

REVISTA CIENTIFICA MULTIDISCIPLINARIA HOSPITAL INTERZONAL UNIVERSITARIO DR. ALBERTO EURNEKIAN DE EZEIZA

Nº1

Año 2022
5to año de edición

¡Somos interzonales!



Axel Kicillof, Gobernador de Buenos Aires. Nicolas Kreplak, Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Alexia Navarro, viceministra de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Gastón Granados, Intendente de Ezeiza. Dr. Juan M. Ciruzzi, Director ejecutivo. Dr. Francisco F. Fajardo, Director asociado. Dr. Alejandro Rebollini, Director asociado. Patricia Eurnekian presidente de Cooperadora.

***¡TENEMOS EL TOMÓGRAFO MÁS SOFISTICADO
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
EN EZEIZA Y PARA LA REGIÓN!***

Hospital Interzonal Universitario de Ezeiza
Dr. Alberto Antranik Eurnekian
Tel.: 4389-1215 / 1216 / 1217
L. N. Alem 349 e/ Nandubay y La Merced
hospitaluniversitarioezeiza@gmail.com



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES





GESTIÓN GASTÓN GRANADOS

*Apoyando el crecimiento científico
y cultural de nuestro partido.*



REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINARIA Del Hospital Universitario Dr. A. A. Eurnekian-Ezeiza

Director: Dr. Fajardo, Francisco F.

Sub-director: Dr. Rebollini, Alejandro

COMISIÓN CIENTÍFICA DE LA EDICIÓN:

Presidente: Dr. Ciruzzi, Juan Manuel

Dr. Fuster, Christian

Coordinador Académico:

Dr. Ferraro, Ariel

Coordinadora de Docencia e investigación:

Dra. Lilian Sosa

Asesores de Contenidos y calidad técnica:

Dr. Pirolo, Gustavo

Dr. Elmo, Gastón

Dr. Devesa, Néstor

Auditoria de Publicaciones:

**A cargo del Servicio de docencia
e investigación:**

Dra. Lilian Sosa

Comunicación:

Dra. Mariela González

Colaboraron:

Dra. Gancedo, María C.

Dr. Fajardo, Francisco

Lic. Bianchi, Carlos

Lic. Danel, Luis

Dra. Cechini, Laura

Dr. Rinaldi, Ismael

Dr. Clif, Jorge

Secretaría administrativa:

Sra. Ponti, Eva Carina

Edición impresa:

Srta. Pallero Saiz, Rosana A.

Edición Electrónica y marketing:

Sr. Dezzutto, Ricardo

Prensa:

Sr. Asnes Santiago

-Editorial

-Prólogo, Por Patricia Eurnekian

-Instrumentistas

-Entrevista a Dr. Ferraro

-Cooperadora

-Cirugía

-Liposarcoma cervical y reconstrucción con colgajo musculocutáneo: a propósito de un caso.

-Cirugía Pediátrica/ Cirugía General

-Operación de ladd + anastomosis duodeno yeyunal por atresia duodenal y mal rotación intestinal. reporte de un caso.

-U.T.I.:

-La unidad de terapia intensiva frente a los desafíos impuestos por la pandemia.

-Ginecología

-Obesidad morbida y síndrome ascítico edematoso en cáncer de ovario. Coordinación para la derivación interhospitalaria.

-Utilización de ácido tranexámico diluido en solución de anestésico local en histerectomía por vía vaginal.

-Implementación del protocolo ERAS y taxonomía NOTSS aplicado en cirugía de Wertheim-Meigs.

-Neonatología

-Corrección del mielomeningocele lumbar - Primer caso en el Hospital Interzonal Dr. Alberto A. Eurnekian de Ezeiza.

-Urología

-Fibrosis retroperitoneal idiopática o enfermedad de Ormond. A propósito de un caso.

-Ortopedia y traumatología

-Técnica mínimamente invasiva para la reparación del tendón de Aquiles. Protocolo de Dresden.

-Reconstrucción de la bandeleta central utilizando el tendón flexor superficial en la deformidad de Boutonniere.

-Secuela de fractura de peroné no tratada en forma inmediata debido al contexto de la pandemia del COVID-19 y su resolución quirúrgica. A propósito de un caso.

Hospital Interzonal de Ezeiza Dr. Alberto Antranik Eurnekian

Tel.: 4389 - 1215 / 1216 / 1217

hospitaluniversitarioezeiza@gmail.com

Patricia Eurnekian



En los últimos años la gestión de este hospital ha dado un vuelco notable. Se formó un equipo de destacados profesionales responsables de su labor y fieles a su vocación comandan la Dirección de la institución con el fin de profesionalizar los servicios existentes, aumentar la oferta de especializaciones médicas, equipar con tecnología de vanguardia todas las áreas y ser referentes académicos como Hospital Universitario.

Pudimos comenzar a planificar y cumplir etapas, eso nos llevó a estar muy cerca de proyectos que parecían inalcanzables 12 años atrás cuando el viejo Hospital del Barrio 1 se trasladaba al nuevo edificio de Ezeiza, entonces formamos el Consejo de Administración.

Una vez más podemos dar crédito que los emprendimientos públicos privados producen una sinergia positiva, y son fuente de más energía creativa ya que luego formamos la Cooperadora y con el apoyo de AA2000 transformamos el Hospital.

Comprometidos con la comunidad y su programa de sustentabilidad, Aeropuertos sostiene un contrato con Veolia, una empresa especializada en el mantenimiento edilicio que se hace cargo del mantenimiento de infraestructura y servicio de agua, electricidad, entrega de aire y climatización, con una experiencia en esta tarea en otros 5600 hospitales del mundo. Alcanzando a cumplir con Normas de calidad Internacionales, que entre otras cosas, nos permiten tener generadores de electricidad que aseguran el suministro en todo el hospital, especialmente en áreas críticas como quirófanos, neo y UTI.

Desde el departamento de Sistemas de Aeropuertos se conectó la Fibra óptica, se asistió al crecimiento programado de 20 a 220 puestos de trabajo digitales, se monitorea la implementación de Historia Clínica Digital, y se provee mantenimiento y asistencia de atención al usuario, también se provee Recurso Humano en Estadística, Farmacia, Depósito, Admisión y egresos y Administración. Se sostiene un acuerdo de colaboración con Stambouliau que permite desarrollar estrategias para el control de infecciones in-

trahospitalarias, el uso racional de antibióticos, seguimiento de la evolución local de HIV y Sífilis, control de la transmisión vertical de madres a hijos con HIV y realizar capacitaciones continuas tanto a personal del Hospital como a la comunidad.

Desde la Cooperadora aportamos con la compra de insumos, prótesis, mobiliario, equipamiento médico, computadoras y ante la necesidad de nuevos espacios para la atención asistencial hace menos de un año inauguramos un nuevo edificio de consultorios externos, fue una primera etapa de 7 a la que actualmente estamos sumando 13 consultorios mas para unificar la atención en un nuevo edificio que junto al nuevo gimnasio de rehabilitación, Kinesio y Medicina del Deporte, suamarán aprox 800 m2. Esto nos dará espacio para mejorar nuestra internación pediátrica y reformular el departamento de diagnóstico por imágenes que recibirá en donación un nuevo tomógrafo.

También se construyó la nueva UTI pediátrica con su respectivo equipamiento con 4 cunas de atención monitoreadas que permiten complejizar las cirugías que se realizan a los niños y bebés en el servicio de pediatría y neo.

Mirando atrás vemos que pudimos enfrentar la pandemia organizados sin falta de insumos, y apoyados por un grupo de Voluntarios que nos permitió trabajar en conjunto con Same Provincia, y que al día de hoy asiste distintos servicios, especialmente en la atención al público.

Nos preparamos para el pico de demanda del IRAB con una sala de contingencias completamente equipada; este año se espera como otros, a diferencia del tiempo de aislamiento en pandemia, un pico de crecimiento en la demanda de estas afecciones. Por eso nuestros especialistas recomiendan no descuidar el control sanitario de fronteras, adelantar las vacaciones de invierno para pasar con los niños en casa los días más fríos del año y que no concurren a las escuelas los chicos con ningún síntoma de gripe.

Gracias a la inquietud de la Dirección, la actualización del equipamiento médico ha sido una constante en estos últimos tres años, por lo que hacer una lista de lo adquirido sería largo y tedioso; pero tanto quirófanos UTI, Cardiología, neuro, uro se vieron beneficiados por estas incorporaciones.

Lo más destacado :

- Video endoscopio , Fibroendoscopio, Electrocardiógrafos, Torre de laparoscopia, Ergonómetros y Holter, Electroencefalógrafo, Video laparoscopia, Espirómetros digitales, Colposcopios digitales, Dermatoscopios digitales, Microscopios, Campana de flujo laminar, Carros de paro, Mesas de anestesia, Cardio desfibriladores, Respiradores, Sillones de Quimioterapia, Sillones de Odontología mas instrumental. Y en vías de habernos convertido en Hospital Universitario, además de los acuerdos con las distintas universidades, vale destacar que se cursan las materias de Histología de I y II año de la UBA, se cursan las carreras de Enfermería y de Instrumentador de Quirófano , la especialización de Emergentología entre otras y se abrieron Residencias en todas las especialidades médicas, incluyendo administración hospitalaria.

Para terminar, quiero expresar mi agradecimiento; en primer lugar a la posibilidad de formar parte de este equipo de seres HUMANOS, quienes además de su formación y profesionalismo demuestran día a día su vocación y empatía en la atención de la salud de los integrantes de la comunidad de Ezeiza.



NUESTRAS INSTRUMENTADORAS

TURNO MAÑANA de Oliveira Corina (jefa de Servicio), Burgos Nancy, Balbuena Andrea, Miranda Cecilia, Moya Margarita, Ferri Johana, Montenegro Sabrina, Peinado Jesica (enf.), Gamarra Rosalía (enf.).

TURNO TARDE: Dominguez Daiana, Mamani Miria, Rojas Johana, Formigo Marilina.

TURNO NOCHE: Aguirre Cinthya Elizabeth, Díaz Diamela, Celada Sofía, Dávalos Ivana.

TURNO FRANQUEROS: Aguirre Alicia (enf), Ruiz Maria Jose, Tortell Genesis, Luque Cinthia.

LA PROFESIÓN DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

se inicia a finales del siglo XIX cuando las enfermeras preparaban los instrumentos para las cirugías. En el año 1853 se inicia la guerra de Crimea, y llevan enfermeras de los países en conflicto. Es allí donde aparece la enfermera Florence Nightingale, quien colaboró arduamente en la atención de todos los heridos, junto a grupo de mujeres valerosas y es aquí donde se inicia la Enfermería Pre-operatoria. En la década del '40 los Dres Ricardo Finochietto, Jose Yoel. Francisco Yazlle y Jose A. Saporta utilizaron esos biblioratos como base del inicio de la confeccion del libro "Instrumentacion quirúrgica". En esa misma década se crearon los primeros cursos para instrumentadoras.

Es en la década del 70 cuando se reconoce a la Instrumentación Quirúrgica como **"Actividad de colaboración de la medicina"**

Guillermo Bosch Arana (Bs. As.; 1 de dic. de 1889 - 4 de julio de 1939) fue un médico cirujano de Argentina.

Fundó la primera Escuela de Instrumentación Quirúrgica en el Hospital Argerich. Fue el creador y primer director del Instituto de Cirugía Experimental (1934), vicedecano de la Facultad de Medicina (UBA), colocó en 1937 la Piedra Fundamental del actual edificio, ubicado en la intersección de las calles Marcelo T. de Alvear y Junín (Ciudad de Buenos Aires). Por sus aportes a la medicina, la Sociedad Argenti-

na de Cirujanos Instituyó un premio que lleva su nombre. Fue Profesor de Técnica Quirúrgica en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, Vicedecano de la misma Facultad y Director de su Instituto de Cirugía Experimental. Jefe de Sala del Servicio de Cirugía del Hospital Parmenio Piñero. Director del Museo Histórico de Instrumental Quirúrgico. Inauguró en 1934 el Museo de Historia de la Medicina y de la Cirugía, el cual durante muchos años llevó su nombre, siendo luego renombrado como "Vicente Aníbal Risolía".

Miembro del Comité Argentino de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea y miembro corresponsal extranjero de Instituciones Científicas de Francia, Italia, España, Brasil y los Estados Unidos.

El Hospital Eurnekian Ezeiza es una institución sanitaria con trayectoria en docencia y formación profesional médica y técnica altamente calificada y competitiva, comprometidos con la igualdad de oportunidad educativa mediante la oferta académica e institucional de excelencia, a quien sienta vocación y compromiso en la asistencia sanitaria. Aquí se formaron Profesionales de distintas especialidades para asumir funciones que la sociedad le asigne, mantenerse actualizados, crecer en Profesión e incluso incrementar su presencia e importancia.

Desde 1983 hasta hoy día el hospital cuenta con la formación de enfermeros profesionales que obtuvieron certificado de Enfermeros Profesionales otorgado por el Ministerio de Salud (DCTS) de la Provincia de Buenos Aires. En el año 2018 gracias al compromiso de la nueva gestión directiva, el Hospital aplicó para ser sede de la Escuela de Gobierno En Salud Floreal Ferrara, mediante la Tecnicatura Superior En Enfermería. Actualmente se incorporó a la oferta educativa el Postítulo de Enfermería en Cuidados Críticos y la Tecnicatura Superior En instrumentación Quirúrgica, siendo esta la única enfocada en la formación de técnicos en instrumentación quirúrgica de la zona y alrededores no arancelada de Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, otorgando sus títulos a nivel nacional a través de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, habilitando la matriculación Provincial. La nomina de inscriptos en el año 2022 fue de 182 postulantes, 43 ingresos correspondieron al personal de salud y 57 vacantes a sortear en la comunidad, alcanzando el cupo de 100 ingresantes.

ÁREA QUIRÚRGICA

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. ALBERTO EURNEKIAN

El quirófano es una instalación especialmente acondicionada dentro del hospital diseñada para realizar las distintas intervenciones quirúrgicas.

En general es el servicio donde confluye todo el equipo de trabajo necesario para ofrecer la mejor atención tanto médica como humana, entendiendo la delicadeza, el respeto y el cuidado que inexorablemente deben estar presentes a la hora de abordar a los pacientes.

Somos un grupo de profesionales multidisciplinarios, altamente capacitados, que realizan sus respectivas tareas diarias con mucha empatía, dedicación, responsabilidad, compromiso y amor al prójimo.

Vale destacar el compañerismo y la dedicación de todo el personal, para con el paciente y sus pares.

Dentro del área quirúrgica somos un grupo que se encuentra conformado por 19 instrumentadoras, 3 enfermeras, repartidas en los distintos turnos: mañana, tarde, noche y fin de semana.

Como equipo brindamos lo mejor de cada uno, respetando el valor humano, demostrando día a día la dedicación, el profesionalismo, el trabajo en equipo, basándonos en el respeto mutuo, entre colegas, con el paciente y sus familias.

de Oliveira Corina (Encargada de Quirófano)

El Hospital brinda la capacitación y formación de los cursantes con espacio áulico propio, y un amplio campo de práctica con variedad de especialidades quirúrgicas entre las que se encuentran: Cirugía torácica, vascular neurocirugía, neurocirugía adulta e infantil, cirugía pediátrica, cirugía maxilofacial, microcirugía, endoscopia digestiva alta y baja con intervencionismo, broncoscopias, cirugía urológica, bariátrica, artroscopia, cirugía general y pediátrica, obstétrica, ginecológica, otorrinolaringología, cirugía percutánea, ortopedia y traumatología (con banco de prótesis). Más de 20 cirujanos especialistas, equipamiento biomédico de última tecnología y plantel docente calificado seleccionado por concurso.

NUESTRA MISION

Formar y capacitar futuros profesionales en instrumentación quirúrgica, en el marco de la transformación educativa, altamente calificados con conciencia crítica y una mirada reflexiva respecto de la realidad socio-sanitaria en general, de los problemas de salud de la población y características de los servicios, que impacten positivamente en los distintos equipos que practican intervenciones quirúrgicas seguras tanto en el ámbito público como privado, impulsando las transformaciones requeridas por la sociedad y la comunidad.

PROPUESTA ACADEMICA

-Institución formadora:

Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara.

<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/capacitacion/proderthas/>

-Sede de cursada: HIGA Eurnekian Ezeiza,

Leandro Alem 349 la unión Ezeiza (CP: 1804)

<http://www.hospitaleurnekian.com.ar/>

-Región Sanitaria VI

-Nivel de Educación: Superior no universitario.

-Duración de la carrera: Tres (3) años

-Carga horaria total: 2016 horas.

-Título: Técnico Superior en instrumentación Quirúrgica

-Coordinadora de Carrera: Montenegro Sabrina.

-Contacto: atdsedeeurnekian@gmail.com

MODELO DE FORMACION

La formación educativa técnica se encuentra centrada en procesos tecnológicos, con participación en procesos de gestión y atención de la salud a fin de contribuir desde la especialidad a la promoción de la salud, la prevenciones enfermedades, el diagnostico, el tratamiento, la recuperación y la rehabilitación de la persona, familia y comunidad. La estructura curricular propuesta por la Escuela de Gobierno En Salud Floreal Ferrara, se organiza a partir de la definición de cuatro campos de formación.

- **Campo de Formación General**

- **Campo de Formación de Fundamento.**

- **Campo de Formación Técnica Específica .**

- **Campo de las Prácticas Profesionalizantes.**

Estos campos se orientan a garantizar una formación técnica superior tanto de carácter general como específica, que proporcione la base de conocimientos necesarios para el desempeño profesional y para el ejercicio de una ciudadanía activa.



INICIO DE CLASES INSTRUMENTACION QUIRURGICA, SEDE EURNEKIAN EZEIZA. ABRIL 2022.



RECORRIDA GUIADA POR LA INSTITUCION, SERVICIOS Y DEPARTAMENTOS.



CAMPO DE PRÁCTICA QUIRURGICA.

ENTREVISTA AL DR. ARIEL FERRARO



Dr. Ariel Ferraro, Nació en Buenos Aires en 1970. Comenzó la carrera de Medicina en 1988 y se graduó en 1994 en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador.

CARRERA HOSPITALARIA

Residencia de Cirugía General en el Hospital de Clínicas "José de San Martín" de la Universidad de Buenos Aires 1995 a 1998 Jefatura de Residentes de Cirugía General en el Hospital de Clínicas.

- Especialista Universitario de Cirugía Gastroenterológica – Universidad de Buenos Aires
- Miembro Titular de la Asociación Argentina de Cirugía
- Miembro de la Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad (SACO).
- Presidente del Comité de Cirugía Mini-invasiva de la Asociación Argentina de Cirugía.
- Jefe de Sección Cirugía Bariátrica del Hospital de Clínicas "José de San Martín" UBA.
- Jefe de Cirugía de la Clínica Monte Grande, Provincia de Buenos Aires.

Autor de más de 40 trabajos científicos presentados y publicados en revistas nacionales e internacionales. Ha sido coautor de 5 capítulos de libros nacionales e internacionales. Entre otros premios, recibió en la Universidad del Salvador el Premio Fundación Fiorini al mejor trabajo en Cirugía en el año 2001 por el Trabajo "Avances en cirugía Mininvasiva"

¿Que nos puede comentar en cuanto a la incidencia y evolución en los últimos años de personas sufrientes de obesidad?

De acuerdo con los datos de la Organización mundial de la salud, la obesidad en el mundo se triplico en comparación con los índices registrados en 1975. En la argentina la última encuesta Factores de Riesgo llevada a cabo por el MSAL de la Nación revela que más del 50% de la población tiene exceso de peso, observándose que 6 de cada 10 personas adultas se encuentran por encima de los valores considerados normales, mientras que el 30% de los niños en edad escolar tienen sobrepeso y el 6% presenta obesidad. Esta situación aumenta el riesgo de presentar enfermedades asociadas como la diabetes tipo II, la hipertensión arterial, apnea de sueño, esteatosis hepática, ovario poli quístico y hasta algunos tipos de cáncer.

¿Cómo surge el tratamiento multidisciplinario en medicina bariátrica y que desarrollo lleva en nuestro país?

Hablar de la historia de la cirugía bariátrica en nuestro país, nos remonta al primer programa de cirugía de la obesidad autorizado por el Ministerio de Salud y Bienestar de la Nación establecido en mi querido Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires en 1988. Desde ese momento la experiencia obtenida fue bastante pobre y llevada a cabo por algunos pocos equipos que realizaban bypass gástrico por vía convencional y colocación de bandas gástricas. El mayor auge de la cirugía bariátrica fue impulsado por la incorporación del abordaje laparoscópico a fines de la década de los 90. Esto sin duda genero una mayor aceptación del método, además de mejoras en las tasas de complicaciones y en el tiempo quirúrgico. Algunos pocos equipos dentro de los cuales nos incluimos comenzamos a desarrollar cada una de las cirugías bariátricas que se practicaban en ese momento y a generar volumen de pacientes suficientes como para mejorar los estándares de resultados postoperatorios. Otro gran punto de inflexión para la accesibilidad de la población a la cirugía bariátrica fue la ley de trastornos alimentarios que se reglamento en el 2009 y que permitió la incorporación al PMO lo cual obligo al estado y a las aseguradoras de salud a cubrir los gastos de la práctica. La cirugía bariátrica que le efectuaron a Diego Maradona sin duda fue uno de los mayores impulsos en cuanto a que afecto positivamente la aceptación de la cirugía bariátrica por parte de la población obesa pues la popularizo muchísimo en todos los estratos sociales.

Es muy importante recordar que como la cirugía bariátrica es multifactorial y es una enfermedad crónica, más allá del desarrollo de la cirugía y las diferentes técnicas para lograr un tratamiento con resultados adecuados, se necesitan abordar todos los aspectos relacionados a esta enfermedad y no solamente concentrar el foco de atención en el procedimiento quirúrgico.

La participación activa de los médicos nutricionistas, licenciados en nutrición, profesionales del área de salud mental psicólogos y psiquiatras, así como también especialistas en tareas de rehabilitación kinesica junto con profesores de educación física resultan fundamentales para lograr un abordaje integral de la patología pudiendo establecer una selección adecuada de pacientes y un seguimiento acorde a las necesidades. Es imprescindible detectar tempranamente ciertos factores que puedan llevar al eventual fracaso del tratamiento quirúrgico y tratarlos durante el preoperatorio. En cuanto al aspecto del manejo interdisciplinario del paciente bariátrico, en el año 2019 se realizó en nuestro país el primer consenso intersocietario de cirugía bariátrica y metabólica, el cual me tocó coordinar desde la asociación argentina de cirugía. En este consenso participaron 7 sociedades vinculadas al tratamiento de pacientes obesos: la asociación argentina de cirugía de la obesidad (saco), la asociación argentina de cirugía, la sociedad de nutrición, la sociedad de cardiología, la sociedad de endocrinología, la sociedad de diabetes y la sociedad de pediatría. Evaluamos los aspectos pre, intra y postoperatorios vinculados a la cirugía bariátrica estableciendo los lineamientos y protocolos en base a la mejor evidencia actual en el mundo y adaptada a nuestro país. Fue presentado oficialmente en el senado de la nación en el año 2019.

¿Cuáles son los criterios de selección y/o inclusión para pacientes que ingresan a este tipo de tratamiento?

En cuanto a la selección e indicación podemos mencionar que son candidatos aquellos pacientes que presenten un índice de masa corporal mayor a 40 kg/m² indistintamente a la presencia de comorbilidades o aquellos pacientes con un índice superior a 35 kg/m² con una o más comorbilidades que podrían beneficiarse con el descenso de peso (diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, apnea del sueño, etc). Con respecto a las contraindicaciones debemos mencionar que existen algunas circunstancias que impiden la realización de procedimientos bariátricos y metabólicos como ser: presencia de trastornos psiquiátricos, trastornos graves de la conducta alimentaria, adicciones al alcohol o consumo de drogas, embarazo, enfermedades que pongan en riesgo la vida a corto plazo o pacientes que no puedan comprender las indicaciones o lineamientos establecidos por los profesionales.

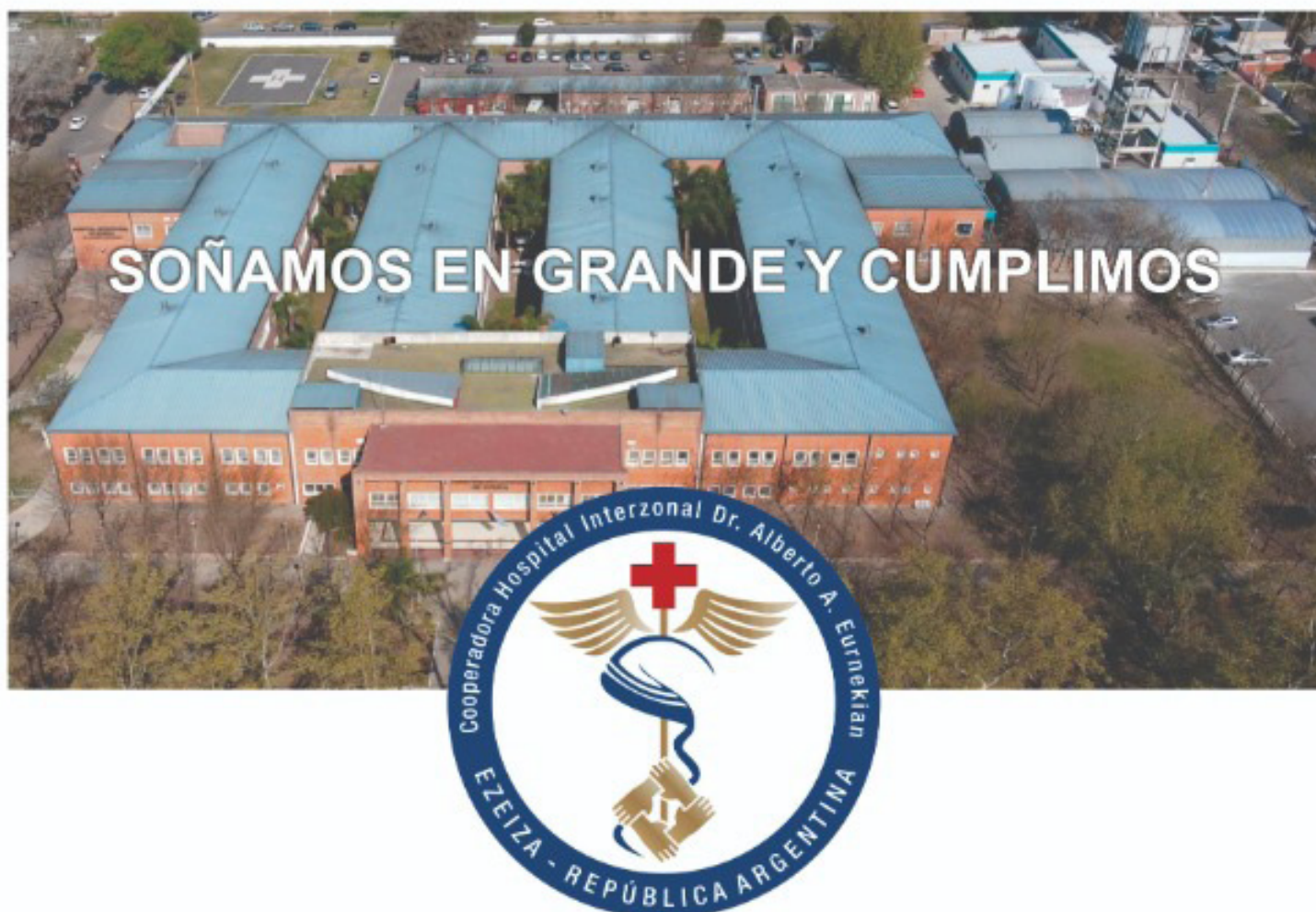
¿Cuál ha sido el caso más representativo que le ha tocado intervenir en nuestro hospital? ¿Cuál es el tiempo que demora este tipo de seguimiento y tratamiento desde la primera consulta?

Entre los pacientes que hemos tratado, podemos destacar el caso del paciente Zapata Marcelino. Llegó a la primera consulta con un

peso de 198 kg (IMC 64) presentando además hipertensión arterial, diabetes tipo II mal controlada y dislipemia. Esto generaba un notable deterioro en su calidad de vida ya que tenía dificultades para movilizarse y cumplir con tareas simples y habituales como para salir a caminar, higienizarse, atarse los cordones, conseguir lugar para sentarse y hasta para descansar y dormir. Luego de la preparación multidisciplinaria se convirtió en un candidato firme a la cirugía ya que demostró tener una adherencia al tratamiento a pesar de su medio social adverso, concurriendo siempre a las consultas, adecuando sus hábitos alimentarios e intentando superar la adversidad mediante una constancia notable. Fue así que lo operamos al cabo de 12 largos meses de preparación en medio de la pandemia y le efectuamos una gastrectomía vertical en manga por vía laparoscópica. Evolucionó muy bien y logró un descenso adecuado y logro como esperábamos un descenso de peso muy importante en pocos meses, pudiendo retomar sus actividades postergadas por la obesidad. El cambio de calidad de vida fue tan grande que lo quiso compartir con nosotros en el grupo de WhatsApp del hospital y nos envió un video en el cual se lo ve andando en bicicleta luego de haberla abandonado por más de 25 años.

¿Qué consejos y/o recomendaciones le haría a los colegas interesados en esta especialidad para su formación?

El primer consejo que le daría a los profesionales que quieran desempeñarse en esta especialidad es que se capaciten no solamente en los aspectos técnicos y académicos que son muy importantes, sino que intenten desarrollar la calidad humana para con el paciente obeso que muchas veces es víctima de discriminación y maltrato y requiere de nuestra mejor comprensión y ayuda. Decirles también que es importantísimo saber trabajar en equipo, que esta es una interdisciplina, y que deben hacerlo para lograr de esta manera un abordaje global de la problemática del paciente obeso nutriendose de los conocimientos y la experiencia de profesionales en salud mental, nutrición y en aspectos clínicos. Por último que sepan que el paciente que sufre de obesidad mórbida es un paciente muy complejo, que requiere un abordaje individualizado y esto transforma nuestra práctica en un desafío constante. Pero lo más grato que tiene esta especialidad y nos llena de satisfacción es que si aprendemos a resolver estos desafíos adecuadamente podremos cambiar para siempre la calidad de vida de nuestros pacientes.



EL HOSPITAL QUE MÁS CRECIO EN LA PROVINCIA.

El resultado del trabajo de la Cooperadora del Hospital, se ve plasmado en hechos tangibles destinados a optimizar la atención de la salud de la comunidad de Ezeiza y alrededores, ya que somos el hospital de cabecera del partido en un área de influencia de más de 250 mil pobladores y atendemos a 16.000 pacientes al mes.

Nuestro trabajo.

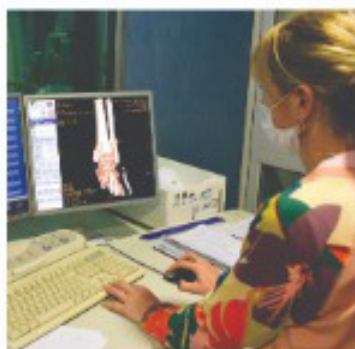
Financiamiento de construcción de obras, reparación y remodelación.
Compra de medicamentos urgentes para pacientes en internación.
Financiamiento permanente de capacitaciones para los profesionales.
Compra de insumos.

Nuestros nuevos logros.

Con más de 40 especialidades, equipamos al hospital con la mejor tecnología.
Construimos el nuevo edificio de consultorios externos de aproximadamente 1000m² cubiertos. Cuadruplicamos la superficie de depósito. Finalizamos la readecuación del espacio para el nuevo tomógrafo, incluyendo la obra de aislación, construimos el área de kinesiología y medicina del deporte, que incluye gimnasio.

SEGUIMOS SOÑANDO EN GRANDE, POR NOSOTROS, POR VOS, POR TODOS.

ASOCIACIÓN COOPERADORA HOSPITAL
Leandro N. Alem 349 - Ezeiza



Tomografía 3D



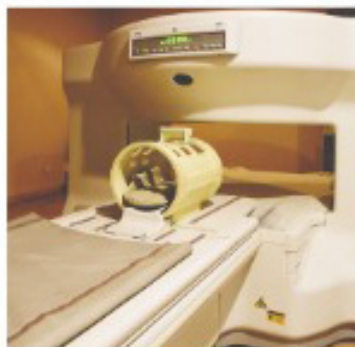
Tomógrafo Canon Aquilion Prime



Visualización 3D Karl Storz



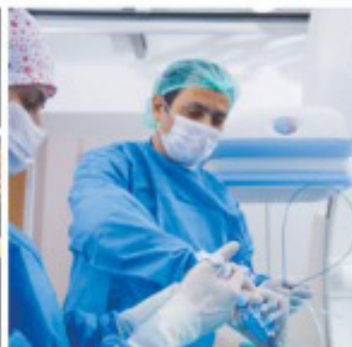
Electromiógrafo Nihon Kohden



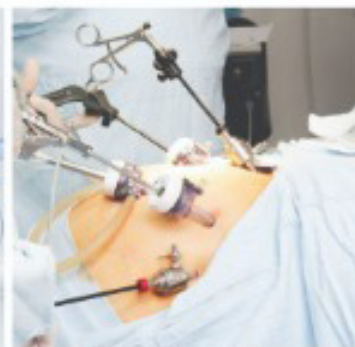
Resonancia magnética nuclear



Sala de mamografías



Laparoscopia



Cirugía bariátrica



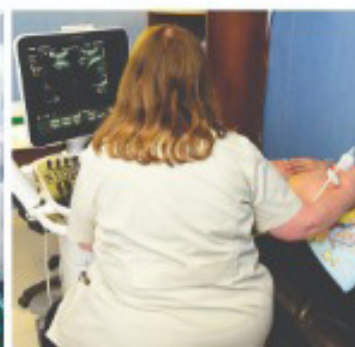
6 Quirófanos de última generación



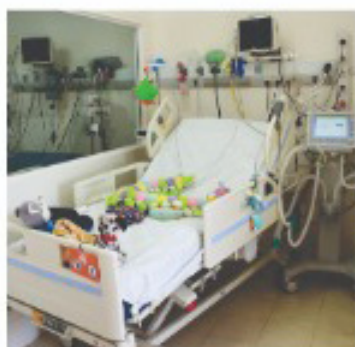
12 Camas críticas en la UTI



4 Salas de parto



Diagnóstico por imágenes



UTI Pediátrica



Servicio de neonatología



Incubadoras terapia intensiva



Incubadora abierta servocuna

**DEL COMPROMISO DE CADA UNO, DEPENDE EL DESTINO DE TODOS,
SUMATE A NUESTRO EQUIPO Y AYUDANOS A SEGUIR CRECIENDO.**



coopospitalezeiza.org.ar



Cooperadora Hospital Ezeiza



Cooperadora.hospitalezeiza

INTERZONAL DE EZEIZA DR. ALBERTO A. EURNEKIAN
- Buenos Aires - Argentina

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA HEMORRAGIA CEREBRAL INTRAVENTRICULAR: RESOLUCION AD INTEGRUM MEDIANTE TRATAMIENTO CONSERVADOR REPORTE DE CASO

AUTORES: Dr. Lodigiani Brian; Dra. Dubanced Anabela; Dra. Floriach Micaela; Dr. Delfitto Matías; Dr. Fuster Cristian; Dr. Pirolo Gustavo.

SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA, HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. ALBERTO A. EURNEKIAN DE EZEIZA.

RESUMEN

La hemorragia intraventricular es una hemorragia confinada al sistema ventricular. Es una complicación frecuente de la hemorragia subaracnoidea (HSA) y el hematoma intracerebral (HIC). El pronóstico depende de la extensión de la hemorragia y la intensidad de los síntomas iniciales, siendo la hemorragia intraventricular, un indicador independiente de malos resultados en pacientes con HIC¹. A continuación, se presenta el caso de paciente femenina de 26 años quien ingresa al Servicio de guardia del Hospital Interzonal Dr. Alberto A. Eurnekian de Ezeiza tras presentar deterioro del estado de conciencia de manera súbita precedido de cefalea intensa y vómitos cuya tomografía evidencia hematoma intracerebral talámico izquierdo con volcado ventricular hasta cuarto ventrículo en la cual se decide tratamiento conservador obteniendo resultados favorables.

Palabras clave: *hemorragia intraventricular. Tratamiento conservador. Líquido Ceforraquídeo (LCR).*

SUMMARY

Intraventricular hemorrhage (IVH) is nontraumatic intracerebral hemorrhage confined to the ventricular system. The prognosis depends on the extent of the hemorrhage, the intensity of the initial symptoms, with no significant differences between conservative treatment and the placement of an External Ventricular Drainage when the intraventricular bleeding extends to the four ventricles. The Following is the case of a 26 year-old female patient who was admitted to the Emergency Service of the Dr. Alberio A. Eurnekian Interzonal Hospital in Ezeiza after presenting a sudden deterioration in her state of consciousness preceded by intense headache and vomiting, the tomography of which shows hematoma. Left thalamic intracerebral with ventricular dump up to the fourth ventricle in which conservative treatment was decided, obtaining Good results.

Keywords: *Intraventricular hemorrhage. Conservative treatment. Cerebrospinal fluid (CSF).*

INTRODUCCIÓN

La hemorragia intracerebral (HIC) representa alrededor del 10% al 20% de todos los accidentes cerebrovasculares y se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad que los accidentes cerebrovasculares isquémicos². El HIC puede estar acompañado o no de volcado ventricular, la presencia de sangre en el interior del sistema ventricular es un hallazgo encontrado en las hemorragias localizadas en el Núcleo Caudado o en las hemorragias Talámicas. La HIV puede ser de origen primario cuando el hematoma está confinado a los ventrículos, o secundaria a hemorragias subaracnoidea o intraparenquimatosas con invasión ventricular; la causa más frecuente de la hemorragia intraventricular secundaria a un hematoma intracerebral es la hipertensión arterial (39-50 %); la misma suele presentarse con cefalea de inicio súbito, rigidez de nuca, vómitos y letargia. Además de la sospecha clínica, el diagnóstico se realiza mediante Tomografía Axial Computada (TAC). Los factores que se asocian con un peor pronóstico en los pacientes con Hemorragia Intraventricular (HIV) son: puntuación en la escala de Glasgow menor de 5 puntos, la edad del paciente, el volumen del sangrado (siendo la mortalidad superior al 80 % cuando existe ocupación de los cuatro ventrículos) y la hidrocefalia asociada; particularmente, si se aprecia en la TAC una dilatación del IV ventrículo. La hemorragia intraventricular (HIV) es una condición crítica con alta tasa de morbilidad y mortalidad debido a hidrocefalia aguda y lesión cerebral secundaria. Los mecanismos que subyacen al deterioro clínico no sólo están relacionados con la aparición de una hidrocefalia aguda, sino también con el efecto de masa del hematoma y los efectos inflamatorios de los productos de degradación de la sangre que impiden el flujo sanguíneo local y ejercen un efecto tóxico directo sobre las estructuras periventriculares que conducen a la hidrocefalia crónica. Una estrategia de tratamiento eficaz debe tener como objetivo la eliminación rápida de la HIV y la reducción del efecto de masa del hematoma. Aunque la colocación de un drenaje ventricular externo es un tratamiento intuitivo para la hidrocefalia provocada por la hemorragia intraventricular, este tratamiento no aborda en su totalidad los mecanismos fisiopatológicos antes mencionados que subyacen al daño cerebral secundario³.

El sistema ventricular proporciona una vía de baja presión para la circulación del líquido ceforraquídeo (LCR) y este delicado equilibrio se altera rápidamente cuando la sangre a alta presión irrumpe en el compartimento ventricular o cuando el hematoma ejerce una obstrucción mecánica. El aumento de la resistencia al flujo de salida del LCR pro-

voca dilatación ventricular e hidrocefalia y, en segundo lugar, un aumento progresivo de la presión intracraneal y una disminución de la presión de perfusión. Este mecanismo bien descrito alguna vez se creyó que era la causa principal de mal pronóstico en pacientes con hemorragia intraventricular. Las observaciones experimentales y clínicas ahora han proporcionado que los mecanismos que subyacen al deterioro clínico no están exclusivamente relacionados con la aparición de una hidrocefalia aguda, sino que también juegan un papel importante el efecto de masa del hematoma y los efectos de los productos de descomposición de la sangre³. La compresión del hematoma en el parénquima adyacente sería un factor fisiopatológico contribuyente directo que impide el flujo sanguíneo local, lo que se asocia con hipoperfusión global de la corteza suprayacente en consecuencia representa un factor de mal pronóstico. Las decisiones de tratamiento para estos pacientes deben individualizarse en función de las evaluaciones del pronóstico con y sin tratamiento quirúrgico⁴. Contamos con un Score para la hemorragia Intracerebral (Fig. 1) el cual fue desarrollado con el fin de evaluar el pronóstico de los pacientes con esta condición clínica, es muy utilizada ya que combina información demográfica, clínica e imagenológica, ubicación, volumen de HIC y la ausencia o presencia de hemorragia intraventricular; siendo esta última un factor de riesgo independiente de mal resultado funcional en pacientes con HIC. La escala de Graebes un score predictor pronóstico utilizado para la hemorragia intraventricular. El mismo considera el grado de afectación del sistema ventricular; cuanto mayor sea el grado de compromiso del mismo, mayor será el valor en el score de Graebes por lo tanto peor pronóstico (Fig 2).

Componente	Puntaje
CGS	
3-4	2
5-12	1
13-15	0
Volumen HIC. cm ³	
≥ 30	1
< 30	0
Volcado ventricular	
SI	1
NO	0
Origen infratentorial	
SI	1
NO	0
Edad en años	
≥ 80	1
< 80	0
Score (0-6)	Mortalidad % (30 días)
0	0
1	13
2	26
3	72
4	97
5	100

Fig.1:Escala pronóstico de HIC. Predice mortalidad a los 30 días.

ESCALA DE GRAEB PARA ESTRATIFICAR LA GRAVEDAD DE LA HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR

Hallazgos radiológicos	Puntuación
Cuarto ventrículo	
• Con sangre	1
• Dilatado y con sangre	2
Tercer ventrículo	
• Con sangre	1
• Dilatado y con sangre	2
Por cada ventrículo lateral	
• Con sangre incipiente	1
• <1/2 de sangre	2
• >1/2 de sangre	3
• Con sangre y dilatado	4

Fig 2: Escala de Graeb

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 26 años de edad ingresa al servicio de Guardia del Hospital Interzonal Dr. Alberto A. Eurnekian de Ezeiza tras presentar deterioro súbito del estado neurológico. La acompañante familiar el cual refiere que la paciente previamente al deterioro neurológico manifestó cefalea intensa y luego comenzó con vómitos. Al examen físico de ingreso la paciente se encuentra estuporosa sin respuesta ocular, tampoco verbal, ni respuesta motora (GCS 3 Ptos. Fig.3). Tensión arterial de ingreso 100/70 mmHg SAT O2 90% frecuencia cardíaca 53 Lpm. Pupilas intermedias isocóricas hiporreactivas, con presencia de reflejos del Troncoencefálico. Se realiza IOT (intubación orotraqueal) con posterior ARM (asistencia respiratoria mecánica).

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
RESPUESTA MOTRIZ	NINGUNA	1
	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

Fig. 3Escala de Glasgow. Glasgow Coma Score: Proporciona un método práctico para evaluar el deterioro del nivel de conciencia en respuesta a estímulos definidos. Puntaje Max. 15 Ptos. Puntaje mínimo 3 Pts. GCS <8 Es indicador de IOT.

Se realiza Tomografía Computada de encéfalo simple (Fig. 4) donde se evidencia imagen hiperdensa insular izquierda compatible con Hematoma Intracerebral (HIC) de 7 cm³ aproximadamente con volcado hacia ventrículos laterales hasta IV ventrículo; teniendouna mortalidad a los 30 días de un 72% según Score HIC (3 puntos) y según Score de Graeb suma 8 puntos (de un total de 12 puntos) ya que presenta sangre en más del 50% en cada ventrículo lateral sin dilatación de los mismos (6 Ptos.) presencia de sangre en tercer y cuarto ventrículo sin dilatación (2 Ptos).

La paciente ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos (UTI) para tratamiento conservado rrealizándose tomografías seriadas para evaluar control del HIC y de la hemorragia intraventricular, signos de Hipertensión endocraneana y tamaño ventricular evidenciando en la TAC a las 96hs del evento cambios significativos respecto a la imagen de ingreso (Fig.5). Dicha imagen impresiona reabsorción parcial del HIC y disminución del sangrado intraventricular sobre todo a nivel del III y IV ventrículo donde los mismos se encuentran libres de imágenes hiperdensas al igual que astas posteriores de los ventrículos laterales.

Se decide realizar ventana neurológica y por buena evolución clínica/imagenológica se decide extubación a los 5 días del ingreso. Se realiza examen neurológico 24hs post-extubación, paciente presenta apertura ocular al llamado, se encuentra desorientada, responde a ordenes simples, moviliza los 4 miembros presentando leve paresia braquio-crural derecha en rehabilitación motora por parte del equipo de kinesiología. Al día de la fecha la paciente se encuentra lúcida, vigil, orientada, no presenta déficit neurológico motor ni sensitivo, deambula y realiza las actividades de la vida diaria sin dificultades. Se realiza RMN de encéfalo con contraste y angioresonancia magnética de los vasos cerebrales (Fig.6) donde se evidencia reabsorción completa de la hemorragia intraventricular.

DISCUSIÓN

La hemorragia intraventricular (HIV) es un factor de riesgo independiente de mal resultado funcional en pacientes con HIC. El drenaje ventricular externo (DVE) se ha utilizado tradicionalmente para tratar los efectos nocivos de la HIV; sin embargo, los problemas de flujo lento de líquido cefalorraquídeo (LCR), obstrucción del catéter e infección del mismo, instaron a una mayor exploración de las intervenciones para mejorar los resultados de la HIV5. Se ha demostrado que la resolución del coágulo sanguíneo intraventricular sigue una cinética de primer orden en pacientes con HIV y que el sistema trombolítico parece estar saturado a las 24 a 48 horas después de la hemorragia inicial.

Varios estudios no lograron mostrar una actividad fibrinolítica fisiológica en LCR normal y solo se detectaron cantidades mínimas del activador tisular del plasminógeno

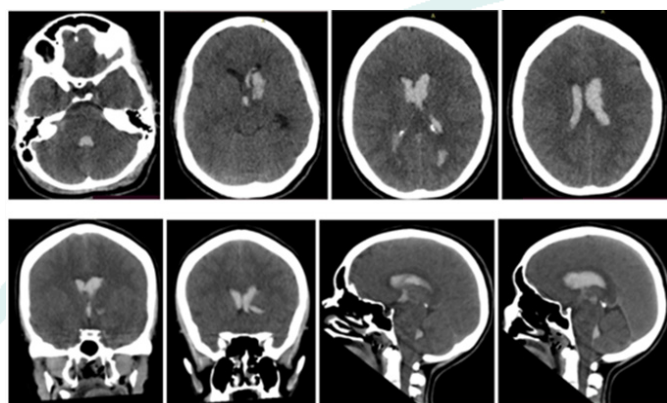


Fig 4 Tomografía Computada (TC) de encéfalo simple de ingreso. Corte axial, Coronal y Sagital

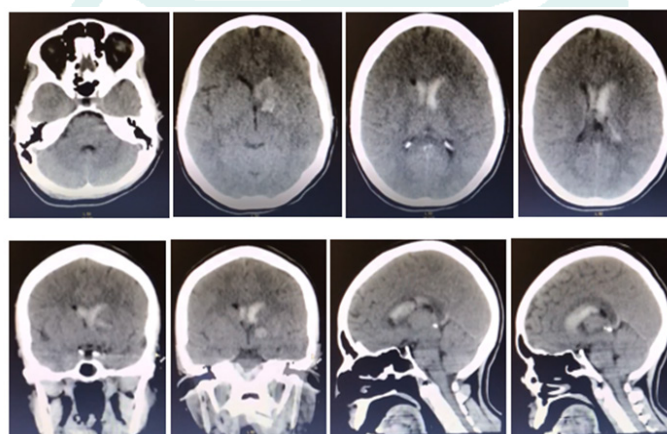


Fig. 5 TC de encéfalo simple de control, corte Axial, Coronal y Sagital.

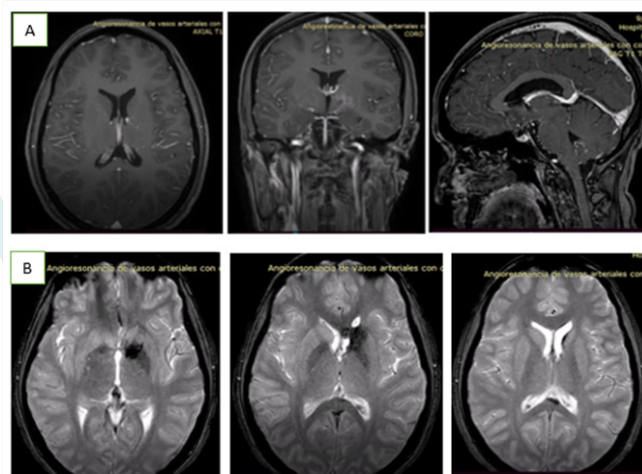


Fig. 6. (A)RMN de encéfalo corte axial coronal y sagital T1 con contraste. (B) RMN corte axial T2 GREE.

(tPA), plasminógeno e Inhibidor del Activador del Plasminógeno (PAI); aunque después de una HIV, se han encontrado concentraciones más altas de estos componentes en el LCR; se desconoce si esto es secundario a un aumento en la producción local o a un paso a través de una barrera hematoencefálica dañada común a los pacientes con HIV. Se desconoce si los agentes fibrinolíticos llegan al lugar

atravesando la barrera hematoencefálica dirigidos por un mecanismo de reparación propio del cerebro o se generan dentro del sistema ventricular.

CONCLUSIÓN

Los conocimientos actuales de la actividad fibrinolítica en LCR y tejido cerebral se basan principalmente en estudios post mortem, que han demostrado que es un proceso dinámico, cuya distribución se concentra predominantemente en las meninges, plexos coroideos y en menor medida en LCR. Dicha actividad aumenta a lo largo de la infancia hasta la edad adulta.³ La DVE a menudo no reduce el efecto de masa del hematoma y no acelera el aclaramiento de la sangre intraventricular, por lo que no puede abordar los procesos patológicos concomitantes y no previene el daño cerebral secundario generado por los mecanismos antes mencionados. El fundamento detrás de la colocación de una DVE es controlar la presión intracraneal (PIC) por drenaje de LCR en casos de hidrocefalia aguda, pero la falta de evidencia de un mejor pronóstico en estos pacientes enfatiza el hecho de que el control de la hidrocefalia no es suficiente para mejorar el resultado funcional. Se requiere una decisión médica individualizada con respecto al uso de drenaje ventricular externo y/u otras conductas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dey, M., Jaffe, J., Stadnik, A. et al. Drenaje Ventricular Externo para Hemorragia Intraventricular. *Curr Neurol Neurosci Rep* 12, 24–33 (2012). <https://doi.org/10.1007/s11910-011-0231-x>
2. Garg R, Biller J. Recent advances in spontaneous intracerebral hemorrhage. *F1000Res*. 2019 Mar 18;8:F1000 Faculty Rev-302.
3. Staron D, Oddo M, Maduri R, Messerer M, Daniel RT. Thrombolysis for non-traumatic intra-ventricular hemorrhage in adults: a critical reappraisal. *Minerva Anestesiol*. 2017 Sep;83(9):982-993. doi: 10.23736/S0375-9393.17.12073-0. Epub 2017 Jun 12. PMID: 28607341.
4. Cordonnier C, Demchuk A, Ziai W, Anderson CS. Intracerebral haemorrhage: current approaches to acute management. *Lancet*. 2018 Oct 6;392(10154):1257-1268.
5. Rodorf, G. and McDonald, C., 2022. Spontaneous intracerebral hemorrhage: Acute treatment and prognosis. [online] Uptodate. Available at: <<https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-intracerebral-hemorrhage-acute-treatment-and-prognosis?csi=02c1a462-b3c6-4500-9413-d2204f56058e&source=contentShare>> [Accessed 8 March 2022].
6. Al-Kawaz MN, Hanley DF, Ziai W. Advances in Therapeutic Approaches for Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *Neurotherapeutics*. 2020 Oct;17(4):1757-1767.
7. Cucchiara, B., 2022. Intraventricular hemorrhage. [online] uptodate. Available at: <<https://www.uptodate.com/contents/intraventricular-hemorrhage?csi=56de75-d642-4f69-bc87-56492f1b4387&source=contentShare#references>> [Accessed 8 March 2022].

LIPOSARCOMA CERVICAL Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO MUSCULOCUTÁNEO: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Dra. Carolina D'onofrio, Dra. Anabella Sánchez, Dr. Juan Cruz Ramallo, Dr. Eduardo Veliz, Dr. Leonardo Piraino.

INSTITUCIÓN: Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello. Htal. Z.G. Dr. Alberto Eurnekian, Ezeiza, Pcia de Bs. As. donofriocarolinaa@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los liposarcomas son tumores malignos raros de diferenciación adipocítica. Se observan en adultos entre los 50 y 65 años, localizándose comúnmente en extremidades y retroperitoneo por lo que es raro encontrarlos en cabeza y cuello, teniendo una incidencia del 2% en esta región (1).

Según su histología se clasifica en cuatro subtipos: Bien diferenciado (40%), Desdiferenciado (5%), Mixoide (30%) y Pleomórfico (15%), adoptando cada uno comportamientos distintos.

El liposarcoma bien diferenciado es el subtipo más común. Presenta una conducta indolente, con recurrencia local y baja sensibilidad a la radioterapia y la quimioterapia. La cirugía sigue siendo el pilar terapéutico fundamental ya que no tienen potencial metastásico y se asocian con un resultado excelente cuando se logra la escisión completa. Los defectos complejos de tejidos blandos posteriores a una escisión completa generalmente representan áreas difíciles de reconstruir y suelen requerir la confección de colgajos musculocutáneos diseñados de manera pediculada o colgajos libres.

A continuación se presenta el caso de un hombre de 47 años de edad que consulta por una lesión retroauricular que fue tratado por el Servicio de Cirugía General en conjunto con el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello de nuestra institución.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un hombre de 47 años con antecedentes de DBT tipo II, HTA y obesidad que consultó por nódulo de 10cm de diámetro en la región cervical retroauricular izquierda de 1 año de evolución. Al examen físico presentaba una formación de característica duro-elástica, indolora, móvil, bien delimitada y sin adenopatías. La ecografía de partes blandas informó la presencia de una imagen hipoecoica de 39x23mm de bordes bien definidos compatible con lipoma. Debido a estos hallazgos se decide la resección de la misma. En el resultado de la anatomía patológica se informó un fragmento fibroadiposo de 4x5cm con septos de tejido fibroso, presencia de células atípicas con núcleo hipercrómico y células con multinucleación en contacto focal con margen quirúrgico (**fig.1a y b**), hallazgos que corresponden a liposarcoma bien diferenciado de tipo esclerosante (**fig.1c**). De acuerdo a este resultado se solicita una tomografía de cuello donde no se evidencian alteraciones en partes blandas ni adenopatías (**Fig.2**) y el resultado de la anatomía patológica, se decide realizar una nueva intervención quirúrgica para ampliar márgenes de resección.

Descripción de la técnica: Se realiza incisión losángica cervical retroauricular izquierda (**Fig.3**) a 4cm del margen de la cicatriz

previa. Se diseca hasta el plano muscular y se envía la pieza a anatomía patológica para evaluación intraoperatoria que informa márgenes libres de atipia. En la exploración se evidencia una adenopatía en región occipital, se realiza resección de la misma. Para cubrir el defecto se confecciona un colgajo musculocutáneo vertical de trapecio pediculado de 10x20cm con rotación de 180°. Una vez elevado el colgajo (Fig.4), se procede primariamente a cerrar la zona donante y luego a trasponer el colgajo sobre la zona receptora (Fig.5) el cual se sutura con hilo no reabsorbible, sintético y monofilamento N° 3/0 (Fig.6).

La anatomía patológica diferida informa lecho quirúrgico con reacción gigantomielocelular por hilo de sutura, fibrosis cicatrizal, ausencia de tumor remanente, ganglio linfático con histiocitosis sinusal. El paciente fue evaluado por el servicio de oncología quienes solicitaron tomografía y laboratorio control y conducta expectante. Resultado de laboratorio control sin hallazgos patológicos, y tomografía de cabeza y cuello donde se evidencia cicatriz quirúrgica, sin imágenes compatibles con recidiva (Fig.7).

Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento desde hace 4 meses por nuestro servicio en buen estado general con el colgajo vital (Fig. 8).

CONCLUSIÓN

El liposarcoma bien diferenciado es un tumor de aparición poco frecuente en la región de la cabeza y el cuello. Requiere un tratamiento quirúrgico agresivo con escisión completa pudiendo la reconstrucción resultar un desafío.

Las metas de la cirugía son el cierre primario de la herida, la protección de estructuras vitales, restaurar la función, obtener resultados estéticos aceptables y mantener la función del sitio dador. El colgajo miocutáneo vertical de trapecio es un colgajo versátil que puede emplearse de forma segura para la reconstrucción de defectos de cobertura complejos de cabeza y cuello, como nuestro caso.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Lee, A , Thomas, J et al. Espectro clínico y molecular del liposarcoma. Diario de oncología clínica: diario oficial de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica vol. 36,2 (2018): 151-159.
- 2) Crago, A , Dickson, M y Col. Liposarcoma: manejo multimodal y futuras terapias dirigidas. Clínicas de oncología quirúrgica de América del Norte vol. 25,4 (2016): 761-73.
- 3) Blumberg, J et al. Liposarcoma cervical desdiferenciado con verticilos de tipo meningotelial. Patología de cabeza y cuello vol. 6,4 (2012): 476-80.
- 4) Quiaragua Linares, M ; Fernandez, P; Briceño, A; Santiago, R et al. Liposarcoma mixoide cervical presentación atípica a propósito de un caso. Revista Venezolana de Oncología, vol. 32, núm. 4, 2020. Sociedad Venezolana de Oncología, Venezuela
- 5) Toro Zambrano, W, Gómez Durán, Á, Mayoral Guisado, C., Hernández Amate, A, Díaz Delgado, M. et al (2017). Liposarcoma pleomórfico: estudio molecular de un caso y revisión bibliográfica. Revista Española de Patología, 50(4), 247-252.
- 6) Paulo Castillo D.. Colgajos musculares y musculocutáneos. Conceptos generales. Cuadernos de Cirugía, vol. 17 N° 1, 2003, pp. 71-74.
- 7) Mark, L. (1990). The Lower Trapezius Island Musculocutaneous Flap Revisited Report.

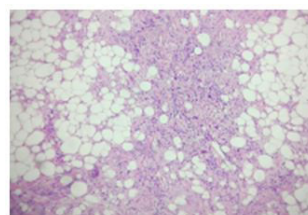


Fig.1a

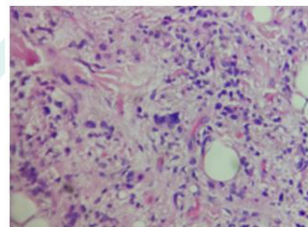


Fig.1b

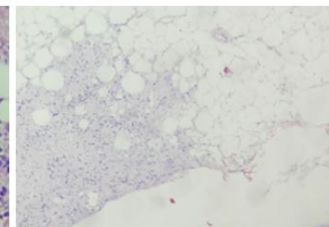


Fig.1c

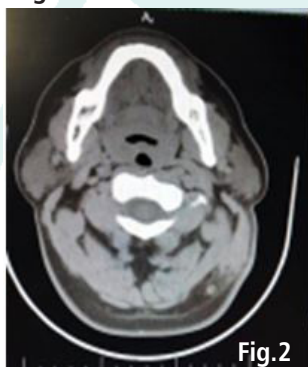


Fig.2

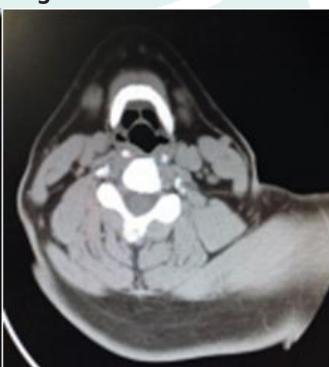


Fig.3



Fig.4



Fig.5



Fig.6

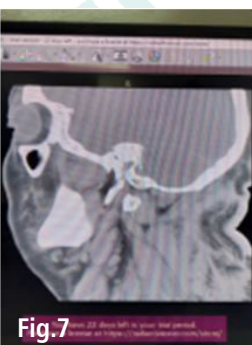


Fig.7





OPERACIÓN DE LADD + ANASTOMOSIS DUODENO YEYUNAL POR ATRESIA DUODENAL Y MAL ROTACION INTESTINAL. **REPORTE DE UN CASO.**

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y CIRUGÍA PEDIÁTRICA,
HOSPITAL INTERZONAL DR. A. A. EURNEKIAN EZEIZA.

AUTORES: Magali T. Simon, Celeste M. Fregonara, Anabella Sánchez, Paula M. Bidone, Gastón Elmo.
drasimonmagali@gmail.com

RESUMEN

La atresia duodenal (AD) es una patología congénita frecuente, caracterizada por la falla en la recanalización del duodeno y se la encuentra fuertemente asociada a cromosomopatías como el Síndrome Down.

Presentamos el reporte de caso de un recién nacido a término (RNT) con síndrome de Down, atresia duodenal y mal rotación intestinal, donde se realiza cirugía de Ladd + anastomosis duodeno yeyunal.

INTRODUCCIÓN

La atresia duodenal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en el período neonatal, destacándose la atresia de duodeno como responsable del 45 – 50% de todas las atresias intestinales. La incidencia en Argentina de 1:6.000 recién nacidos vivos, con una relación varón-mujer de 1/3. En un 40% se la asocia a otras patologías como mal rotación intestinal; en un 30% a cardiopatías y cromosomopatías como el síndrome de Down y en menor porcentaje a atresia esofágica (Fig. 1)

El diagnóstico prenatal de estas patologías se suele realizar por ultrasonido. Por medio de una ecografía se puede detectar a nivel abdominal fetal, una imagen estómago (Imagen en doble Burbuja) compatible con atresia duodenal. Se caracteriza clínicamente por epigastrio abombado, intolerancia a la vía oral y vómitos biliosos o gástricos, profusos e incluso en ausencia de ingesta. La atresia duodenal es una patología de resolución quirúrgica, siendo las técnicas más utilizadas la anastomosis duodeno duodenal término terminal o término lateral o duodeno yeyunal que fue la elegida para la resolución de nuestro paciente. Al presentar malrotación intestinal se agregó como procedimiento la cirugía de Ladd que consiste en evisceración, devolvulación, separación del meso común, verticalización del duodeno, ubicación del colon a la izquierda del abdomen y el intestino delgado a la derecha más apendicectomía.

CASO CLÍNICO

Masculino RNT, con PAEG (2,900 gr), talla 48 cm, perímetro cefálico 34 cm, APGAR 9/10; antecedentes maternos G7 P7 A0. Al momento del nacimiento se le detecta síndrome

de dificultad respiratoria neonatal, hiperbilirrubinemia de 14 mg/dl, con requerimiento de luminoterapia, sepsis (esquema antibiótico de ampicilina + gentamicina), síndrome de Down. Se le realiza el programa de detección neonatal de errores congénitos del metabolismo, donde no se arrojan resultados patológicos. A su vez, se constata un soplo sistólico que irradia a la escápula izquierda, por lo que se solicita ecocardiograma que informa, ductus arterioso persistente neonatólogos a fin de lograr un de 0,5 cm con shunt de izquierda a derecha y leve hiperflujo pulmonar, con buena función ventricular. A las 48 horas de vida se detecta intolerancia a la alimentación por vía oral, por lo cual se coloca una sonda orogástrica donde se constata abundante débito gástrico - bilioso. Se realiza una radiografía de abdomen donde se detecta el signo de la doble burbuja (Fig. 2), que representa una dilatación del estómago y la primera porción del duodeno por acúmulo de contenido. Se sospecha atresia duodenal, por lo que se decide conducta quirúrgica.

Descripción de técnica: Se realiza incisión transversa supraumbilical derecha (Fig. 3). Se identifica bolsa duodenal ciega (clava proximal) no comunicada con el duodeno distal (presentación menos frecuente). Se realiza cirugía de Ladd, con liberación de sus bandas junto con una anastomosis duodeno yeyunal término – lateral (Fig. 4 y 5) y apendicectomía por presentar atresia duodenal asociada a mal rotación intestinal. Se ubica colon en el hemiabdomen izquierdo y el intestino delgado en hemiabdomen derecho (Fig. 6). Procedimiento tolerado satisfactoriamente.

Requerimiento de alimentación parenteral por 16 días. Paciente con evolución favorable, indicándose el egreso hospitalario a los 18 días posteriores a la cirugía.

Al día de la fecha el paciente se encuentra tolerando dieta general, con peso acorde a su edad. Continúa asistiendo a consultorio para estimulación psicomotriz

DISCUSION

La patología oclusiva neonatal es un desafío para los obstetras y diagnóstico precoz mediante una ecografía prenatal, evitando así un retraso terapéutico post-natal, reduciendo en gran porcentaje la tasa de morbilidad. Se debe sospechar ante el cuadro clínico característico de vómitos de tipo bilioso y ausencia de deposiciones y el diagnóstico de elección es la radiografía simple de abdomen (imagen de doble burbuja). Es importante los diagnósticos diferenciales que son la atresia duodenal, la malrotación intestinal, la estenosis de duodeno y el páncreas anular, todos cuadros muy parecidos en el que

el diagnóstico muchas veces se hace en el momento de la cirugía y pueden asociarse como en este caso. Por otro lado, hay que ecolúcida dual por debajo del remarcar también que estos pacientes, pese a una buena evolución, deben seguir con controles estrictos a largo plazo, ya que pueden presentar mayor incidencia de malformaciones en los conductos pancreáticos y del colédoco.

La atresia de duodeno presenta una aceptable supervivencia y buena evolución postquirúrgica, se deben tener en cuenta las malformaciones a las que se encuentra asociada, principalmente las cardíacas, las que aumentan notablemente su mortalidad

CONCLUSION

En la oclusión duodenal es importante el diagnóstico prenatal para realizar el consejo materno y preparar al equipo actuante en el tratamiento. Debemos tener en cuenta los diagnósticos diferenciales y posibles tratamientos.

Es fundamental un trabajo coordinado y en equipo con especialistas entrenados en la solución de estas patologías complejas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boglione, M., Vallone, P., Rodríguez, S., & Martínez Ferro, M. (1994). Manejo quirúrgico del recién nacido con atresia del duodeno. Revista Cirugía Infantil. Retrieved 28 March 2022, from <https://acacip.org.ar/revista-cirugia-infantil/indice-04/docs/040107.pdf>.
2. Mandiá, N., Pérez-Muñuzuri, A., López-Suárez, O., López-Sanguos, C., Bautista-Casanovas, A., & Couce, M. L. (2018). Congenital intestinal atresias with multiple episodes of sepsis: A case report and review of literature. Medicine, 97(23), e10939. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010939>
3. Rueda Chaparro, H., Cardenas Ramirez, V., & Arias Alvarez, L. (2019). Obstrucción duodenal congénita de etiología múltiple: Reporte de un caso con malrotación intestinal, bandas de Ladd y membrana duodenal intrínseca como causantes de obstrucción intestinal en el neonato. Rev Chil Radiol, 25(4), 146-149. Retrieved 28 March 2022, from <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchradiol/v25n4/0718-8870-rae-25-04-146.pdf>

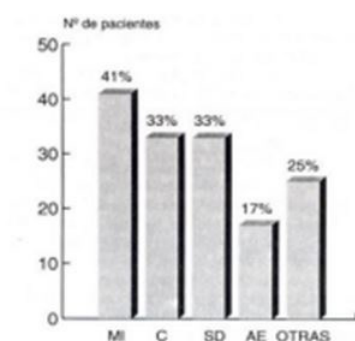


Fig. 3: malformaciones asociadas presentes en pacientes con atresia de duodeno.
MI: malrotación intestinal C: cardiopatía
SD: síndrome de Down AE: atresia de esófago

F.1



F.2

Fig 1. Asociación a otras patologías.

Fig 2. Signo de la doble burbuja.



Fig 3. Incisión transversa supraumbilical derecha.



Fig. 4 anastomosis duodeno yeyunal L- L.

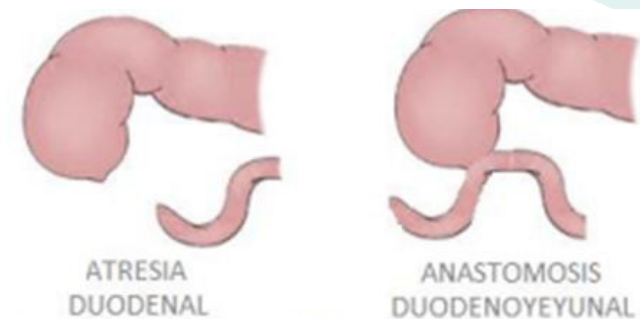


Fig 5. Esquema de técnica duodeno yeyuno.

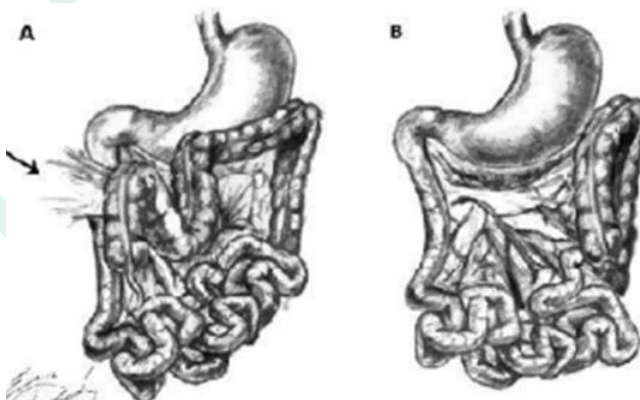


Fig 6. Posición asas intestino.

LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA FRENTE A LOS DESAFÍOS IMPUESTOS POR LA PANDEMIA.

DR SÁNCHEZ JOHN. Médico Coordinador de Terapia Intensiva Hospital Interzonal de Agudos "Dr. A. A Eurnekian"

Hemos sido testigos durante la pandemia de la importancia de los cuidados críticos en situaciones extremas. El equipo de terapia intensiva y sus funciones cobró notoriedad por su demanda en el sistema de salud y la saturación de las terapias intensivas. La Unidad de Terapia intensiva es un pilar de toda institución que se precie de compleja. Ella se compromete a resguardar la salud en sus momentos más apremiantes, los profesionales que trabajan en ella demandan no menos de 4 años de formación, el trabajo en equipo técnico, administrativo y profesional hacen la diferencia en la calidad de atención.

La terapia intensiva más costosa y compleja no es nada sin un calificado capital humano; comprometido con su visión y misión. La pandemia nos mostró la escasez de profesionales especialistas en cuidados intensivos, hecho que no es novedad entre quienes realizamos esta labor hace años y vemos como quedan vacantes los puesto antes fuertemente disputados de residencia. Nuestro hospital no fue la excepción. Médicos y enfermeras de áreas ajenas a los cuidados intensivos se dieron cita para abastecer la demanda en la pandemia. Se expandió la capacidad total de camas, se anexaron áreas de internación vecinas a la unidad y se vivió intensamente la elevada demanda de pacientes críticos, su atención, su sobrevida o su muerte. En la vorágine de los eventos nos vimos obligados a crear un programa de reorganización, junto a un programa de mejora de procesos asistenciales que nos dé un norte en un plan de desarrollo y progreso sustentable.

Empezamos estableciendo un plan de acción a largo plazo con el apoyo de la dirección.

1.- SE CONFORMÓ UN ORGANIGRAMA INTERNO, DISEÑADO PARA DAR INICIO AL PLAN

- La innovación más importante en el organigrama es la conformación de una planta que pueda dar seguimiento longitudinal al servicio, supervisar y ordenar la correcta ejecución del plan diagnóstico y terapéutico.
- La definición de la proporción de médicos de guardia en relación a las camas de UTI.
- Un subjefe en el comando operativo de la unidad, descomprimiendo la tarea de gestión.

ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA “DR. A A. EURNEKIAN”							
			JEFE				
			SUBJEFE				
3 MÉDICOS DE PLANTA							
2 MÉDICOS DE GUARDIA DIA							
MÉDICOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
PLANTA 1	MAÑANA	MAÑANA	MAÑANA				
PLANTA 2				MAÑANA	MAÑANA		
PLANTA 3						MAÑANA	MAÑANA
GUARDIA 1	24HS	24HS	24HS	24HS	24HS	24HS	24HS
GUARDIA 2	24HS	24HS	24HS	24HS	24HS	24HS	24HS

2.- CREACIÓN COMO POLÍTICA DE LA UNIDAD DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE REESTRUCTURACIÓN DE LA TERAPIA INTENSIVA A MEDIANO Y LARGO PLAZO.

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS DE UTI

PLAN ESTRATÉGICO DE REESTRUCTURACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS "DR A. A. EURNEKIAN"

POLÍTICA	Autor: Dr. Sánchez John. Subjefe UTI
Categoría: Unidad	Jefe de Unidad de Terapia intensiva: Dr. Luis Taco Jefe de Servicio de Emergencias: Dr. Diego Scigliano
Versión 1.2. 03/2022	Director Ejecutivo: Dr. Juan Ciruzzi Directores Asociados: Dr. Alejandro Rebolini, Dr. Francisco Fajardo, Cdr. Jorge Cardozo

OBJETIVO: **Objetivo general:** Prestar servicio especializado de calidad en cuidados críticos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Incorporar la cultura de seguridad en el desarrollo de las actividades asistenciales.
- Imprimir la conciencia colectiva de trabajo en equipo de terapia intensiva.
- Protocolizar la actividad asistencial médica, enfermería y kinesiología cardiorrespiratoria.
- Facilitar los puentes comunicacionales y diseños técnicos asistenciales e interservicios.
- Diseñar un espacio de formación de posgrado competitivo.

ALCANCE Unidad de Terapia Intensiva.

CUERPO

La estrategia de reestructuración se soporta en tres ejes temáticos.

ASISTENCIAL	INSTITUCIONAL	EDUCACIONAL
Protocolización	Constitución de equipo	Actualización médica local
Organización de la actividad médica.	Comunicación asertiva interna, interservicios y con dirección	Instrucción / nivelación de enfermería local
Organización de la actividad de enfermería.	Procesamiento de datos y planificación	Especialización del personal
Supervisión, seguimiento lineal y registro.	Adecuación a la visión hospitalaria	Articular educación de pregrado y posgrado

3.- SE DEFINIÓ UNA MISIÓN Y VISIÓN DEL SERVICIO

VISIÓN	Ser un servicio público de referencia en el cuidado integral del paciente crítico
MISIÓN	Somos un servicio que brinda asistencia médica en cuidados críticos humanizada, que invierte esfuerzos para una atención segura, con espíritu emprendedor en el continuo desarrollo científico / tecnológico

4.- Bajo un ideario común, que identifique a los integrantes del equipo y nos dé un norte, capaz de llevarse a cabo con beneplácito y orgullo.

IDEARIO DEL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA

A.- Los profesionales de la salud y el personal que se desempeña en la Unidad de Terapia Intensiva, se comprometen a actuar con profesionalismo y compromiso ético, en su relación con los pacientes, sus colegas, alumnos y autoridades.

B.- El trato respetuoso y considerado forman parte del compromiso asumido al ingresar a este servicio.

C.-La disposición a enseñar y aprender, colaborar y mejorar día a día, alcanza a todo el personal del servicio, cualquiera sea su tarea específica. La educación continua constituye una estrategia de comunión y fortalecimiento.

D. La base del vínculo entre el personal del servicio es pensar y actuar en base a la mutua confianza, respaldada en la búsqueda de la verdad y el bien.

E.- El respeto por los derechos del paciente, a recibir toda la información vinculada a su enfermedad, a la participación en los procesos, a conservar la confidencialidad y a velar por su cumplimiento, son prioridades de éste servicio.

F.- Las acciones contrarias a este ideario, serán evaluadas de acuerdo a la opinión profesional de sus pares, los responsables inmediatos, la jefatura del servicio y dirección médica. Estos tendrán la responsabilidad de adoptar la decisión final en cada caso en particular.

Desde el inicio del Plan estratégico de reestructuración podemos decir que:

DESDE LO ASISTENCIAL:

Se han logrado grandes avances en la protocolización, haciendo participe a los servicios involucrados para el mismo, tanto médicos como de enfermería. Se optimizaron las indicaciones digitalizarlas, para una mayor legibilidad y practicidad diaria. Los pases médicos adicionados con la jefatura y planta al medio día antes de los informes y con la coordinación vespertina mejoran la planificación y dirección de la planificación terapéutica.

El personal administrativo no solo ha sido un gran apoyo en lo logístico para la ejecución de los planes con la provisión de materiales y facilitación de los trámites, sino que participa de forma activa en la estadística diaria.

DESDE LO INSTITUCIONAL:

Se ha fortalecido la visión de grupo, desde la confección de grupos de comunicacionales específicamente relacionados a la tarea entre equipos medico, equipo de enfermería y bacteriología. La constitución de un pase escrito y digitalizado en un preformato claro para la comunicación asertiva, logró disminuir la fuga de datos de relevancia en el pase diario.

El apoyo logístico de la dirección en cuestiones de forma, como una mesa de trabajo con sillas suficientes, una pizarra de organización, corcho de comunicados y una impresora para médicos y enfermería. Y cuestiones de fondo como el presupuesto para el crecimiento del plantel, plan de monitorización central e instrumentales nuevos. Facilitaron importantemente en plan de acciones.

DESDE LO EDUCACIONAL:

El plan de formación inició desde el primer día con charlas instructivas al personal de reciente ingreso, protocolización interventiva, gestión de la Carrera de especialista en Cuidados Críticos. UBA, gestión de la residencia en terapia intensiva en Ministerio de la Provincia y la incorporación de la orientación de enfermería en terapia intensiva. Cursos extracurriculares con alcance nacional y provincial como el de Ecografía Pulmonar Integral (AMA) y de Accesos vasculares ecoguiados (Curso AVEG) con muy buena llegada nos hacen creer que estamos en la dirección indicada y esperamos poder ver los frutos del esfuerzo de todos para todos en nuestro querido hospital.

OBESIDAD MORBIDA Y SINDROME ASCITICO EDEMATOSO EN CANCER DE OVARIO. COORDINACION PARA LA DERIVACION INTERHOSPITALARIA

Autores: Santos Agustina, Llano Josefina, Mamone Nicole Ivanna, Costantino Ana Carolina, Aranda Romina, Devesa Nestor.

ABSTRACT:

El cáncer de ovario es la séptima causa de muerte oncológica en la mujer siendo una de sus complicaciones la falta de un método de screening para el mismo y el pronóstico reservado en mujeres de corta edad. La asociación de dicha enfermedad a un síndrome ascítico edematoso y obesidad mórbida la cual tiene alta prevalencia en la población occidental expone a las pacientes afectadas por esta patología a demora en el diagnóstico y múltiples complicaciones como su internación, traslado, tratamiento y eventual intervención quirúrgica (cama, quirófano, instrumental quirúrgico, etc.).

Presentamos la resolución quirúrgica, estadificación y plan terapéutico de una paciente con obesidad mórbida y síndrome ascítico edematoso a estudiar.

Introducción: El manejo del síndrome ascítico edematoso a punto de partida de una neoplasia implica un manejo interdisciplinario y artesanal. La asociación del mismo a obesidad mórbida suma al manejo interdisciplinario los obstáculos que enfrenta la salud pública en cuanto a infraestructura, materiales para estudios complementarios, instrumental quirúrgico, cama para internación.

Objetivo: Presentar la resolución quirúrgica, estadificación y plan terapéutico de una paciente con obesidad mórbida y síndrome ascítico edematoso derivada de otro hospital por carecer de la recepción adecuada para la atención de estas patologías endémicas. Coordinando acciones interhospitalarias.

Material y métodos: Se recibe derivación del Hospital Evita de Lanús, Provincia de Buenos Aires al Hospital Eurnekian de Ezeiza de una paciente de 45 años con antecedentes de Diabetes tipo 1 cursando el día 50 de internación por Síndrome Ascítico Edematoso, obesidad grado 3 (IMC:66,1) con citología de líquido ascítico que informa atipia celular epitelial de pro-





bable origen pelviano ginecológico. La tomografía realizada en Hospital Italiano, se informa que no hay carga tumoral ni tumores ováricos. Se decide laparoscopia diagnóstica y para evacuación de líquido abdominal, Hallazgos: Aspiración de líquido peritoneal mayor a 20 litros serohemático. Múltiples masas tumorales amorfas. Tumor ovario derecho de 9 cm. de diámetro. El Score de Fagotti fue el mas alto para carga tumoral, que desalienta la citorreducción óptima quirúrgica. El informe histopatológico recibido post cirugía informa adenocarcinoma seroso de ovario. Continúa seguimiento con oncología para neoadyuvancia y nueva reevaluación post tratamiento. Se utilizó mesa quirúrgica adaptada a este tipo de pacientes que soporta un peso mayor a 200 kg. Y todo el instrumental laparoscópico de cirugía bariátrica.

Discusión: La falta de infraestructura para pacientes de este peso obliga a las instituciones a perpetuar internaciones y solicitar derivaciones con unidades no equipadas para manejar pacientes con esta fisonomía. Así mismo los métodos complementarios de estudio que se utilizan en las pacientes descritas en los libros quedan de lado ya que no hay tomógrafos que puedan realizar el estudio en este tipo de pacientes. Las comorbilidades a la que se enfrenta esta paciente con un IMC alto obliga al personal de salud a ser cau-

telosos con la conducta clínica y quirúrgica y sobre todo no exponerla a una internación prolongada que pueda generar intercurencias que entorpezcan el diagnóstico oncológico y el curso de la enfermedad.

Conclusión: la obesidad mórbida es una enfermedad de prevalencia cada vez mayor con sus comorbilidades asociadas como en este caso el cáncer de ovario. Por lo tanto, el sistema de salud publico a nivel provincial estimula la coordinación entre hospitales y servicios para la atención en lugares preparados y adecuados para estos pacientes evitando demoras innecesarias y complicaciones, otorgando diagnósticos de certeza y tratamientos oportunos .

Bibliografía:

TwoRoger SS, Huang T. Obesity and Ovarian Cancer. Recent Results Cancer Res. 2016;208:155-176. doi: 10.1007/978-3-319-42542-9_9. PMID: 27909907.

Foong KW, Bolton H. Obesity and ovarian cancer risk: A systematic review. Post Reprod Health. 2017 Dec;23(4):183-198.doi:10.1177/2053369117709225. Epub 2017 Jul 18. PMID: 28720017

Ford CE, Werner B, Hacker NF, Warton K. The untapped potential of ascites in ovarian cancer research and treatment. Br J Cancer. 2020 Jul;123(1):9-16. doi: 10.1038/s41416-020-0875-x. Epub 2020 May 8. PMID: 32382112; PMCID: PMC7341795.





UTILIZACIÓN DE ACIDO TRANEXÁMICO DILUIDO EN SOLUCIÓN DE ANESTÉSICO LOCAL EN HISTERECTOMÍA POR VÍA VAGINAL

Use of tranexamic acid diluted in the local anesthetic solution in vaginal hysterectomy.

Autores: Llano J., Aranda R., Santos A., Venier E., Devesa N., Sivo V.

INTRODUCCION

La hemostasia requiere un equilibrio entre el sistema de coagulación y el sistema fibrinolítico. En los sitios de lesión tisular, la cascada de coagulación se activa, generando la formación de trombina que convierte el fibrinógeno en monómeros de fibrina.

El sistema fibrinolítico se activa en presencia de monómeros de fibrina, con el fin de mantener la permeabilidad vascular. El plasminógeno, que se encuentra en el coagulo, se une a los residuos de lisina de la superficie de la molécula de fibrina y se convierte en plasmina. Esto genera que los fragmentos de fibrina se degraden, siendo removidos de la circulación.

El ácido tranexámico, al ser un análogo de la lisina y al unirse de forma reversible y competitiva al plasminógeno impide la formación de plasmina y así la fragmentación de la fibrina. De esta forma evita la degradación de la misma, que conforma el coagulo de sangre.

Este fármaco fue descrito por primera vez a mediados de los años sesenta como ácido trans-4-(aminometil) ciclohexanocarboxílico (AAMC o ácido tranexámico), siendo cerca de diez veces más eficaz que el ácido épsilon aminocaproico, demostrando ser mejor tolerado por los pacientes. Hoy en día puede administrarse por vía intravenosa, oral y tópica.

Es uno de los antifibrinolíticos mas usados y mas difundido.

El ácido tranexámico se acumula en los tejidos y se difunde rápidamente al fluido articular y la membrana sinovial. Traspasa la placenta hacia el feto y está presente en la leche materna, en concentraciones 100 veces menores que en el suero.

Existen diversos artículos, que mencionan el uso de ácido tranexámico en la cirugía plástica, ya que favorece la hemostasia, sumado a la reducción de la inflamación y equimosis, produciendo una evolución postquirúrgica muy favorable.

El tejido cervical, al igual que el tejido uterino, tiene altas concentraciones de activador del plasminógeno, lo que explica el efecto positivo del ácido tranexámico

en estudios sobre conización. De manera similar, los agentes antifibrinolíticos pueden ser importantes en intervenciones como legrados e hysterectomías.

En este trabajo exponemos nuestra experiencia utilizando la anestesia tumescente o solución de Klein, con una ampolla de ácido tranexámico de 500mg en 5 ml en una hysterectomía por vía vaginal.

MATERIALES Y METODOS

En el servicio de tocoginecología del Hospital Eurnekian de Ezeiza, se programa una hysterectomía vaginal en una paciente de 42 años de edad, multipara, por presentar un sangrado uterino anormal de 2 años de evolución, resistente al tratamiento con drospirenona 4 mg. Con antecedentes personales asociados a tabaquismo, anemia crónica, colecistectomía y quistectomía en ovario derecho. Cuando se interroga a la paciente ella refiere no recordar el motivo por el cual se realizó esta última cirugía.

Ecografía ginecológica transvaginal correspondiente al 11/01/2022 que informa útero en AVF de 107mmx46mmx79mm. Con un endometrio de 17mm, heterogéneo engrosado. Ovario derecho 35mmx19mm, ovario izquierdo no se observa. Fondos de saco libres.

El día 09/03/22 se realiza una laparoscopia exploradora debido al antecedente correspondiente a la quistectomía en el ovario derecho. Verificando la ausencia de adherencias tisulares. Se procede a realizar la hysterectomía por vía vaginal.

Luego de la preparación de la posición de litotomía y la colocación de campos estériles, se infiltra toda la mucosa vaginal apical y cuello uterino con solución de Klein como anestesia tumescente que consta de 10ml de lidocaína al 1% (500mg) con 1ml de adrenalina al 1:1.000 (1mg) y 1.000ml de solución de NaCl al 0.9% con el agregado de 500mg en 5ml de ácido tranexámico. Observando una fácil hidrodivulsión del tejido. Tanto en la utilización de bisturí frío y eléctrico se observó un excelente control del sangrado permitiendo que los planos vesicouterinos y rectovaginal estén exangües. Se realizó la Hysterectomía vaginal simple sin incidencias. Colporrafia con puntos separados de Vicryl 0. Se introdujo un taponaje vaginal envaselinado para control de pérdidas hemáticas.

RESULTADOS

El postquirúrgico inmediato en la paciente fue muy favorable.

Seis horas después de la cirugía, extraímos el tapo-naje embaselinado, y verificamos que el mismo se en-contraba sin restos hemáticos. se procedió a retirar la sonda vesical, que contenía 600ml de orina clara.

Durante su estadía postquirúrgica en el hospital, la paciente no presento perdidas hemáticas, ni dolor pélvico perineal. Evoluciono con buen estado general, lucida y afebril.

DISCUSION

La solución de Klein actúa como un agente hemostá-tico, evita el sangrado en napa en la mucosa vaginal, que dificulta el campo quirúrgico durante el procedi-miento.

En la revisión de la literatura, esta ampliamente acep-tado el uso de esta solución.

Los autores Rock, John y Howard, Jones describen que esta solución puede ser reemplazada por solución sa-lina o solución diluida con pitresina.

Este tipo de anestesia tumescente, es ampliamente utilizada en cirugías dermatológicas, plásticas. Fue creada por Klein en el año 1987, utilizándola por pri-mera vez en lipoaspiración, cuya práctica permitía procedimientos más extensos que aquellos que pudie-ran ser realizados con anestesia local convencional, permitiéndole extraer mayores volúmenes de tejido adiposo con menos pérdida sanguínea, disminuyendo el uso de la anestesia

general y así la dependencia de quirófanos. Esta téc-nica proporcionaba además recuperación post quirúr-gica más rápida y más satisfactoria para el paciente.

La asociación con el ácido tranexámico, es escasa-mente descrita en los distintos artículos, pero a pesar de esto en los estudios donde es descripto presenta alta aceptación, ya que se comprobó que disminuye el sangrado, generando rápida hemostasia local y fun-damentalmente duradera. La asociación de la acción vasoconstrictora de la epinefrina con la acción antifi-brinolítica del ácido tranexámico generan un efecto sobre el tejido de alta sinergia.

CONCLUSION

En este caso pudimos comprobar que la asociación de la solución de Klein junto con el ácido tranexámico fue exitosa. Remarcando que la paciente no presento efec-tos adversos farmacológicos, y que el uso intraquirúrgi-co facilito la visualización y el buen campo quirúrgico. Siendo de gran importancia para el cirujano, y para la

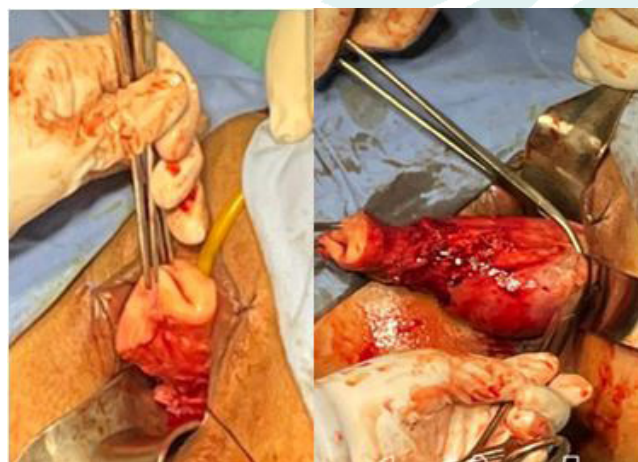
paciente en su postquirúrgico.

Es una realidad, que existen pocos artículos que com-prueben esta asociación. No existen artículos que lo describan en histerectomías por vía vaginal.

El ácido tranexámico tópico es descripto en cirugías plásticas, de reconstrucción, donde demuestran su alta eficacia.

Debido a la rica red arterial proveniente de arterias uterinas y pudendas internas como externas, los san-grados suelen ser intensos requiriendo aspiración con-tinua, utilización de numerosas compresas. El riesgo potencial lesiones vesicales y aun ureterales se hacen evidentes fundamentalmente en estos casos

Creemos que se trata de una asociación farmacológi-ca que puede modificar la evolución de las pacientes, sumado a que durante la intervención, genera una práctica mas fluida y con menos complicaciones tanto intraquirúrgicas como postquirúrgicas. Esta experien-cia nos anima a seguir investigando.



BIBLIOGRAFIA:

- Lukes AS, Moore KA, Muse KN, et al. Tranexamic acid treatment for heavy menstrual bleeding: a randomized controlled trial. *Obs-tet Gynecol* 2010;116:865-875.
- Zilinsky I, Sagiv O, et al. Subcutaneous tranexamic acid in upper eyelid blepharoplasty: a prospective randomized pilot study". *Can J Ophthalmol* 2018;53(6):600-4.
- Namazi MR. Practice Pearl: A novel anesthetic solution for dea-creasing the blood loss at the recipient site of hair transplatation (Namazi Solution)". *Aesthetic Plast Surg* 2007 Jul-Aug;31(4):415
- Elwatidy S, Jamjoom Z, Elgamal E, et al. Efficacy and safety of prophylactic large dose of tranexamic acid in spine surgery: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Spine* 2008;33:2577-2580
- Kullander S, Nilsson IM. Human placental transfer of an antifibri-nolytic agent (AMCA). *Acta Obstet Gynecol Scand* 1970;49:241-242.



IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO ERAS Y TAXONOMÍA NOTSS APLICADO EN CIRUGÍA DE WERTHEIM-MEIGS.

Autores: Aranda Romina, Costantino Ana, Devesa Nestor, Llano Josefina, Mamone Nicole, Santos Agustina.

RESUMEN

La técnica quirúrgica de Wertheim Meiggs (WM) para el tratamiento del cáncer de cuello uterino ha sido el centro de atención de diferentes discusiones acerca de sus beneficios, sus complicaciones y la recuperación post operatoria. Debido a la disparidad de criterios de valoración en la literatura y ausencia de una metodología clara y consensuada, la Residencia de Ginecología del Hospital Eurnekian diseñó un estudio descriptivo de la valoración pre, intra y postquirúrgica utilizando como herramientas el protocolo ERAS y la taxonomía NOTSS (Non technical skills for surgeons) en 10 pacientes con carcinoma de cuello uterino estadio IBI - II operados entre agosto 2021 y julio 2022. El objetivo principal fue valorar la utilización de estos instrumentos de Control y Eficacia. Estos dos instrumentos permitieron obtener una correcta evaluación metodológica. Todas las pacientes fueron egresadas de la institución a las 48 horas postoperatorias sin presentar complicaciones severas acercándonos a los resultados publicados en WM endoscópicos que en la actualidad es todavía una técnica en vías de validación. Esta experiencia nos alienta a seguir adelante con el empleo de estas metodologías mejorando la ecuación costo/beneficio por lo que recomendamos su implementación.

ABSTRACT

The Wertheim Meiggs (WM) surgical technique for the treatment of cervical cancer has been the focus of different discussions about its benefits, complications and postoperative recovery. Due to the disparity of assessment criteria in the literature and the absence of a clear and agreed methodology, the Eurnekian Hospital Gynecology Residency developed a descriptive study of pre, intra and post-surgical assessment using the ERAS protocol and the NOTSS taxonomy (non-technical skills for surgeons) in 10 patients with stage IBI - II cervical carcinoma operated between August 2021 and July 2022. The main objective was to assess the use of these Control and Efficacy instruments. These two instruments allowed obtaining a correct evaluation methodological. All patients were discharged from the institution 48 hours after surgery without presenting various complications, approaching the results published in endoscopic WM, which is currently still a technique in the process of being validated. This experience encourages us to go ahead with the use of these methodologies, improving the cost/benefit equation, which is why we recommend their implementation.

INTRODUCCIÓN

La operación de Wertheim Meiggs (WM) en todas sus formas, diferentes modificaciones y pasos quirúrgicos, sigue siendo el Gold standard en el tratamiento quirúrgico del carcinoma de cuello uterino en los estadios correspondientes ya que el objetivo final del tratamiento es la erradicación del tumor.

Es frecuente en el ámbito quirúrgico discutir o consensuar solo los aspectos técnicos de la intervención. Innumerables volúmenes de libros y citas bibliográficas hacen referencia a lo dicho. Sin embargo, hay escasa y hasta a veces confusa, información de todos los aspectos perioperatorios, desde el ingreso del paciente, preparación, información, simulación, plan anestésico, control intra y post operatorio. Existe en nuestro ámbito la herencia oral literaria con llamativo nivel de confiabilidad precario y sin evidencia.

La evaluación de riesgos y producción de un plan es sustancial para todas las prácticas quirúrgicas. El uso de un marco de estudio previo, intra y post cirugía determinado por la taxonomía NOTSS es imprescindible para evitar o minimizar incidentes adversos graves. Estos, sin embargo, ocurren porque la predicción no puede ser del todo precisa y los contextos son dinámicos. Por lo tanto, el seguimiento, la revisión, documentación, adaptación y comunicación regular con todos los integrantes del equipo involucrados son necesarios para asumir riesgos de manera positiva y receptiva. El protocolo ERAS (Recuperación Acelerada Después de Cirugía) abarca un conjunto de estrategias multimodales del perioperatorio que tienen como objetivos el disminuir los tiempos de hospitalización, de recuperación, complicaciones perioperatorias y costos asociados a distintos procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, existe una brecha entre el conocimiento y la aplicación de los protocolos, además, de una falta de actualización de las recomendaciones publicadas.

En el Servicio de Ginecología del Hospital Eurnekian hemos incorporado conceptos más amplios para obtener los máximos y mejores resultados. Aun con las dificultades propias de un servicio público, investigando todas las alternativas posibles con el fin de obtener los mejores resultados en el paciente.

Nuestro objetivo es describir la implementación del protocolo ERAS y la taxonomía NOTSS y, a su vez, realizar la trayectoria del tratamiento quirúrgico del carcinoma de cuello operable, desde ingreso hasta egreso de nuestra institución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Material

Pacientes

Se evaluó de forma prospectiva y observacional a un grupo de pacientes (n=10) con diagnóstico de cáncer de cuello uterino en estadios quirúrgicos que fueron intervenidas mediante la cirugía de WM en el servicio de ginecología del hospital eurnekian de ezeiza en el corriente semestre bajo la implementación del protocolo ERAS y la taxonomía NOTSS.

Pacientes con carcinoma de cuello uterino en estadios no quirúrgicos fueron excluidas del presente trabajo. Las pacientes estudiadas eran pacientes que tenían paridad cumplida.

Fueron estadificadas mediante el examen clínico, incluido el examen recto-vaginal por personal capacitado, biopsia y estudios por imágenes como tomografías axiales computarizadas (TAC) y resonancias magnéticas nucleares (RMN). De todas formas, los estudios por imágenes no brindaban informes concretos acerca del compromiso de parametrios y, a su vez, las barreras socioeconómicas que se presentan en el servicio público imposibilitan el acceso a este tipo de estudios, con lo cual no se tomaron en consideración. El grupo de estudio fue evaluado e intervenido por los mismos profesionales.

MÉTODOS

Para llevar a cabo dicho estudio se realizaron numerosas reuniones del equipo interviniente, consensos entre los diferentes servicios con anestesia, nutrición y enfermería. Dichas reuniones tuvieron el fin de discutir y consensuar la manera más eficaz de implementar el protocolo ERAS y la taxonomía NOTSS. Una vez implementados, propusimos estudiar y describir su efectividad en las cirugías oncológicas de ginecología.

Non-Technical Skills for Surgeons (NOTSS)

Las habilidades no quirúrgicas de los cirujanos (NOTSS) juegan un papel importante en la seguridad del paciente. Se busca constantemente construir un sistema de taxonomía y capacitación para crear conciencia sobre la importancia de estas. Consiste en un sistema de calificación de comportamiento basado en una taxonomía de habilidades que permite una observación y evaluación válida y confiable de cuatro categorías de habilidades no quirúrgicas de los cirujanos: conocimiento de la situación, toma de decisiones, comunicación y trabajo en equipo y liderazgo.

La residencia de ginecología realiza una gestión transversal la cual nos hizo posible adoptar la taxonomía NOTSS. Los residentes junto con los médicos de planta son quienes realizan una detallada evaluación acerca de cada paciente en particular llevando a cabo un plan para cada una de ellas. Los residentes superiores de tercer y cuarto año son quienes guían y organizan al grupo en cuanto al manejo del paciente pre, intra y postoperatorio. A partir de esta planificación se proyectan a futuro posibles eventualida-

des que puedan surgir durante todo el proceso para así estar preparados para prevenirlas. Se coordinan las actividades a llevar a cabo por cada integrante del equipo. En el caso de los residentes inferiores citan, reciben y realizan la internación de la paciente, revisan estudios preoperatorios. Son supervisados y acompañados durante todo el proceso por residentes superiores realizando así un manejo en conjunto e integral de la paciente. Constantemente se revisan las decisiones y se establece una comunicación entre todo el equipo interviniente.

Protocolo Eras

Para prevenir complicaciones perioperatorias, el grupo interviniente debe realizar una adecuada evaluación del riesgo preoperatorio, modificación oportuna del mismo y optimización en los recursos médicos. A su vez, brindar asesoramiento preoperatorio a los pacientes y familiares, incluidas instrucciones escritas, sobre el procedimiento quirúrgico a llevar a cabo junto con las complicaciones asociadas, el manejo del dolor y las medidas adecuadas para la atención del paciente al egreso hospitalario.

Se promueve la participación del paciente y su entorno. Durante esta fase es importante poder identificar las barreras que podría tener el paciente al egreso hospitalario.

En la fase intraoperatoria se recomiendan medidas como el uso de trombo profilaxis farmacológica y mecánica, y antibióticos profilácticos. Es fundamental el manejo del equipo multidisciplinario. El componente clave en esta etapa, es la fluidoterapia dirigida por objetivos para optimizar la perfusión del tejido de los órganos diana, terapia multimodal ahorradora de opioides. Es importante la administración de drogas antieméticas, el control de la temperatura corporal intraoperatoria, cuantificar el sangrado.

Se sugiere, por un lado, evitar el uso rutinario de drenajes y catéteres y, por otro, promover la infusión de anestésico local como la bupivacaína en el sitio quirúrgico a través de inyecciones profundas y superficiales antes del cierre.

Durante la etapa postoperatoria, se debe prestar atención a la alimentación y la movilización temprana, la limitación de los fluidos endovenosos y el control dinámico del dolor con regímenes de analgesia multimodal que ahorran opioides.

Finalmente, previo al alta, los pacientes deben recibir una vez más, instrucciones postoperatorias claras y contactos de emergencia en el caso de necesitarlo.

RESULTADOS

Se implementaron el protocolo ERAS y la taxonomía NOTSS en las 10 pacientes que se incluyeron en el trabajo, pudiendo obtener resultados beneficiosos. Para determinar un resultado exitoso, se incluyeron tres variables directamente relacionadas con el propósito de ERAS: el tiempo de internación, morbilidad global y readmisión.



En la fase prequirúrgica se centró en el asesoramiento preoperatorio. Se brindó información, educación y consejería, tanto a los pacientes como a su entorno. Se evitó el ayuno prolongado, realizando carga de hidratos de carbono indicada junto con el servicio de nutrición. A su vez, se administraron dosis de antibiótico profiláctico junto con drogas antieméticas previas a la cirugía. Se utilizó tromboprolifaxis farmacológica, heparina sódica 5.000 UI por vía subcutánea cada 12 hs, y mecánica durante la hospitalización. En la fase operatoria el servicio de anestesia administró una única dosis de un opioide intratecal junto con bolos de anestésicos locales de acuerdo con la necesidad del paciente según el dolor evidenciado por la activación del sistema simpático durante la intervención. Evaluaron la reacción del paciente a través de la medición de la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, el requerimiento de drogas para mantener el plano anestésico. Si dichos parámetros aumentaban administraban bolos de anestésicos locales para manejo del dolor. De esta manera, se logró una analgesia intraoperatoria y de las primeras 24 horas postoperatorias adecuadas, mejorando así el resultado de la intervención, permitiendo no sólo manejar el dolor con una analgesia vía oral de forma temprana si no también la deambulación temprana. se priorizó la analgesia multimodal, avalada por evidencia que respalda la analgesia intratecal controla mejor el dolor que la analgesia opioide endovenosa. 1,2

A su vez, durante la cirugía se mantuvo la normotermia dado que se ha demostrado que la hipotermia afecta el metabolismo de los medicamentos, altera la coagulación y aumenta el sangrado, la morbilidad cardíaca y la infección de la herida.3,4.

En el caso de una paciente, se produjo una lesión vesical intraquirúrgica la cual fue resuelta mediante sutura y permanencia por cincodías con sonda vesical. A las 48 hs la orina era clara y la evolución de la paciente fue favorable por lo que se decidió su egreso hospitalario y se citó por consultorios externos para control conjunto con el servicio de urología.

Las pacientes fueron externadas a las 48 horas postquirúrgicas sin haber sido re-ingresadas.

DISCUSIÓN

En nuestro medio la falta de recursos humanos, económicos, académicos, a nivel institucional constituye la principal barrera para la implementación adecuada de un protocolo ERAS.

Uno de los pilares del tratamiento en el cáncer de cuello uterino es la neoadyuvancia, quimio y radioterapia. En nuestra población estén múltiples barreras de orden burocrático, médico, escasez de insumos, entre otros. Por estos motivos, debemos replantearnos las conductas con la finalidad de no retrasar el tratamiento. Muchas veces se decide realizar la cirugía y adyuvancia.

Es de nuestro interés que los protocolos ERAS y taxonomía NOTSS

extiendan los límites interhospitalarios, llegando a los servicios de Oncología, banco de drogas oncológicas y radioterapia.

Las cirugías gineco-oncológicas presentan una alta morbi-mortalidad. Por lo que complejizar el procedimiento, como colocación de sonda nasogástrica, uso prolongado de sonda vesical, preparación intestinal, ayuno prolongado, entre otras medidas han demostrado no solo demorar el egreso hospitalario de la paciente sino también, favorecer la aparición de complicaciones en el postquirúrgico inmediato como mediato.

Actualmente el protocolo ERAS no se implementa en todas las instituciones o servicios quirúrgicos, ya sea por falta de conocimiento o herramientas necesarias. Tampoco existe una unificación de criterios a nivel institucional, ni dentro de los distintos servicios sobre la correcta implementación del protocolo ERAS y la taxonomía NOTSS. Es llamativo y hasta preocupante, la escasa presentación de trabajos que demuestran la importancia del ERAS y NOTSS.

La residencia de ginecología del Hospital Eurnekian, se ha enriquecido enormemente con esta metodología que es de fácil reproducibilidad y de baja complejidad para llevar a cabo.

Los resultados en estas pacientes nos anima a continuar utilizando estas medidas, mejorando así los resultados futuros e incluso pudiendo incorporar esta experiencia en otros servicios de la institución.

Todo el personal debe estar actualizado y apto para cumplir el protocolo ERAS y la taxonomía NOTSS. El manejo debe ser multidisciplinario y protocolizado, permitiendo así su inserción y brindarle la importancia que merece.

La taxonomía NOTSS fue ideada en el 2003 en el Reino Unido. A partir de ahí, múltiples países fueron adoptando esta metodología de trabajo aunque faltan diversos países por incluirla.

CONCLUSIONES

Es imprescindible tener el conocimiento de la técnica quirúrgica, así como de la anatomía y la experiencia para poder llevar a cabo una cirugía. Sin embargo, desde nuestra experiencia, consideramos que el manejo de las habilidades no quirúrgicas son el complemento necesario de la experiencia técnica y el conocimiento para poder identificar, mitigar el error y obtener mejores resultados.

La ejecución exitosa de un programa ERAS y de la taxonomía NOTSS requiere de la participación y comunicación efectiva de un equipo interdisciplinario. A su vez, involucrar al paciente en cada paso del proceso es una parte fundamental para obtener un resultado exitoso.

La implementación y continuidad de dichos programas depende del compromiso del personal, de cada miembro del equipo, en las diferentes etapas como del apoyo institucional. Llevar a cabo



1_ QUIRÚRGICA WM



2_ TUNELIZACIÓN DE URETER

estas medidas requiere un trabajo en conjunto enérgico no sólo por la educación continua de todo el equipo interviniente sino también, la importancia de adecuar dichos protocolos a nuestra realidad. Es una barrera que no podemos prescindir. Se hace necesario que sean evaluadas de manera específica cada medida en el contexto en el cual trabajamos, en cada caso particular, para que tengan un mayor impacto.

Creemos que es indispensable realizar un ciclo de mejora continua. A partir de la utilización de estas herramientas, se puede mejorar la ecuación costo-beneficio y los resultados exitosos en la evolución del paciente.

Estimamos que queda mucho terreno por transitar junto a estas dos herramientas en el servicio de ginecología y que, entre otras cosas, mejoraría la calidad de atención enormemente. Desde luego, es una tarea pendiente poder trabajar bajo esta modalidad y que se efectúe de forma óptima. Sin embargo, con estos resultados alentadores que obtuvimos con la residencia de ginecología del hospital Eurnekian consideramos que expandirlo a otros servicios puede llevar a un perfeccionamiento a nivel institucional.

Un cuidado perioperatorio de alta calidad debe convertirse en una práctica estándar para todas las pacientes que se vayan a intervenir quirúrgicamente.

En los últimos años ha cobrado mayor importancia la cirugía mínimamente invasiva, incluso para cirugías oncológicas como la Wertheim-Meigs, la cual presenta indudables ventajas frente a la vía laparotómica. Aunque presenta inconvenientes como la curva de aprendizaje en laparoscopia y la ausencia de resultados con-

tratados a largo plazo. Debemos esperar que, en un futuro, las técnicas laparoscópicas aplicadas a la oncología continúen avanzando gracias a la conjunción de los avances en la tecnología junto con los conocimientos de los cirujanos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Block BM, Liu SS, Rowlingson AJ, Cowan AR, Cowan JA, Wu CL. Efficacy of postoperative epidural analgesia: a meta-analysis. JAMA. 12 de noviembre de 2003;290(18):2455-63.
 2. Abram S. Effectiveness and safety of postoperative pain management: a survey of 18 925 consecutive patients between 1998 and 2006 (2nd revision): a database analysis of prospectively raised data. YearbAnesthesiol Pain Manag. enero de 2009;2009:269-71.
 3. Rajagopalan S. The Effects of Mild Perioperative Hypothermia on Blood Loss and Transfusion Requirement. 2008;108(1):7.
 4. Scott EM, Buckland R. A Systematic Review of Intraoperative Warming to Prevent Postoperative Complications. AORN J. mayo de 2006;83(5):1090-113.
- Andersen HK, Lewis SJ, Thomas S. Early enteral nutrition within 24h of colorectal surgery versus later commencement of feeding for postoperative complications. Cochrane Database Syst Rev. CD004080 (2006). doi:10.1002/14651858.CD004080.pub2
- Gustafsson UO et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. World J. Surg. 2019;43, 659- 95

CORRECCIÓN DEL MIELOMENINGOCELE LUMBAR - PRIMER CASO EN EL HOSPITAL INTERZONAL DR. ALBERTO A. EURNEKIAN DE EZEIZA.

AUTORES: Dra. Dubanced Anabela; Dra. Floriach Micaela; Dra. Claudia Cuesta Medica de planta del Servicio de Neonatología; Dra. Gabriela Rodríguez Jefa del Servicio de Perinatología; y Dr. Exequiel Verdier Jefe del Servicio de Neurocirugía Pediátrica del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Alberto A. Eurnekian de Ezeiza.

RESUMEN:

Los defectos del tubo neural son un grupo importante de anomalías congénitas graves que se asocian con una alta morbilidad perinatal, así como grados considerables de discapacidad a corto y largo plazo, con los consiguientes costos psicológicos y económicos.

Se presenta el caso de un paciente neonato con diagnóstico post-natal de mielomeningocele lumbar e hidrocefalia.

Nacido de madre de 35 años, octavo embarazo, sin controles prenatales. Nacimiento por parto vaginal, APGAR 9/10 con diagnóstico post-natal de defecto del cierre del tubo neural. Se realiza asepsia de lesión lumbar y ecografía cerebral la cual confirma dilatación ventricular. Se realiza cirugía de corrección y cierre del mielomeningocele a las 48 hs de vida con buena evolución post quirúrgica.

Siendo el primer caso de esta patología que se resuelve en esta institución, revisaremos las conductas a seguir; algoritmos de diagnóstico, cuidado y tratamiento, así como también la importancia de la prevención y diagnóstico pre-natal.

Mantener un embarazo controlado posibilita el diagnóstico precoz y permite el asesoramiento familiar, con la posibilidad de plantear para un futuro no muy lejano el tratamiento fetal (cirugía fetal) mejorando la calidad de vida de estos pacientes y sus familias.

Palabras Claves: Mielomeningocele, Neonato, Espina Bífida, Hidrocefalia, Cirugía Fetal.

INTRODUCCIÓN

Ingresa a neonatología paciente de sexo masculino con diagnóstico post-natal de mielomeningocele lumbar grado motor II. Nacido por parto vaginal, de embarazo no controlado de 36 semanas, APGAR 9/10, peso 2980 gramos, talla 45 cm, perímetro cefálico 35 cm; observando defecto del cierre del tubo neural en la región lumbar (nivel L4-L5). Se realiza asepsia de la lesión y cobertura húmeda para su cuidado. Es evaluado por Neurocirugía Pediátrica constatando que la lesión cumple los criterios de mielomeningocele (exposición de placa neural y quiste meníngeo con contenido de LCR, no roto), en la evaluación neurológica se constata esfínter anal hipotónico, movilidad de flexión de articulación de cadera y rodilla, pero sin movilidad de articulación de tobillo ni falanges del pie, constituyendo un grado motor II; también se evidencia deformidad del miembro inferior en pie Bot. Se realiza ecografía cerebral transfontanelar la cual muestra dilatación ventricular moderada, sin signos de hipertensión endocraneana; constatando al examen clínico fontanela normotensa al momento del nacimiento.

Se comienza con antibioticoterapia profiláctica con ampicilina y gentamicina, exámenes prequirúrgicos de rutina y se programa

cirugía correctiva dentro de las 48 hs de vida. Se realiza la coacción y cierre de la lesión con buena evolución post quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO

Al momento del nacimiento se realiza la evaluación clínica del mielomeningocele y su manifestación neurológica. Se realiza el lavado de la lesión con solución fisiológica estéril y tibia, y se deja cubierta la lesión con gasas húmedas para evitar la injuria secundaria del defecto. Se coloca al paciente en incubadora, ayuno con PHP 70/0/0, terapia antibiótica profilaxis (ampicilina y gentamicina) y controles estrictos con monitoreo continuo. Perímetro cefálico al nacimiento 35 cm. Laboratorios pre-quirúrgicos de rutina dentro de parámetros normales para la edad. Ecocardiograma normal. Ecografía cerebral marca dilatación moderada del sistema ventricular a expensas de las astas posteriores. Se realiza cirugía correctiva, bajo magnificación de lupas quirúrgicas se rodea la placa neural para separarla del tejido de transición patológico, se disecan y respetan raíces nerviosas anteriores normales, identificando las raíces aberrantes dismórficas y no funcionales, las cuales deben ser seccionadas; una vez liberado el tejido nervioso medular se procede a tubulización para generar la forma cilíndrica de la medula espinal, se constata que el canal medular este libre y se posiciona la placa tubulada en su posición normal dentro del canal, luego se genera el plano de duramadre para cerrar el defecto y evitar la fístula de líquido cefalorraquídeo, se procede con el cierre de la meninge lumbar en forma hermética, continuando con la exéresis del epitelio de transición patológico. Finalmente se deben cerrar los tejidos blandos subcutáneos y de piel. **(Ver Imágenes: A, B, C Y D)**

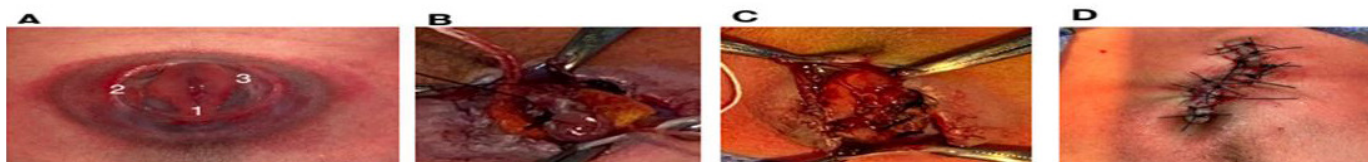
Durante el cuidado post-quirúrgicos el paciente permaneció en decúbito ventral, con controles de monitoreo continuo, completó 48 hs de antibioticoterapia y control con ecografía cerebral a las 72 hs post-quirúrgicos para evaluar la posibilidad de hidrocefalia, constatando aumento progresivo del tamaño ventricular. Se constata aumento del PC a 39 cm y diástasis de suturas craneales, por lo cual se realizó al décimo día post-quirúrgico punción ventricular transfontanelar para obtener líquido cefalorraquídeo con el objetivo de disminuir la presión intracraneal y estudiar el componente físico-químico del líquido, así como también la ausencia de gérmenes. Aguarda la cirugía de colocación de sistema derivativo de LCR. **(Ver Algoritmo de manejo del paciente con MMC Cuadro 1 y 2).**

CUADRO 1: ALGORITMO DE DIAGNOSTICO DEL MIELOMENINGOCELE

CUADRO 2: ALGORITMO DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE NACIDO CON MIELOMENINGOCELE.

RESULTADO

El paciente tuvo una buena evolución post-quirúrgica, con cierre del defecto neural, sin signos de infección sistémicos ni locales en la herida lumbar. Desarrollo hidrocefalia como cuadro acompañante de su patología de base, la cual aguarda para ser resuelta. Comenzó alimentación oral con biberón y pecho materno a las 48 hs post-quirúrgicas con buen progreso de peso y excelente succión. El grado motor post- quirúrgico se mantuvo inalterado



IMÁGENES DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: A: SE OBSERVA EL MIELOMENINGOCELE, CON LA PLACODA CENTRAL (1), EPITELIO DE TRANSICIÓN (2) Y MENINGE CON LCR (3). B: TUBULIZACIÓN DE LA PLACA NEURAL. C: POSICIONAMIENTO DENTRO DEL CANAL Y CIERRE DEL PLANO DURAL. D: RESULTADO FINAL

(grado motor II) como buen signo de recuperación neurológica post-quirúrgica secundario al shock medular por la manipulación delicada de la placa neural.

DISCUSIÓN

El mielomeningocele es un defecto del cierre primario del tubo neural que conlleva a una espina bífida abierta por definición con exposición del tejido neuronal (placa neural) siendo siempre una patología que afecta a más de un sistema orgánico por lo cual su enfoque debe ser multidisciplinario. Deben ser evaluados por neonatólogos, neurocirujanos pediátricos, urólogos pediátricos, traumatólogos pediátricos, kinesiólogos pediátricos, cardiólogos pediátricos, psicólogos (para la contención familiar), etc. Los defectos pueden abarcar cualquier región de la columna (cervical, torácica, lumbar o sacra) siendo los más frecuentes la región lumbo-sacra.

La incidencia es de 0.1-0.2 % desde la incorporación del ácido fólico a la dieta (Harinas con ácido fólico Ley No. 25.630 año 2002), aumentando al 4-8% en casos de antecedentes de hijos con esta patología. A pesar de que la etiología es multifactorial y poligénica, se evidencio que el riesgo de concebir un hijo/a con mielomeningocele se reduce un 72% si se suplemento a la embarazada con ácido fólico a 5 mg/día; siendo la mejor estrategia dentro de la planificación familiar comenzar con ácido fólico 1 mg/día previo a la concepción (mejor esquema 2 meses previos a la concepción, continuando hasta los 3 meses de embarazo).

El diagnóstico se realiza por ecografía fetal precoz, alfafoproteína (AFP) y acetilcolinesterasa en líquido amniótico. Determinar AFP entre la semana 13-16 se recomienda como screening, aunque tiene falsos negativos y positivos. Valores mayores a 1000 ng/ml son sospecha de alta probabilidad de mielomeningocele (VN es < 500). Es popularmente aceptado en esta época que un diagnóstico post-natal de esta patología es por error o falta de controles durante el embarazo.

El diagnóstico precoz pre-natal permite asesorar a estas familias para afrontar el futuro de sus hijos, ya que no estamos hablando de una sola entidad porque el mielomeningocele presenta patologías asociadas, como la hidrocefalia en el 80% de los casos, Malformación de Chiari II en el 90%, cifosis y escoliosis (15%) progresiva dependiendo del nivel del defecto, así como también vejiga neurogénica (recomendado el sondeo vesical intermitente de rutina hasta tener una urodinamia) y trastornos en la marcha a causa de deformidades ortopédicas; así como también síndrome de medula anclada en el 15-20% de los casos manifestándose con empeoramiento de trastornos motores, sensitivos o esfinterianos, debilidad progresiva, progresión de escoliosis, alteraciones de la marcha, dolor en espalda o miembros, aumento en frecuencia del sondeo vesical intermitente, pérdida de continencia y deformidades de pie o cadera.

El futuro del tratamiento de esta patología (ya en algunos lugares del país y en el resto del mundo es el presente) es la cirugía fetal, confirmado con el estudio MOMS publicado en 2011 donde se demostró que esta técnica reduce en 50% la necesidad de colocación de sistema derivativo para hidrocefalia y duplica la posibilidad de deambulación independiente a los 30 meses de vida postnatal; sin embargo, se asocia también a mayor riesgo de nacimiento prematuro y morbilidad materna. Por tal motivo se generaron criterios de inclusión para realizar la cirugía fetal, siendo el mejor momento para realizar dicho procedimiento la edad gestacional entre 24 y 27 semanas. (Protocol for: Adzick NS, Thom EA, Spong CY, et al. A randomized trial of prenatal versus postnatal repair of myelomeningocele. *N Engl J Med* 2011; 364:993-1004. DOI: 10.1056/NEJMoa1014379.). Otro requisito indispensable es contar en la misma institución con un centro obstétrico y neonatología con especialistas pediátricos que puedan abordar sin demoras el cuidado y seguimiento del bebe nacido con cirugía fetal, sin tener la necesidad de trasladar al paciente Pediátrico a otra institución.

CONCLUSIÓN

El caso presentado confirma la posibilidad de resolución neuroquirúrgica de una patología tan compleja en esta institución, siendo indispensable la colaboración de todas las áreas pediátricas para conseguir buenos resultados y poder aumentar la casuística. Existiendo un centro obstétrico con gran caudal de pacientes, y la posibilidad de realizar diagnóstico precoz, consideramos que el futuro debería estar en la cirugía fetal.

BIBLIOGRAFÍA

- Adzick, N. Scott, Elizabeth A. Thom, Catherine Y. Spong, John W. Brock 3rd, Pamela K. Burrows, Mark P. Johnson, Lori J. Howell, et al. 2011. "A Randomized Trial of Prenatal versus Postnatal Repair of Myelomeningocele" *N Eng J Med* 364 (11): 993–1004.
- Botto, L.D., Moore, C.A., Khoury, M.J., and Erickson, J.D. Neural-tube defects. *N Eng J Med*, (1999). 341, 1509–19.
- Bowman, R.M., McLone, D.G., Grant, J.A., Tomita, T., and Ito, J.A. (2001) Spina bifida outcome: A 25-year prospective. *Pediatric Neurosurgery*, 34 (3), 114–20.
- Reporte anual RENAC 2017. Análisis epidemiológico sobre las anomalías congénitas en recién nacidos, registradas durante 2016 en la República Argentina. Consultado el 24/04/2018; <http://www.msal.gov.ar/congenitas/material-equipos-de-salud/>.
- Yi, Y., Lindemann, M., Colligs, A., and Snowball, C. (2011) Economic burden of neural tube defects and impact of prevention with folic acid: A literature review. *European Journal of Pediatrics*, 170 (11), 1391–1400.



FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA O ENFERMEDAD DE ORMOND. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: COPES FRANCISCO, SANTARELLI MAXIMILIANO, CEPEDA ANA, DELUCA AGUSTÍN, SECCHI ALFREDO (*).

Servicio de Urología. Hospital Zonal General de Agudos Dr. Alberto Eurnekian. Ezeiza- Provincia de Buenos Aires. Argentina. 2022. (*) Jefe de Servicio.

INTRODUCCIÓN

La fibrosis retroperitoneal idiopática (FPR), es una enfermedad fibroinflamatoria rara que se desarrolla alrededor de la aorta abdominal y las arterias ilíacas, y se disemina al retroperitoneo adyacente, donde la uropatía obstructiva es la complicación más frecuente, aunque pueden presentarse otros tipos de afectación renal, como estenosis de las arterias y venas renales, atrofia renal y diferentes tipos de GN asociadas.(2)

El diagnóstico se realiza sobre la base de tomografía computarizada o resonancia magnética. La tomografía por emisión de positrones es una herramienta útil en la estadificación y el seguimiento de la enfermedad.

El tratamiento de la FPR idiopática tiene como objetivo aliviar la obstrucción ureteral e inducir la regresión de la enfermedad e incluye la ureterolisis y el tratamiento médico, el cual consiste en el uso de glucocorticoides combinados o no con otros inmunosupresores tradicionales.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente de 56 años que consulta por orquitis e inflamación testicular, náuseas, pérdida de apetito y descenso de peso. Al examen físico se identifica edema escrotal, varicocele bilateral y dolor moderado a la puño percusión bilateral. Se realiza una ecografía donde se evidencia dilatación bilateral del plexo pampiniforme y dilatación pielocalicial bilateral grado III.

En los estudios de sangre se constata insuficiencia renal (Creatinina 15,3 / Urea 235). Se solicita una TAC de abdomen y pelvis con contraste EV cuyo informe describe dilatación pielocalicial bilateral y a nivel de retroperitoneo prevertebral, en íntimo contacto con aorta abdominal infrarrenal, tejido con densidad de partes blandas, que se extiende en sentido caudal hasta la bifurcación de ambas arterias ilíacas.

Se intenta derivación de vía urinaria mediante colocación de catéter "doble j" constatándose un stop a nivel de tercio distal de ambos uréteres. Se realizó nefrostomía percutánea derecha lográndose la normalización de la función renal. A continuación se decide intervención quirúrgica en dos tiempos, ambas por vía lateral extraperitoneal. En el primer tiempo se realizó una ureterolisis izquierda con toma de biopsia (que confirmó el diagnóstico de Enfermedad de Ormond), colocación de catéter ureteral "doble j" izquierdo y peritonización de uréter. En la segunda cirugía, diferida por 6 meses, se realizó la extracción de la nefrostomía derecha, ureterolisis derecha, colocación de catéter ureteral "doble j" derecho y la peritonización de uréter derecho. Se indicó tratamiento médico con betametasona 0,6 mg/día y controles semanales de la función renal, que evidenció la normalización de la misma. Luego de un tiempo prudencial de 90 días, se extraen los catéteres "doble j" y se realiza TAC control, donde se pone de manifiesto buen excursión de contraste endovenoso de ambos uréteres y ausencia de dilatación de la vía urinaria.

DISCUSIÓN

Se pueden distinguir tres grupos de fibrosis retroperitoneal:

- **Fibrosis retroperitoneal idiopática o primaria:** representa aproximadamente entre 70 y 75% de los casos y no tiene antecedentes o patologías relacionadas. También se le conoce como enfermedad de Ormond (2).

- **Fibrosis retroperitoneal secundaria:** relacionada con la ingesta de medicamentos (por ej. derivados de alcaloides del ergot (dietilamida del ácido lisérgico, dihidro-ergotamina), betabloqueantes como el propranolol, metoprolol, analgésicos (aspirina, paracetamol, codeína), etc.) y con algunas enfermedades (linfoma en la región pélvica, terapia con radiación, absceso isquio-rectal, exposición a asbesto, infecciones como citomegalovirus, histoplasmosis, tuberculosis)(3).

- **Fibrosis retroperitoneal maligna:** 8 y 10% de todas las fibrosis retroperitoneales. Se asocia con tumores malignos como carcinoma de pulmón, mama, próstata, gástrico, colon, riñón, cervix, de vejiga y pancreático, linfoma de Hodgkin y no Hodgkin, carcinoide, tiroideo y sarcoma.

La enfermedad de Ormond presenta una baja incidencia, estimada en un 0,1 por 100.000 personas/año, y una prevalencia de 1,3 por 100.000 habitantes (4). Es frecuente en hombres (3:1) en edades comprendidas entre los 40 y los 60 años (5 6). Una presentación insidiosa a veces dificulta su diagnóstico. Inicialmente se presenta con síntomas inespecíficos como dolor lumbar difuso, flanco o abdomen en 80 a 100% de los casos, con intensidad progresivamente creciente debido a la obstrucción ureteral. En consecuencia, los síntomas están en relación con la oliguria y la uremia, con presencia de hipertensión arterial (de 50 a 60%), anemia, alteraciones de los líquidos y electrolitos, malestar general (25%), náuseas y vómitos (3%), pérdida de apetito, infección urinaria (6%), cólico renal (10%), hematuria (3%) y oclusión intestinal (10%). Puede existir polaquiuria y disuria, incluso en ausencia de una infección de la vía urinaria.

Los síntomas secundarios a la obstrucción de la vía urinaria son más frecuentes debido a que la obstrucción de los dos uréteres se presenta en el 50% o más de los casos. Dicha obstrucción puede ser simultánea o metacrónica. La presencia de anorexia (13%), fiebre leve (3%) y pérdida de peso (13%) podrían ser un reflejo de la naturaleza inflamatoria sistémica de la enfermedad (3).

La compresión de la vena cava inferior causa edema de los miembros inferiores o escroto y orquitis, o tromboflebitis profunda de las piernas, mientras que la afección de los vasos y linfáticos gonadales puede resultar en hidrocele, molestia escrotal (7) y disfunción eréctil(3).

El diagnóstico de la fibrosis retroperitoneal tiene cierta dificultad en la práctica clínica. La fibrosis retroperitoneal carece de criterios diagnósticos establecidos, así que el diagnóstico se realiza con signos clínicos sugestivos, junto con exámenes de laboratorio y estudios de imagen compatibles (2)

La tomografía axial computarizada puede mostrar una masa que generalmente inicia a nivel del hilio renal y se limita a la región lumbar. En las fibrosis retroperitoneales no malignas, el borde anterior se encuentra claramente delimitado y pobremente en el margen posterior. Esta masa tiende a envolver la aorta y la vena cava, pero sin desplazarlas[8] aunque sí produce una desviación

medial y compresión extrínseca de los uréteres[3].

El diagnóstico de certeza para la fibrosis retroperitoneal es la biopsia del tejido fibrótico[10]. En la evaluación macroscópica, la placa fibrótica tiene una consistencia de madera color blanco grisáceo, con un borde anterior bien delimitado, pero el posterior es difícil de separar del resto de la estructuras.

El tratamiento de la fibrosis retroperitoneal inicialmente es médico y se basa en la suspensión de los fármacos sospechosos de producir la agresión y el uso empírico de esteroides en las fases tempranas. El uso de esteroide tiene una mejor respuesta en los casos de fibrosis retroperitoneal idiopática, además de ser más útiles en la fase inicial de la enfermedad, no así en la fase madura y de escasa cuando hay poca respuesta.(10)

Si no hay respuesta al esteroide se puede intentar el uso de inmunosupresores como la ciclosporina, la azatioprina y la ciclofosfamida, aunque la acción de estas dos últimas es retrasada y tienen una gran toxicidad, además de existir poca experiencia en su uso. El manejo quirúrgico debe estar encaminado a la escisión de la masa fibrosa con liberación de los uréteres o cualquier otro órgano envuelto por la fibrosis[11]. La ureterólisis e intraperitonealización del uréter y/o envolvimiento de los uréteres en el epiplón ha sido ampliamente usada, aunque tiene una recidiva de hasta un 22%[12]. La nefrostomía percutánea o la colocación de catéteres "doble j" son manejos temporales de la insuficiencia renal aguda obstructiva. El índice de éxito con la cirugía urológica consistente únicamente en la ureterólisis es de 73%, con los esteroides es de 86%. El pronóstico depende de un diagnóstico temprano de la enfermedad e inicio del tratamiento médico antes de que se presenten los cambios irreversibles en uno o ambos riñones. En pacientes con fibrosis retroperitoneal idiopática sin compromiso renal el pronóstico es excelente, con éxito a largo plazo de más de 90%. (9)

Se debe mantener un monitoreo de los pacientes con fibrosis retroperitoneal debido a que la enfermedad puede recurrir dentro de los 5 años después del diagnóstico, aunque se han reportado casos raros de recurrencia después de 10 años de seguimiento.(14)

CONCLUSIÓN

Se concluye que la fibrosis retroperitoneal debe ser parte del diagnóstico diferencial ante la presencia de dolor abdominal difuso asociado a síntomas de compresión ureteral o de grandes vasos. La realización de estudios tomográficos puede servir para establecer la sospecha, aunque el diagnóstico de certeza es la exploración quirúrgica con toma de biopsia, así como el tratamiento adecuado de los uréteres envueltos por la compresión de la fibrosis retroperitoneal. El establecimiento del período de evolución debe determinar si el manejo será de predominio médico basado en esteroides o si los resultados serán mejores con un abordaje quirúrgico.



IMAGEN DE TAC DE INGRESO



Radiografía visualizando se Nefrostomía derecha y catéter tipo doble J" izquierdo

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Augusto Vaglio y Federica Maritati, Fibrosis Retroperitoneal Idiopática, JASN julio de 2016.
- (2) Castro-Iglesias N, Belhassen-García M, Velasco-Tirado V, Carpio-Pérez A, Inés-Revuelta S, Martín-Barba S, et al. Ormond's disease: Experience with five cases. *Rheumatol Clin.* 2010 Jul-Aug;6(4):199-202. | CrossRef | PubMed |
- (3)Vaglio A, Palmisano A, Corradi D, Salvarani C, Buzio C. Retroperitoneal fibrosis: evolving concepts. *Rheum Dis Clin North Am.* 2007 Nov;33(4):803-17, vi-vii. | CrossRef | PubMed |
- (4) José Francisco Camacho, Juan Carlos Helú, Alfonso Valenzuela, Juan Francisco Hidalgo, Retroperitoneal fibrosis: case report and literature review, Medwave 2013;13(8):e5795 doi: 10.5867/medwave.2013.08.5795
- (5) Van Bommel EF, Jansen I, Hendriksz TR, Aarnoudse AL. Idiopathic retroperitoneal fibrosis: prospective evaluation of incidence and clinicoradiologic presentation. *Medicine (Baltimore)* 2009;88:193-201.
- (6) Cronin CG, Lohan DG, Blake MA, Roche C, McCarthy P, Murphy JM. Retroperitoneal fibrosis: a review of clinical features and imaging findings. *AJR Am J Roentgenol* 2008;191:423-31. [PubMed]
- (7) Amis ES Jr. Retroperitoneal fibrosis. *AJR Am J Roentgenol.* 1991 Aug;157(2):321-9. | CrossRef | PubMed |
- (8) Vivas I, Nicolás AI, Velázquez P, Elduayen B, Fernández-Villa T, Martínez-Cuesta A. Retroperitoneal fibrosis: typical and atypical manifestations. *Br J Radiol.* 2000 Feb;73(866):214-22. | PubMed |
- (9) Park BK, Kim SH, Moon MH. Idiopathic presacral retroperitoneal fibrosis: report of two cases. *Br J Radiol.* 2003 Aug;76(908):570-3. | CrossRef | PubMed |
- (10) Mañero C, Navas-Parejo A, Prados MD, García-Valdecasas J, Hornos C, Espigares MJ, et al. Fracaso renal agudo obstructivo por masa retroperitoneal. *Nefrología.* 2004;24 Suppl 3:49-55. | PubMed |
- (11) Torella M, De Santo LS, Della Corte A, Esposito S, Onorati F, Nappi G, et al. Extensive retroperitoneal fibrosis with duodenal and ureteral obstruction associated with giant inflammatory aneurysm of the abdominal aorta. *Tex Heart Inst J.* 2003;30(4):311-3. | PubMed | PMC
- (12) Moroni G, Gallelli B, Banfi G, Sandri S, Messa P, Ponticelli C. Long-term outcome of idiopathic retroperitoneal fibrosis treated with surgical and/or medical approaches. *Nephrol Dial Transplant.* 2006 Sep;21(9):2485-90. Epub 2006 May 15. | CrossRef | PubMed |



TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA LA REPARACIÓN DEL TENDÓN DE AQUILES. PROTOCOLO DE DRESDEN.

AUTORES: Muñoz Adan*; Ruilova Xavier*; Vazquez Pablo*; Morado Esteban*; Cedeño Isaias*, Martín Ulises**; Manna Cristóbal**.

* Residente de Ortopedia y Traumatología Hospital Interzonal de Agudos "Dr. Alberto Eurnekian" – Ezeiza

**ESPECIALISTA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS "DR. ALBERTO EURNEKIAN" – EZEIZA

RESUMEN

Durante las últimas décadas, los múltiples esquemas de abordaje y tratamiento de las roturas del Tendón de Aquiles conllevan al cuestionamiento de las técnicas utilizadas anteriormente. El tratamiento conservador, la técnica abierta y la percutánea han demostrado algunas falencias relacionadas con infección superficial y profunda, dehiscencia de sutura, rerotura del tendón y atrapamientos del nervio sural. Partiendo de allí, decidimos estandarizar una técnica mínimamente invasiva conocida como Técnica de Dresden, surgida hace casi dos décadas, con evidencia de ventajas biológicas, al respetar el hematoma y mediadores inflamatorios, por no incidir sobre el sitio de la lesión. A continuación describiremos el procedimiento preoperatorio, operatorio y postoperatorio de esta técnica, incluyendo parte del manejo kinesiológico.

PALABRAS CLAVES: Rotura de Aquiles, Técnica de Dresden, Mínimamente invasivo

INTRODUCCIÓN

La diversidad de conceptos en cuanto al enfoque, tratamiento y rehabilitación en las roturas del Tendón de Aquiles generan un problema entre los diversos traumatólogos. Las opciones terapéuticas en esta patología son discutidas en cuanto a efectividad; y van desde el tratamiento no quirúrgico orientados a ancianos, sedentarios, con enfermedades médicas graves, o aquellos pacientes que, una vez informados, opten por este tratamiento; y consiste en la colocación de un yeso suprapédico seriado de equino a plantigrado por ocho semanas. Se obtienen mejores resultados si se inmoviliza en las primeras 48 horas, aunque se evidencian tasas de re-rotura hasta del 29% y riesgo de cicatrización elongada del tendón.

Hoy en día, la tendencia en el tratamiento es la reparación quirúrgica aguda. Según Deng et al (2017) hay una disminución del 6,1 % en la tasa de nuevas rupturas del Tendón de Aquiles para los pacientes intervenidos quirúrgicamente, así como una disminución en los días para la reincorporación laboral. Dentro de las opciones quirúrgicas tenemos tres pilares fundamentales: La Técnica Abierta que consiste en una reparación término-terminal de la rotura del tendón con técnicas de sutura pre-establecidas como la de Kessler Modificada o la de Krackow. La Técnica Percutánea desarrollada por Ma y Griffith en 1977 con un motor fundamental que era evitar las complicaciones cutáneas frecuentes en la cirugía abierta, usando cinco incisiones mínimas, puntiformes, dos proximales, dos distales y una paraaqui- lea interna sobre la zona de rotura de aproximadamente 1 cm. Y la Técnica mínimamente invasiva (Dresden y PARS/Knotless) donde utilizan un dispositivo especial, desarrollado para facilitar el paso

de la sutura de manera percutánea a través del tendón de aquiles y minimizando la posibilidad de la lesión del nervio sural.

Las técnicas mínimamente invasiva y percutánea fusionan las ventajas del tratamiento ortopédico y la cirugía abierta. Por un lado respeta la premisa fisiológica de conservar el hematoma dentro del paratendón, con todos sus factores de crecimiento y mediadores inflamatorios, así como menor injuria traumática sobre los tegumentos; aunque como complicaciones inmediatas denotan la lesión del nervio sural y aumento en las tasas de re-rotura que pueden llegar hasta el 34%. Por lo anteriormente expuesto, se decidió estandarizar un protocolo, con la técnica usada con mayor frecuencia en esta institución, correspondiente a la técnica mínimamente invasiva de Dresden, haciendo mención al protocolo pre, intra y postoperatorio ideal, para el manejo de este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación, tiene un diseño observacional de tipo descriptivo. Se debe contar con el material apropiado para la realización de esta cirugía, del que se hace énfasis el Instrumental de Dresden, dos agujas viudas (una recta y una curva) y sutura, ya sea de alta resistencia o ácido poliglicólico. Es fundamental la elección correcta del paciente, pues existen indicaciones específicas para el uso de esta técnica como rotura aguda del Tendón de Aquiles (no mayor a 3 semanas); y contraindicaciones puntuales como Tendinopatía Aquileana recurrente, tratamiento previo con corticoides locales, terapia inmunosupresora, roturas crónicas y reroturas. Estas reconstrucciones tendinosas fueron realizadas en quirófano, bajo las medidas de asepsia y antisepsia pertinentes, y anestesia raquídea. El seguimiento postoperatorio fue llevado en conjunto con el servicio de kinesiología.

PROTOCOLO QUIRÚRGICO:

TIEMPO PREQUIRÚRGICO

Una vez instaurada la lesión, el paciente acude a nuestro servicio por el área de urgencia, donde se realiza el respectivo interrogatorio y evaluación clínica, obteniendo datos importantes como que el paciente presenta dolor súbito, intenso, con sensación de chasquido, latigazo o "piedrazo", pero sin traumatismo directo sobre la región. Al examen físico se palpa la brecha o gap de rotura en la región posterior de la pierna, con disminución de la fuerza de flexión plantar. Las maniobras semiológicas destacadas son el Test de Thompson, con el paciente en decúbito prono y con la rodilla flexionada, el explorador le comprime la región posterior de la pierna, denominando "Reacción normal de Thompson" si ocurre la flexión plantar ipsilateral inmediata o "Thompson Positivo" cuando no ocurre esta flexión plantar, que es indicativo de ruptura. Otro test es el de Mat- les, el paciente en decúbito prono, con flexión de ambas rodillas, se denota que hay una pérdida de la tensión y del tono fisiológico del tendón de Aquiles lesionado, por lo que esa extremidad en reposo tiende hacia la actitud en plantigrado, mientras que comparativamente la extremidad sana hacia la flexión plantar.

El paciente es inmovilizado con una férula anterior en equino, se indica deambulacion con muletas sin apoyo, y es reevaluado en 48 horas por consultorio externo con estudios específicos confirmatorios (Ecografía o Resonancia Magnética), donde se



Figura 1: Test de Thompson Positivo y Test de Matles anormal.

determina grado de la rotura (parcial o completa) y se da la indicación definitiva del tratamiento.

TIEMPO QUIRÚRGICO

Una vez en quirófano, se realiza la anestesia raquídea, se coloca el manguito hemostático y se posiciona el paciente en decúbito prono, con un realce a nivel de la articulación del tobillo. Se realiza la demarcación con un marcador de tinta indeleble, delineando el gap o brecha de rotura, esto se puede hacer por palpación clínica o con la ayuda de un ecógrafo; y se colocan los campos quirúrgicos estériles.

Se realiza una única incisión, paratendon medial, aproximadamente a 2 o 2,5 cm del gap hacia proximal, de 2 cm de longitud. Procedemos a disección y diéresis por planos hasta identificar la Fascia Crural Superficial, donde realizamos una incisión en ojal que nos servirá de reparo anatómico para la colocación de las guías de Dresden.



FIGURA 2: INCISIÓN PARATENDÓN AQUILEANO MEDIAL.

A través de esa fascia, introducimos la primera guía de Dresden, sin incidir sobre el paratenon, respetando el hematoma de la brecha tendinosa, aprovechando los mediadores inflamatorios y componentes celulares localizados en la región de la ruptura. Posteriormente insertamos la segunda guía; y ambos instrumentales deben llegar hasta la región insercional distal del Aquiles. Allí se palpan las puntas de ambas guías en las caras laterales del Aquiles, dejando el tendón en el centro.

Con la aguja recta y una sutura de alta resistencia (Ethibond 1 o Acido Poliglicólico 0), pasamos inmediatamente encima de la tuberosidad del calcáneo esa primera sutura, teniendo en cuenta el extremo distal del instrumental de Dresden; y se realiza el mismo procedimiento, a 1 cm proximal a la sutura anterior.

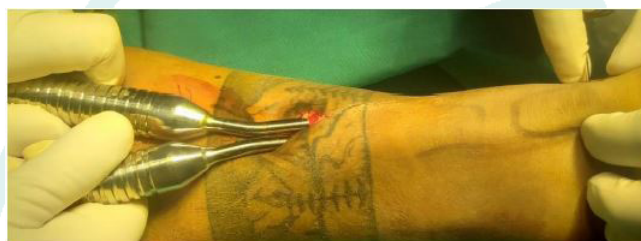


Figura 3: Paso de Instrumental de Dresden y de la Aguja Recta

Una vez traspasados ambos hilos de sutura, se realiza el rescate de estos, con el instrumental de Dresden a través de la incisión inicial; y se puede chequear la tracción de las suturas, para hacer el anudado definitivo de ambos hilos de sutura con una aguja viuda sobre la masa del cabo proximal del tendón.

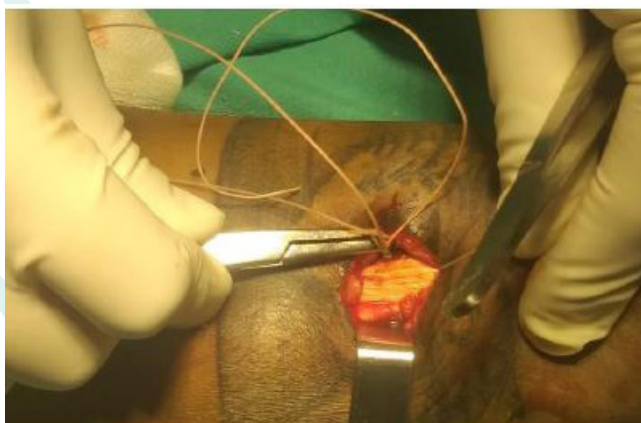


Figura 4: Anudado Final de ambas suturas.

Una vez anudados estos hilos, se irriga la zona con solución fisiológica, retiramos el manguito hemostático, verificamos la hemostasia, cerramos por planos con sutura tipo Acido Poliglicólico 3-0 y Nylon 3-0. En este momento se vuelve a verificar la tensión de reparo, pudiéndola comparar con la extremidad contralateral. Hacemos una cura plana y se coloca un yeso suropédico en equino. Es importante mencionar, que estas cirugías son de tipo ambulatoria, dura alrededor de 30 minutos y el paciente es egresado a las 6 horas del procedimiento.



Verificación de Tensión y Yeso Suropédico en equino

TIEMPO POSTQUIRÚRGICO.

A las 48 horas de la cirugía, el paciente es citado para primera evaluación postoperatoria, donde se realiza Ventana de Yeso, para proceder a visualizar la herida quirúrgica y hacer el cambio de apósitos de curación. Es evaluado semanalmente, y a la tercera semana se recambia el yeso a posición plantigrada. A la sexta semana se retira el yeso neutro y se indica bota Walker, con inicio de kinesioterapia motora, dado por ejercicios isométricos, de ampliación del rango de movilidad y reeducación de la marcha, con apoyo progresivo de la extremidad afectada.

Generalmente no usamos trombopprofilaxis en el manejo postoperatorio de estos pacientes, a menos que el paciente posea un indicativo específico que determine la anticoagulación en el postquirúrgico.

CONCLUSIONES

Durante Años las técnicas descriptas para la reconstrucción del Tendón de Aquiles presentan un importante índice de complicaciones, como dehiscencia de sutura, infección profunda y superficial, granulomas, reroturas y lesiones nerviosas; por lo que han surgido técnicas prácticas y sencillas, en las que esas tasas de complicaciones han disminuido.

Un hito importante en la técnica mínimamente invasiva de Dresden en comparación con la cirugía abierta, es que preserva el

periteneon en el sitio de rotura, lo que biológicamente colabora en la reparación del tendón, al preservar el hematoma y los mediadores tisulares iniciales. De las técnicas percutáneas, es característico el riesgo habitual de lesiones del nervio sural, de hasta un 60% según algunos reportes; lo contrario ocurre con la Técnica de Dresden, con registros no mayores al 3% de incidencia de este tipo de lesiones.

Otro punto discutido y criticado con esta técnica es la aposición final de los cabos; muchos cirujanos indican que la disposición a ciegas hace que el contacto entre los extremos del tendón pueda que no sea representativo, sin embargo, las investigaciones seriadas muestran resultados prometedores, donde el grado de esa aposición no afecta de manera significativa en la movilidad final. Por todo lo expuesto, consideramos esta técnica una opción terapéutica válida, simple, fácil de enseñar y reproducir; además que lleva un muy bajo costo económico, pues el instrumental de Dresden es reesterilizable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amlang, M. H., Christiani, P., Heinz, P., & Zwipp, H. (2005). Percutaneous technique for Achilles tendon repair with the Dresden instruments. *Der Unfallchirurg*, 108(7), 529-536.
2. Ho, G., Tantigate, D., Kirschenbaum, J., Greisberg, J. K., & Vosseller, J. T. (2017). Increasing age in Achilles rupture patients over time. *Injury*, 48(7), 1701-1709.
3. Carreras, M. A. (2021). Tratamiento en ruptura tendón de Aquiles, técnica convencional vs Dresden. *Temas libres*.
4. Arzac Ulla, I. R., De Silvestri, A., & Fiorentini, G. (2017). Roturas agudas del tendón de Aquiles tratadas con técnica mínimamente invasiva de Dresden. *Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología*, 82(1), 48-53.
5. De la Fuente, C., Carreño-Zillmann, G., Marambio, H., & Henríquez, H. (2016). ¿ Es la técnica Dresden un diseño mecánico de elección apropiado para la reparación de roturas de tercio medio del tendón de Aquiles? Ensayo biomecánico. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 60(5), 279-285.
6. Castro, L. M., Araujo, H. V., Rios, R. B., & Aguilar, G. M. B. (2021). Tratamiento Quirúrgico Agudo De La Ruptura Tendón De Aquiles, Técnica Percutánea Dresden Y Protocolo De Tratamiento Funcional En El Post-Operatorio Nuestra Experiencia. *Posters científicos*.
7. Vosseller, J. T., Ellis, S. J., Levine, D. S., Kennedy, J. G., Elliott, A. J., Deland, J. T., ... & O'Malley, M. J. (2013). Achilles tendon rupture in women. *Foot & Ankle International*, 34(1), 49-53.
8. Hansen, M. S., Vestermark, M. T., Hölmich, P., Kristensen, M. T., & Barfod, K. W. (2020). Individualized treatment for acute Achilles tendon rupture based on the Copenhagen Achilles Rupture Treatment Algorithm (CARTA): a study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 1-14.
9. Joannas, G., Arrondo, G., Eslava, S., Casola, L., Drago, J., Barrousse, R., ... & Rammelt, S. (2020). Percutaneous Achilles tendon repair with the Dresden instrument. *Clinical and MRI evaluation of 90 patients*. *Foot and Ankle Surgery*, 26(2), 209-217.

SECUELA DE FRACTURA DE PERONÉ NO TRATADA EN FORMA INMEDIATA DEBIDO AL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DEL COVID-19 Y SU RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

HOSPITAL INTERZONAL DR ALBERTO ANTRANIK EURNEKIAN
SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

AUTORES: Martin, Ulises. Morado, Esteban Roger. Manna, Cristóbal. Muñoz, Adan. Pisoni, Marcos. Arteaga, Yadi.

TÍTULO: Secuela de fractura de peroné tratada tardíamente debido al contexto de la pandemia del covid-19.

SUBTÍTULO: Secuela de fractura de peroné.

INTRODUCCIÓN: La pandemia por Covid-19 ha causado el confinamiento de aproximadamente un tercio de la población mundial, además se han suspendido por varios meses las cirugías ambulatorias llevándose a cabo solamente las de urgencia. Esto ha ocasionado el retraso del tratamiento de numerosas fracturas quirúrgicas, entre ellas las de peroné distal, con la consecuente aparición de secuelas como deseos, acortamiento, artrosis postraumática, todas éstas presentan limitaciones y grados de incapacidad laboral variables, en algunas casos con consecuencias catastróficas para la calidad de vida del paciente. Con la posterior reapertura de los consultorios externos se empezaron a ver estas secuelas y el tratamiento de las mismas conlleva un gran desafío técnico para el cirujano con resultados a veces inciertos para el paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente masculino de 32 años de edad quien sufre accidente de tránsito moto versus automóvil presentando una luxofractura bimalleolar de tobillo izquierdo: fractura de peroné (tipo C según la clasificación de Weber, tipo 4F2Ac según la clasificación AO) y fractura de maléolo posterior con una extensión menor al 20 por ciento de la superficie articular.

Se realiza reducción cerrada de luxofractura bajo sedación en quirófano con maniobra de sacabotas, se coloca bota de yeso, el paciente permanece en observación por 24 horas para el control de partes blandas y se externa con pautas de alarma, pautas de manejo ortopédico, medicación analgésica y control por guardia en 48 horas. Se solicita material de osteosíntesis para eventual programación quirúrgica.



IMÁGENES INICIALES DE LA FRACTURA.



IMÁGENES POSTREDUCCIÓN

Debido al contexto de la pandemia el paciente dejó de acudir a los controles y luego de 5 meses acude por guardia donde se le retira la bota de yeso y se efectúan nuevas radiografías que evidencian pequeña subluxación anterior de la superficie articular tibial, pérdida de la superposición tibioperonea por lesión de la membrana sindestmal y fractura supran-sindestmal de peroné con consolidación defectuosa en valgo algo y acortamiento del mismo. Se consiguen los materiales de osteosíntesis (placas y tornillos) y se programa la cirugía.

Se lleva paciente a quirófano donde se practica cirugía definitiva: se coloca al paciente en decúbito dorsal con un realce glúteo del mismo lado de la fractura para obtener cierta rotación interna del miembro y exponer el peroné distal. Luego con un abordaje lon-

gitudinal sobre el peroné distal se practica la resección segmentaria del foco fracturario ya consolidado para corregir el deseje en valgo con recolocación del mismo recuperando longitud y eje.

Se procede a realizar la fijación del peroné con una placa bloqueada tercio de tubo de 10 orificios colocándose además tres tornillos transindesmales para estabilizar la sindesmosis tibio peronea, a nivel proximal se colocan 3 tornillos con inclusión de 6 corticales. Se obtienen radiografías frente, perfil y frente de mortaja bajo intensificador de imágenes constatándose una correcta reducción articular y una restauración de la superposición tibioperonea. Se coloca una férula de yeso con el tobillo en posición neutra.



PROCESO QUIRÚRGICO.

Resultado: recuperación de la longitud del peroné, corrección del deseje: valgo y rotación, estabilización de la sindesmosis tibioperonea, obteniéndose una articulación congruente y funcional.

Discusión: Las fracturas de peroné por encima del nivel de la membrana sindesmal (Weber C) generan una inestabilidad de la articulación del tobillo en el 100% de los casos debido a que dicha membrana se encuentra lesionada.

El acortamiento, la rotación externa y el valgo del extremo distal del peroné son los vicios de consolidación más frecuentes. Esto desencadena el desplazamiento lateral del astrágalo y el ensanchamiento de la mortaja tibioperonea. Pequeños

desplazamientos a nivel del peroné conllevan una gran alteración en las superficies de carga del plafón tibial y el domo astragalino alterando la biomecánica del tobillo con riesgo de artrosis precoz generando clínicamente un tobillo edematizado, rígido, doloroso y con dificultad para la marcha. En casos avanzados los tratamientos son la artrodesis o la artroplastia con resultados aún inciertos.

El principal objetivo de la cirugía es recolocar al peroné en su sitio original dentro de la incisura tibioperonea, restaurar la longitud perdida y corregir las alteraciones rotacionales en caso de que estén presentes. Es de utilidad la obtención de radiografías frente y perfil del tobillo contralateral para poder calcular la longitud que debe ser restaurada.

CONCLUSIÓN:

Las fracturas quirúrgicas, tanto de peroné como de otros huesos, deben ser resueltas en la mayor brevedad posible ya que ocasionan secuelas importantes en los pacientes que afectan seriamente su calidad de vida como ser acortamiento de miembro, desejes, artrosis postraumática, dolor crónico, etc. La situación epidemiológica de la pandemia supuso que las cirugías que no comprometían la vida del paciente fueran postergadas en detrimento del paciente afectado.

Se deberían de acá al futuro, en caso de próximas pandemias, adoptar medidas distintas para evitar que fracturas que dejan secuelas incapacitantes no sean retrasadas y sean resueltas de forma rápida, ya sea realizándolas con protocolo quirúrgico, incorporando más cirujanos y personal necesario al equipo, etc.

BIBLIOGRAFÍA:

- Rockwood & Green's. Fracturas en el adulto. Edición 2003
- Campbell. Ortopedia quirúrgica. 13° Edición
- A. Kapandji. Fisiología Articular. 6° Edición.
- Thomas J. Chang. Pie y Tobillo. Edición 2006.



RECONSTRUCCIÓN DE LA BANDELETA CENTRAL UTILIZANDO EL TENDÓN FLEXOR SUPERFICIAL EN LA DEFORMIDAD DE BOUTONNIERE

SERVICIO DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGÍA

Cirugía de la mano y reconstructiva de miembro superior.

AUTORES: Silva, Gaston (1). Arteaga, Yadi (2). Varela, Carlos (3). Scigliano, Diego (4). Manna, Cristobal (5). Morado, Roger (6).

TÍTULO: Reconstrucción de la bandeleta central utilizando el tendón flexor superficial en la deformidad de boutonniere.

SUBTÍTULO: Deformidad de Boutonniere

INTRODUCCIÓN: Se muestra una alternativa quirúrgica para la enfermedad de boutonniere.

Nuestro caso se basa en una paciente de 24 años, sin antecedentes patológicos, quien consulta por una deformidad tipo boutonniere crónica en segundo dedo de mano derecha.



MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente femenina de 24 años, de complexión delgada, sin patologías conocidas, con deformidad de boutonniere hace 5 años, en segundo dedo de mano derecha. Al examen físico presenta test de Elson positivo en varios dedos, además el Boutonniere no alcanza la extensión completa de forma pasiva.

Se plantea la reconstrucción de la bandeleta central del tendón extensor del dedo índice a nivel de la articulación interfalángica proximal, de la siguiente manera: Con un abordaje lateral cubital con extensión oblicua a distal, se procede a explorar el tendón extensor observándose la ausencia de bandeleta central y la sublu-



PROCESO INTRAQUIRURGICO

xación de las bandas laterales al lado volar. Siguiendo se realiza una incisión entre la polea A2 y A4, luego se identifica el tendón flexor superficial en su división del lado cubital. Luego se da vuelta a la mano y en su lado palmar se realiza una incisión transversal pequeña sobre la polea A1 y se aísla la división cubital del flexor superficial y se corta, se trae hacia distal. Se inserta una clavija en la base de la falange media y se verifica con un intensificador de imágenes, luego se pasa mecha de 3.5 mm, se pasa el tendón a través del orificio hacia dorsal, con la técnica de pulvertaft se adhiere al tendón extensor.

RESULTADO

Mejoría visible e inmediata de la extensión activa del segundo dedo pasando de -100 a -20, en el POP observamos buena cicatrización y tolerancia al dolor. En el seguimiento la paciente puede realizar tareas que antes eran imposibles, como agarrar objetos, aplicar fuerza, etc. Se evidencia la notable mejoría en la calidad de vida de la paciente.



CURACIÓN POP

DISCUSIÓN

Durante el procedimiento optamos por cortar la placa volar de la articulación interfalángica proximal lo que disminuyó la rigidez y mejoró la extensión. La técnica podría complementarse con otros tipos de técnicas cuando no es suficiente.

CONCLUSIÓN

En nuestro caso la reconstrucción de la bandeleta central utilizando el tendón flexor superficial en la deformidad de boutonniere mostro mejoría en la funcionalidad de la mano de la paciente. Diversos estudios han mostrado resultados similares en boutonniere crónicos, tales como el publicado por el Journal de ortopedia y traumatología, volumen 107, en el año 2021 publicado por Jose Jeronimo Terrance, quien realiza un trabajo retrospectivo donde se estudiaron 11 pacientes con esta misma técnica durante 15 meses, diez de los 11 pacientes tuvieron buenos resultados funcionales con una mejora estadísticamente

significativa en el movimiento y la fuerza de prensión, él concluye afirmando que los grados mínimos de déficit de extensión de la articulación interfalángica proximal son inevitables debido a la cronicidad, lo que apoya nuestros resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Campbell. Mano. Frederick M, Azar. James H, Beaty. Terry, Canale. 2019. Edición 13.
- Transfert [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) du [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) tendon [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) Flexor [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) Digitorum [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) Superficialis [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) pour [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) un [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) doigt [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) de [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) déformation [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) boutonnière [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) de longue date une [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) étude [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) rétrospective [HYPERLINK "https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X"](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187705172100229X) de 11 cas. Jerome Terrence, Jose. Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie, Volume 107, Issue 5, September 2021, Pages 553

U.T.I. PEDIÁTRICO



PROFESIONALES DEL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

JEFE DE UTIP: Dra. Leguizamo Alejandra **COORDINADORES:** Dra. Luizaga Villarroel Escarlet; Dr. Jauregui Ariel; Dr. Quispe Lopez. Edwin. **JEFE DE ENFERMERIA:** Richetti Sabrina.

MEDICOS UTIP: Dra. Lidsy Tarqui; Dr. Nicolás Olivera; Dr. Bernardo Canseco; Dr. Freddy Silva; Dra. Ruth Alvarez; Dr. Mamani Jose; Dr. Adhemir Carrasco; Dr. Luque Bellido Eslim.

ENFERMERIA UTIP: Núñez Natalia; Chávez Gerardo; García Vanina; Jerez Camila; Leiva Natasha; Motta Noelia; Carrasco Gisela; Cerchiara Gisela; Pereira Viviana.

ENFERMERIA UTIP: Ramírez Soledad; Almirón Soledad; Escobar Yolanda; Perugini Micaela, López Hector; Maita Mariela; Maidana Ayelen; Paredes Vanesa.

EQUIPO QUIRURGICO: Dra. Reiris Vanesa (Cirugía infantil); Dr. Elmo Gastón (Cirugía infantil); Dr. Verdier Ezequiel (Neurocirugía infantil).

KINESIOLOGÍA: Castelli Maria Belén; Pasquali Agostina.



Querés ser parte de nuestro equipo profesional:

- Capacitación constante,
- El mejor equipamiento,
- y la mejor tecnología acompañando tu carrera.

Envia tu CV a direccion.eurnekian@gmail.com

¿Sabés si tu esquema de **VACUNACIÓN COVID** está **COMPLETO**?



La vacuna es **libre y federal** en toda la Provincia, no necesitás **sacar turno** **ni inscribirte previamente**

Conocé los **vacunatorios** en:

www.vacunatepba.gba.gob.ar

0800 222 5462

LÍNEA GRATUITA PARA CONSULTAS EN SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

BUSCADOR DE CENTROS DE ATENCIÓN EN

www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/

