect Dis* 1996; 23(3): 663.
21. Bell D R. Strongyloides *stercolaris* infection in former far east prisoners of war. *BMJ* 1979; 2: 572-74.
22. Igra-Siegmán Y, Kapila R, Sen P, et al. Syndrome of hyperinfection with strongyloides *stercolaris*. *Rev Infect Dis* 1981; 3: 397-407.
23. Thompson jr, Berger R. Fatal adult respiratory distress syndrome following successfull treatment of pulmonary strongyloidiasis. *Chest* 1991; 99: 772-74.
24. Scowden E B, Schaffner W, Stone W J. Overwhelming strongyloidiasis: an unappreciated opportunistic infection. *Medicine* 1978; 57: 527-544.
25. Venezuelos P C, Lopata M, Bardaul W A, Sharp J T. Respiratory failure due to strongyloides *stercolaris* in a patient with a renal transplant. *Chest* 1980; 78: 104-106.
26. Rassing A L, Lowry J L, Forman W B. Diffuse pulmonary infection due to strongyloides *stercolaris*. *Jama* 1974; 230: 426-27.
27. Bhatt B D, Cappel M S, Smilow P C, et al. Recurrent masive upper gastrointestinal hemorrhage due to strongyloides *stercolaris* infection. *Am J Gastroenterol* 1990; 85(8): 1034-36.
28. Bannon J P, Fater M, Solit R. Intestinal ileus secondary to strongyloides *stercolaris* infection: case report and review of the literature. *Am Surg* 1995; 61(4): 377-80.
29. Delarocque A, Hadengue A, Degott C, et al. Biliary obstruction resulting from strongyloides *stercolaris* infection: report a case. *Gut* 1994; 35(5): 705-06.
30. Lee M G; Terry S I. Arteriomesenteric duodenal occlusion associated with strongyloidiasis. *Am J Trop Med Hyg* 1989; 92: 41-45.
31. Bartholomew C, Butler A K, Bhaskar A G, Jarkey N. Seudo-obstruction and a sprue - like syndrome form strongyloidiasis. *Postgrad Med* 1977; 53: 139-42.
32. Lambruza A, Dannenburg A J. Eosinophilic ascitis due to hyperinfection with strongyloides *stercolaris*. *Am J Gastroenterol* 1991; 86(1): 89-91.
33. Setia U, bhatia G. Pancreatic cystadenocarcinoma associated with strongyloides. *Am J Med* 1984; 77: 173 -75.0
34. Wurtz R, Mirot M, Fronda G, Peters C, Kocka F. Short report: gastric infection by strongyloides *stercolaris*. *Am J Trop Med Hyg* 1994; 51(3): 339-40.
35. Milder J F, Walzer P D, Kilgar G, et al. Clinical features of strongyloides *stercolaris* infection in an endemic area of the united states. *Gastroenterol* 1981; 80: 1481-1488.
36. Kalb R E, Grossman M E. Periumbilical purpura in dissemination strongyloidiasis. *Jama* 1986; 256: 1170-71.
37. Sato Y, Kobayashi J, Toma H, Shiroma Y. Efficacy of the stool examination for detection of strongyloidiasis infection. *Am J Trop Med Hyg* 1995; 53(3): 248-250.
38. Neva F A. Biology and immunology of human strongyloidiasis. *J Infect Dis* 1986; 153(3): 397-406.
39. Sato Y, Kobayashi J, Shiroma Y. Serodiagnosis of strongyloidiasis. The application and significans. *Rev Inst Med Trop S Paulo* 1995; 37(1): 35-41.
40. Louisy C L, Barton C J. The radiological diagnosis of strongyloidiasis *stercolaris* enteritis. *Radiology* 1971; 98: 535- 41.
41. Bone M F, Chesner I M, Oliver R, Asquith P. Endoscopies appearences of duodenitis due to strongyloidiasis. *Gastrointest Endosc* 1982; 28: 190-91.
42. Naquira C, Jimenexe G, Guerra G, et al. Ivermectin for human strongyloidiasis and other intestinal helminths. *Am J Trop Med Hyg* 1989; 40: 304-09.
43. Gann P H, Neva F A, Gann A A. A randomized trial of simple and two doses ivermectin versus thiabendazole for treatment of strongyloidiasis. *J Infect Dis* 1994; 169(5): 1076 -79.
44. Torres J R, Isturiz R, Murillo J, et al. Efficacy of ivermectin in the treatment of strongyloidiasis complicating AIDS. *Clin Infect Dis* 1993; 17(5): 900-902.

Simposio Internacional de Aterosclerosis, Endocrinología, Climaterio y Osteoporosis

Diagnóstico de la Diabetes Mellitus

Eric Mora Morales

Definición: La diabetes mellitus es un grupo heterogéneo de alteraciones metabólicas caracterizadas por hiperglucemia crónica resultante de defectos en la secreción o en la acción de la insulina o ambos, que producen a largo plazo complicaciones crónicas en diversos órganos y tejidos.^{1,2}

Diagnóstico: Se establece por glucemia elevada en ayunas por lo menos en dos ocasiones. Antes del año 1997 el valor máximo después de una noche de ayuno se consideraba 140 mg/dl (7.8 mmol/l) y a partir de entonces el Comité de Expertos en Diagnóstico y Clasificación de la Diabetes en los Estados de Norteamérica^{1,2,4} redujo este valor a 126 mg/dl (7.0 mmol/l) al establecer que la mayoría de las personas con glucemia mayor o igual a 140 mg/dl tienen una glucemia dos horas postprandial igual o mayor a 200 mg/dl y sólo el 25% de las personas con glucemia igual o mayor a 140 mg/dl, no conocidas diabéticas, tienen una glucemia en ayunas igual o mayor a 140 mg/dl, lo que indica que la glucemia en ayunas define mejor el estado de hiperglucemia. Además, la glucemia mayor de 200 mg/dl como diagnóstico de diabetes dos horas después del desayuno es más útil porque a partir de esta cifra la presencia de complicaciones microvasculares aumenta significativamente y su mejor correlación se encuentra con la glucemia en ayunas en 126 mg/dl.⁴

Diagnóstico Clínico: Se hace por la presencia de los síntomas clásicos de la diabetes: poliuria, polidipsia, polifagia, cetonuria y pérdida de peso con glucemia postprandial o al azar mayor de 200 mg/dl o glucemia en ayunas mayor de 126mg/dl. Durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 gr. una elevación mayor de 200 mg /dl a los 60 o 120 minutos hace el diagnóstico de diabetes mellitus.³

Diagnóstico epidemiológico: Se hace en presencia de historia clínica de diabetes realizada por un médico; glucemia en ayunas mayor de 126 mg/ dl o glucemia mayor de 200 mg/dl en la

prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 gr% que es innecesaria si la glucemia en ayunas está consistentemente elevada.³ En estudios epidemiológicos de detección de diabetes, la glucemia tomada dos horas después de un desayuno que contenga un mínimo de 50 gramos de carbohidratos ha demostrado ser confiable y de gran utilidad, con valor diagnóstico igual o mayor a 200 mg/dl.

Diagnóstico por prueba de tolerancia oral a la glucosa: Cuando está indicada, el criterio más aceptado es el del National Diabetes Data Group de los Estados Unidos de Norteamérica que considera a la persona diabética cuando, como se señaló anteriormente, la glucemia es mayor de 200 mg/dl a los 60 o 120 minutos, sin glucemia en ayunas mayor de 126 mg/dl o bien ambos valores alterados.² Es necesario tomar en cuenta los factores que pueden modificar su resultado como son la edad, la dieta previa, el estado de salud, la ingesta de alimentos o medicamentos, la función gastrointestinal y el estado emocional y desde luego no debe realizarse para diagnosticar o valorar hipoglucemia postabsortiva.³ En ocasiones especiales es necesario hacer pruebas de tolerancia oral a la glucosa a 3 o 5 horas con medición simultánea de insulina para valorar la fase intestinal de absorción, la producción pancreática de insulina, la captación hepática de glucosa y su catabolismo, particularmente en el diagnóstico diferencial de la diabetes secundaria o en los estados de intolerancia a los carbohidratos con hiperinsulinismo.

Cuadro 1
Criterios Diagnósticos de Diabetes Mellitus

	Ayuno	2 hrs. postprandial
Normal	< 110	< 140
Intolerancia	> 110 < 126	> 140 < 200
Diabetes	> 126	> 200

Consideraciones sobre valores de glucemia en el rango de intolerancia: La glucemia en ayunas igual o inferior a 110 mg/dl se considera normal. Un valor mayor de 110 y menor de 126 mg/dl de glucemia indica intolerancia, en igual forma cuando el valor a las dos horas está entre 140 y 200 mg/dl. El rango de intolerancia amerita correlación clínica con antecedentes personales de hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia y diabetes mellitus principalmente.

Diagnóstico de la Diabetes tipo I o tipo II según la concentración plasmática de péptido C: Los investigadores Rizza y Zimmerman⁷ después de establecer que los valores de péptido C iguales o menores de 0.17 pmol/l en condiciones basales y post-estímulo con glucagón un aumento menor de 0.07 pmol/l caracterizan al tipo I y todas las demás respuestas al tipo II, reportan una concordancia entre el estado clínico y este criterio en el 89% de sus pacientes, la cual se mantuvo por 8 años de seguimiento y en el 11% de diabéticos tipo I con discordancia inicial, el seguimiento por 2 a 8 años el patrón se mantuvo como diabetes tipo I. Puede concluirse que el criterio clínico para la clasificación de la diabetes correlaciona muy significativamente con la reserva de secreción de insulina medida por la concentración de péptido C, lo que es importante porque en el paciente diabético tipo I la insulino terapia preserva la función residual de las células beta pancreáticas; en tanto que en la diabetes tipo II produce un aumento de la obesidad y del riesgo potencial de la hiperinsulinemia. El reporte del año 93 del Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Group de los Estados Unidos de Norteamérica demostró con la medición de péptido C una sensibilidad del 88%, una especificidad del 91% y un valor predictivo del 93%, con la precaución de medir simultáneamente la glucemia para excluir su elevación.⁷

Utilidad de la determinación de hemoglobina glicada en el diagnóstico de la diabetes mellitus: Se ha establecido que la elevación de la hemoglobina A 1 C es presuntiva de diabetes y requiere comprobación con la medición de glucemia. A su vez, su valor normal no excluye intolerancia a la glucosa o diabetes moderada. Ha quedado demostrada la correlación entre la glucemia en ayunas y la hemoglobina A 1 C y se señala que un valor superior a tres desviaciones estándar es concluyente de diabetes en el 99% de los casos.⁵

Diagnóstico de la diabetes durante el embarazo: Cuando se administran por vía oral 50 gr. de glucosa a mujeres grávidas entre las semanas 24 a 28 se logra diagnosticar al 90% de las que tienen diabetes gestacional. Por su condición especial de embarazo, si una hora después la glucemia es igual o mayor de 140 mg/dl se debe practicar una prueba de tolerancia a la glucosa con 100 gramos e interpretarla según los siguientes criterios.

¿A cuáles personas hacerles estudios por Diabetes Mellitus?: A todas las personas mayores de 45 años. Si el resultado es normal, debe repetirse cada tres años. En personas menores a esa edad si son obesas con índice de masa corporal mayor de 27 o

Cuadro 2
Puntos de Corte de Niveles de Glucemis de acuerdo con O'Sullivan y NDDG

	O'Sullivan	NDDG
Ayunas	90 mg/dl	105 mg/dl
1 hora	165 mg/dl	190 mg/dl
2 horas	145 mg/dl	165 mg/dl
3 horas	125 mg/dl	145 mg/dl
	(Sangre venosa total Nelson Somogyi)	(Plasma, glucosa oxidasa)

National Diabetes Data Group⁶

más del 120% del peso deseable, si tienen un pariente en primer grado diabético, sí corresponden a poblaciones de alto riesgo como se señala en los Estados Unidos de Norteamérica con los afro-americanos, hispanos e indígenas; si es hipertenso, si tiene un colesterol HDL menor de 35 mg/dl o triglicéridos mayores de 250 mg/dl o bien si en estudios anteriores ha tenido intolerancia a la glucosa. En el caso particular de las mujeres, si han dado a luz niños mayores de 9 libras (4.15 kg.) o si se les diagnosticó diabetes gestacional.²

Referencias

1. Reporte del Comité de Expertos en Diagnóstico y Clasificación de Diabetes, Diabetes Care 1997, 20:1, 183-97.
2. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. Vol. 20 No. 7, July 1997, page 1153.
3. Williams, Text Book of Endocrinology, 9th. Edition, 1998 Cap. 20, pág. 939.
4. Criterios de la Asociación Americana de Diabetes para el diagnóstico de la Diabetes. Ponchner L. M. Editorial, Acta Médica Costarricense, Volumen 39 No. 2, Nov. 1997, pág. 5
5. Dunn PJ, Diabetología 1979; 17:213-220 y Singer, D E. Ann Int Med 1989 110:125-137.
6. Barry, D; Gabbe S. Gestacional Diabetes: Detection, management an implications. Clinical Diabetes, Vol 16 Number 1, page 6, 1998.
7. Clasificación de diabetes tipo 1 y 2 según la medición de péptido C. (Rizza RA y Zimmerman BR. Diabetes Care 1997; 20/2: 198-201).

Pie Diabético

Maricel Quirós Campos

El pie diabético es una de las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus que más hospitalizaciones prolongadas genera así como problemas de invalidez. Las condiciones clínicas más frecuentemente descritas como pie diabético incluyen: neuropatía, deformidades estructurales, callos, cambios en piel y uñas, úlceras, infecciones y enfermedad vascular.

El pie diabético ocurre fundamentalmente por la presencia de enfermedad vascular y neuropatía y el cuadro clínico dependerá de la combinación o predominancia de estas condiciones. La neuropatía periférica es la principal causa de las lesiones en el pie diabético, siendo su efecto más importante la pérdida de la sensibilidad en los pies, haciéndolos vulnerables aún a traumas mínimos, demostrándose en diversos estudios que la mayoría de los pacientes que se hospitalizan es a causa de una lesión secundaria a un trauma indoloro. La enfermedad vascular per se, es responsable de la disminución del flujo sanguíneo en las áreas afectadas, lo cual retarda la cicatrización y en presencia de sepsis limita la llegada de oxígeno y antibióticos.

El más común de los síndromes asociados con neuropatía diabética es la polineuropatía sensitivo-motora distal simétrica, que se caracteriza por dolor urente, parestesias, atrofia muscular, pérdida de la sensibilidad, piel caliente y seca.

Los signos y síntomas de enfermedad vascular incluyen: claudicación intermitente, pies fríos, dolor nocturno, dolor en reposo, ausencia de pulsos, palidez a la elevación de los miembros inferiores, llenado capilar retardado, atrofia del tejido graso subcutáneo, apariencia brillante de la piel, pérdida de vellos, engrosamiento de las uñas y gangrena.

La infección es el tercer factor más importante en la patogénesis de las lesiones en el pie diabético y cuando se asocia a isquemia frecuentemente lleva a amputaciones. Erosiones en la piel, fisuras en los callos y úlceras pueden ser la puerta de entrada a las bacterias. La infección en el paciente diabético cursa con la formación de microtrombos en las pequeñas arterias de los dedos lo cual lleva a gangrena, además la enfermedad vascular dificulta la llegada y oxígeno y antibióticos a los sitios lesionados. Por otra parte, la función leucocitaria está con frecuencia afectada y cursa con adherencia, diapedesis, quimiotaxis, fagocitosis y actividad microbicida defectuosas, particularmente en pacientes mal controlados de la Diabetes.

Luego de describir la etiopatogenia de esta importante complicación es prioritario resaltar la importancia de la Clínica de Pie Diabético la cual se puede definir como un equipo interdisciplinario cuya meta fundamental es salvar el pie de los diabéticos evitando las amputaciones y la discapacidad que estas

producen. El equipo debe estar conformado por especialistas en: endocrinología, podiatría, fisiatría, ortopedia, dermatología, infectología, neurología, cirugía vascular, y por enfermeras educadoras en diabetes y con entrenamiento en el manejo del pie diabético, así como por la trabajadora social y la nutricionista. La Clínica de Pie Diabético debe proporcionar la educación para el cuidado podiátrico diario elemental, brindar tratamiento para lesiones específicas como úlceras o micosis y tener accesible el servicio para la atención de emergencias, con el fin principal de prevenir las lesiones del pie diabético. Este objetivo se alcanzará únicamente educando al paciente y a su grupo familiar sobre los aspectos prácticos del cuidado de los pies, reconocimiento de lesiones peligrosas y adecuada selección de medias y zapatos.

Fisiopatología del Climaterio, Apego al Tratamiento Hormonal Sustitutivo

Sonia Cerdas Pérez

Los avances de la medicina moderna han ofrecido a nuestras poblaciones la posibilidad de incrementar su expectativa de vida. Este hecho ha transformado en forma significativa la composición de nuestra pirámide poblacional, aumentando el número de costarricenses mayores de 50 años.

El interés creciente por las enfermedades de mayor prevalencia en el adulto mayor constituye una respuesta obligada de parte de los profesionales en salud y de las instituciones públicas. Un adecuado manejo del climaterio y de las consecuencias de la carencia estrogénica prolongada es parte de esta corriente.

La menopausia o última regla es el evento final de una serie de cambios hormonales que ocurren como parte del fenómeno de envejecimiento ovárico, en el cual participan fenómenos de atresia y resistencia folicular, los cuales se traducen endocrinológicamente por insuficiencia progesterona, insuficiencia estrogénica premenstrual, hasta desembocar en insuficiencia ovárica global. El climaterio es el conjunto de fenómenos hormonales y consecuencias clínicas que ocurren antes, durante y después de la menopausia.

No solo el aumento en la expectativa de vida, ha hecho de primera importancia el interesarse por la Salud Integral de la mujer madura; debemos mencionar también acúmulo de conocimientos relacionados con los mecanismos de acción celular de los estrógenos y el establecimiento de una relación causal entre la carencia prolongada de estrógenos y el aumento de enfermedades crónicas en la mujer madura de tipo cardiovascular, osteoporosis, incontinencia y sepsis urinaria y algunos datos que sugieren una relación con una mayor incidencia de Enfermedad de Alzheimer y cáncer de colon. Además de los datos mencionados, cabe resaltar un aspecto que usualmente no es considerado en los análisis de población y es el que se refiere a una mejor calidad global de vida, observada en las poblaciones de mujeres en las cuales se sustituye, en forma adecuada, la carencia estrogénica.

Tal vez es importante mencionar algunos datos nacionales obtenidos de una encuesta en 1070 mujeres costarricenses mayores de 50 años. Este estudio reveló que solo un tercio de ellas recibían terapia de reemplazo hormonal sustitutivo; quienes recibían esta terapia eran las mujeres pertenecientes a las clases socioculturales más elevadas. La sintomatología relacionada con la carencia estrogénica fue reportada en un 75% de las mujeres entrevistadas y perduraron en 1/3 de ellas por más de 3 años. Es importante mencionar que la sintomatología, tanto en lo que se refiere a la intensidad, como a la duración, no fue afectada por el nivel sociocultural de las entrevistadas, afirmando el origen biológico y no psicosocial de estas manifestaciones.

Otro punto interesante de este estudio es el analizar el porqué abandonaron la terapia hormonal las mujeres que la habían iniciado. En un 40% de los casos se reportó que el médico les había indicado suspenderla ante la aparición de síntomas como mastodinia, sangrado o simples temores sobre las posibles consecuencias del uso prolongado de la terapia hormonal.

Este dato nos debe hacer reflexionar sobre el hecho de que los beneficios de la terapia de reemplazo hormonal a mediano y largo plazo solo son observados cuando se utiliza por tiempo prolongado. El apego de las pacientes a las indicaciones terapéuticas está determinado con las acciones del profesional en salud. Por lo tanto es fundamental que informemos a las pacientes sobre los riesgos y beneficios del uso de hormonas durante este período de la vida, sobre los posibles efectos secundarios de los mismos y que estemos disponibles, para aclarar dudas y solventar molestias como mastodinia y sangrados, durante toda la terapia sustitutiva. Es importante también que inculquemos en nuestras pacientes estilos de vida saludables y que seamos vigilantes de la realización regular del control mamográfico, papanicolau y vigilancia del grosor endometrial; con el fin de minimizar los riesgos y ofrecer el mayor número de beneficios a nuestras pacientes.

Diagnóstico y Prevención de la Osteoporosis

Alejandro Cob Sánchez

La osteoporosis es una enfermedad que se caracteriza por una densidad mineral ósea disminuida y una fragilidad aumentada que le confiere al hueso un mayor riesgo de fractura. Sin embargo, la pérdida ósea es un proceso que avanza en forma asintomática, lo cual ha obligado a un mayor esfuerzo por desarrollar nuevas técnicas radiológicas que permitan obtener una evaluación adecuada de la integridad ósea con alta precisión, fácilmente reproducible y baja dosis de radiación que nos lleve a un diagnóstico oportuno y que sirva como ayuda en la decisión de tratamiento. La absorciometría de doble energía por rayos-X (DXA) es una técnica excelente para establecer el diagnóstico de osteoporosis que la mantiene en la actualidad como el método de primera elección en el estudio de estos pacientes.

Los primeros estudios en evaluar la asociación entre la medida de la densidad mineral ósea y el riesgo de fractura iniciaron en los años 70's. Actualmente, esta relación está totalmente confirmada y hay suficiente evidencia para establecer que el riesgo de fractura es un sitio esquelético determinado se debe evaluar mediante la medición densitométrica en ese mismo sitio. El valor clínico de la densitometría ósea va a depender del correcto uso que le demos a la misma y para esto se requiere de un conocimiento adecuado de cuáles son sus ventajas y cualidades al igual que reconocer las limitaciones y todas las variables que pueden influir en la medición de la densidad mineral ósea.

La interpretación y evaluación adecuada de un reporte densitométrico debe tomar en cuenta las diferentes velocidades de recambio metabólico del hueso así como establecer el significado pronóstico que tienen las mediciones en diferentes puntos de una misma región global de interés como es la cadera.

Un nuevo método diagnóstico para osteoporosis y que en los últimos años ha adquirido mayor popularidad es la técnica de medición ósea por medio de ultrasonido cuantitativo. Esta técnica ofrece algunas ventajas principalmente por el hecho de no utilizar fuente de radiación, es portátil, de menor costo que otros métodos radiológicos y hay evidencia que los valores obtenidos mediante ultrasonido tienen correlación con parámetros histomorfométricos y con valores densitométricos obtenidos por DXA.

Una masa ósea disminuida es un componente fundamental en la definición de osteoporosis. Su valor es el resultado de la diferencia del pico máximo de masa ósea alcanzado y toda la cantidad de hueso perdido luego de la obtención de ese pico máximo. Varias estrategias pueden ser utilizadas para optimizar el pico máximo de masa ósea con lo cual actuaríamos a favor de la prevención de osteoporosis.

La densidad mineral ósea (DMO) es la variable a la que le corresponde más del 70% de la fortaleza del hueso. Por lo tanto, es ampliamente utilizada como una medida independiente en el desarrollo de osteoporosis. Sin embargo, existen otros factores que contribuyen en la fortaleza global del hueso incluyendo el tamaño, la forma y su arquitectura trabecular. Otro importante factor en la producción de fracturas es el riesgo de caídas el cual aumenta rápidamente conforme aumenta la edad. Cuando pensamos en estrategias preventivas de fracturas osteoporóticas, debemos sin duda, establecer medidas dirigidas a evitar la pérdida progresiva de la densidad mineral ósea pero también a disminuir el riesgo de caídas. El ejercicio físico adecuado puede contribuir doblemente en este sentido. Primero, puede aumentar la fortaleza del hueso al mejorar la DMO y promover cambios adaptativos en la geometría y arquitectura ósea. Segundo, tiene el potencial de reducir el riesgo de caídas mediante la mejoría del tono y fuerza muscular.

Actualmente contamos con varias posibilidades farmacológicas para la prevención de fracturas osteoporóticas, principalmente mediante la mejoría en la DMO y probablemente otros mecanismos que son independientes de ésta.

El suplemento de calcio en la dieta produce un pequeño beneficio en la masa ósea a través de la vida posmenopáusica, sin embargo puede reducir la tasa de fractura en algunos estudios hasta en un 50%. La vitamina D es una sustancia diferente con un papel distinto en la fisiología ósea. Hay poca evidencia que justifique su uso en gente joven, pero el riesgo de deficiencia de vitamina D en el anciano aumenta significativamente. La mayoría de los estudios que muestran mayores reducciones en la tasa de fracturas han usado protocolos con calcio junto con vitamina D. Pareciera ser que esta combinación es necesaria para una eficacia óptima.

Agentes farmacológicos que suprimen la resorción ósea han sido usados satisfactoriamente en el tratamiento y la prevención de osteoporosis. La terapia hormonal de reemplazo sigue siendo la terapia antirresorptiva de elección en la prevención de la osteoporosis posmenopáusica, sin embargo, en aquellas que presenten alguna contraindicación para su uso ó que no estén dispuestas a utilizarla, existen otras opciones terapéuticas que han demostrado en diversos estudios clínicos ser sustancias eficaces y seguras. Tal es el caso de los bisfوسفatos y la calcitonina. Estas drogas parecen tener un papel muy importante en la prevención y tratamiento de la osteoporosis, sin embargo, todavía es necesario más investigación que nos resuelva algunas interrogantes en cuanto a dosis óptimas, vías de administración, comparación con otras drogas y el uso combinado entre ellas.

Cómo y Cuándo Tratar la Osteoporosis

Orlando Gei Guardia

La osteoporosis es "una enfermedad sistémica del esqueleto, la cual se caracteriza por una reducción de la masa ósea y el deterioro micro estructural del tejido del hueso, seguido de un aumento en la fragilidad ósea y en la susceptibilidad para fracturas".

Recientemente el grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud, ha cuantificado esta definición, utilizando mediciones de densidad ósea o contenido óseo mineral con técnicas de rayos x no invasivas, llamadas Densitometría, que dan mediciones precisas de la "cantidad" de hueso.

Osteoporosis está presente cuando la densidad mineral ósea (BMD) está 2.5 D.S. o más por debajo del promedio de mujeres caucásicas de 25 años (-2.5 T-scores).

Si hay presencia de fracturas se habla de "osteoporosis severa". Los individuos con BMD entre -1 y -2.5 D.S. se designan osteoporóticos y con más de -1 normales.

Se discute cómo estos criterios no son completamente adecuados, no considerando diferencias étnicas ni controles en hombres o niños. El paciente con una o más fracturas con traumas leves se considera osteoporótico sin tomar en cuenta la BMD.

Se considerará la composición del tejido óseo normal y su recambio, los múltiples factores locales y sistémicos que intervienen en la resorción y formación ósea, como también la importancia de la masa ósea pico.

Se habla del laboratorio general y de los indicadores bioquímicos del recambio óseo, de las indicaciones para biopsia de hueso y de los estudios radiológicos convencionales y con DEXA, constituyendo este último el mejor test diagnóstico porque ayuda al clínico a determinar el riesgo de fractura, identificar los candidatos para tratamiento y monitorizar la respuesta.

El ultrasonido no ha sido validado como una técnica aceptable, su precisión y exactitud son inciertos y se limita al esqueleto periférico.

Se subraya la utilidad y costo-beneficio de la prevención con ejercicio regular, cambios en el estilo de vida, calcio y/o vitamina D y/o estrógenos, la más poderosa estrategia para preservar la masa ósea y proteger contra fracturas a las mujeres menopáusicas, además de sus efectos beneficiosos en el perfil lipídico, mortalidad cardiovascular y calidad de vida.

La decisión terapéutica implica un juicio clínico basado en el perfil global del paciente y no debe basarse exclusivamente sobre la medición densitométrica. Incluye consideración cuidadosa de los valores de B.M.D., aceptación por parte del paciente del tratamiento, edad, status menopáusico, nivel de actividad, estilo

de vida, factores de riesgo, esperanzas del paciente, posibilidades de cumplimiento y seguimiento del tratamiento.

Se discute finalmente el tratamiento farmacológico con estrógenos, Raloxifeno, Calcitonina y Bifosfonatos y terapia combinada, así como tratamientos experimentales.

Referencias

1. World Health Organization. Assessment of Fracture Risk and Its Application to Screening for Postmenopausal Osteoporosis: Report of a WHO Study Group. (Technical report series 843.) 1994.
2. Riggs BL, Melton LJ III. Involutional osteoporosis. *N. Engl J Med.* 1986; 9: 1005-1010.
3. Cummings S, Nevitt M, Browner W, et al. Risk factors for hip fracture in white women: Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *N. Engl J Med.* 1995; 332: 767-773.
4. Consensus Development Conference. Prophylaxis and treatment of osteoporosis. *Am J Med.* 1991; 90: 107-110.
5. Kiel D, Felson D, Anderson J, Wilson P, Moskowitz M. Hip fracture and the use of estrogens in postmenopausal women: The Framingham Study. *N. Engl J Med.* 1987;317:1169-1174.
6. The Postmenopausal Estrogen/Progestions Interventions (PEPI) Trial. Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women. *JAMA.* 1995; 273: 199-208.
7. Stampfer MJ, Colditz GA, Willet WC, et al. Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease: ten-year follow-up from the Nurse's Health Study. *N Engl J Med.* 1991;325:756-762.
8. Henderson BE, Paganini-Hill A, Ross RK. Decreased mortality in users of estrogen replacement therapy. *Arch Intern Med.* 1991; 151: 75-78.
9. Liberman U, Weiss S, Broll J, et al (for the Alendronate Phase III Osteoporosis Treatment Study Group). Effect of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fractures in postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med.* 1995; 333:1437-1443.
10. Gennari C, Agnusdei D, Camporeale A. Use of calcitonin in the treatment of bone pain associated with osteoporosis. *Calcif Tissue Int.* 1991;49 (Suppl 2): S9-S13.
11. Overgaard K, Riis B, Christiansen C, Hansen M. Effect of calcitonin given intranasally on early postmenopausal bone loss. *BMJ.* 1989;299:477-479.
12. Liberman U, Weiss S, Broll J, et al. (for the Alendronate Phase III Osteoporosis Treatment Study Group). Effect of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fractures in postmenopausal osteoporosis. *N. Engl J Med.* 1995;333:1437-1443.
13. Chapuy M, Arlot M, Duboeuf F, et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. *N Engl J Med.* 1992;327:1637-1642.
14. Consensus Development Conference. Diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis. *Am J Med.* 1993;94:646-650.

Cartas al Editor

Fístula Biliocutánea Espontánea, Reporte de un Caso

La fístula biliocutánea es una enfermedad muy rara. En la literatura se han reportado 205 casos y desde 1890 solamente 36. Se presenta un paciente masculino de 68 años diagnosticado como portador de colelitiasis, quien 6 años después desarrolla una fístula biliocutánea espontánea. Fue tratado erróneamente como una enfermedad dermatológica por ausencia de síntomas gastrointestinales asociados en ese momento, y finalmente sometido a una colecistectomía.

La fístula biliar espontánea es una entidad extraordinariamente rara en la actualidad por razones obvias, como el adecuado tratamiento de la litiasis y la colecistitis aguda; además de la antibioticoterapia. Casos aislados han sido reportados, por lo cual hemos querido reportar uno más y revisar someramente la literatura al respecto.

En 1670, Thilesus¹ reportó el primer caso de la fístula biliar espontánea a consecuencia de una probable perforación asociada a litiasis. Courvoisier² publicó en 1890, 499 casos de perforación de la vesícula biliar, de los cuales 169 fueron reportados como fístula biliar espontánea a través de la pared abdominal. Naunyn³ en 1896 reportó 184 casos y en 1897 Bonnett 122, todas ellas no espontáneas, en ambos reportes.⁴ Posteriormente, otros autores han reportado casos aislados. En la revisión hecha por Clarke y colaboradores⁵ en 1948, y a ésta ellos agregan un caso, se suma un total de 205 casos de fístula biliocutánea espontánea. A partir de 1890 se han reportado solamente 36 casos, lo cual demuestra la rareza de esta entidad en la actualidad. Kuo, Y.C. y Wu, C.S.⁶ reportaron en 1990 un caso de fístula biliocutánea como complicación de un colangiocarcinoma.

La fístula biliar espontánea usualmente es el resultado de cálculos biliares y colecistitis supurada, con adherencia a la pared abdominal que impide la perforación libre a la cavidad peritoneal. Secundario a la perforación se forma un absceso en la pared abdominal, el cuál drena a través de la piel. El absceso generalmente se origina en el fondo de la vesícula y excepcionalmente en los canales biliares. A través de la perforación drena pus, en ocasiones cálculos y si hay recanalización del cístico, bilis. Por lo general después del drenaje del absceso se establece el trayecto fistuloso, con salida de líquido mucopurulento, o puede persistir solamente un sinus. La incidencia de esta patología ha sido reportada sobre todo en mujeres y después de la quinta década de la vida. Por la rareza en la actualidad de las fístulas biliocutáneas espontáneas es que hemos querido reportar este caso.

Se trata de un paciente masculino de 68 años de edad, agricultor, pensionado, vecino del Cantón de Mora. Su cuadro clínico comenzó en 1990 con dolor en el hipocondrio derecho. Fue

examinado en la consulta externa del Hospital San Juan de Dios y se le realizó un ultrasonido en octubre de 1990, diagnosticándosele colelitiasis. El paciente rehusó la operación. Un año después en forma espontánea apareció una tumoración de tamaño no especificado, en el hipocondrio derecho, no dolorosa. Posteriormente sobre la tumoración se presentó una pápula de 2cm. de diámetro que drenó espontáneamente líquido blanquecino, no purulento. Fue tratado en la Clínica de Ciudad Colón con antibióticos tópicos y por vía oral. En abril de 1997 es visto en la consulta de Dermatología y es tratado con Septran y Neomicina. En julio de 1997 es nuevamente visto en la consulta externa del Hospital San Juan de Dios, en ese entonces al examen físico se encontró, como único dato positivo, una lesión única en el hipocondrio derecho, plana, seca, de 3 cm. de diámetro, hipercrómica, con una fístula central no dolorosa y que fue posible canalizar hasta 1 cm. de profundidad. Se ordena un nuevo ultrasonido en el cuál se observa una fístula colecistocutánea. El 13 de agosto de 1997, se practicó colecistectomía. En la intervención se encontró vesícula retraída, de tipo escleroatrófica, adherida a la pared abdominal y fistulizada a través de la misma a la piel.

La biopsia reveló vesícula escleroatrófica con litiasis múltiple. En la actualidad el paciente está asintomático.

Deseamos hacer énfasis en que por ser una enfermedad muy rara en la actualidad difícilmente se piensa en ella y como sucedió con nuestro paciente fue tratado por un largo tiempo como si se tratara de una enfermedad localizada a la piel.

*Claudio Orlich Dunderf
Interno Universitario, Servicio de Cirugía #1 y Unidad de
Cirugía Endoscópica, H.S.J.D.*

*Claudio Orlich Carranza
Miembro de número Academia Nacional de Medicina de
Costa Rica. Catedrático de Cirugía, Facultad de Medicina,
Universidad de Costa Rica. Jefe de Servicio Cirugía #1 y
Unidad de Cirugía Laparoscópica, H.S.J.D.*

Referencias

1. Thilesus, citado por Horhammer (Horhammer, C. Ueber extraperitoneale perforatio der Gallenblase, München Med. 1916; 63: 1451.
2. Courvoisier, L. Pathologie, und Chirurgie der Gallenwege, Leipzig. F.C.W. Vogel. 1890.
3. Naunyn, B. Treatise on Colelithiasis, 1892, English Translation by A.E. Garrod. New Sydenham Society, 1896.
4. Bonnet Fistule Biliaire cutanee. Lyon Med. 1897; 85:45.
5. Clarke, L. et als. Spontaneous External Biliary Fistulas. Surg. 26, 641:194.
6. Kuo, Y.C y Wu, C.S. Clin Gastroenterol. 1990; 12:451

Comentarios de Libros

Úlcera Venosa de la Pierna, Modernos Conceptos sobre Etiología y Tratamiento

Rodolfo Alvarado Herrera. Editorial de la Universidad de Costa Rica. Primera Edición. 1997. Pp 70.

Este libro escrito de forma clara y didáctica, contribuye a que el lector comprenda la patofisiología de la úlcera venosa, su diagnóstico, diagnóstico diferencial, abordaje terapéutico y estrategias para su prevención.

El Dr. Alvarado, a través de su amplia experiencia adquirida como cirujano vascular periférico, logra que el lector comprenda el impacto de esta enfermedad dentro de nuestro sistema de salud y sus consecuencias en la calidad de vida de los pacientes que las sufren.

El viaje que realizamos durante la lectura de este libro, nos lleva a explorar el diagnóstico diferencial de las lesiones úlceras de las piernas, a correlacionar los factores fisiopatológicos, con las manifestaciones clínicas de la enfermedad, enfatizando el Dr. Alvarado la importancia y los mecanismos para controlar el edema, así como las técnicas compresivas más efectivas dentro de las estrategias terapéuticas. Recorremos las diversas opciones de tratamiento, desde la tradicional Bota de Unna, hasta el

manejo moderno de las úlceras con apósitos oclusivos, sin dejar de mencionar, las nuevas tecnologías que se están introduciendo, incluyendo los factores de crecimiento.

El libro nos describe como el láser, el azúcar u otros tratamientos empleados que no contrarresten la hipertensión venosa sostenida, o cuyo mecanismo de acción no tenga bases científicas a través de estudios serios para favorecer el proceso de cicatrización, no merecen la pena de tomarles en consideración.

En su obra, el Dr. Alvarado nos aconseja que siempre nos apeguemos a los principios básicos del tratamiento, aconsejando a nuestros pacientes a hacer reposo con los miembros inferiores en alto y a mantener una adecuada comprensión externa con medias o vendas elásticas.

Invitamos a todas las personas interesadas en este campo a beneficiarse de esta magnífica obra, que de seguro beneficiara a los cerca de 45,000 costarricenses que padecen o han padecido de úlceras venosas.

*Jorge Elizondo Almeida
Centro para el Tratamiento, Capacitación e
Investigación en Heridas y Ostomías
Hospital México*

De los Mayas a la Planificación Familiar

Luis Rosero Bixby y col. Editorial de la Universidad de Costa Rica. Primera Edición. 1997. Pp 456.

Difícil, aunque atractivo, el reto de poner en manos del Comité Editorial de Acta Médica un comentario sobre el libro: "De los Mayas a la Planificación Familiar"; volumen que presenta una selección de los temas abordados en el Seminario Internacional sobre Población del Istmo Centroamericano, propiciado por el Programa Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

La impresión estuvo a cargo de la Oficina de Publicaciones de la Universidad de Costa Rica y correspondió la responsabilidad de editores a Luis Rosero, Anne Peblay y Alicia Benavides. Una treintena de distinguidas personalidades son mencionadas como autores de la obra.

Del sugestivo libro se colige que la demografía representa la parte medular del libro. Mesoamérica, o el Istmo Centroamericano, como lo define Anne Peblay en la introducción, es una zona geográfica pequeña en la que se han asentado poblaciones heterogéneas e interesantes desde el punto de vista histórico, político, social, ambiental, y por lo tanto, demográfico.

En el capítulo de Conquista y Población, centrado sobre la demografía histórica de los mayas guatemaltecos, se analiza con agudeza y realismo, las condiciones que se derivaron de la conquista y la colonia, y presenta una imagen lúcida de esa sociedad indio-hispana dentro del marco demográfico.

Héctor Pérez Brignoli aporta de una manera bien articulada las estimaciones de la población indígena de la América Central, habiéndose visto obligado a hurgar en los insuficientes datos proporcionados por los diversos censos, con el fin de seguir la declinación y sobrevivencia de los pueblos indígenas.

Como parte del Capítulo I además se ofrece: Una descripción de la metodología de un proceso cartográfico que buscó documentar las tierras de subsistencia de la Mosquitia hondureña, dada la situación del despojo de la propiedad legal de ese grupo. Datos acerca de la población indígena guatemalteca dentro del marco demográfico, resaltando algunos de los índices de salud. Información sobre el desempeño socio-económico entre grupos étnicos de Guatemala.

El Capítulo II enfoca población y sociedad. Durante dos décadas, en algunos de los países centroamericanos se escogió como estrategia para solucionar los problemas políticos, sociales y económicos "la guerra". El impacto de este drama queda perfectamente aclarado con el lapidario título de: Guerra de baja intensidad, muerte de alta intensidad. La presentación de los cálculos sobre las víctimas, aunque incompletos dan, sin embargo, una idea global de la magnitud que alcanzaron estos conflictos bélicos y que explican la difícil tarea de restablecer la paz y lograr la inserción de estos grupos fratricidas en un estado democrático.

Irma Sandoval toca el tema de la pobreza en el distrito de Cahuita, como un ejemplo de las grandes diferencias que existen al interior del país. Esta zona de Talamanca, en que conviven tres grupos étnicos, se caracteriza por las malas condiciones de salud, factor asociado con la

pobreza, causal del comportamiento individual y colectivo. Las cifras ahí analizadas son una llamada de atención a las diferentes autoridades gubernamentales.

Capítulo III: Poblaciones y Medio Ambiente. El crecimiento de la población y la redistribución de la misma afectarán notablemente al medio, de tal suerte que buena parte de los males que afectan a Centroamérica se derivan de las relaciones del hombre y de aquello que le circunda o rodea, como lo afirmara Francisco Alvarez González. Migraciones, fragmentación de la tierra y pobreza, empleo rural, son ejemplos de variables que van a contribuir a la ya difícil situación económica social del área centroamericana.

Capítulo IV: La Fecundidad. Tópicos como la transición de la fecundidad del Istmo Centroamericano, la actividad sexual precoz, el embarazo en las adolescentes, el bajo uso de la anticoncepción en este grupo etareo, las instituciones y políticas socioculturales que combaten la formación de la anticoncepción, se analizan adecuadamente.

Capítulo V: Los Programas de Planificación Familiar. Congraficación de servicios de planificación familiar, prevalencia anticonceptiva, elección de métodos, accesibilidad en nuestro país, son comentados por Luis Rosero. Se contemplan además otros enfoques de la planificación familiar, tales como: popularidad de los métodos tradicionales en Honduras, prevalencia anticonceptiva y salud materno infantil en El Salvador, lo mismo que la relación entre el uso de anticonceptivos y conocimientos sobre salud.

Capítulo VI: Se enfocan temas de salud como: nutrición infantil centroamericana, el parto por cesárea en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la mortalidad y morbilidad materna en El Salvador, atención del parto en algunas áreas rurales de Guatemala.

Concluye la obra con el tema de la situación demográfica en Centroamérica. Recomendamos al lector este libro que, por su naturaleza, dimensiones y significado es simplemente proficuo.

Carlos Ml. Prada Díaz
Miembro de Número
Academia Nacional de Medicina

Aviso a los Lectores

Asociaciones de Apoyo a Pacientes y Familiares

La Asociación de Pro-Niños (as) con Enfermedades Progresivas (APRONEP), fundada en 1989, brinda apoyo a las familias de jóvenes y niños con enfermedades degenerativas como la ataxia telangiectásica, la enfermedad de Batten, la leucodistrofia, el Niemann-Pick y otras similares. Se invita a los médicos y otro personal de la salud a informarle a sus pacientes y familiares de este recurso. Para mayor información contactar a la Asociación al telefax 236-9620 (atención al público los miércoles de 5:30 pm a 8:30 pm). Dirección, 75m sur de Neón Nieto, San Juan de Tibás.

Instrucciones Para Autores

Acta Médica Costarricense (AMC) es la publicación científica oficial del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. La revista publica trabajos originales, artículos de revisión, comunicaciones rápidas, reportes de casos, cartas al editor así como editoriales relacionados con cualquier tema de la medicina y las biociencias.

Los manuscritos que se sometan al Comité Editorial para publicación en **Acta Médica** deben ser **originales** y preparados de acuerdo con los **'Requisitos Uniformes para Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas'** desarrollados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (N Engl J Med 1991; 324:424-8). Para obtener información adicional se recomienda consultar AMC 1998; 40(3):53-60. Manuscritos preparados en forma inadecuada serán regresados al autor sin ser revisados. Los artículos aceptados para publicación en AMC pasarán a ser propiedad del Colegio de Médicos y Cirujanos y no deben haber sido publicados total o parcialmente en ninguna otra revista, aunque sea en otro idioma (excepto en forma de resumen).

Los manuscritos deben ser sometidos en **cuadruplicado**, un original y 3 copias completas (incluyendo todas las figuras). El trabajo deberá presentarse impreso a doble espacio sobre papel bond tamaño carta, a un solo lado de la hoja y con todas las hojas numeradas en forma consecutiva (incluyendo figuras y tablas). Se recomienda un máximo de 15 hojas, pero trabajos de mayor longitud serán considerados en casos especiales. Los autores deberán llenar y entregar junto con el manuscrito la 'lista de revisión de autores' y la transferencia de derechos y liberación de responsabilidades. Todas las copias del manuscrito deberán ser entregadas en la oficina del Comité Editorial AMC en el edificio del Colegio de Médicos y Cirujanos o enviadas al Apdo 548-1000, San José, Costa Rica.

El manuscrito se ordenará de la siguiente manera: página de título, resumen, texto, agradecimientos y colaboradores, referencias, cuadros, leyendas de las figuras y figuras.

Página de título: incluye

Título: debe ser conciso pero informativo, limitarse a 125 caracteres y sin abreviaturas. En caso de estudios en animales debe mencionar la especie.

Autores: incluye primer nombre y apellidos de todos los autores y su afiliación institucional (los autores deben limitarse a aquellos que contribuyeron sustancialmente en el diseño del estudio, el análisis de información o redacción del manuscrito).

Nombre de departamento (s) e institución (es) a las que se debe atribuir el trabajo.

Descriptores: anotar de 3 a 10 palabras claves.

Abreviaturas: lista en orden alfabético de todas las abreviaturas utilizadas en el texto (en general no se recomienda el uso de abreviaturas).

Título corto: límite de 45 caracteres.

Correspondencia: nombre y dirección postal, número de teléfono y de facsímil del autor al que se debe dirigir toda correspondencia.

Resumen: no mayor de 250 palabras, en español e inglés, estructurado utilizando los siguientes subtítulos: *justificación y objetivo, métodos, resultados y conclusión*. No deben usarse abreviaciones, referencias o notas a pie de página.

Cuerpo del trabajo: Introducción: exprese el propósito del artículo. Ubique el tema dentro del conocimiento actual y plantee su objetivo en forma clara y precisa.

Materiales (sujetos) y métodos: describa con claridad el método de selección de sujetos, instrumentos y procedimientos utilizados con suficiente detalle como

para que sea reproducible por el lector. Manuscritos reportando información obtenida en seres humanos deben incluir una nota en la sección de métodos que asegure que se obtuvo consentimiento-informado de cada paciente por escrito y que el protocolo del estudio cumplió con los requerimientos del comité de ética del centro correspondiente. Los manuscritos que reporten experimentos usando animales deben incluir una nota donde se asegure que se cumplieron con las recomendaciones generales para el manejo y cuidado de animales de experimentación.

Identifique con precisión los medicamentos y químicos utilizados, incluyendo nombre genérico, dosis y vía de administración. Describa claramente los análisis estadísticos utilizados. Utilice unidades de medida convencional aprobadas (UI o SI).

Resultados: presente los resultados en secuencia lógica en el texto, tablas e ilustraciones. No repita en el texto datos presentados en tablas o ilustraciones. No comente ningún resultado en esta sección.

Discusión: No repita información dada en alguna otra sección (introducción, resultados o materiales); mencione los aspectos nuevos e importantes aportados por el estudio y las conclusiones que se pueden obtener de los resultados. Relacione con otros reportes en la literatura. Señale las limitaciones del estudio e incluya las repercusiones sobre otras investigaciones presentes o futuras y proponga nuevas hipótesis. Evite sacar conclusiones de estudios no finalizados o conclusiones no basadas en los resultados obtenidos.

Agradecimientos y Colaboradores: se debe enumerar aquí todo el apoyo económico o de otra índole recibido para la realización de la investigación.

Referencias: deben seguir el sistema recomendado para revistas biomédicas (ver segundo párrafo). Deben ir numeradas en forma consecutiva siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. El título de las revistas debe seguir la abreviatura citada en el *Index Medicus*. Liste al menos 6 autores, de ser más después del sexto use *et al.* Todos los artículos en la lista de referencias deben estar citados en el texto y toda referencia citada en el texto debe aparecer en la lista. No utilizar citas de comunicaciones personales o material no publicado (se pueden anotar dentro del texto en paréntesis). Los artículos de revisión deben incluir al menos 35 citas bibliográficas y los originales al menos 15. Ejemplos:

Artículo: Apéstegui A, Deliyore J. Digoxinemia. *Acta Médica Costarricense*, 1996; 38(1):1-4.

Libro: Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill, 1991.

Artículo en libro: Piel G. Qué es un artículo científico? En: Day RA, ed. *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. Washington: OMS, 1990: 8-14.

Cuadros: deben ser autoexplicativos, numeradas consecutivamente en el texto con números arábigos y cada una presentada en forma individual en una hoja aparte con el número de la tabla y el título centrados sobre la tabla y cualquier nota explicativa en la parte inferior de la misma, todo a doble espacio.

Leyenda de las figuras: deben presentarse impresas a doble espacio en una hoja aparte. Deben numerarse de acuerdo al orden en que son citadas en el texto. Se debe brindar suficiente información para permitir la interpretación de las figuras sin necesidad de referirse al texto.

Figuras: Se deben entregar junto con el trabajo 4 grupos completos de figuras. Toda ilustración debe venir marcada en el reverso con el número correspondiente, la orientación (arriba) y el nombre del autor. Las ilustraciones deben ser numeradas con números arábigos en forma consecutiva de acuerdo con su primera mención en el texto. Se recomienda que los gráficos y otras figuras generadas en computadora sean impresas en una impresora láser de alta calidad.

Comunicaciones Rápidas: cuando se sometan manuscritos para publicación rápida, los autores deben incluir una carta donde justifiquen porqué consideran que su artículo debe ser publicado rápidamente. Solo trabajos concisos, originales en su versión definitiva, de gran importancia científica serán considerados para esta sección. Estos manuscritos también deberán ser sometidos en original y tres copias, no deberán excederse de 3000 palabras y no incluirán más de 2 tablas y 2 figuras.

Reporte de Casos: solo se aceptará la descripción de uno o más casos clínicos de excepcional observación que supongan un aporte importante en el conocimiento de la fisiopatología o de otros aspectos del proceso y que brindan material e información de importancia para investigación futura. La extensión máxima del texto deberá ser de 5 páginas de 30 líneas y se admitirán un máximo de 3 figuras o tablas.

Cartas al Editor: cartas concernientes principalmente con artículos publicado en Acta Médica Costarricense serán considerados para publicación. Las cartas al editor deberán promover discusión científica en temas médicos. Estas deberán dirigirse al comité editorial indicando que son para considerarse como correspondencia y no como artículo original. Pueden contener 1 figura o tabla y no deberían ser mayores de 500 palabras, incluir más de 10 referencias y ser firmadas por más de tres autores. Los editores se reservan el derecho de editar cartas con el fin de abreviar o clasificar su contenidos.

Versión Final: los trabajos aceptados para publicación deberán presentarse en su versión final en diskette 3.5', DOS 5.0 o superior.

Asignación De Derechos, Responsabilidad De Participación, Declaración De Financiamiento, Aprobación Por Comité Científico/Comité De Protección Animal Local.

Asignación de Derechos: en consideración a la revisión y edición del manuscrito presentado por parte del Colegio de Médicos y Cirujanos, los autores abajo firmantes, en forma conjunta y unánime, transferimos y asignamos todo derecho, título o interés envueltos, incluyendo cualquier y todo derecho de autor en cualquier tipo de forma y medio al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. De no publicarse en trabajo en AMC, estos derechos serán liberados.

Responsabilidad de Participación: yo, el autor abajo firmante, hago constar que he participado suficientemente en el contenido intelectual, el análisis de información, si se aplica, y la escritura del manuscrito, para tomar responsabilidad pública por él. Yo he revisado la versión final del manuscrito y considero que representa trabajo válido y apruebo su publicación. Como autor de este artículo, hago constar que nada del material en él incluido ha sido publicado previamente, está incluido en otro manuscrito o está actualmente siendo considerado para publicación en otro lugar. También hago constar que este artículo no ha sido aceptado para publicación en algún otro lugar y que yo no he asignado ningún derecho o interés a ninguna tercera persona. Si los editores de AMC requieren la información original en que este manuscrito está basado, yo la entregaré para revisión.

Declaración de financiamiento: yo, el autor abajo firmante, hago constar que no tengo asociaciones comerciales que puedan significar un conflicto de interés con el artículo sometido a valoración, excepto como lo específico en nota aparte. Toda fuente de financiamiento y afiliaciones institucionales y corporativas han sido señaladas en la sección correspondiente del manuscrito.

Aprobación por el Comité Científico/Comité de Protección Animal Local: yo, el autor abajo firmante, hago constar que mi institución aprobó el protocolo de investigación para cualquier investigación que involucre seres humanos o animales y que toda experimentación se condujo de conformidad con los principios éticos y humanos de investigación.

Título del artículo:

Todos los autores deben firmar y fechar este documento

Lista de Revisión para Autores

Por favor, complete esta lista antes de enviar su manuscrito.

- Carta de presentación
- Cuatro copias completas del manuscrito, incluyendo tablas y figuras

Página de Título

- Título
- Título corto, no mayor de 45 caracteres
- Autor(es) y afiliación(es)
- Descriptores y abreviaturas
- Dirección, teléfono y número de fax del autor al que se debe dirigir toda correspondencia.

Artículo (a doble espacio)

- Agradecimientos y colaboradores
- Resumen estructurado en inglés y español
- Introducción
- Materiales y métodos
- Resultados
- Discusión
- Referencias
- Tablas, leyendas de las figuras, figuras
- Permiso para reproducir todo material previamente publicado y permiso de pacientes para publicar fotografías.

Atentamente se les solicita a los autores que se aseguren que sus artículos han sido escritos en Español idiomáticamente correcto y que los errores de mecanografía han sido eliminados cuidadosamente.

Manuscritos deben ser enviados o entregados a:

Comité Editorial - Acta Médica Costarricense
Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
Apdo 548-1000, San José, COSTA RICA.