

Polimorfismos en el gen del factor VII y factor XIII y el riesgo de infarto agudo del miocardio en pacientes costarricenses

Lizabeth Salazar-Sanchez, Lilliana Chaves-B, Mayra Cartin- Brenes, Falko H Herrmann

CIHATA, Universidad de Costa Rica.

Objetivos: Determinar la prevalencia de polimorfismos del FVII y FXIII Val34Leu, en pacientes con IAM. Determinar la asociación entre estos polimorfismos y el riesgo del IAM en pacientes costarricenses.

Métodos: Se estudiaron 186 pacientes con IAM documentado y 201 controles sin historia de enfermedad cardiovascular. Se realizó un estudio de casos y controles. Los estudios de biología molecular para determinar los polimorfismos FXIII Val34Leu; FVII IVS7, FVII R353Q, se realizaron según técnicas descritas previamente. Además, se recolectaron datos demográficos y clínicos de los pacientes. Esta investigación siguió los lineamientos de bioética institucional.

Resultados y Conclusiones: El promedio de edad de los pacientes fue de 46,2 años (147 hombres/39 mujeres), y de los controles fue de 46 años (141 hombres/60 mujeres). El cuadro 1, indica la prevalencia de los polimorfismos que tanto en pacientes como controles. Se observa que el fenotipo Leu/Leu es más frecuente en controles que en los pacientes, y tras el ajuste de factores de riesgo cardiovascular, se demostró que era un factor protector para el desarrollo del IAM. Los factores de riesgo tradicionales como el fumado, obesidad, hipertensión y niveles aumentados de fibrinógeno, fueron estadísticamente significativos.

En relación con los polimorfismos en el FVII, se encontraron en el FVII IVS, nuevas variantes* (4 y 8 en los controles), no descritas. Pero ninguno de los 2 polimorfismos del FVII, se encontraron asociados como factores de riesgo para IAM. El FXIII Val34Leu, ha sido descrito como un polimorfismo facilita la activación del factor XIII, durante la fase final de la coagulación, incrementando y acelerando la estabilización de la fibrina, confiriendo más resistencia ante la fibrinólisis. Paradójicamente, se considera que tiene un papel protector para trombosis tanto venosa como arterial. Recientemente, se ha analizado su posible influencia en la respuesta al tratamiento fibrinolítico en el IAM prematuro. Nuestros datos incrementan el interés de este polimorfismo en el IAM y consideramos importante valorar la presencia del FXIII Val34Leu, para determinar su influencia en los pacientes que fueran sometidos a terapia antifibrinolítica.

Polimorfismo	casos	controles	Odds ratio (95%CI)	p
FVII IVS 7*				
Aa	21(13,2%)	13(8,4%)		
Ab	69(43,4%)	71(45,8%)		
Bb	69(43,4%)	71(45,8%)	0,60 (0,26-1,38)	0,193
FVII R353Q				
RR	130(78,3%)	119(71,7%)		
RQ	35(21,2%)	46(27,7%)		
QQ	1(0,5%)	1(0,6%)	0,81 (0,61-1,08)	0,729
FXIII VAL34LEU				
ValVal	104(59,8%)	101(51,3%)		
Val Leu	62(35,6%)	72(36,5%)		
LeuLeu	8(4,6%)	24(12,2%)	0,66 (0,47-0,93)	0,01

Anticuerpos anticardiolipina, B2G-glicoproteína-1 y anticoagulante lúpico asociado con pérdidas gestacionales en pacientes costarricenses

Lizbeth Salazar-Sanchez¹, María Paz León-Bratti², Ileana Holst-S¹, Mayra Cartín-Brenes^{1,4}, Fernando Madrigal-Cordero¹ *et al.*

¹CIHATA, Universidad de Costa Rica. ²Servicio de Inmunología, Hospital México. ³Servicio de Ginecología, Hospital Max Peralta, Cartago. ⁴Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica

Anticuerpos anticardiolipina (ACA), anticuerpos anti beta2-glicoproteína-1 (anti-b2GPI) y anticoagulante lúpico (AL) han sido asociados con problemas gestacionales y trombosis. Estos anticuerpos son marcadores específicos del Síndrome Antifosfolípidos (SAF).

Objetivo: Determinar la prevalencia de SAF como causa de pérdidas fetales. Determinar la implementación de nuevos parámetros diagnóstico (anti-b2GPI) según las recomendaciones internacionales, en las pacientes donde se desconoce la causa y se sospecha de un SAF.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo-transversal, determinando la prevalencia de ACA, anti-b2GPI y AL en 41 pacientes con pérdidas gestacionales provenientes de centros hospitalarios de la Caja Costarricense del Seguro Social y controles sin historia de abortos recurrentes. Los anti-b2GPI y ACA se midieron por la técnica de ELISA, ya descritas. AL fue confirmado según los lineamientos propuestos por el Subcomité de Estandarización de la Sociedad Internacional de Hemostasia y Trombosis. Se recolectaron datos demográficos y clínicos de los pacientes.

Resultados y Conclusiones: El promedio de edad fue de 42,10 años, las pacientes presentaron más de una pérdida gestacional. El promedio de los niveles de ACA IgG fue de 12,90 (1-35) UGPL. Los pacientes con niveles moderados-altos (≥ 20 UGPL) representaron el 12,2% y a la vez un 36,5% presentaron niveles discretamente elevados ($\geq 15 \leq 19$ UGPL). En el caso de los IgM el promedio de los pacientes fue de 11,63(1-78) UMPL y títulos elevados (≥ 20 UMPL) se encontraron en 14,6% de los pacientes y 2,4% presentaron niveles discretamente elevados ($\geq 15 \leq 19$ UMPL). En relación con los anti-b2GPI, el promedio de IgG fue 3,58 (1-19) UGPL, el 6,46% de los pacientes presentaron títulos elevados ($\geq 15 \leq 19$ UGPL). La media del IGM anti-b2GPI, fue 9,13(1-70) UMPL y a la vez un 3,3% presentaron valores elevados ($\geq 15 \leq 19$ UMPL) y realmente elevados (≥ 20 UMPL) 12,9%. LA fue confirmado en dos pacientes. Se encontró significancia estadística en relación a los controles, con una p 0,004 y un OR 9,29, indicando una fuerte asociación de riesgo de abortos y la presencia de anticuerpos tipo IgM contra la B2glicoproteína. Estos resultados fortalecen la hipótesis sobre la asociación de anti-b2GPI y LA con pérdidas gestacionales en los pacientes estudiados. Este es el primer reporte en Centroamérica sobre la asociación de marcadores de SAF, en especial los anti-B2glicoproteína con pérdidas fetales.

Trece años de Dengue en Costa Rica

Lisette Navas-Alvarado, Xiomara Badilla-Vargas, Roy Wong-McClure

Subárea de Vigilancia Epidemiológica, Caja Costarricense Seguro Social

Objetivo: Analizar las tendencias del Dengue Clásico y Dengue Hemorrágico y caracterizar los cambios epidemiológicos en el territorio nacional. (1993-2005).

Materiales y métodos: Se realiza un estudio descriptivo sobre las tendencias del dengue en Costa Rica. Se analizan registros de notificación obligatoria, MINSA (1993-2005), egreso hospitalario, C.C.S.S., 1993-2005 (CIE-9= A61, A65.4 y CIE10= A90, A91). Se utilizaron estimaciones de población censo 2000, y desuniones de INEC. Los datos se agruparon en 3 periodos (P1=1993-1997, P2=1998-2001 y P3=2002-2005) y cantones por ruralidad según clasificación C.C.P. Se calculó incidencia por edad, sexo, cantón, y período, letalidad, tasa de hospitalización, estancia hospitalaria y medias móviles. Se calculó incidencia por grupo étnico y período. Se calculó RR e IC95% por sexo y edad por período.

Resultados: Se notificaron 144.316 casos (Incidencia= 3841,5 por 100.000h), letalidad 0,005% (n=8), 14.852 egresos hospitalarios [14.100 DC y 752 DH (5%)]. El 53 % de los egresos fueron mujeres. El análisis por periodos determinó disminución de la razón de femeneidad (2:1, 1,3:1, 1:1 respectivamente, $p < 0,001$). El análisis por grupo étnico y período, muestra incremento de tasas en >40 de años a expensas del sexo masculino ($TI_{p1} = 6,4$, $TI_{p2} = 55,6$ $TI_{p3} = 307,4$ por 100.000 habitantes; $RR = 3,56$; $IC_{95\%} (3,26-3,90)$ y $RR = 16,62$; $IC_{95\%} = (15,21-17,95)$). La tasa de hospitalización aumentó a partir del año 2000 ($TH_{p1} = 1,54\%$; $TH_{p2} = 10,5\%$; $TH_{p3} = 14,9\%$, sin variaciones en la estancia promedio ($E = 3d$). Los serotipos circulantes fueron DEN3 y DEN1 en P1, DEN2 y DEN3 en P2 y DEN1 en P3. El análisis temporal mostró patrón estacional (julio-septiembre). La distribución geográfica inició en la zona urbana bajura (P1), avanzando a la zona rural bajura (P2) y sumándose la zona valle central urbana y valle central rural (P3).

Conclusiones: El Dengue en Costa Rica disminuyó la brecha entre hombres y mujeres, mostrando un aumento en los mayores de 40 años. Con la introducción de DEN2 se incrementan las hospitalizaciones sin variaciones en la estancia hospitalaria. Se identificaron zonas endoepidémicas en las regiones costeras del Pacífico y Atlántico. No hay aumento en la letalidad ni en la proporción de DH.

Características epidemiológicas de los pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides incluidos en protocolo de tratamiento con I131 en el Hospital San Juan de Dios

Chih Hao Chen-Ku, Eduardo Rodríguez-Caldera, Alejandro Cob-Sánchez, Carlos Fonseca-Zamora, Max Gurdíán-Astuá, Luis Espinoza-Brilla, et al.

Servicio de Endocrinología, Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense de Seguro Social.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas de los pacientes portadores de carcinoma diferenciado de tiroides que serán sometidos a tratamiento con I¹³¹ en el Hospital San Juan de Dios

Materiales y métodos: Este es un estudio descriptivo prospectivo. Los datos se obtienen de una base de datos que se está llevando en la Clínica de Tiroides del Hospital San Juan de Dios que inició el 1 de agosto del 2005. En esta base de datos se incluyen datos epidemiológicos, tratamiento y evolución de la enfermedad. Para el presente reporte se utilizaron únicamente los datos epidemiológicos de los pacientes incluidos entre el 1 de agosto 2005 y el 31 de julio 2006. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS 8.0

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes para protocolo de tratamiento con I¹³¹, para un promedio de 4.6 pacientes por mes. La distribución por sexo es 48 mujeres (85.7%) y 8 hombres (14.3%). El promedio de edad es 40.44 años, con un rango de edad entre 16 y 75 años. El promedio de edad en hombres es de 37 años y en mujeres es de 41.02 años, diferencia no estadísticamente significativo ($p=0.442$).

En el 69.6% de los pacientes se les realizó inicialmente una tiroidectomía total bilateral, 10.7% tiroidectomía total en 2 tiempos y 17.9% tiroidectomía total con disección radical modificada. 1 paciente (1.8%) se le realizó una tiroidectomía subtotal.

El tamaño tumoral promedio es de 2.03 cm con un rango entre 0.5 y 6.5 cm. 44.6% tenían tamaño menores a 1.5 cm, por lo que se incluyen a protocolo por otros criterios y 55.4% con tamaño mayor a 1.5 cm.

Dentro de las características histológicas, 28.6% tienen invasión linfática, 44.6% invasión de cápsula, 37.5% invasión vascular, 39.3% con metástasis ganglionares, 39.3% con multifocalidad, 30.4% tienen invasión extratiroidea y 1.8% con metástasis a distancia. En las variantes histológicas, 78.6% tienen la variante de carcinoma papilar clásico, 14.3% carcinoma folicular, y 5.4% carcinoma papilar variante células altas.

Conclusiones: Los pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides que ingresan para protocolo de tratamiento con I¹³¹ son predominantemente mujeres, de edad media, con un tamaño tumoral de 2 cm y la mayoría reciben la tiroidectomía total bilateral como modalidad quirúrgica inicial.

Característica histológica	<1.5 cm	>1.5 cm	p
Invasión linfática	20%	35.7%	.731
Invasión cápsula	48%	42.9%	.540
Invasión vascular	28%	42.9%	<0.001
Invasión ganglionar	28%	50%	<0.001
Multifocalidad	52%	25%	<0.001
Invasión extratiroidea	36%	25%	0.001

Acromegalia en el Hospital "Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia"

Maricel Quirós-Campos, Marcela Gamboa-Vargas, María Dolores Fernández-Olaechea, Juan Carlos Agüero-Zamora, et al.

Servicio de Endocrinología del Hospital Calderón Guardia, Caja Costarricense de Seguro Social

La acromegalia es una entidad hipofisiaria poco frecuente que requiere de sospecha diagnóstica temprana por las consecuencias cardiovasculares que conlleva.

Con el fin de mejorar nuestra estadística nos dimos a la tarea de revisar los casos de acromegalia que siguen control en el Servicio de Endocrinología del Hospital Calderón Guardia para valorar la evolución de estos pacientes a lo largo de los últimos 20 años, incorporando nuevos criterios diagnósticos y terapéuticos.

Se utilizaron los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de acromegalia los cuales fueron resumidos en hojas de Excel y luego procesados para tabulación de datos y resultados.

Se han registrado 25 pacientes acromegálicos bien documentados por clínica, HGH elevada, CTG con HGH, IGF1 elevado y TAC de silla turca o RMN., 12 varones, 13 mujeres. La distribución por edad al momento del diagnóstico fue de 13 pacientes entre los 30 y 50 años, 3 menores de 30 y 9 mayores de 50. Se registraron 10 microadenomas y 15 macroadenomas. Los valores de HGH al momento del diagnóstico estuvieron entre 11 y 30 ng/ml en el 40% de los pacientes. De los 25 pacientes 18 recibieron tratamiento quirúrgico con hipofisectomía transesfenoidal en todos los casos, uno pendiente de cirugía. De los pacientes operados 9 presentaron complicaciones (diabetes insípida en 3, fistula LCR en 3, una crisis convulsiva, angor inestable y neuromeníngeo) que fueron transitorias y oportunamente resueltas. En el grupo de pacientes operados 6 presentan criterios de curación después de la cirugía (4 macro y dos microadenomas) los restantes 12 han requerido otras opciones terapéuticas como bromocriptina en 11 de ellos y actualmente tenemos 9 pacientes con octreotido. De los pacientes que fueron operados solamente dos fueron remitidos a radioterapia convencional.

Conclusiones: el diagnóstico de acromegalia se está haciendo tardío, la importante labor del médico general en el trabajo diagnóstico temprano, se debe resaltar la curación de pacientes operados en el Hospital Calderón Guardia con abordaje transesfenoidal realizadas por nuestros neurocirujanos, así como la mejoría de las manifestaciones clínicas y cardiovasculares en pacientes tratados con octreotido quienes a pocos meses de iniciado el tratamiento presentan normalización de HGH e IGF1.

Características epidemiológicas y estado actual de acromegálicos controlados en el servicio de Endocrinología del Hospital San Juan de Dios

Chih Hao Chen-Ku, Eduardo Rodríguez-Caldera, Alejandro Cob-Sánchez, Gabriela Muñoz-Gabayet, María Elena Rivas-Gutiérrez, Fernando Andrés-Jiménez, et al.

Servicio de Endocrinología, Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense Seguro Social.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas y el estado actual del tratamiento de los pacientes acromegálicos en el Hospital San Juan de Dios

Materiales y métodos: Estudio descriptivo prospectivo. Los datos se obtienen de una base del Servicio de Endocrinología del Hospital San Juan de Dios que forma parte del Registro Centroamericano y del Caribe de Acromegalia, que inició en mayo del 2005. Se incluyen datos epidemiológicos, tratamiento y evolución de la enfermedad. Para el presente reporte se utilizaron únicamente los datos epidemiológicos de los pacientes incluidos entre el mayo 2005 hasta el 20 de agosto del 2006. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS 8.0

Resultados: En el Servicio de Endocrinología ha habido un total de 25 pacientes con acromegalia, 24 pacientes vivos actualmente. 13 pacientes (52%) son hombres. 64% viven en San José, 20% Puntarenas, 12% Alajuela y 4% Cartago. 40% tienen escolaridad primaria, 24% secundaria y 20% universitaria. Dentro de los síntomas iniciales de presentación, los más frecuentes fueron: 60% cefalea, 60% prognatismo, 84% crecimiento acral, 40% prominencia de arco ciliar, 76% crecimiento nasal, 52% crecimiento de labios, 52% sudoración. 96% tienen diagnóstico de acromegalia y 4% gigantismo. En etiología 96% tienen adenomas hipofisarios (80% macroadenomas) y 4% secreción ectópica. Tratamiento 88% han recibido hipofisectomía, 68% radioterapia, 48% bromocriptina y 40% octreotido. Actualmente cumplen criterios de curación 32%, que tengan hormona de crecimiento e IGF-1 altos el 40% de pacientes mientras que los otros cumplen sólo 1 de los parámetros de control. Con respecto a morbilidades asociadas, 72% tienen hipopituitarismo, 20% diabetes mellitus, 24% hipertensión arterial, 24% osteoartrosis, 28% dislipidemia, 28% tiroidopatía y 8% tienen una malignidad asociada.

Conclusiones: En nuestra población, la acromegalia se presenta con igual frecuencia en ambos sexos, los síntomas más frecuentes son cefalea y cambios físicos asociados. La mayoría corresponden a macroadenomas hipofisarios siendo la terapia inicial de elección la cirugía. El 32% cumplen criterios actuales de curación.

Análisis de abordaje del cáncer gástrico en Costa Rica

Roy Wong Mc-Clure, Xiomara Badilla-Vargas, Walter Vega-Gómez

Centro de Detección Temprana de Cáncer Gástrico, Hospital Max Peralta, Caja Costarricense de Seguro Social.

Objetivo: Comparar la sobrevida de los pacientes tratados en el Centro de Detección Temprana de Cáncer Gástrico en relación con los tratados en los hospitales generales de categoría nacional y los factores condicionantes en la misma en el periodo comprendido entre 1996 y el 2003.

Materiales y Métodos: Se estudiaron pacientes con cáncer gástrico confirmado por patología y que recibieron tratamiento entre enero de 1996 y diciembre de 2003 en los hospitales nacionales, dividiéndose en tres grupos de comparación. Las características propias de la neoplasia y del abordaje fueron estudiadas así como la sobrevida a los 60 meses del diagnóstico.

Resultados: El cáncer gástrico presentó una mayor frecuencia en el sexo masculino y con una edad de presentación promedio cercana a los 60 años. Se determinó que el sexo, las localizaciones comprometidas, la resección ganglionar, profundidad tumoral, las metástasis y el estadio, influyeron en la mortalidad ($p \leq 0.05$). El análisis de sobrevida evidenció significativa diferencia en beneficio a los pacientes pertenecientes al proyecto del CDTCG (Log-rank: 23.1, $p < 0.001$) y que el análisis multivariado, evidenció que el estadio de la enfermedad al diagnóstico y el tipo de linfadenectomía son los factores asociados ($p \leq 0.05$).

Discusión: La mejora en la sobrevida de los pacientes con cáncer gástrico fue evidente en el grupo perteneciente al proyecto del CDTCG, en relación a los otros grupos de comparación. Esta condición se presenta por un diagnóstico temprano y la utilización del tipo de linfadenectomía D2, tal y como se ha descrito en la literatura.

Conclusión: Para ofrecer una mayor sobrevida en los pacientes con cáncer gástrico en Costa Rica debe de realizarse por medio implementación de programas de detección temprana independientemente del centro de atención de la enfermedad o el abordaje de tratamiento.

Intervención en Prevención secundaria en pacientes del programa de Rehabilitación cardiaca, Hospital San Vicente de Paul

Andrés Benavides-Santos, Hilda Loáisiga-Ledezma, Mario Bolaños-Arrieta, Gerardo Serrato, Flor María Barrantes, Luciano Ortiz-García, et al.

Servicio de Cardiología, Hospital San Vicente de Paúl, Caja Costarricense de Seguro Social

Justificación: La enfermedad cardiocirculatoria representa la primera causa de muerte en nuestro país, alcanza aproximadamente la tercera parte de la mortalidad general, y la enfermedad aterosclerótica representa la mayoría de la mortalidad en este grupo. Conscientes de la importancia de la participación de los factores de riesgo mayor de carácter modificable en enfermedad arterial coronaria, la prevención del tabaquismo, la hipertensión arterial, la dislipidemia, la diabetes mellitus y la obesidad, representan pilares fundamentales en la prevención secundaria en todo programa de rehabilitación cardiaca y repercuten en la prevención primaria en población general.

Objetivo: Nuestro objetivo en esta parte del estudio General intentó medir la participación, de los distintos factores de riesgo modificables presentes al inicio del proceso de rehabilitación, la conciencia de los pacientes sobre la responsabilidad individual y colectiva de estos factores de riesgo como generadores de enfermedad, el comportamiento de cada una de ellas respecto a elementos de control objetivos y la importancia de la modificación de los factores de riesgo en la prevención.

Material y Métodos: Planteamos esta intervención diagnóstica observatoria programada transversal, sin grupo control de la totalidad de la población 330 pacientes, con más de seis meses de estar incluidos por consecuencias de enfermedad arterial coronaria, en el programa de rehabilitación cardiaca de nuestro hospital en octubre del 2005. Utilizamos un instrumento mixto de recolección de información constituido por encuesta supervisada, complementado con medición de variables cuantificables bioquímicas y antropométricas, analizadas con estadística descriptiva y correlación de variables, con regresión.

Resultados: Encabezaron la participación como factores de riesgo en nuestros pacientes 71% Hipertensión Arterial, 71% Sobrepeso y Obesidad, 69% Dislipidemia, 44.5% antecedentes familiares, 34% fumadores y 34% eran diabéticos.

La conciencia de la responsabilidad de estos factores como generadores de enfermedad fue excelente 2.87/3 para tabaco, 2.94/3 para HTA, 2.88/3 para diabetes, 2.91/3 para dislipidemia y 2.91/3 para obesidad, también fue bueno el conocimiento en 87% de los pacientes de que la modificación de los factores de riesgo repercute en prevención de enfermedad.

La identificación antitabaco es buena y consistente pero en los otros factores de riesgo consideramos que la interiorización, e identificación con ese conocimiento no es profunda ni adecuada porque solo 29% de los pacientes cumplen meta de IMC menor a 25, de que no correlaciona IMC con el conocimiento de la responsabilidad del sobrepeso en enfermedad. De los pacientes hipertensos el 96% conocían el valor de su última toma de presión arterial, pero el 31% desconocían su tratamiento, y el promedio de IMC en los pacientes hipertensos estaba en sobrepeso 27.78. De los pacientes diabéticos 80% conocían su tratamiento, pero 61% desconocían el valor de su última glicemia, y el promedio de IMC en los pacientes diabéticos estaba en sobrepeso 27.32. Se muestran también resultados de los parámetros antropométricos y bioquímicos.

Conclusión: Consideramos que la prevención secundaria requiere una calidad de conocimiento más profundo al observado, pero sobre todo interiorizado y personalizado, confrontado periódicamente con metas claras y cuantificables conocidas por el paciente, y recordadas por los funcionarios de rehabilitación.

Presentación clínica inicial de pacientes con enfermedad de Addison en el Hospital San Juan de Dios

Chih Hao Chen-Ku, Paula Wang-Zúñiga

Servicio de Endocrinología, Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense de Seguro Social

Objetivo: Presentar las manifestaciones clínicas de los últimos 4 pacientes que se han presentado con Enfermedad de Addison en el Servicio de Endocrinología del Hospital San Juan de Dios.

Materiales y métodos: Estudio de serie de casos, descriptivo y prospectivo. Los datos se obtienen de la revisión de los expedientes clínicos de estos 4 pacientes vistos en el Servicio de Endocrinología del Hospital San Juan de Dios. De estos expedientes se obtuvieron los datos principalmente clínicos y de laboratorio de la presentación clínica inicial.

Resultados:

Caso 1: paciente masculino de 16 años, quien consultó por cuadro de astenia, adinamia, náuseas, vómitos, pérdida de peso, cansancio, e hiporexia de 2 meses de evolución. Además, había estado en control en clínica periférica por anemia hipocrómica microcítica refractaria al tratamiento con hierro. Al ingreso presentó neutropenia, hiponatremia, hiperkalemia e hipoglicemia. El ACTH inicial estaba en 118 pg/ml y cortisol sérico <1 ug/dl

Caso 2: Femenina de 33 años, con cuadro de año y medio de astenia, adinamia, malestar general, dolor epigástrico y vómitos ocasionales, con pérdida de peso de 15 kg e hiperpigmentación facial, fatiga de mínimos esfuerzos e hipotensión. Presenta amenorrea de 3 años de evolución. Se presentó al servicio con cortisol sérico <1 ug/dl y ACTH 34.9 pg/ml. Resto de laboratorios están dentro de límites normales.

Caso 3: femenina de 40 años quien ingresa al hospital con historia de pérdida de peso de 22 kg en los últimos 3 meses asociado a dolor abdominal en hipocondrio derecho, astenia, adinamia, anorexia, vómitos matutinos, parestesias en manos y piernas, disuria y polaquiuria y mialgias generalizadas. Al examen físico, presentaba ortostatismo e hiperpigmentación. Los laboratorios iniciales mostraron hiperkalemia con hiponatremia y anemia microcítica normocrómica, ACTH séricos iniciales en 971 pg/ml y cortisol sérico <1.0 µg/dl

Caso 4: femenina de 42 años con cuadro de 4 meses de evolución de pérdida de peso de 12 kg asociado a hiperpigmentación de piel y mucosas que ha aumentado progresivamente, diarrea, cansancio, insomnio, avidez por la sal, astenia y adinamia. Las pruebas de laboratorio de base mostraron un nivel de ACTH sérico en 3140 pg/ml y cortisol sérico en < 1.00 µg/dl

Conclusiones: Los cuatro casos tienen en común una historia larga de pérdida de peso, astenia, adinamia e hiperpigmentación. La mayoría fueron vistos por atención primaria en algún momento por lo que es importante tener presente la posibilidad de diagnóstico de insuficiencia suprarrenal en estos casos, aunque sean poco frecuentes.

Morbi-mortalidad de apendicitis aguda en el Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" en el 2005

María Gabriela Jiménez-Méndez, Carlos Chacón-Fernández, Andrés Castrillón-Gómez.

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, Caja Costarricense de Seguro Social.

Objetivos: Apendicitis Aguda es la patología quirúrgica de emergencia más frecuente en niños. Se clasifica en no perforada (Grado I: eritema, y II: absceso intraluminal y fibrina) y perforada (Grados III: peritonitis localizada y IV: peritonitis generalizada). El objetivo principal del trabajo es determinar la morbi-mortalidad de esta patología.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo, de enero a diciembre de 2005, de pacientes ingresados con el diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda y operados en el Hospital Nacional de Niños.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 719 pacientes operados, 60% varones; de 6 meses a 15 años, promedio de 8. Media mensual de 60 apendicectomías. Un 3.8% no fueron apendicitis; tasa de perforación 29.5%, de éstas el 54% en el grupo de 1-4 años. Complicaciones en general abarcaron el 14.6%; 1.5% en las no perforadas, y 27.6% y 64.5% en las III y IV respectivamente. En las perforadas, absceso de la herida, 12% y absceso intraabdominal, 25%. Apendicectomías laparoscópicas: 17, con 5.9% de complicaciones. Estancia promedio de 2.2 días para las no perforadas y 7.2 días para las perforadas. No hubo mortalidad; los reingresos, reintervenciones y el abdomen abierto fueron < 1% cada una. Se encontró divertículo de Meckel en 2.2%.

Conclusión: Los resultados están acorde con lo reportado en la literatura. El alto índice de infección posoperatoria se podría atribuir a: diagnóstico tardío de la patología, técnica empleada, apenas inicia la laparoscopia en el HNN, en el futuro podría representar una disminución de tales complicaciones, fallas técnicas, por ser un hospital académico. Se debería comparar si existe diferencia significativa entre asistentes y residentes.

Lesiones fibroóseas benignas de los huesos cráneomaxilofaciales

Adriana Rojas-Madrigal, José Francisco Dittel-Jiménez

Servicio de Cirugía Máxilofacial, Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, Caja Costarricense de Seguro Social.

Objetivo: Analizar los diferentes tipos de lesiones fibroóseas benignas estudiando su comportamiento clínico, radiológico e histopatológico, utilizándolo como base diagnóstica de un caso clínico del Servicio de Cirugía Máxilofacial del Hospital Nacional de Niños.

Materiales y métodos: Mediante el estudio de la evolución clínica, radiológica e histopatológica del caso clínico, y con base a una amplia revisión bibliográfica de literatura y caso reportado sobre lesiones fibroóseas benignas, se discuten los diagnósticos presuntivos y se define el tratamiento oportuno para el caso en estudio.

Resultados: Las lesiones fibroóseas benignas se clasifican en: displasia fibrosa, displasia cemento-ósea y neoplasias fibroóseas. En relación al caso en análisis, la paciente presentaba hallazgos clínicos y radiológicos compatibles con el diagnóstico de una displasia fibroósea o un fibroma osificante. La histopatología de la biopsia insicisional reportó una displasia fibrosa, y posteriormente la biopsia excisional reportó un fibroma osificante (neoplasia fibroósea), el cual fue el diagnóstico definitivo.

Conclusiones: El diagnóstico de una lesión fibroósea es un dilema para los clínicos y patólogos, debido a la similitud en el origen y apariencia radiológica e histopatología de estas enfermedades. Para poder clasificar el tipo de lesión es necesario tomar en cuenta la clínica, los estudios radiológicos e histológicos. A pesar del buen pronóstico que presentan estas lesiones, un diagnóstico tardío podría hacer que sean necesarias cirugías radicales.

Comparación de la eficacia y seguridad de la amikacina, administración única diaria contra tres dosis diarias en pacientes pediátricos con apendicitis aguda grado III y IV

Víctor Hugo Pérez-Herra¹, Desirée Sáenz-Campos², Carla Odio-Pérez¹, Zahira Tinoco-Mora²

Farmacoterapia, Caja Costarricense de Seguro Social.

Objetivos: Comparar dos regímenes de tratamiento en niños con apendicitis perforada. El control recibió la amikacina cada 8 horas (MDD) y el experimental la dosis total cada 24 horas (ODD).

Materiales y métodos: Ensayo clínico por intención, aleatorizado, controlado y doble ciego. Se incluyeron 100 niños, 50 por grupo de tratamiento que fueron evaluados regularmente desde el punto de vista clínico (temperatura axilar, leucograma, PCR), toxicidad renal (creatinina), toxicidad auditiva (audiometrías basales y control), complicaciones infecciosas (abscesos de pared abdominal e intraabdominales) y cinética estacionaria de la amikacina.

Resultados: Se demostró que el régimen ODD fue más eficaz que el MDD, ya que los pacientes en el régimen MDD tuvieron una incidencia mayor de abscesos intraabdominales RR 2.67 IC 95% (0.7-9.4) y fallas terapéuticas RR 3 IC 95% (0.64-14.2). También se demostró que con el régimen MDD se alcanzaron C_{max} subterapéuticas de amikacina porque el promedio de las mismas fue < 25 µg/mL, mientras que el grupo ODD tuvo C_{max} > 40 µg/mL. No hubo diferencias significativas en toxicidad renal y coclear entre ambos regímenes.

Conclusiones: En niños con apendicitis perforada el régimen de tratamiento de ODD de amikacina es más efectivo que el MDD, ambos son igualmente seguros. El HNN debe adoptar el régimen de ODD ya que minimiza costos, simplifica la administración, es seguro y más eficaz.

Técnicas de "Contraste" en ecocardiografía como ayuda en pericardiocentesis de emergencia

Mauricio Artiñano-Ferris, Mariana Azofeifa-Porras, Oscar Monge-Navarro

Servicio de Terapia Intensiva, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

Objetivo: Revisar la técnica de uso de solución salina agitada como medio de contraste para verificar colocación de un catéter de Pericardiocentesis en procedimientos de emergencia.

Material y Métodos: Se reportan dos casos de pericardiocentesis realizadas en condiciones de extrema urgencia, en las cuales se utilizó la inyección de solución salina agitada como "medio de contraste ultrasonográfico" para verificar la ubicación del catéter.

Caso 1: Femenina de 52 años con antecedentes de reemplazo mitral mecánico 3 semanas antes con ACFA y anticoagulada. Consultó por disnea progresiva y debilidad generalizada. Una Rx de tórax mostró importante "cardiomegalia", laboratorio reportó INR en infinito. Requirió soporte ventilatorio. Empeoró con hipotensión con venas yugulares distendidas. Ecocardiograma mostró derrame pericárdico masivo (anular). Se procedió entonces a pericardiocentesis. La primera punción drenó 500 cc de sangre que no coagulaba, pero el Eco no mostraba disminución del derrame ni la paciente mejoraba. Se realizó inyección de suero salino batido, evidenciando "ecos" en cavidades izquierdas y no en pericardio por lo que se retiró. La paciente requirió masaje externo por disociación electro-mecánica. Con ecocardiografía en tiempo real se realizó nueva pericardiocentesis guiada por U/S logrando drenaje adecuado y mejoría clínica. Nueva administración de solución salina agitada comprobó adecuada posición del catéter. Se revirtió anticoagulación con plasma y concentrado protrombínico, y se internó paciente a la UTI. Evolucionó satisfactoriamente.

Caso 2: Femenina de 39 años con Cáncer de mama avanzado. 8 meses antes de su admisión el 25/8/06 fue diagnosticada con "adenocarcinoma ductal infiltrante" de mama izquierda. En esos meses recibió 4 ciclos de quimioterapia y radioterapia sin mayor respuesta. No tuvo resección quirúrgica. 15 días antes inició disnea progresiva hasta el reposo, tos no productiva y fatiga. Una radiografía de tórax mostró "cardiomegalia". Un ecocardiograma evidenció derrame pericárdico masivo con taponamiento cardíaco. Se realizó pericardiocentesis guiada por ultrasonido corroborando colocación intrapericárdica del catéter con "solución salina agitada". Drenó 1100 ml de líquido hemorrágico enviado para análisis. Tuvo mejoría clínica inmediata.

Resultados: En ambos casos se resolvió exitosamente el taponamiento cardíaco. El uso de "medio de contraste" como complemento del ecocardiograma fue salvador en el caso de punción ventricular.

Conclusiones: La técnica de inyección de solución salina agitada es sencilla y agrega información muy valiosa al ecocardiograma, creando "ecos" transitorios en el sitio inyectado.

Concluimos que la solución salina agitada debe usarse en pericardiocentesis como "medio de contraste" para demostrar que la ubicación del catéter es en la cavidad pericárdica.

Quimioterapia intrapericárdica en derrame pericárdico maligno. Primer caso reportado en Costa Rica y revisión de la literatura

Mauricio Artiñano-Ferris, Marjorie Obando-Elizondo, Oscar Monge-Navarro.

Servicio de Terapia Intensiva, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

Objetivos: Reportar el primer caso de Pericardiodesis con Bleomicina en una paciente con derrame pericárdico maligno (DPM), realizado en Costa Rica.

Revisar la literatura que respalda este procedimiento.

Material y Métodos:

Resumen del Caso: Femenina de 39 años con Cáncer de mama avanzado, tratada en el Servicio de Oncología del Hospital México, CCSS. Ocho meses antes de su admisión el 25/8/06 fue diagnosticada con "adenocarcinoma ductal infiltrante" (receptores hormonales y Her2 negativos) de mama izquierda. En esos meses recibió 3 líneas tratamiento de quimioterapia y radioterapia sin respuesta. No tuvo resección quirúrgica, 15 días antes inició disnea progresiva hasta el reposo, tos no productiva y fatiga. Una radiografía de tórax mostró "cardiomegalia". Un ecocardiograma evidenció derrame pericárdico masivo con taponamiento cardíaco. Se realizó pericardiocentesis guiada por ultrasonido drenando 1100 ml de líquido hemorrágico enviado para análisis. Tuvo mejoría clínica inmediata. Se fijó catéter para drenaje a gravedad. Cuatro días después reportaron citología "Positiva por adenocarcinoma". Se procedió a la administración de 30 mg de bleomicina mediante instilación pericárdica, retirando el catéter un día después. La paciente toleró el procedimiento sin complicaciones. 14 días después de la pericardiodesis no había reproducido derrame pericárdico. Continúa manejo paliativo en Consulta Externa con importante mejoría clínica.

Resultados: Logramos resolver el taponamiento cardíaco de la paciente con la pericardiocentesis guiada por ecocardiografía. Después de demostrar la etiología maligna del derrame y antes de retirar el catéter pericárdico, instilamos Bleomicina en esta cavidad, logrando eliminar el derrame por lo menos durante su período de hospitalización.

Conclusiones: Investigado este procedimiento encontramos que no ha sido utilizado antes en el país. Lo reportamos pues representa una alternativa sencilla y de bajo costo; evita recurrencias, procedimientos adicionales, y hospitalizaciones en pacientes con DPM, mejorando sobrevida y calidad de vida, sin que se reporten mayores complicaciones.

El procedimiento tiene respaldo en la literatura médica y no requiere de acciones adicionales excepto por la instilación del fármaco antes del retiro del catéter. La pericardiodesis descrita, tiene además ventajas sobre la ventana pericárdica quirúrgica asociada a mayor morbilidad.

Proponemos entonces la Pericardiodesis con Bleomicina, como un procedimiento complementario a la pericardiocentesis en pacientes con DPM.

Absceso pulmonar, dilemas y controversias en el abordaje quirúrgico a propósito de un caso.

Edwin Manuel Alvarado-Arce, Eduardo Induni-López, Kattia Rodríguez-Cortes, Omar Castillo-Aldeano, Juan Pucci-Coronado, Longino Soto-Pacheco.

Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

Objetivo: Hacer énfasis en lo difícil y controversial de la toma de decisión para el tratamiento definitivo, ya sea médico o quirúrgico, de una patología cada vez menos frecuente como lo es el absceso de pulmón, tomando en cuenta la presentación de un caso clínico que requirió de una lobectomía superior derecha en un paciente bastante joven, generando una discusión acerca de cuándo es el momento exacto para ofrecer un abordaje quirúrgico oportuno.

Presentación de Caso Clínico: Paciente masculino de 20 años, vecino de Cañas, Guanacaste, salomero. APP: Asma bronquial desde la infancia sin crisis desde hace 5 años. Fumador 1 paquete por día por 6 años quien consultó por presentar cuadro de 15 días de evolución de tos persistente con expectoración amarillenta, fiebre hasta 38.5°C, y disnea en reposo que fue tratada como bronconeumonía en el Hospital de Liberia. Debido al deterioro progresivo en el cuadro clínico e imagen radiológica que demostró imagen redondeada con nivel hidroaéreo en el hemitórax derecho después del tratamiento triasociado por 17 días con Penicilina, Gentamicina y Clindamicina se envía TAC que demuestra un absceso pulmonar complicado LID 12 x 10 x 7 cm. de diámetro por lo cual fue referido a nuestro hospital para su respectivo manejo. Recibe 8 días más de tratamiento a base de Claforam, Metronidazol y Gentamicina sin presentar mejoría por lo que se decide el tratamiento quirúrgico definitivo. Se realizó toracotomía postero lateral derecha, decorticación, pleurotomía y lobectomía inferior derecha más pleurodesis. Entre los hallazgos transoperatorios se encuentra un empiema torácico derecho, un absceso LID grande y una paquipleuritis severa. Cursa con bacteremia trans y post-operatoria por lo que se ingresa a la unidad de cuidado intensivo por 24 horas evolucionando en forma adecuada mediante el manejo de volumen, antibiótico terapia e inotrópicos a bajas dosis. Se egresa en el PO# 10 luego de recibir antibióticos en muy buen estado general.

Discusión: El absceso pulmonar es una infección subaguda que destruye el parénquima pulmonar, es una zona circunscrita de supuración y cavitación dentro del pulmón. Esta definición incluye trastornos tan diversos como cavidades secundarias a bronconeumonías necrotizantes, tuberculosas, micóticas o parasitarias, bronquiectasias, quistes infectados, incluso infarto pulmonar con formación de abscesos. También es posible la cavitación de un tumor pulmonar relacionado con el tabaquismo el cual no es infrecuente. Antes de los años 60 el tratamiento quirúrgico era muy frecuente debido a la mala cobertura de antibióticos y principalmente a la alta frecuencia de la TB pulmonar; sin embargo, la cirugía para el absceso pulmonar es rara actualmente en muchos de los casos no es fácil la toma de decisión de llevar al paciente a efectuar un procedimiento de cirugía, como es el caso de nuestro paciente.

Existen tres falacias concernientes al absceso pulmonar que podrían estar presente en la mente de muchos médicos, la primera de éstas es que el absceso de pulmón se ha convertido en una enfermedad tan rara que no merece la importancia médica correspondiente, la segunda es que sólo el tratamiento médico es suficiente en prácticamente la mayoría de los pocos casos que aparecen y la tercera es que la resección es el único procedimiento quirúrgico a ser considerado en los casos en los cuales falla el tratamiento médico, recordando que existe mucha importancia en lo que es la nutrición del paciente, el drenaje postural y los procedimientos de drenaje broncoscópico como tratamiento coadyuvante.

Cáncer gástrico temprano, análisis clínico patológico de 205 casos

Walter Vega-Gómez

Centro de Detección Temprana de Cáncer Gástrico, Hospital Max Peralta, Cartago, Caja Costarricense de Seguro Social.

Objetivos: Analizar el número casos de cáncer temprano en un período de 10 años y ver los resultados obtenidos.

Materiales y Métodos: Se revisaron los hallazgos clínicos patológicos de los cánceres tempranos encontrados entre enero 1996 y diciembre 2005, en nuestro centro. Se analizó la edad, sexo, localización, profundidad, metástasis linfáticas, histología, tratamiento quirúrgico y sobrevida.

Resultados: Se atendieron 963 casos de cáncer gástrico, del total 205(21.28%) fueron tempranos. Por sexo 118 fueron hombres y 87 mujeres para una relación de 1.3/1. El rango de edad fue de 19 a 92 años con un promedio de 60.76 años. Del total 104 (50.7%) tuvieron profundidad mucosa y 101(49.3%) t submucosa. De los 104 de profundidad mucosa 9 (8.6%) tuvieron metástasis linfáticas al nivel 1 y un (0.96%) caso de profundidad mucosa tubo metástasis al nivel 2.

De los 101 caso de profundidad submucosa 24(23.76%) tuvieron metástasis al nivel 1 y 4(4.95%) al nivel 2.

El tipo histológico predominante fueron los bien diferenciados con 153 (75%) casos.

Se realizaron 134 (65.37%) gastrectomías distales, 47 totales (22.9%), 18 (8.78%) mucosectomías, 4 (1.95%) gastrectomías proximales, 2 (0.98%) resecciones en cuña

Han fallecido 23 pacientes, 4 por recurrencia de la enfermedad.

Conclusiones: Se encontró un 21.28% de cáncer temprano de un total de 963 casos en período, de los cuales el 50% se diagnosticaron por SGD con doble medio de contraste. La relación de hombre/mujer fue similar.

El porcentaje de metástasis linfáticas es mayor que otras series. El tipo histológico predominante fue los bien diferenciados. El 11.2% han fallecido de los cuales solo 4 (17.39%) se han podido confirmar recurrencia de la enfermedad.

Adenocarcinoma de pulmón con etiopatogenie asociada al cocinado con leña. Presentación se 2 casos clínicos y revisión de la literatura

Edwin Manuel Alvarado- Arce, Eduardo Induni-López, Kattia Rodríguez-Cortes, Juan Pucci-Coronado, Edgar Méndez-Jiménez, Fernando Zamora-Rojas, et al.

Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

Objetivo: Comunicar a la comunidad médica acerca de dos casos clínico quirúrgicos valorados en los últimos 18 meses en el departamento, casos relativamente poco frecuentes y muy ignorado por médicos de países en vías de desarrollo, de una patología tan importante como es el cáncer de pulmón y la etiopatogenie que está relacionada a los agentes ambientales y domésticos utilizados para cocinar como lo son el carbón y la leña y los hidrocarburos policíclicos liberados por éstos

Presentación de Casos:

CASO 1. Paciente femenina 69 años, ama de casa, conocida sana, sin AHF de importancia, tabaquismo activo y pasivo negativo y quién cocinó con leña aproximadamente 40 años. Inicia cuadro clínico de tos seca persistente por espacio de tres semanas que no cede al tratamiento con antitusivos, ligera pérdida de peso no cuantificada. La Rx de tórax evidencia masa pulmonar izquierda a nivel del lóbulo superior. Los exámenes de laboratorio fueron normales. La espirometría mostró alteración obstructiva leve reversible con broncodilatadores. La broncoscopia mostró congestión de la mucosa traqueo bronquial. El TAC de tórax mostró un tumor sólido con fijación pleural en el lóbulo superior en el segmento apical posterior con probable participación de la cisura, de aproximadamente 45 x 35 x 30 mm. Se realiza neumonectomía izquierda encontrándose una masa en la cara posterior del lóbulo superior, segmentos posteriores que mide 5 x 2,5 x 3 cm. que se adhiere a la pleura del lóbulo inferior. La paciente evoluciona de forma muy satisfactoria y se egresa al sexto día de su intervención. El reporte histopatológico indica adenocarcinoma bronquiolo alveolar con infiltración focal de la pleura visceral y de tres ganglios linfáticos del hilio pulmonar, margen de resección libre.

CASO 2. Paciente de 77 años, hipertensa, sin otros antecedentes de importancia excepto que cocinó con leña por 45 años, con cuadro clínico de tos productiva, y en ocasiones hemoptoica, de 6 semanas de evolución, pérdida de peso. La Rx de tórax mostró una lesión redondeada de aproximadamente 5 x 4 cm. de diámetro. Paciente fue referida a este centro donde se documenta, Espirometría con proceso restrictivo leve. El TAC demuestra masa a nivel de los segmentos basales del LSD de 6 cm. de diámetro. Broncoscopia con traqueobronquitis moderada sin eviden-

cia de masas. Se realizó neumonectomía derecha encontrándose una lesión en el lóbulo superior, segmentos basales que mide aprox 7,5 x 5 cm, que involucra la pleura visceral e infiltra el lóbulo inferior. Histopatologicamente se corrobora la lesión y se reporta un adenocarcinoma con enfisema panacinar, no evidencia de tumor en el hilio pulmonar. A nivel subcarínico, ganglio positivo por adenocarcinoma.

Discusión y Conclusiones: Esta bien establecido en la etiopatogenie del ca de pulmón los factores asociados a agentes físicos, químicos y biológicos, entre estos el más frecuente es el fumado como causa de más del 90% de los casos. En la literatura en general, es poco lo que se publica en relación a la asociación entre cáncer de pulmón y el cocinado con leña que sigue siendo una forma de uso frecuente en muchos países en vías de desarrollo, principalmente en zonas rurales, y que no es tomado en cuenta a la hora de hacer el análisis de las historias clínicas. Se conoce bien que la combustión de carbón y leña, la producción de humo liberan gran cantidad de hidrocarburos policíclicos sumado a un ambiente mal ventilado de muchas viviendas, y la gran cantidad de años de exposición a estos factores son un elemento bien documentado en la literatura médica como productores de cáncer de pulmón como el adenocarcinoma. El humo en esta forma de combustión contiene muchos componentes nocivos que no debemos de olvidar como son el monóxido de carbono, óxidos de nitrógeno, formaldehídos y benzopirinas.

Cervico-mediastinitis fulminante asociado a absceso dental en un paciente geriátrico y diabético

Edwin Manuel Alvarado-Arce, Eduardo Induni-López, Kattia Rodríguez-Cortes, Juan Pucci-Coronado, Sebastián Malek-Quesada, Fernando Zamora-Rojas, et al.

Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular y O.R.L. Hospital México, Caja Costarricense de Seguro

Objetivo: Se hace una revisión de un caso relativamente infrecuente de un paciente senil, que presentaba sepsis dental y asocia un absceso dentoalveolar que cursa con deterioro clínico, agregando un absceso en el cuello y progresivamente cuadro de shock séptico, evolucionando con cervico-mediastinitis grave fulminante que llevo a la muerte en menos de 48 horas.

Presentación de Casos: Se trata de un paciente de 82 años, diabético en tratamiento con hipoglicemiantes orales quien presentó importante sepsis dental, dolor en incisivo superior derecho, fiebre discreta y ataque al estado general por lo que es llevado al Servicio de Emergencia del Hospital de Nicoya donde se documenta descompensación simple, deshidratación encontrándose datos de absceso dental con rubor y calor a nivel hemicara derecha, por lo que se ingresa al Servicio de Medicina Interna para cobertura con tratamiento antibiótico triasociado. Tres días después se documenta discreto aumento de volumen y dolor a nivel del cuello del lado derecho por lo que se sospecha absceso cervical, se hace una punción cervical superficial y se drena escaso material purulento, el paciente deteriora su condición general hacia la hipotensión y taquipnea. Es referido a este centro para su respectivo manejo en la Unidad de Cuidado Intensivo. A su ingreso se encuentra un paciente en muy mal estado general, se realiza TAC de cuello y de mediastino documentándose un absceso cervico-mediastinal con presencia de gas y líquido en estos dos compartimentos anatómicos secundario al absceso dentoalveolar. A pesar de su mala condición general por shock séptico, se decide llevar a sala de operaciones para realizar una cervico-esternotomía media longitudinal, efectuando drenaje de gran cantidad de secreción purulenta, debridación de tejido necrótico y con licuefacción, lavado quirúrgico exhaustivo, cursando el paciente muy inestable en su peri operatorio, es llevado a la Unidad de Cuidado Intensivo donde evoluciona muy torpidamente y fallece tres días después en falla multiorgánica a pesar de todo el soporte con inotrópicos, antibióticos de amplio espectro, manejo de volumen, ventilación mecánica asistida.

Discusión: La mediastinitis es una rara complicación de los abscesos profundos de cuello, aun más secundario a abscesos dentoalveolares, que conlleva alta morbimortalidad. La acelerada extensión a mediastino puede acontecer antes de conocer el origen de la infección, lo cual retrasa el diagnóstico y tratamiento y es precisamente lo que se documenta en la literatura mundial lo que va asociado con la alta mortalidad. Muchos de los pacientes tienen retraso de al menos tres días antes de establecer el diagnóstico apropiado. Los síntomas son fiebre, disfagia, disnea, dolor retroesternal, ortopnea y taquicardia. La infección primaria de origen dental esta bien documentada por algunos autores y debe de ser tomada muy

en cuenta por otras especialidades como los es la Odontología, Cirujano Bucodentomaxilares, O.R.L. El manejo quirúrgico consiste en drenaje cervical y mediastinal y en muchos pacientes la realización de Traqueostomía, debido que requiere de ventilación mecánica asistida. La realización de pleurostomías bilaterales se hace de rutina debido que el derrame pleural es muy frecuente. La utilización de una gastrostomía para apoyo nutricional tambien esta bien indicada. Todos los pacientes desarrollaron insuficiencia respiratoria por lo que necesitaron ventilación mecánica. La mortalidad recopilada en la literatura revisada supera más del 75%.

Conclusiones: El retraso en el diagnóstico es común en esta patología y el tiempo de estancia hospitalaria prolongado y la mortalidad muy elevada, porque los pacientes requieren ventilación mecánica y múltiples procedimientos quirúrgicos. La elevada mortalidad obliga a identificar y tratar rápidamente los casos con sospecha de patología infecciosa a nivel del cuello y con la potencial posibilidad una mediastinitis de curso muy grave.

Tratamiento quirúrgico de los aneurismas de aorta ascendente

Edgar Méndez-Jiménez, Esteban Mora-Segura, Franklin Campos-Alfaro, Eduardo Indunni-López, Manuel Alvarado-Arce, Omar Castillo-Aldeano, et al.

Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social

Objetivo: reporte de 15 casos con aneurisma de aorta ascendente realizados en el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México en los últimos 4 años.

Material y métodos: fueron involucrados en el estudio 15 pacientes todos del sexo masculino que presentaban aneurismas de aorta ascendente de etiología aterosclerótica y degenerativa en un caso (Síndrome de Marfán); cuatro presentaban disección activa, todos presentaban insuficiencia aórtica secundaria a la aortoanuloectasia. El rango de edad osciló entre los 23 y 67 años con una media de 49 años; existían antecedentes de hipertensión arterial en el 60% de los pacientes, alcoholismo en uno, tabaquismo severo en cuatro y no hubo diabéticos en esta serie. Fueron sometidos a reemplazo de válvula aórtica y aorta ascendente con implante de coronarias. En los casos de disección se realizó cierre distal y proximal de la disección.

Resultados: hubo un fallecido en toda la serie con diagnóstico de hipertermia maligna vrs síndrome neuroléptico maligno. Los demás pacientes evolucionaron satisfactoriamente con tiempo promedio de estancia postoperatoria de 8 días, siendo las complicaciones respiratorias las predominantes.

Conclusiones: la técnica empleada en estos pacientes es adecuada para el tratamiento de esta patología tan severa mejorando la técnica quirúrgica, tiempo operatorio, tiempo de arresto cardiaco y por ende dando mejores posibilidades de sobrevida.

Revascularización coronaria completa; revisión de tema de revascularización anatómica vrs funcional

Edgar Méndez-Jiménez, Franklin Campos-Alfaro, Esteban Mora-Segura, Irene Bolaños-A, Eduardo Indunni-López, Manuel Alvarado-Arce, et al.

Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social

Objetivo: Reporte de tres casos de pacientes con enfermedad arterial coronaria multivazo que fueron sometidos a revascularización coronaria completa bajo circulación extracorpórea en el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México en los últimos seis meses.

Materiales y métodos: Se realizó estudio con tres pacientes, dos del sexo masculino y uno del sexo femenino que presentaban enfermedad arterial coronaria. El rango de edad osciló entre 59 y 60 años. Todos con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia y cardiopatía isquémica; ningún paciente tabaquista. Todos presentaban lesiones a nivel de la arteria descendente anterior, circunfleja y coronaria derecha. Fueron sometidos a heptabypass coronario, utilizando como puentes la arteria mamaria interna y vena safena mayor derecha; a un paciente se le realizó además endarterectomía de arteria coronaria derecha. Se revisó literatura disponible y se realizó resumen del tema en cuanto a las ventajas, desventajas e indicaciones para la revascularización coronaria completa.

Resultados: Los pacientes evolucionaron satisfactoriamente; en los tres se obtuvo ritmo sinusal espontáneo sin necesidad de desfibrilación, con buena contractilidad. Tiempo de estancia postoperatoria de 8 días para un paciente y 27 días para los otros dos. Como complicaciones 2 pacientes cursaron con descompensación diabética y sepsis de herida esternal que posteriormente resolvió.

Conclusiones: La técnica quirúrgica es más efectiva para el tratamiento de las lesiones que estos pacientes presentaban, da mejoría sintomática y posibilidad de mayor supervivencia en comparación con los pacientes sometidos a tratamiento médico o angioplastia.

Secuestro pulmonar intralobar con múltiples vasos sistémicos

Franklin Campos-Alfaro, Manuel Alvarado-Arce, Esteban Mora-Segura, Eduardo Indunni-López, Edgar Méndez-Jiménez, et al.

Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social

Objetivo: Reporte de caso de secuestro pulmonar intralobar atendido en el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital México en que se documenta múltiples vasos sistémicos involucrados.

Material y métodos: Mediante revisión bibliográfica se documentan las características de esta patología congénita tan poco frecuente. Se analiza el caso con diferentes estudios de gabinete (radiología convencional, TAC y angiografía). Mediante toracotomía y lobectomía se ligan arterias anómalas. Además se complementó el caso con estudio de anatomopatológico.

Resultados: Se logró documentar en conjunto con la clínica y los estudios de gabinete esta patología tan poco frecuente; particularmente por su presentación con múltiples vasos sistémicos, además se corroboraron los hallazgos patológicos que caracterizan esta entidad. Cinco días de estancia postoperatoria con adecuada evolución clínica. Control postoperatorio con resolución completa de la sintomatología respiratoria.

Conclusiones: El secuestro pulmonar intralobar es una anomalía anatómica poco frecuente, en general poco conocida entre los médicos, de gran importancia por su gran sintomatología y por el beneficio obtenido con la cirugía. Se puede presentar con múltiples vasos sistémicos y su diagnóstico se debe de complementar con estudios de gabinete.

Síndrome de Swyer James - revisión bibliográfica; a propósito de un caso

Edgar Méndez-Jiménez, Esteban Mora-Segura, Franklin Campos-Alfaro, Eduardo Indunni-López, Manuel Alvarado-Arce, Omar Castillo-Aldeano, et al.

Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social

Objetivo: Describir el síndrome de Swyer James y su corrección quirúrgica.

Materiales y métodos: Reporte de caso en paciente con Síndrome de Swyer James.

Resultados: Este síndrome fue descrito en 1953 en un niño de 6 años. En 1954 MacLeod reportó 9 casos. Caracterizado por bronquiolitis constrictiva, dilatación, destrucción de estructuras alveolares, atrape de aire e hipoperfusión pulmonar. Por lo general involucra todo el pulmón. El principal evento patogénico parece ser un cuadro de bronquiolitis aguda en la infancia. El diagnóstico es esencialmente radiológico con áreas de hiperlucencia. Existen otras modalidades diagnósticas de las cuales la TAC ha demostrado ser la más valiosa. El pronóstico es bueno y la mayoría de pacientes cursan asintomáticos. El tratamiento es conservador; sin embargo la cirugía, debe ser considerada si la infección, bronquiectasia o sintomatología llega a ser severa.

Mujer de 43 años con cuadro de 4 años de evolución de tos seca revelde a tratamiento y que le impedía realizar actividades cotidianas. Examen físico, laboratorios y pruebas de función pulmonar normales. TAC: sobredistención del campo pulmonar izquierdo. Gamma V/Q: ausencia de perfusión en lóbulo superior izquierdo. Radiografía de tórax: sobredistensión de lóbulo superior izquierdo. Se realizó lobectomía superior izquierda con adecuada evolución y egreso a los 5 días. Actualmente asintomática.

Conclusiones: La cirugía pulmonar es una opción en el manejo del Síndrome de Swyer James; que pese a ser una patología infrecuente puede llegar a ser el tratamiento definitivo en pacientes muy sintomáticos.

Carcinoma adenoescamoso gástrico avanzado con focos de coriocarcinoma: reporte de un caso

José E. Murillo-Rodríguez, Sundry Durán-Bermúdez

Centro de Detección Temprana de Cáncer Gástrico, Hospital Dr. Max Peralta, Cartago

Objetivos: Analizar retrospectivamente el manejo quirúrgico y análisis histopatológico de un paciente con carcinoma adenoescamoso gástrico avanzado con focos de coriocarcinoma.

Material y Métodos: Se analiza retrospectivamente el caso de un paciente con neoplasia gástrica, detectado y tratado quirúrgicamente en el Centro de Cáncer Gástrico, Hospital Dr. Max Peralta, Cartago. Se presenta el análisis histopatológico del espécimen diagnosticado como carcinoma adenoescamoso gástrico. Se revisa la literatura al respecto de ésta estirpe histológica extremadamente infrecuente y que además muestra la particularidad de tener focos de coriocarcinoma

Resultados: Un paciente de 62 años de edad, con dolor abdominal epigástrico, ardoroso y vómitos postprandiales de dos meses de evolución, con pérdida de peso de 10 kg., que no tolera líquidos. Se realiza gastroscopía que evidencia neoplasia gástrica avanzada tipo 2 T3 de localización L (antro gástrico), con estenosis del 75 %, sin compromiso duodenal. Tomografía y ultrasonido abdominales evidencian lesión T3 N2 H0 P1 M0 estadio IV. Se realiza gastrectomía distal con reconstrucción tipo Billroth I, con disección ganglionar tipo D2. Evolución postquirúrgica satisfactoria, con egreso en el día postoperatorio siete. Se realiza el análisis histopatológico.

Conclusión: El carcinoma adenoescamoso gástrico es una entidad sumamente rara e infrecuente. Su diagnóstico usualmente es en estadios avanzados. La mayoría evolucionan como metaplasia escamosa en un adenocarcinoma, con invasión más rápida y extensa que un adenocarcinoma. Algunos casos ameritan quimioradioterapia postquirúrgica. Los focos de coriocarcinoma en un carcinoma adenoescamoso es una entidad aun menos frecuente.