

ISSN 0326-7474



EXPERIENCIA MEDICA

Volumen VII - No. 3
Julio - Septiembre 1989

Revista del Hospital Privado
Centro Médico de Córdoba S.A.

Naciones Unidas 346
Barrio Parque Vélez Sársfield
5016 Córdoba
Tel. 28061/69

Registro Nacional de la
Propiedad Intelectual
Nro. 12981

Se autoriza la reproducción,
total o parcial, citando
la fuente

Editor Responsable:
Daniel Alberto Allende

Comité Editorial:
Pedro Barrios
Adolfo Fernández Vocos
Jacobó Morozovsky
Eduardo Noguera
Juan Pablo Palazzo



SUMARIO

COMENTARIO EDITORIAL EDITORIAL

- * Prevención en Pediatría 2
Prevention in Pediatrics

CONFERENCIA - CONFERENCE

- * Principios Terapéuticos Generales de la Cirugía
Endocrina 3
General Therapeutic Principles of Endocrine Surgery
Palabras claves: Cirugía endocrina, tratamiento.
Key words: Endocrine surgery, treatment

TRABAJOS ORIGINALES ORIGINAL PAPERS

- * Estudio sobre consultas y Problemas de Salud en un
Centro de Atención Primaria 9
Consultations and Health Problems in Primary
Medical Assistance Center

Palabras claves: asistencia primaria
Key words: primary medical assistance

- * Complicaciones de la Linfadenectomía
retroperitoneal 15
Complications of the Retroperitoneal
Lymphadenectomy

*Palabras claves: linfadenectomía, complicaciones,
testículo*

Key words: lymphadenectomy, complications, testes

- * Cáncer de Tiroides. Esquema Terapéutico 22
Thyroid Cancer. Therapeutic protocol.

Palabras claves: tiroides, cáncer, tratamiento
Key words: thyroid, cancer, treatment

CASUÍSTICA - CASE REPORTS

- * Mediastinitis Necrotizante Descendente 25
Descending Necrotizing MEDIASTINITIS

Palabras claves: mediastino, faringe, infección.
Key words: mediastinum, pharynx, infection.

- * Rabdomioma del piso de boca 29
Oral Floor Rhabdomyoma

Palabras claves: boca, músculo, raddomioma
*Key words: mouth (oral cavity), muscle,
rhabdomyoma*

- Reglamento de Publicaciones. 32

*Esta Revista está indizada en el
Index Médico Latinoamericano*

Prevención en Pediatría

El nivel socio-económico y cultural de los pacientes que consultan en el Servicio de Pediatría del Hospital Privado, sumado a la atención prenatal, neonatal y al seguimiento mensual del lactante, ha permitido que el nivel de prevención sea comparable al de países desarrollados.

El 100 (por ciento) de los niños están vacunados. Las epidemias de sarampión, rubeola y coqueluche ya son historia, sólo se presentan casos aislados lo cual hace difícil la identificación de los mismos, para las nuevas generaciones de pediatras.

No hay desnutrición primaria.

Se ha logrado un aumento considerable de la lactancia materna, factor útil desde el punto de vista nutricional y protector de infecciones, así como también, favorecedor de una relación madre-hijo mejor.

La facilidad de una consulta rápida, sobre todo en el grupo P.S.C., hace que no se presenten casos de fiebre reumática, glomerulonefritis, neumonías complicadas, etc. La patología aguda no se transforma en crónica ni secualizante. Quizás una excepción sea el grupo Yocsina, donde el modo de presentación, recuerda a la del Hospital

Público, coincidiendo con lo expresado por el Dr. Masih en el trabajo de este número de la Revista.

Podríamos concluir que la prevención atravesó el mediodía y, con el recuerdo que el NIÑO es el PADRE del hombre, la meta es: un mayor control del niño y del adolescente, no para prevenir patología en edad pediátrica, sino las enfermedades del adulto como arteriosclerosis, hipertensión arterial, dependencia a tabaco y drogas, desequilibrios emocionales, etc., para lograr así el bienestar psico-físico y social del individuo (OMS).

Raquel Silberberg

Principios Terapéuticos Generales de la Cirugía Endocrina

Prof. Charles Proye

(Profesor de Cirugía -
Universidad de Lille - (Francia))

La cirugía endocrina no es un arte, es una disciplina

PRINCIPIOS DE LA CIRUGIA DEL ORGANO PORTADOR DE UN TUMOR SECRETANTE

Ocasionalmente, la búsqueda de un síntoma clínico o biológico, en un tumor evidente, permite descubrir y curar, extirpando el tumor, una enfermedad endocrina de manifestaciones mínimas (ej. hipercalcemia latente, sintomática de un hiperparatiroidismo paraneoplásico).

Más a menudo, ante un síndrome biológico cierto, el tumor no será visible ni palpable (salvo el caso de la tiroidea). Es necesario, entonces, saber buscarlo y extirparlo para asegurar la curación. Para ello, el cirujano debe aplicar los grandes principios, verdaderas reglas de oro, de la cirugía endocrina:

1o. Operar sólo con un diagnóstico de certeza

El diagnóstico es confirmado por exámenes bioquímicos, demostrando la existencia de una hiperhormonemia o de una hormonemia anormalmente normal, no adaptada al órgano o al metabolito blanco y por ello, inapropiada y autónoma, a veces paradójicamente estimulable.

Pero el cirujano debe desconfiar de tres "trampas" diagnósticas: a) falsos negativos en la hormonemia; b) falsos positivos y c) secreción ectópica.

a) Falso negativo en la hormonemia: es importante que la obtención y el manejo del plasma sean correctos: el tumor puede segregar una prohormona biológicamente indetectable y no la hormona.

b) Falso positivo en la hormonemia: es necesario pensar en una endocrinopatía ficticia por autoadministración subrepticia de la hormona (insulina, hormona tiroidea) o estimulación hormonal por ingestión de otras drogas (DOLIPOL). Puede tratarse de un método de dosaje demasiado sensible pero poco específico (fragmento de iPTH detectable en las hipercalcemias paraneoplásicas).

c) Problemas de secreción ectópica: una secreción elevada de ACTH asociada a una enfermedad de Cushing, puede ser provocada por un carcinóide bronquial oculto. Una secreción de tirocalcitonina puede tener origen extratiroideo.

2o. La obtención preoperatoria de imágenes es un procedimiento de localización, no es diagnóstico.

a) Los falsos positivos. El descubrimiento de una imagen tumoral en un órgano susceptible de hipersecretar, no significa que la imagen corresponda a un tumor responsable de la hipersecreción detectada. Son los famosos incidentalomas descritos por Gelhoed. Copeland ha probado que 0,6 a 1,30/o de las tonodensitometrías del hemiabdomen superior, demostraron la existencia de una masa suprarrenal no sospechada y casi siempre no funcionante.

Aun los dosajes escalonados de hormonas en el sistema porta o en el sistema cava, no están exentos de estos falsos positivos, por necrosis del parénquima pancreático o descarga de catecolaminas en un sitio estimulado o traumatizado por el catéter.

b) **Los falsos negativos.** Los falsos negativos en las imágenes pueden ser debidos:

- A las limitaciones del método (la ecografía no puede detectar adenomas paratiroides retrotraqueales o mediastinales).

- Al hecho que el tamaño sea menor que la resolución del método: Ejemplo: Hipertiroidismo tóxico. Cervicotomía y hallazgo de 4 paratiroides normales. Resección de 3 1/2. Persistencia postoperatoria del hipertiroidismo. Tonodensitografía cervical y torácica normales. Esternotomía exploradora y hallazgo de un adenoma en la 5a. glándula, 2,2 gr, en contacto con la aurícula.

- Al hecho que el tumor sea ectópico y situado fuera del campo habitual del examen radiológico. Ejemplo: feocromocitoma pelviano omitido en la tonodensitografía abdominal.

c) **Imágenes positivas no resuelven siempre el problema.** Existe la posibilidad de una lesión tumoral hipersecretante: 20% de los hipertiroidismos primarios están originados en lesiones multiglandulares.

d) **Los métodos isotópicos no están exentos de falsos negativos.** 12% por lo menos, de centellografías con MIBG, son negativas en casos de feocromocitomas.

Siempre es preferible localizar el tumor antes de la intervención. Pero las imágenes negativas no contraindican jamás la exploración quirúrgica, si el diagnóstico es de certeza. La imagen de la lesión no reemplaza el concepto del diagnóstico.

3o. No hay urgencia quirúrgica en cirugía endocrina

Disponemos de drogas muy eficaces que permiten suprimir la secreción o actuar sobre el órgano-blanco y/o los receptores. No deberíamos ver más las crisis tirotóxicas, el síndrome "pánico" de los feocromocitomas, las arritmias de una hipercalcemia aguda. El tratamiento médico lleva a transformar la cirugía de un órgano hipersecre-

tante, en la cirugía electiva de un órgano con la secreción bien controlada.

4o. **El tratamiento médico es para dar mayor libertad de acción al cirujano, no para dejar pasar la oportunidad de curar la enfermedad.**

Ejemplo: Síndrome de Zollinger-Ellison. Administración de bloqueantes H2. No se hace laparatomía en primera instancia. Escape de los bloqueadores y cirugía de emergencia por hemorragia ulcerosa.

Ejemplo: Síndrome de Zollinger-Ellison, sin evidencia morfológica de tumor, perfectamente controlado por bloqueadores H2. No se hace laparatomía en primera instancia. Tratamiento médico por 8 años. Laparatomía por estenosis pilórica: múltiples metástasis hepáticas con invasión neoplásica del duodeno, a punto de partida de un gastrinoma maligno de la pared duodenal.

Ejemplo: Síndrome de Cushing agudo. Tratamiento con OP'DDD ineficaz mantenido por 2 meses. Operación en un enfermo moribundo que fallece en el postoperatorio temprano.

5o. **La cirugía endocrina es una cirugía de aparatos, no de órganos.**

Esto es así, cualquiera sean las imágenes preoperatorias. Hay quienes afirman que la localización preoperatoria no es necesaria. Esto es verdad para los paratiroides pero no para los suprarrenales o el páncreas endocrino. El cirujano debe trabajar como embriólogo más que como anatomista, explorando todas las zonas susceptibles de tener tejido hipersecretante, ortotópico o ectópico.

- En la operación por hipertiroidismo, se deben explorar las cuatro fosas paratiroides y las líneas de migración del 3o. y 4o. arcos branquiales.

- En casos de feocromocitoma, deben explorarse las áreas suprarrenales, las zonas latero-aórticas, el origen de la mesentérica inferior, la vejiga y la región cefálica.

En los insulinomas y sobre todo en los gastrinomas, se deben explorar el páncreas, todas las zonas de páncreas ectópico incluyendo los ganglios adyacentes al páncreas.

- En los vipomas, se debe explorar el páncreas pero también el retroperitoneo.

- Debe recordarse que los carcinoides pueden ser múltiples y diseminados.

6o. El objetivo de la operación es reseca todo el tejido hipersecretante.

Existen tumores dobles y múltiples.

7o. Hay que prestar atención a lo que se reseca, pero más aún, a lo que se deja.

Sería catastrófico quedar con un hipoparatiroidismo, después de una operación por hiperparatiroidismo asintomático. Es preciso dejar suficiente tejido secretante, sin exponerse a recidivas. Esto es particularmente difícil en casos de AME (adenomas múltiples endocrinos), y equivale a veces "a navegar sin brújula entre CHARYBDE y SCYLIA" (BRUINING).

La decisión es difícil tomar, entre resección total y autotransplante o exéresis subtotal y criopreservación.

Ejemplo: AME II con feocromocitoma unilateral: adrenalectomía total bilateral o unilateral; total de un lado y subtotal del otro? Ejemplo: AME I con hiperparatiroidismo. Paratiroidectomía subtotal con criopreservación o paratiroidectomía con autotransplante?

8o. Buscar siempre un tumor. No aceptar sólo el diagnóstico de hiperplasia

Ningún caso de Zollinger-Ellison, ha sido curado convincentemente, extirpando una hiperplasia del páncreas endocrino inmunológicamente reactivo a la gastrina.

FRESEN y después LARSSON, han demostrado la presencia de una hiperplasia pancreática adyacente a un tumor secretante y segregando posiblemente la hormona antagonista o el polipéptido pancreático. Es difícil comprender a los autores que dan mucha significación a la hiperplasia de un órgano y niegan la de otro.

9o. El examen macroscópico es también importante, a veces más importante que el examen microscópico extemporáneo y aun, definitivo

- Para identificar el tejido endocrino patológico: las características macroscópicas de un adenoma paratiroideo confirman el carácter hipersecretante antes que el examen microscópico.

- Para confirmar la benignidad o malignidad de un tumor.

10o. El perfil biológico preoperatorio puede por sí mismo, confirmar la malignidad.

Entre los criterios bioquímicos que sugieren malignidad, figuran:

a) La secreción de precursores

Ejemplo: corticosuprarrenaloma que secreta pregnanolona.

Ejemplo: feocromocitoma que segrega Dopamina (3).

Ejemplo: insulinooma que segrega pro-insulina a tasas superiores al 220/o.

La malignidad es más probable cuando la sustancia segregada, se sitúa en una etapa temprana de la biosíntesis de la hormona.

b) Secreción mixta o múltiple

Ejemplo: corticosuprarrenoloma con virilismo intenso precediendo y dominando los signos de hipercortisolismo.

Ejemplo: tumor de páncreas endocrino segregando péptidos ectópicos, tales como la ACTH.

c) Secreción sin traducción clínica periférica

La ausencia de expresión clínica de un tumor secretante, es un signo mayor en favor de malignidad. Es necesario interpretarla como la secreción de una prohormona tan inmadura, que no tiene receptores para asegurar la expresión clínica.

Ejemplo: proglucagonoma maligno sin síndrome cutáneo producido por secreción de glicentina.

d) Secreción de ciertos marcadores tumorales

Ejemplo: Secreción de B HCG en los tumores insulares pancreáticos malignos.

PRINCIPIOS DEL ACTO OPERATORIO EN EL ORGANOPORTADOR DE UN TUMOR SECRETANTE

1o. No manipular demasiado el lugar.

"Tratar de separar suavemente el paciente del tumor y no el tumor del paciente" (H. W. Scott Jr.).

2o. Cuidar la hemostasia.

"Una técnica meticulosa y exangüe, evita parecer pedante" (O. Cope).

3o. Ayudarse con técnicas modernas para la localización preoperatoria de lesiones.

Estas pueden ser morfológicas o funcionales:

- Funcional: dosaje escalonado de insulina en el sistema porta, con resultado extemporáneo, según la técnica de Turner.
- Morfológica: ecografía preoperatoria de una precisión incomparable (detección de un gastrinoma cefálico de 8 mm). (NORTON).

Sin embargo la ecografía preoperatoria no consigue descubrir todos los gastrinomas impalpables y no está exenta de falsos positivos. NORTON.

4o. Evaluar el examen histológico o citológico extemporáneo

Este muestra lo que uno reseca, no lo que deja. Cuando se reseca un tumor, el examen demuestra que se trata de una lesión endocrina, pero la macroscopía ya había diagnosticado que se trataba de un tumor.

5o. Controlar la radicalidad de la exéresis.

Por métodos que aseguren no dejar tejido hiperfuncionante.

Son por ejemplo:

- El dosaje preoperatorio de un metabolismo-blanco: dosaje de glucosa después de la resección de un insulinoma, según el método de Turner.
- El dosaje preoperatorio del 2o. mensaje-ro: dosaje del AMP cíclico urinario, después de la exéresis de un tumor paratiroideo.
- El dosaje preoperatorio de una hormona: dosaje de insulina en el sistema porta.

Pudiere ser que la centellografía preoperatoria, ahora utilizada en cirugía tiroidea, por iniciativa de STEN LENNQUIST (4), fuere utilizada extensamente en los feocromocitomas, después de administrar MIBG en los casos de AME. No es inconcebible la utilización preoperatoria de pruebas de estimulación para descubrir lesiones que no se gregan en el momento de la operación.

Ejemplo: Prueba del glucagon después de la exéresis de un feocromocitoma único.

Ejemplo: Dosaje de la gastrina portal después de la inyección de secretina, luego de la ablación de un gastrinoma aparentemente único.

6o. Cuidar al paciente, pero también ocuparse del espécimen quirúrgico.

Cuando el tumor parece raro, es preciso pensar en:

- Extraer sangre periférica y sangre eferente del tumor, para congelarlas y dosar ulteriormente hormonas inesperadas, en función a la inmunorreactividad del espécimen.

Ejemplo: Aumento de la sustancia P, en un caso de carcinoide ovárico.

Ejemplo: Secreción de VIP por un feocromocitoma.

Ejemplo: Secreción de hPP por un tumor pancreático.

Después de la operación, conservar fragmentos de las piezas según técnicas diversas (nitrógeno líquido, hielo glutaraldehído, líquido de Bouin), para estudios en microscopía convencional, en microscopía electrónica, en dosajes hormonales, de histo e inmunohistoquímica, eventualmente cultivo de células.

7o. Discutir a veces la acción sobre el órgano-blanco.

En casos de tumores metastásicos múltiples o no resecables.

Ejemplo: Gastrectomía total por un gastrinoma metastásico.

Ejemplo: Suprarrenalectomía bilateral por Síndrome de Cushing, debido a un carcinoma de páncreas inoperable.

8o. Evitar las exéresis "demenciales".

Pues existen alternativas terapéuticas paliativas, más eficaces que la cirugía.

Ejemplo: Diazoxide para el insulinoma maligno.

Ejemplo: Quimio-embolización de las metastasis hepáticas de un carcinoma paratiroideo.

PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

Operación exitosa

Después de la exéresis tumoral, el paciente pasa de un estado de hipersecreción a un estado postoperatorio temprano en hiposecreción, pues el parénquima funcional restante se halla inhibido por el tumor (hipocalcemia después de la resección de un adenoma paratiroideo, hiperglucemia después de la resección de un insulinoma).

No hace falta compensar el déficit con un aporte hormonal exógeno (insulina) o sustitutivo (Vitamina D). La hipocalcemia y la hiperglucemia, son los mejores estímulos del parénquima restante respectivo y permitirán la rápida recuperación funcional.

Sin embargo, la recuperación es a veces, lenta (suprarrenal restante después de la resección de un adenoma de Cushing), haciendo, por ello, indispensable la sustitución.

Operación fracasada

En este caso, es importante que el cirujano haya probado la eficacia de las drogas sobre la hipersecreción antes de la operación, por la eventualidad de tener que seguir permanentemente con las mismas. En todo caso, nunca una reintervención temprana sin antes una reflexión prolongada.

PRINCIPIOS DE LAS REINTERVENCIONES SOBRE UN ORGANO PORTADOR DE UN TUMOR SECRETANTE

El problema es grave. La indicación de reintervención puede darse en dos circunstancias diferentes:

- La operación ha sido perfectamente en blanco o ha resecado tejido secretante.
- La primera intervención ha sido hecha por uno mismo o en ese peligroso y ubicuo hospital llamado "otro Hospital".

EN TODOS LOS CASOS, ES NECESARIO:

1o. Verificar el diagnóstico.

Ejemplo: Persistencia de hipercalcemia después de paratiroidectomía, 3 1/2 glándulas discretamente aumentadas de volumen: Hipercalcemia Familiar Hipocalciúrica (FHH).

Si la primera operación obtuvo resultados, revisar igualmente los diagnósticos.

Ejemplo: Hipercalcemia. Exéresis de un adenoma paratiroideo. Persistencia de la hipercalcemia. Sarcoidosis en evolución. Control de la hipercalcemia por corticoterapia.

2o. Pensar en la posibilidad de una glándula supernumeraria ectópica

13o/o de las personas son portadoras de una 5ta. glándula paratiroidea.

Ejemplo: Cervicotomía por hiperpara-

tiroidismo primario. Resección de un adenoma de 2 gr. Verificación macroscópica de 3 glándulas normales. Persistencia de la hipercalcemia. 2do. adenoma de una 5ta. glándula intratímica izquierda, demostrada por la Resonancia Magnética.

3o. No reintervenir por principio aun en casos de diagnóstico cierto

Un hiperparatiroidismo leve bien tolerado no justifica una esternotomía en un paciente de edad avanzada.

4o. Considerar la eficacia eventual del tratamiento médico

Ejemplo: Espleno-pancreactomía en blanco por insulinoma, efectuada en "otro hospital". Evidencia arteriográfica de insulinoma cefálico. Excelente respuesta al diazoxido. No se reinterviene. Desde hace 19 años, vive normoglucémico tratado con diazoxido.

5o. Siempre pensar en la posibilidad de una poliendocrinopatía

Es necesario realizar la encuesta familiar y principalmente reconocer, que el diagnóstico de poliendocrinopatía, individual o familiar, es a menudo metacrónica al diagnóstico de la endocrinopatía inicial, la cual parecería esporádica.

6o. Utilizar los métodos de diagnóstico más complejos, cuando se mantiene la indicación de reintervenir

Efectuar todas las tentativas posibles para la localización preoperatoria: tonodensitometría, resonancia magnética, determinaciones hormonales escalonadas.

- Explorar todos los lugares posibles donde pueda haber tejido secretante.

Ejemplo: Hiperparatiroidismo persistente: prolongación de la cervicotomía a esternotomía en el mismo acto operatorio.

Ejemplo: Persistencia de secreción de tirocalcitonina después de tiroidectomía total y vaciamiento yugulocarotídeo por cáncer medular. Cervicoesternotomía para vaciamiento cervicomediastinal.

- Rodearse de todas las posibilidades de control preoperatorio (vide supra).

Estas son algunas de las reflexiones inspiradas por el ejercicio de la cirugía endocrina, durante los últimos veinte años.

BIBLIOGRAFIA

1. COPELAND (PM). *The incidentally discovered adrenal mass. Ann. Surg.* 199 - 116 - 122 - 1984.
2. LARSSON (LI). *Two distinct types of islet abnormalities associated with endocrine pancreatic tumours. Virchows Act. A. Pathol. Anat. and Hist.*, 376 - 209 - 219, 1977.
3. PROYE (C), FOSSATI (P), FONTAINE (P), LEFEBVRE (J), DECOULX (M), WEMEAU (J.L.), DEWAILLY (D), RWAMASIRABO (E) et CECAT (P). *Dopamine - secreting pheochromocytoma An unrecognized entity Surgery*, 100 - 1.154 - 1.162, 1986
4. LENNQVIST (S), PERSLINDEN (J), SHEDS (S). *Intraoperative scintigraphy in surgical treatment of thyroid carcinoma. Evaluation of a new technique. World J. Surg.* 10 - 711 - 717, 1986.

NOTA DEL EDITOR

En el presente número de la Revista, se publica una conferencia del Profesor Charles Proye de Lille, a quien se agradece profundamente la colaboración.

Es incluido también un trabajo del Dr. Gustavo Mascotti con miembros del Instituto para Estudio y Cura del Cáncer, Milán, Italia. Aunque no guarda estrictamente las normas para la publicación, se lo ha aceptado por la importancia del mismo. Se agradece a los autores el haber enviado las contribuciones.

Estudio sobre Consultas y Problemas de Salud en un Centro de Atención Primaria

Dr. Ricardo Masih

Centro Periférico Yocsina,
Hospital Privado de Córdoba

RESUMEN

Se presenta el estudio de 1.200 consultas a un Centro de Asistencia Primaria, durante un lapso de 6 meses.

Se consignan las patologías más frecuentes (motivo de consulta), los grupos etarios, las consultas para control sano y la derivación, al Centro de mayor complejidad.

Se concluye que el Centro Periférico realiza con mayor frecuencia, el tratamiento de las infecciones respiratorias, el control sano de primera infancia y adolescentes y deriva relativamente pocos pacientes.

ESTUDIO ESTADISTICO SOBRE CONSULTAS Y PROBLEMAS DE SALUD

La elaboración del presente estudio ha sido realizado basado en mil doscientas (1.200) consultas, en un lapso de seis meses y veinte días (1-01-88 al 21-07-88).

Las consultas han correspondido a personas que habitan en las localidades de Yocsina, en su gran mayoría, La Perla y San Nicolás. Son empleados de C.O.R.C.E.M.A.R. y pertenecen al Plan de Salud del Hospital Privado; la edad va de recién nacido hasta los 60 años.

La estrategia de trabajo ha sido la Atención Primaria de Salud (A.P.S.) entendiéndose como tal la definición dada en Alma Ata (URSS) 1978.

“La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas; científicamente comprobadas y socialmente aceptadas, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

La A.P.S. representa el Primer Contacto de los individuos o familias y la comunidad con el sistema.

El cambio fundamental fue que las personas dejaron de ser “el Objeto” de la prestación y se convirtieron en “sujetos activos” por sí mismos o por sus organizaciones.

De acuerdo con este objetivo y con la importancia del Médico Generalista dentro del Equipo de Salud, este trabajo tiende a identificar con facilidad los grupos de riesgo y/o programar acciones preventivas para grupos con problemas comunes.

Los datos han sido recogidos sobre las consultas efectuadas en el Centro Periférico Nro. 2 del Hospital Privado de Córdoba, tipo y número de problemas de salud por los cuales esta población demandó atención médica.

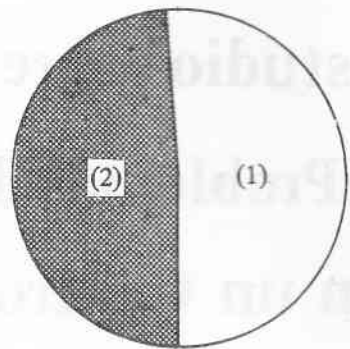
DATOS DE LA POBLACION

Yocsina y alrededores presentan una población aproximada según último Censo de 1.200 personas.

En dichas localidades hay 738 personas que pertenecen al Plan de Salud del Hospital Privado. Dichas personas están divididas en 180 familias aproximadamente.

DISTRIBUCION SEGUN EDADES

Edades	Totales	o/o	Hombres o/o	Mujeres o/o
0 - 1 año	25	3,38	1,49	1,89
1 - 2 años	17	2,30	0,81	1,49
2 - 6 años	75	10,16	5,28	4,87
6 - 12 años	126	17,07	7,85	9,21
12 - 18 años	102	13,82	6,91	6,91
Mayores de 18 a.	393	53,25	28,31	24,93



DISTRIBUCION SEGUN SEXO

HOMBRES			MUJERES		
Edades	Totales	o/o	Edades	Totales	o/o
0 - 1 año	11	2,94	0 - 1 año	14	3,84
1 - 2 años	6	1,60	1 - 2 años	11	3,02
2 - 6 años	39	10,42	2 - 6 años	36	9,89
6 - 12 años	58	15,50	6 - 12 años	68	18,68
12 - 18 años	51	13,63	12 - 18 años	51	14,01
Mayores de 18 a.	209	55,88	Mayores de 18 a.	184	50,54

Gráfico Nro. 1: Distribución porcentual por sexo

1 - Hombres 49,75o/o
2 - Mujeres 50,25o/o

DISTRIBUCION SEGUN EDADES

Menores de 18 años 686
Mayores de 18 años 514

TOTAL DE CONSULTAS

1:200

PERIODO DE TIEMPO

Desde 1-01-88 al 20-07-88

DISTRIBUCION POR SEXO

Mujeres 603
Hombres 597

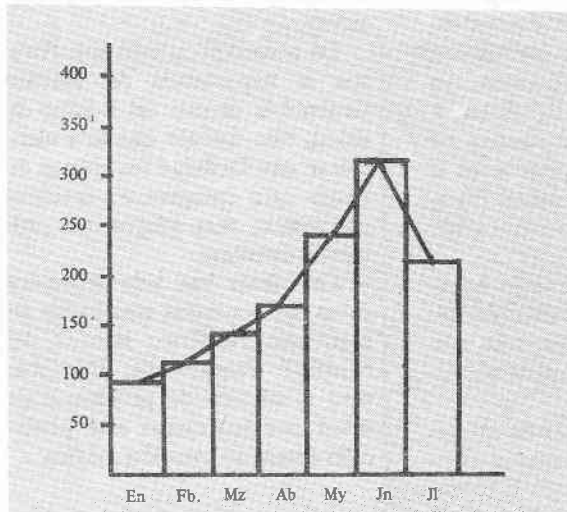


Gráfico Nro. 2: Promedio Mensual de Consultas

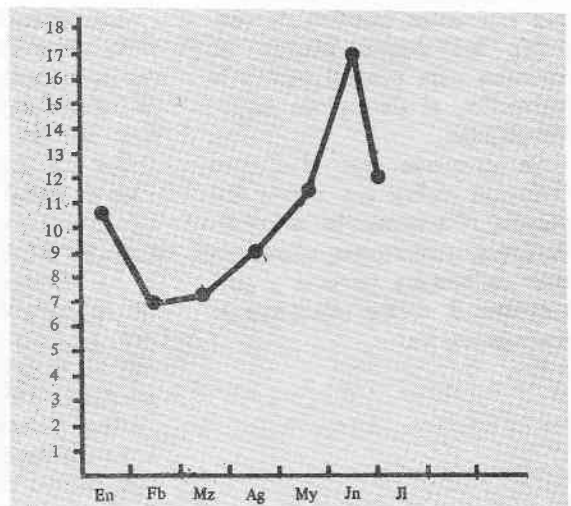


Gráfico Nro. 3: Promedio por día de Consulta

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDADES

Edades	Total	o/o	Hombres o/o	Mujeres o/o
0-2 años	151	12,58	64,8	35,20
2 - 6 años	270	22,5	55,4	44,6
6 - 12 años	169	14,08	53,90	46,09
12 - 18 años	96	8	43,24	56,75
Mayores de 18 a.	514	42,83	46,08	53,91

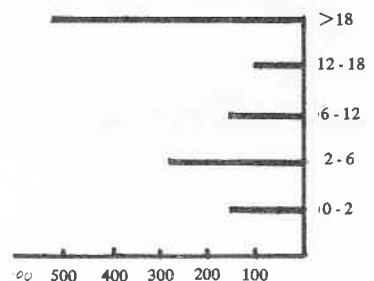


Gráfico Nro. 4: Pirámide Poblacional. Distribución por edades y número de consultas.

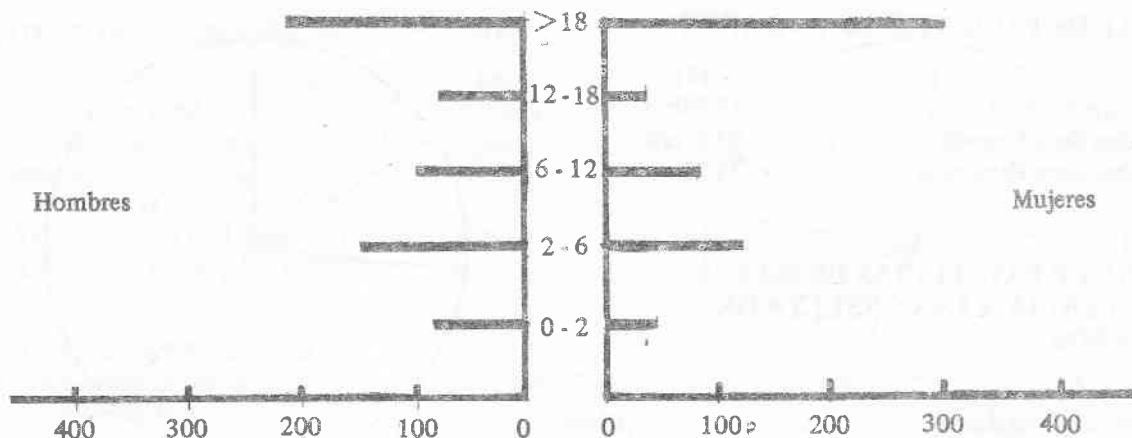


Gráfico Nro. 5: Pirámide Poblacional. Distribución por edades, número de consultas.

TABLA DE PATOLOGIAS DE MAYOR FRECUENCIA EN LA CONSULTA

	Cantidad	Porcentaje o/o
1 - Infección Vías Aéreas.	520	43,33
a - Vías Aéreas Superior (334 - 64,23o/o). . .	334	27,83
b - Vías Aéreas Inferior (186 - 35,77o/o) . . .	186	15,50
2 - Síndrome Gripal	108	9
3 - Consultas Traumatológicas	86	7,16
4 - Diarrea	54	4,5
5 - Infección Urinaria	46	3,83
6 - Hipertensión Arterial	45	3,75
7 - Dermatológicas	40	3,33
8 - Gastroenterológicas	34	2,83
9 - Asma	30	2,5
10 - Enteroparasitosis	23	1,91
11 - Embarazo	22	1,83
12 - Exantemáticas	16	1,3
13 - Consultas Psicológicas	14	1,16
14 - Reacción Alérgica	14	1,16
15 - Ginecológicas	14	1,16
16 - Síndrome febril.	13	1,08
17 - Cefalea	12	1
18 - Obesidad y Metabolismo.	11	0,91
19 - Oftalmológicas	10	0,83
20 - Cardiológicas	10	0,83
21 - Síndrome Vertiginoso	9	0,75
22 - Desnutrición.	7	0,58
23 - Otras Infecciones.	5	0,48
24 - Síndrome Varicoso	4	0,3
25 - Neurológicas.	3	0,25
26 - Síndrome F.I.D.*	2	0,1
27 - Anemia	2	0,1
28 - Sin Diagnóstico.	15	3,75

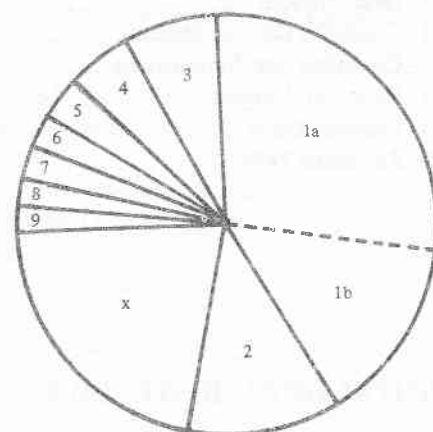


Gráfico Nro. 6: Gráfico Circular de porcentaje de patología de mayor consulta

- 1 - Infección Vías Aéreas
- a - Vías Aéreas Superior
- b - Vías Aéreas Inferior
- 2 - S. Gripal
- 3 - Consultas Traumatológicas
- 4 - Diarrea
- 5 - Infección Urinarias
- 6 - Hipertensión Arterial
- 7 - Dermatológicas
- 8 - Gastroenterológicas
- 9 - Asma
- x - Resto de Consultas

* (F.I.D.: Fosa Ilíaca Derecha)

TOTAL DE PACIENTES DE 0 - 2 AÑOS

	151
Porcentaje del total	12,58o/o
Consultas Sexo Masculino	64,8 o/o
Consultas Sexo Femenino	35,20o/o

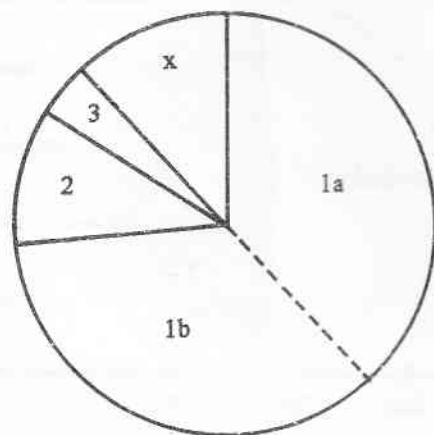


Gráfico Nro. 7: Gráfico Circular de porcentaje de patologías de 0 - 2 años. Se observa la baja proporción de consultas de Control Sano.

x - Resto del listado de consultas

TABLA DE PATOLOGIAS DE MAYOR FRECUENCIA A LA CONSULTA DE 0 - 2 AÑOS

1 - Infección Vías Aéreas	76,15o/o
a - Vías Aéreas Superior (51,3o/o)	10,07o/o
b - Vías Aéreas Inferior (48,7o/o)	37,08o/o
2 - Control Sano	8,60o/o
3 - Diarrea	5,29o/o
4 - Desnutrición.	2,64o/o
5 - Consultas Dermatológicas	2,64o/o
6 - Consultas por Conjuntivitis	1,98o/o
7 - Reacción Alérgica	1,32o/o
8 - Exantemáticas	0,66o/o
9 - Síndrome Febril	0,66o/o

TOTAL DE PACIENTES DE 2 - 6 AÑOS

	270
Porcentaje del total	22,5o/o
Consultas Sexo Masculino	55,4o/o
Consultas Sexo Femenino	44,6o/o

TABLA DE PATOLOGIAS DE MAYOR FRECUENCIA A LA CONSULTA DE 2 - 6 AÑOS

1 - Infección Vías Aéreas	72,92o/o
a - Vías Aéreas Superior	57,40o/o
b - Vías Aéreas Inferior.	25,52o/o
2 - Diarrea	5,92o/o
3 - Consultas Dermatológicas	4,81o/o
4 - Exantemáticas	3,70o/o
5 - Consultas Traumatológicas	3,33o/o
6 - Infección Urinaria	1,85o/o
7 - Dolor Abdominal	1,48o/o
8 - Reacción Alérgica	1,11o/o
9 - Conjuntivitis.	1,11o/o
10 - Control Sano	1,11o/o
11 - Síndrome Febril	1,11o/o
12 - Cefalea	0,74o/o
13 - Desnutrición.	0,37o/o
14 - Púrpura	0,37o/o

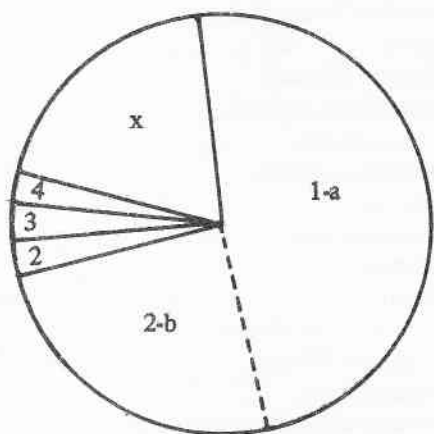


Gráfico Nro. 8: Gráfico Circular de porcentaje de patologías más frecuentes de 2 - 6 años. Donde se observa la baja frecuencia de consultas para Control Sano.

1 - a - Vías Aéreas Inferior
 - b - Vías Aéreas Superior
 2 - Diarrea
 3 - Consultas Dermatológicas
 4 - Exantemáticas
 x - Resto de consultas

TOTAL DE PACIENTES DE 6 - 12 AÑOS

	169
Porcentaje del total	14,08o/o
Consultas de Sexo Masculino	53,90o/o
Consultas de Sexo Femenino	46,09o/o

TABLA DE PATOLOGIAS DE MAYOR FRECUENCIA A LA CONSULTA DE 6 - 12 AÑOS

1 -Infección de Vías Aéreas.	56,79o/o
a - Vías Aéreas Superior	40,82o/o
b - Vías Aéreas Inferior.	15,97o/o
2 -Diarrea	7,69o/o
3 -Consultas Traumatológicas	7,10o/o
4 -Consultas Dermatológicas	6,50o/o
5 -Exantemáticas	5,91o/o
6 -Síndrome Febril	3,55o/o
7 -Infección Urinaria	2,95o/o
8 -Psicológicas	2,36o/o
9 -Dolor Abdominal	1,18o/o
10 - Anemia	1,18o/o
11 - Conjuntivitis.	1,18o/o
12 - Enteroparasitosis.	1,18o/o
13 - Cefalea	0,59o/o
14 - Reacción Alérgica	0,59o/o
15 - Púrpura	0,59o/o

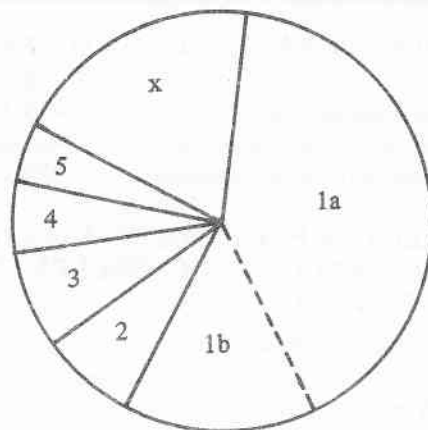


Gráfico Nro. 9: Gráfico Circular de porcentaje de patologías de mayor frecuencia de 6 - 12 años. Se observa que en esta edad no hay consultas por Control Sano.

- 1-a Vías Aéreas Inferior
- b - Vías Aéreas Superior
- 2 -Diarrea
- 3 -Consultas Traumatológicas
- 4 -Consultas Dermatológicas
- 5 -Exantemáticas
- x - Resto de Consultas

TOTAL DE PACIENTES ENTRE 12 - 18 AÑOS

	96
Porcentaje del total	8o/o
Consultas de Sexo Masculino	43,24o/o
Consultas de Sexo Femenino	56,75o/o

TABLA DE PATOLOGIAS DE MAYOR FRECUENCIA A LA CONSULTA ENTRE 12 - 18 AÑOS

1 -Infección Vías Aéreas.	36,45o/o
a - Vías Aéreas Superior	31,25o/o
b - Vías Aéreas Inferior.	5,20o/o
2 -Consultas Traumatológicas	9,37o/o
3 -Infección Urinaria	8,33o/o
4 -Síndrome Febril	6,25o/o
5 -Asma	6,25o/o
6 -Reacción Alérgica	5,20o/o
7 -Exantemáticas	5,20o/o
8 -Diarrea	4,16o/o
9 -Obesidad y Metabolismo.	3,12o/o
10 - Consultas Dermatológicas	3,12o/o
11 - Cefalea	2,08o/o
12 -Dolor Abdominal	2,08o/o
13 - Consultas Ginecológicas	2,08o/o
14 - Síndrome F.I.D.	1,04o/o
15 -Neurológicas.	1,04o/o
16 - Conjuntivitis.	1,04o/o
17 - Sin Diagnóstico.	3,12o/o

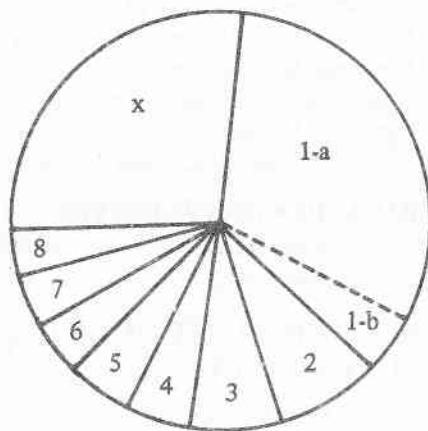


Gráfico Nro. 10: Gráfico Circular de porcentaje de patologías de mayor frecuencia de 12 - 18 años. Se observa la disminución de las Consultas de Infección de Vías Aéreas Inferior en comparación las consultas de 0 - 12 años. No hay Control Sano en esta edad.

- 1-a - Infec. Vías Aéreas Superior
- b - Infec. Vías Aéreas Inferior
- 2 - Consultas Traumatológicas
- 3 -Infección Urinaria
- 4 -Síndrome Febril
- 5 - Asma
- 6 - Reacción Alérgica
- 7 -Exantemáticas
- 8 -Diarreas
- x - Resto de las Consultas

TOTAL DE PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

	514
Porcentaje del total	42,83o/o
Consultas de Sexo Masculino	46,08o/o
Consultas de Sexo Femenino	53,91o/o

TABLA DE PATOLOGIAS DE MAYOR FRECUENCIA A LA CONSULTA EN MAYORES DE 18 AÑOS

1 - Síndrome Gripal	20,03o/o
2 - Infección Vías Aéreas	19,25o/o
a - Vías Aéreas Superior	16,14o/o
b - Vías Aéreas Inferior	3,11o/o
3 - Consultas Traumatológicas	11,67o/o
4 - Consultas Cardiológicas	8,17o/o
a - Hipertensión Arterial (76,19o/o)	
5 - Consultas Gineco-Obstétricas	6,80o/o
6 - Consultas Gastroenterológicas	6,61o/o
a - Diarreas (38,23o/o)	
7 - Infección Urinaria	5,83o/o
8 - Asma	4,86o/o
9 - Consultas Dermatológicas	2,52o/o
10 - Psicológicas	2,33o/o
11 - Metabolismo y Obesidad	2,14o/o
12 - Otras Infecciones	1,94o/o
13 - Síndrome Febril	1,55o/o
14 - Control Sano	1,16o/o
15 - Cefalea - Dolor Abdominal - Síndrome Vertiginoso c/u.	0,97o/o
18 - O.R.L. - Oftalmológicas - Neuro - Síndrome Varicoso c/u.	0,38o/o
22 - Exantemáticas - Reacciones Alérgicas . . c/u.	0,19o/o

DERIVACION DE PACIENTES

Total de Pacientes Derivados	64
Porcentaje del Total	5,33o/o

TABLA DE PORCENTAJE DE DERIVACIONES SEGUN GRUPO ETARIO

Mayor de 18 años	64,00o/o
Entre 12 - 18 años	9,37o/o
Entre 6 - 12 años	9,37o/o
Entre 2 - 6 años	10,93o/o
Entre 0 - 2 años	6,25o/o

CONCLUSIONES

Este trabajo demuestra la alta demanda espontánea de pacientes a este Centro.

Es observable la frecuencia alta de consultas por Infecciones Respiratorias y la baja frecuencia de Controles Sanos que se ve influenciada por la asiduidad con que se realizan directamente en el Hospi-

tal Privado. Se acentúa esta disminución en las edades entre 2 y 6 años, en los cuales la consulta es en la gran mayoría por patología solamente.

Entre 0 - 1 año los Controles Sanos se deben realizar 1 por mes; y cada 3 meses de 1 - 2 años, teniendo en cuenta esto y la cantidad de niños bajo cobertura, las consultas para Control Sano ten-

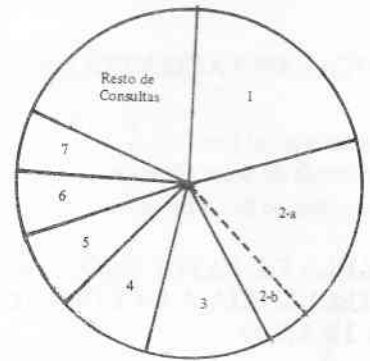


Gráfico Nro. 11: Gráfico Circular de porcentajes de patologías en pacientes mayores de 18 años. Se observa un gran incremento del Síndrome Gripal, con una disminución de Infecciones de Vías Aéreas Inferior, y un aumento de las consultas traumatológicas.

drían que haber sido 200 aproximadamente y hubo solamente 13.

Entre 2 - 6 años los Controles Sanos deberían ser realizados cada 6 meses y tendrían que haber sido 112 y hubo solamente 3; influenciado por lo anteriormente mencionado.

La baja tasa de derivación demuestra la importancia de la Atención Primaria de Salud, que con bajos costos y buena calidad, se trata de solucionar la mayor cantidad de problemas de salud.

Con estos datos se tratará de poner mayor énfasis en el Control Sano y tomar las medidas en busca de una disminución de las Enfermedades Previsibles y Prevenibles.

SUMMARY

1.200 consultations to a Primary Medical Assistance Center are reviewed. (6 month period).

More frequent pathologies, age groups, healthy individual check-ups and patient transfer, are considered.

It is concluded that the most common pathology is respiratory infection, check-ups are more frequent in very young infants and adolescence and that there are relatively few patients transferred.

BIBLIOGRAFIA

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata (URSS) 6 - 12 Setiembre 1978. (OMS).

Complicaciones de la Linfadenectomía Retroperitoneal

Dr. G. Mascotti *
Dr. G. Rebuffoni **
Dr. G. Terno *
Dr. G. Pizzocaro *
Dr. F. Zanoni *
Dr. A. Milani *
Dr. L. Piva *
Dr. R. Salvioni *

* O.C.U.

** Anestesiología

Este trabajo fue realizado debido a la colaboración del servicio de Anestesiología y del O.C.U. Oncología Chirúrgica Urológica Instituto Nacional para el Estudio y la Cura del Cáncer. Milán. Italia

RESUMEN

La resección de los ganglios retroperitoneales, próximos a los grandes vasos, es difícil y peligrosa.

Complicaciones importantes han sido relatadas, vinculadas a la disección ganglionar retroperitoneal.

En este trabajo se examina la experiencia de 682 casos consecutivos ocurridos en el Instituto de Tumores de Milán, entre 1967 y 1988.

INTRODUCCION

La linfadenectomía retroperitoneal (R.P.L.N.D. de Retroperitoneal Lymph Node Dissection), es una técnica quirúrgica de la cual se valen varias disciplinas oncológicas.

Forma parte del tratamiento de elección en el manejo de los pacientes portadores de tumor testicular germinal no seminomatoso en estadio I (1). Es también una técnica utilizada para la estadificación del tumor renal, y es el procedimiento para es-

tablecer la estadificación quirúrgica del carcinoma de ovario y del cervix uterino (2) (3).

Este procedimiento quirúrgico, practicado con cuidado, permite disecar con eficacia las cadenas linfáticas retroperitoneales hasta un límite superior dado por los vasos renales o la inserción inferior de los pilares diafragmáticos (4) (5).

Si bien se utilizó la incisión toracoabdominal para el abordaje, se prefiere la xifopúbica, siendo esta última, suficiente para ofrecer un campo amplio y cómodo (5) (6).

Descrito por Mallis y Patton (1958) y modificado por Staubitz (1969) el abordaje anterior se hace por vía transperitoneal con movilización del colon ascendente y del duodeno (5) (7) (8) (9).

Para la ejecución de la técnica de R.P.L.N.D., el equipo quirúrgico debe conocer las técnicas operatorias vasculares, urológicas, gastroenterológicas, etc., que le permitan solucionar eventuales inconvenientes derivados de la anatomía. En efecto, las dificultades operatorias y postoperatorias no son pocas y entran en el gran capítulo de las complicaciones de la R.P.L.N.D. (1) (9) (10) (11) (12).

En esta presentación, se expondrá lo observado en 682 casos consecutivos operados desde 1967 hasta 1988, por enfermedad tumoral del testículo, teniendo además en cuenta la relación entre cirugía, complicación, quimioterapia y/o radioterapia.

MATERIAL Y METODOS

Sobre aproximadamente 1.000 historias clínicas de pacientes que fueron sometidos a R.P.L.N.D., se seleccionaron los casos de tumor testicular. Esto permitió incluir 682 operaciones consecutivas desde 1967 a 1988.

Las complicaciones halladas por el estudio fueron:

- 1) Linfáticas: a) linfostáticas; b) linforrágicas.
- 2) Accidentes vasculares
- 3) Anestesiológicas
- 4) Cardiológicas
- 5) Urológicas
- 6) Gastroenterológicas
- 7) Infecciosas
- 8) Neuropáticas

En el estudio retrospectivo, estas complicaciones, aparecen en las historias clínicas a partir de años distintos. Por ejemplo, las complicaciones linfostáticas fueron controladas desde el comienzo (1967) acumulando así una experiencia sobre 682 casos, mientras que las complicaciones urológicas se informan

desde 1970 y las infecciosas, desde 1976.

Las complicaciones se evaluaron tomando como número de referencia en el cálculo de las proporciones, el número de casos a partir del año en que comienzan a ser señaladas. TABLA I.

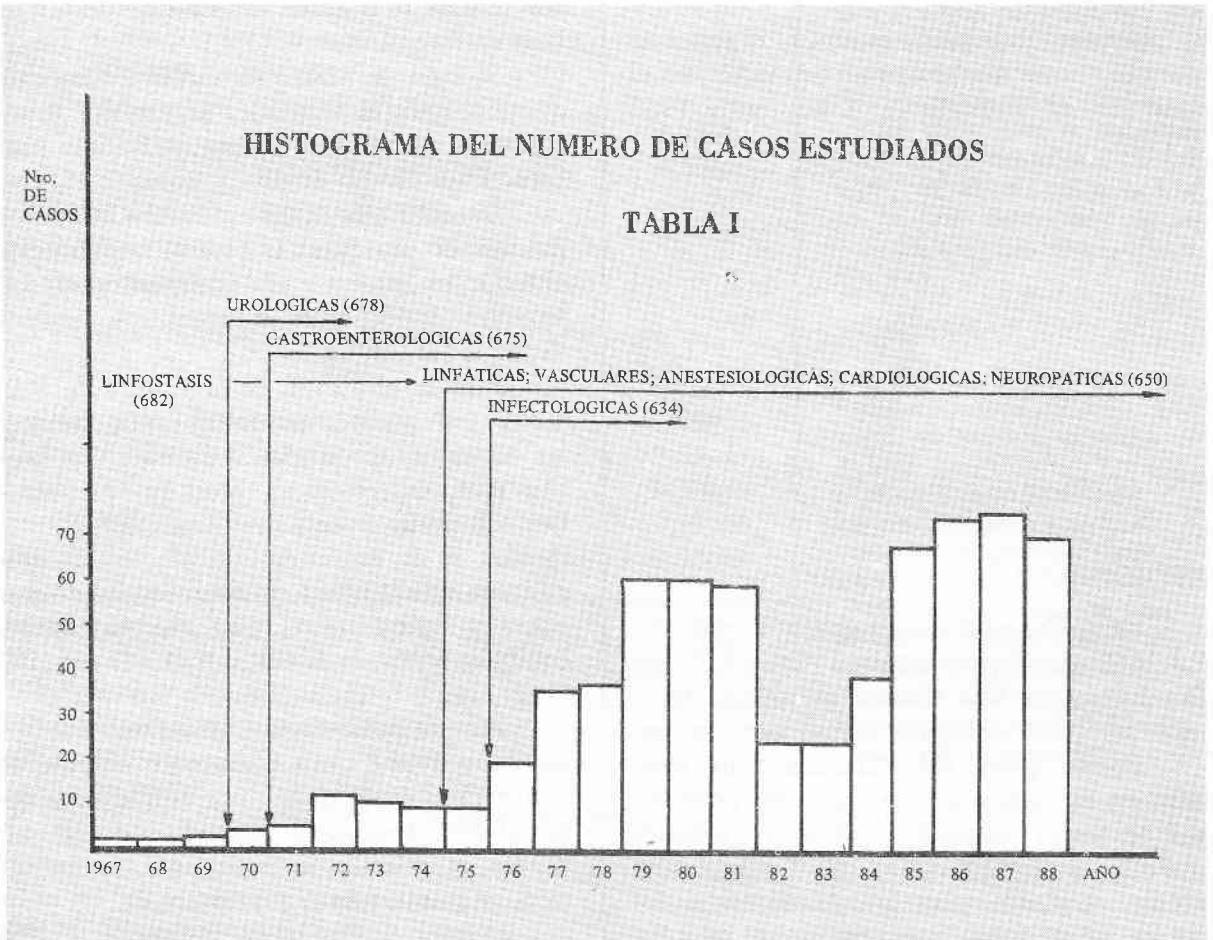
Se evaluaron también las relaciones existentes entre las complicaciones, la operación, la radioterapia (XRT) y/o la quimioterapia (QT).

Para determinadas complicaciones se valoró además, si la intervención fue bilateral o unilateral.

Se estudiaron otros factores como la concomitancia de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, etc.) no encontrándose relaciones de sinergismos, o combinaciones de alto riesgo para la ocurrencia o no de una complicación. Igual ocurrió con la edad; debe destacarse sin embargo, que la mayoría de los pacientes son jóvenes.

RESULTADOS

En la Tabla I, se observa una caída en el número de operaciones durante los años



1982 - 1983. Esto fue motivado por un programa de estudio durante el cual, el estadio I del tumor de testículo no se operaba (13). La pequeña caída del último año fue por disminución del número de camas.

De las 682 operaciones, 412 no estuvieron asociadas a XRT o a QT; 34 casos recibieron radioterapia preoperatoria y en 236, la quimioterapia se asoció en forma preoperatoria y/o postoperatoria.

El grupo de pacientes con radioterapia asociada, tuvo mayores dificultades operatorias, las complicaciones fueron más frecuentes y hubo mortalidad en estos pacientes. Con excepción de los casos avanzados, la asociación con quimioterapia no tuvo la gravedad de aquellos que recibieron radioterapia.

TABLA II

R.P.L.N.D.

SOLA	+ XRT	+ QT
412	34	236

Entre 1971 y 1979, hubo 7 pacientes con edema de los miembros inferiores, cinco se diagnosticaron en el primer año postoperatorio. No hubo relación entre la unilateralidad o la bilateralidad y la aparición del edema. De la Tabla III, se deduce que si bien la XRT no está relacionada con el hidrocele, juega un rol importante en el origen de la estasis linfática con aparición del edema de miembros inferiores.

Las anastomosis linfovenosas fueron utilizadas para el tratamiento de estas complicaciones, con resultados poco satisfactorios. La fisioterapia, crónica o transitoria, fue un tratamiento con mejores resultados en programas mantenidos por largo tiempo.

LINFORRAGICAS

En 650 R.P.L.N.D. hubo 21 casos de linforreas (más de 15 días), 7, de linfoceles, 4, con quilorragias y 5 pacientes con linforrea más linfoceles. Tabla IV. La XRT y/o la QT no fueron factores coadyuvantes en la aparición de estas complicaciones. 64o/o (18/29) de los casos ocurrieron después de operaciones bilaterales.

TABLA III

COMPLICACIONES LINFOSTATICAS (1967 - 88)

TERAPIA	Nro. CASOS	EDEMA MM II		HIDROCELE	
		Nro.	(o/o)	Nro.	(o/o)
RPLND Sola + QUIMIO	648	5	(0,7)	20	(3)
RPLND + XRT	34	2	(5,8)	—	—
TOTAL	682	7	(1)	20	(2,9)

COMPLICACIONES LINFATICAS

LINFOSTATICAS:

Los hidroceles fueron las manifestaciones menores y los edemas de los miembros inferiores, las más severas. Hasta 1988, hubo 20 casos de hidrocele, 35o/o (7/20) de los casos se diagnosticaron en el primer año postoperatorio y al final del segundo año, los trece casos restantes. Cinco casos ocurrieron después de R.P.L.N.D. unilateral (tres derechos y dos izquierdos), mientras que los otros quince, ocurrieron en la cirugía bilateral.

TABLA IV

COMPLICACIONES LINFORRAGICAS SOBRE 650 CASOS DE R.P.L.N.D.

	Nro.	o/o
LINFORRAGIA	21	3,2
LINFOCELE	7	1
QUILORRAGIA	4	0,6
LINFORRAGIA + LINFOCELE	5	0,7
TOTAL	37	5,5

I.N.T. O.C.U. 1989

Para tratar estas complicaciones, se procedió al drenaje en 1 caso, a la laparotomía, en 3 y a la anastomosis linfovenosa en 3. La resolución espontánea ocurrió en 21/29 casos (72o/o) Tabla V.

TABLA V

**TRATAMIENTO DE LAS
COMPLICACIONES LINFORRAGICAS**

Resolución espontánea	21*	(72o/o)
Anástomosis linfovenosa	3	
Lapartomía	3	
Dreange	1	

*** 4 QUILORRAGIAS TRATADAS CON
SUSPENSION DE LA ALIMENTACION
POR 4 DIAS**

En cuatro casos de quilorragia, el tratamiento consistió en el ayuno completo por 4 días. La conducta expectante es la mejor ayudada con medicación local para evitar la maceración de la zona húmeda. Las complicaciones linfáticas fueron las más frecuentes.

TABLA VI

COMPLICACIONES LINFATICAS

	Nro.	CASOS	(o/o)
Linforrágicas	650	37	(5,5)
Linfostáticas	682	27	(3,9)
TOTAL		64	(8,3)

**COMPLICACIONES POR ACCIDENTES
VASCULARES**

En 650 R.P.L.N.D. hubo 11 lesiones vasculares accidentales:

- 3 lesiones de la cava
- 3 lesiones de la arteria mesentérica inferior
- 2 laceraciones aórticas (1 muerte)
- 1 lesión de la vena renal (paciente monorreño en diálisis)
- 1 lesión de la arteria polar
- 1 lesión de la arteria gonádica contralateral en una R.P.L.N.D.

Las secuelas después de las lesiones de la arteria mesentérica fueron: 1 melena de 3 días; 1 hemorragia intestinal severa que a la

laparotomía; un fleo paralítico de 8 días de duración.

La laceración de la aorta asociada con muerte del paciente, ocurrió en un enfermo grave portador de un gran tumor. Murió 24 horas después del accidente, por una fibrilación ventricular.

La otra lesión en el ángulo cavo-renal. Al intentar disecar la lesión, se produjo la efracción accidental de la vena renal. La reparación fracasó y el paciente debió ser colocado en hemodiálisis.

Las venas lumbares fueron particularmente peligrosas en la disección.

ANESTESIOLOGICAS

Las complicaciones por anestesia fueron:

- 1 dificultad respiratoria severa después de la extubación de un paciente obeso; 1 complicación cardíaca con arritmia intraoperatoria;
- 2 lesiones por estiramiento del plexo braquial.

CARDIOLOGICAS

Las complicaciones cardiológicas fueron 2: una paciente de 54 años con enfermedad avanzada que falleció por fibrilación ventricular y un paciente hipertenso de 38 años que desarrolló una arritmia, la cual fue tratada.

UROLOGICAS

En 678 operaciones, hubo seis complicaciones urológicas, de las cuales 7 fueron quirúrgicas y tres médicas.

Quirúrgicas: 3 fístulas ureterales postoperatorias (una de ellas resultó en una necrosis ureteral) y 4 lesiones intraoperatorias del uréter.

El lado afectado fue siempre el derecho. Tabla VII.

GASTROENTEROLOGICAS

Hubo 26 complicaciones gastroenterológicas en 675 R.P.L.N.D. En este grupo hubo 4 pacientes fallecidos.

El grupo puede subdividirse en tres subgrupos:

- 1) Los que habían recibido XRT:
 - + XRT preoperatoria 3 casos (1 muerte)
 - + XRT postoperatoria 4 casos (2 muertes)
 - + XRT pre/postoperatoria 1 caso
- TOTAL 8 casos (3 muertes)**

TABLA VII

COMPLICACIONES UROLOGICAS

CLINICAS	Nro.	QUIRURGICAS	Nro.
Infección urinaria grave	1	Fístula ureteral	3
Cistitis a pseudomona	1	Lesión ureteral accidental	4
Microhematuria persistente	1		
TOTAL	3 (0,4o/o)		7 (1o/o)

2) Los que recibieron QT:

+ QT preoperatoria	4 casos	(1 muerte)
+ QT postoperatoria	—	—
+ QT pre/postoperatoria	1 caso	
TOTAL	5 casos	(1 muerte)

3) Los que no recibieron ni XRT ni QT
13 casos (sin mortalidad)

Cuando la mortalidad se asoció a la XRT (3 casos), la causa fue una complicación actínica. Es importante mencionar que el cirujano indicó sistemáticamente en la foja quirúrgica, la gran dificultad para encontrar los planos, la fragilidad de los tejidos y la pérdida abundante de sangre intraoperatoria. En uno de estos pacientes se procedió a la reparación por colgajos de la lesión actínica inguinal. Los colgajos se necrosaron y el paciente falleció por una hemorragia aguda de la arteria femoral.

La muerte del paciente del subgrupo 2, fue el postoperatorio de una laparatomía por obstrucción intestinal. La muerte no pudo ser atribuida al tratamiento con la R.P.L.N.D. y a la QT. Tabla VIII. Las complicaciones del subgrupo 3, fueron 7 quirúrgicas y 6, médicas.

Quirúrgicas: 2 vólvulos, 1 invaginación intestinal (inmediatas): 4 bridas (tardías).

Médicas: 1 hematemesis con melena, 2 oclusiones incompletas tardías, 3 fleos postoperatorios.

INFECCIOSAS

Hubo 25 complicaciones infecciosas en 634 R.P.L.N.D.

12 pacientes tuvieron infección pulmonar; uno necesitó un tratamiento más intenso que el convencional.

Se observaron 7 abscesos de pared que fueron tratados eficazmente con drenaje y antibióticos.

Hubo 3 hepatitis B y 3 casos de hepatotoxicidad (GPT y GOT elevadas).

TABLA VIII

COMPLICACIONES
GASTROENTEROLOGICAS Y
MORTALIDAD EN 675 R.P.L.N.D.
CONSECUTIVAS (1971 - 1988)

Terapia	Nro. Casos	Complicaciones	Mortalidad
R.P.L.N.D.	409	13 (3,1o/o)	0
+ Quimio	235	5 (2,1o/o)	1 (0,4o/o)
+ XRT	31	8 (25,8o/o)	3 (9,6o/o)
TOTAL	675	26 (3,8o/o)	4 (0,6o/o)

NEUROPATICAS

Las complicaciones neurológicas fueron un paciente con parestesias en ambos miembros inferiores; un caso de déficit funcional de la pierna derecha; un paciente con déficit funcional de ambos miembros inferiores. Todos fueron tratados con fisioterapia por un año.

CONCLUSIONES

Las Tablas X y XI resumen este trabajo. La R.P.L.N.D. es una operación que requiere además del conocimiento de la técnica, la posibilidad de solucionar las complicaciones de la misma.

La radioterapia fue un factor asociado a la mortalidad y a la morbilidad, por ello,

TABLA IX

COMPLICACIONES ANESTESIOLOGICAS

TRATAMIENTO	CASOS	CARDIACAS	RESP.	NEUROP.
R.P.L.N.D.	396	0	1	2
+ QT	230	1	0	0
+ XRT	22	0	0	0
TOTAL	650	1	1	2

TABLA X

COMPLICACIONES Y MORTALIDAD ASOCIADA A LA R.P.L.N.D. (1967 - 89)

COMPLICACION	Nro. ESTUDIADO	COMPLICACION		MORTALIDAD	
		Nro.	(o/o)	Nro.	(o/o)
Urológicas	678	10	(1,4)	0	—
Gastroenterológicas	675	26	(3,8)	4	(0,59)
Linfáticas	650	56	(8,3)	0	—
Vasculares	650	11	(1,6)	1	(0,15)
Neurológicas	650	3	(0,4)	0	—
Cardiológicas	650	2	(0,3)	1	(0,15)
Neuropáticas	650	2	(0,3)	0	—
Infectológicas	634	25	(3,9)	0	—
TOTALES	682	135	(19,7)	6	(0,8)

es preferible evitarla en el preoperatorio.

La complicación linfática es la más frecuente, la fisioterapia y la conducta expectante fueron los mejores recursos terapéuticos.

Salvo las hepatitis posiblemente debidas a accidentes transfusionales, muchas de las otras complicaciones estarían asociadas a la técnica quirúrgica.

Por ello se concluye que la R.P.L.N.D. es una técnica difícil, con riesgos de complicaciones propias y generales de toda operación que requiere entrenamiento y que el número y el manejo de las complicaciones presentadas en este trabajo, son perfectamente aceptables.

TABLA XI

COMPLICACIONES DE LA R.P.L.N.D.	RESUMEN
Complicación más común	Linforragia
Complicación menos común	Cardiológica
Complicaciones en general	Menos del 20o/o
Mortalidad (pura)	0
Mortalidad asociada a Quimio y XRT	0,8o/o

I.N.T. O.C.U. 1989

SUMMARY

The surgical excision of involved lymph node adjacent to the great vessels is difficult and dangerous.

Significant complications have been reported in association with retroperitoneal lymph node dissection.

Herein we examine the experience with 682 consecutive cases seen from 1967 to 1988 at I.N.T. of Milan-Italy.

BIBLIOGRAFIA

1. **Giorgio PIZZOCARO.** *Retroperitoneal lymphadenectomy in clinical stage I nonseminomatous germinal testis cancer.* *European Journal of Surgical Oncology* 1986; 12: 25 - 28.
2. **Francesco DIRE; I. COGLIATI; G. MUSCOLINO.** *Surgery as staging and therapy for ovarian cancer.* *European Journal of Gynaecological Oncology.* Vol. I, Nro. 2, 1980. 81 - 83.
3. **F. DI RE; R. FONTANELLI; E.M. DI RE; F. RASPAGLIESI; S. BOHM; G. LUPI.** *Linfoadenectomia nel carcinoma del collo dell' utero.* *Neoplasie Ginecologiche. C.E.A. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1987.*
4. **Jon A. KASWICK; S.D. BLOOMBERG; D.G. SKINNER.** *Radical retroperitoneal lymph node dissection: How effective in removal of all retroperitoneal nodes?* *The Journal of Urology.* Vol. 115. January 1976, 70 - 72.
5. **F. DIRE; R. FONANELLI.** *Isterectomia radicale con linfoadenectomia pelvica e lomboartoica.* *Trattato di Tecnica Chirurgica. Vol. XVI Chirurgia Ginecologica. UTET, 1986.*
6. **John F. COOPER; W.F. LEADBETTER; R. CHUTE.** *The thoracoabdominal approach for retroperitoneal gland dissection: its application to testis tumors.* *Surgery, Gynecology and obstetrics.* 1950, 90, 486.
7. **Giorgio PIZZOCARO.** *Evoluzione del trattamento dei tumori germinali del testicolo.* *Argomenti di Oncologia,* 9: 173 - 196, 1988.
8. **HENDRY, W.F.; BARRETT; McELWAIN; T.J., WALLACE and PECKHAM.** *Radical lymphadenectomy.* *British Journal of Urology* 52, 38, 1980.
9. **William J. STAUBITZ, Kendall S. EARLY and Gerald P. MURPHY.** *Surgical management of testis tumor.* *The Journal of Urology* Vol. 111. February, 1974, 205 - 209.
10. **Charles A. LINDSEY and James F. GLENN.** *Germinal malignancies of the testis: Experience, management and prognosis.* *The Journal of Urology.* Vol. 116. July, 1976. 59 - 62.
11. **J.P. DONOHUE and R.G. ROWLAND.** *Complications of retroperitoneal lymph nodes dissection.* *The Journal of Urology.* Vol. 125. 1981. 338 - 340.
12. **Bedford WATERS; Marc. B. GARNICK; Jerome P. RICHIE.** *Complications of retroperitoneal lymphadenectomy in the management of nonseminomatous tumors of the testis.* *Surgery, Gynecology and Obstetrics* April 1982. Vol. 154. 501 - 504.
13. **Giorgio PIZZOCARO; Fulvio ZANONI; Roberto SALVIONI; Angelo MILANI, Luigi PIVA and Silvana PILOTTI.** *Difficulties of a surveillance study omitting retroperitoneal lymphadenectomy in clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors of the testis.* *The Journal of Urology.* Vol. 138. December, 1987. 1.393 - 1.396.

Cáncer de Tiroides

Esquema Terapéutico

Dr. Gustavo Diaz
 Dra. Roxana Degiusto
 Dra. Norma Canals
 Dra. Carmen Sánchez
 Dr. Luis Guzmán
 Dra. Maria Rosa Ulla
 Dr. Eduardo Wise
 Dr. Daniel A. Allende

Servicio de Cirugía General y de
 Cuello, Endocrinología y Anatomía
 Patológica - Hospital Privado de
 Córdoba

RESUMEN

Se presenta un esquema terapéutico para el carcinoma tiroideo, poniendo énfasis en el valor de la cirugía del mismo en la fase intratiroidea y en el reemplazo hormonal adecuado y permanente, como factores principales de sobrevida.

INTRODUCCION

El carcinoma de tiroides es una enfermedad que aparece con cierta frecuencia en la práctica médica. Hay numerosas publicaciones sobre el tema en los últimos años; el diagnóstico se hace con mayor certeza; sin embargo, existe controversia sobre el tratamiento.

El objetivo del trabajo es presentar un protocolo de tratamiento basado en la observación y el análisis no estadístico de 51 pacientes, en 21 años.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron en 51 pacientes, edad y sexo, tipo de tumor, cirugía y extensión de la misma, reemplazo hormonal y postoperatorio y sobrevida.

Para simplificar se reconocen tumores diferenciados, papilar y folicular, indiferenciados y medulares.

RESULTADOS

— Hubo 37 pacientes con carcinoma papilar, de los cuales, 32 fueron mujeres y 5, hombres. 23 tenían menos de 40 años de edad, en el momento del tratamiento ini-

cial. 29 fueron operados con tiroidectomía total de un lóbulo y tiroidectomía subtotal del otro. A 5, les fue practicada una tiroidectomía total intracapsular y a 3, una hemitiroidectomía. A 12 pacientes se les reseca- ron ganglios patológicos, a 1, se le hizo un vaciamiento cervical y en 4, se reseca- ron los músculos y/o nervios invadidos. En el post- operatorio inmediato y alejado, todos toma- ron y toman hormona tiroidea (o sucedá- neos), en forma permanente y diaria. La so- brevida es de 9 meses a 19 años; 12 tienen más de 10 años sin enfermedad aparente; en 4, los datos recientes son inseguros; nin- guno de esta serie de cánceres papilares, mu- rió por el cáncer.

— Hubo 6 pacientes con cáncer folicular, entre 19 y 61 años de edad. 4 fueron operados con tiroidectomía total de un lado y subtotal del otro, 1 con tiroidectomía total y 1, con hemitiroidectomía. A 3, se les reseca- ron ganglios patológicos; a 2, el nervio recurrente y a 1, parte de la pared esofágica. Todos tomaron y toman hormona en dosis adecuadas. La sobrevida libre de enfermedad es de 8 meses a 17 años, 3 con más de 10 años.

— Hubo 6 enfermos con cáncer indiferen- ciado; todos hombres de más de 50 años de edad. 1 fue operado con la tiroidec- tomía total de un lado y subtotal del otro; 2, con tiroidectomía total; 1, con resección del tumor y canalización de la tráquea y a 2, se les practicó una biopsia (uno de ellos fue tratado con radioterapia externa). Reem- plazo hormonal tuvieron dos (el operado con

tiroidectomía total y el irradiado) y ambos tienen más de 10 años de sobrevida libre de tumor. El resto ha muerto por el cáncer (invasión de la tráquea).

— Hubo 2 cánceres medulares, mujeres mayores de 50 años. Una fue operada con tiroidectomía total de un lado y subtotal del otro y la restante (84 años) con biopsia y radioterapia externa por tumor avanzado. Ambas han tomado y toman hormona y sobreviven 8 y 1 1/2 años respectivamente; la primera libre de tumor.

A 7 pacientes de toda la serie, se les administró yodo radiactivo en el postoperatorio inmediato para completar tiroidectomía y a uno, radioterapia externa, con el mismo fin.

COMENTARIO

La clasificación patológica recomendada por la Organización Mundial de la Salud, para el cáncer de tiroides, incluye:

- Carcinoma papilar
- Carcinoma folicular
- Carcinoma epidermoide
- Carcinoma indiferenciado o anaplásico
 - a) células grandes o fusadas
 - b) células pequeñas
 - c) células gigantes
- Carcinoma medular

El carcinoma a células de Hürthle se agrega esta descripción. El rasgo fundamental histológico para la clasificación de papilar y folicular, es la presencia de núcleos ópticamente vacíos.

Esta serie presenta características simi-

lares a otras. Son más comunes los carcinomas diferenciados aunque es notable el mayor número de papilares. El sexo femenino es predominante y la mitad de los pacientes es menor de 40 años de edad. Los indiferenciados son todos hombres y mayores de 50 años.

La conducta terapéutica quirúrgica es hacer la tiroidectomía total del lado enfermo (presencia de nódulo o nódulos dominantes) y la tiroidectomía subtotal del lado sano. La tiroidectomía total se utiliza cuando hay enfermedad macroscópica en ambos lóbulos, pero por lo menos en un lado, la resección es intracapsular. Paratiroides y recurrente de un lado, se resecan cuando están macroscópicamente involucrados. Se extirpan los músculos adheridos al tumor así como también órganos como el esófago. En los cánceres extratiroideos, se extirpan los ganglios macroscópicamente invadidos y todas las metástasis reseca- bles. El vaciamiento radical se utiliza sólo en metástasis extensas de cuello.

Posiblemente el complemento más importante en la terapia del cáncer tiroideo, es el reemplazo hormonal a niveles altos y permanente, en todos los pacientes. Cuando esta medida terapéutica no se emplea o el paciente la abandona, el carcinoma recidiva cualquiera sea la histología y especialmente si el tumor primitivo era angioinvasor, tomaba ganglios o invadía tejidos peritiroideos. El reemplazo vale para todos los tipos histológicos.

La conducta terapéutica puede resumirse en el esquema siguiente:

CANCER DE TIROIDES		
INTRATIROIDEO	Tiroidectomía total (l.enfermo) + Tiroidectomía subtotal (l.sano)	H. tiroidea
	(Tiroidectomía total intracaps.) (I ¹³¹ radioterapia)?	
EXTRATIROIDEO	Tiroidectomía t. (1 enf.) + Tiroidectomía subt. (sano) Tiroidectomía total + Resección de metást. (I ¹³¹ radioterapia)?	H. Tiroidea
INDIFERENCIADO	Biopsia ó Tiroidectomía + Radioterapia	H. Tiroidea

La potencialidad curativa es máxima en los intratiroideos, cualquiera sea la histología y siempre que el reemplazo hormonal sea permanente y adecuado; el carcinoma extratiroideo tiene menos probabilidad de curación. Es localmente incurable cuando invade tráquea, carótidas y dermis y por supuesto, en las metástasis alejadas no resecables, cualquiera sea la variedad histológica.

CONCLUSION

El carcinoma de tiroides es una lesión maligna poco frecuente, con dos tipos histológicos principales, diferenciado o indiferenciado, que no inciden fundamentalmente en el pronóstico cuando el tumor es intratiroideo y se aplica con precocidad, la cirugía adecuada. Mantener el eutiroidismo con reemplazo apropiado y permanente, después de la tiroidectomía, es importante para la sobrevida libre de lesión.

SUMMARY

A therapeutic protocol for the treatment of thyroid carcinoma is presented. This protocol emphasizes the importance of operating the tumor when it is still within the thyroid gland and of giving an adequate and permanent postoperative hormone treatment.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - C. SANCHEZ. *Comunicación personal.*
- 2 - *Protocolo Experiencia Médica Vol. V - Nro. 2, 1987*

Mediastinitis Necrotizante Descendente

Dra. Susana Pérez *
Dr. José M. Silberberg *
Dr. Victor H. Defago **
Dr. Miguel A. Centeno *
Dr. Edgardo Banille *
Dr. Roberto Bergallo *
Dra. Maria E. Gordillo *
Dr. José M. Torres *

* Servicio de Terapia Intensiva -
Hospital de Niños - Córdoba
** Servicio de Cirugía del Hospital de
Niños y Cirugía Pediátrica del
Hospital Privado de Córdoba

RESUMEN:

Se presenta un niño de 3 años que a consecuencia de una herida punzante en la pared posterior de la faringe, desarrolló un absceso retrofaríngeo, el cual por vía descendente invadió mediastino y ambas cavidades pleurales. A pesar de la antibioticoterapia agresiva, drenaje torácico bilateral, y drenaje del espacio retrovisceral, el paciente falleció.

La Mediastinitis Necrotizante Descendente (MND) ocurre como complicación de un proceso infeccioso localizado en orofaringe, y en esta presentación se discuten problemas etiológicos, fisiopatológicos y terapéuticos.

INTRODUCCION:

La MND es la forma más letal de mediastinitis, que ocurre como complicación de un proceso infeccioso localizado en la región orofaríngea (1).

En la niñez, la causa más frecuente corresponde a accidentes que producen perforación de la pared faríngea, a lo cual se sumará la infección (2, 8).

Presentamos un niño que a consecuencia de una herida punzante en la pared posterior de la faringe, desarrolló un absceso retrofaríngeo a partir del cual se desencadenó la mediastinitis.

CASO CLINICO:

Un niño de 3 años sufrió una herida punzante con una aguja de tejer en la amígdala izquierda y pared posterior de faringe. Dos días más tarde consultó por edema de cara y cuello, odinofagia, mal estado general, dificultad respiratoria leve e hipertermia. Fue internado, indicándosele gentamicina, cloranfenicol, corticoides y toxoide tetánico. El paciente mejoró y al día siguiente fue dado de alta. Luego de 24 horas reaparecieron los síntomas y se decidió la derivación al Hospital.

Ingresó obnubilado, pálido-cianótico, con mala perfusión periférica, trismus, edema de cuello, taquicárdico, con hepatomegalia y dificultad respiratoria severa. La radiografía de tórax mostró hidroneumotorax bilateral, efectuándose toracotomías de drenaje, donde se obtuvo aire y 500 cc de líquido purulento.

El examen bacteriológico directo demostró diplococos Gram +, y el cultivo desarrolló flora mixta. El recuento leucocitario fue de $14.200/\text{mm}^3$ con marcada desviación a la izquierda.

Se inició tratamiento con hidratación parenteral, penicilina G, cloranfenicol y cimetidina.

Luego de tres días el niño permaneció estable, con dificultad respiratoria moderada, hepatomegalia, odinofagia y, abundante drenaje torácico purulento. Se realizó esofagogastroduodenoscopia que demostró

esofagitis severa, gastritis hemorrágica y, úlcera duodenal sangrante. El niño desmejoró y, aumentó su dificultad respiratoria. En una radiografía cervical lateral se comprobó aumento del espacio retrovisceral, diagnosticándose absceso retrofaríngeo, el cual fue punzado obteniéndose escaso material purulento y cuyo cultivo resultó negativo. Ante el agravamiento señalado, se rotaron los antibióticos a clindamicina, cefotaxima y rifampicina.

Al sexto día, la radiografía cervical demostró aumento del espacio retrovisceral (Fig. Nro. 1) y en la imagen torácica había enfisema y ensanchamiento mediastinal leve (Fig. Nro. 2). Se realizó el abordaje cervical del absceso retrofaríngeo y se observó la continuidad del mediastino posterior hacia abajo, y con la herida faríngea hacia arriba. Apareció una sialorrea importante con obtención de saliva por los drenajes pleurales. El estudio contrastado mostró una fístula entre la pared posterior de la faringe y el espacio retropleural. Se realizó entonces el cierre quirúrgico de la pared faríngea por vía oral, y por vía cervical se colocó un tubo de Kehr en el espacio retrovisceral.

El estado general se fue deteriorando y a los 18 días presentó una hemorragia digestiva muy severa. La radiografía de tórax mostraba infiltrados algodonosos bilaterales (Fig. Nro. 3). Bacteriología informaba desarrollo de *Cándida albicans* en el drenaje pleural. Se comenzó el tratamiento con Anfotericina B ante el diagnóstico probable de candidiasis pulmonar.

El niño entró en insuficiencia respiratoria, se indicó AVM sin lograr mejoría y falleció a los 20 días del ingreso. En los cultivos de las secreciones pulmonares extraídas en el momento de la intubación, urocultivo y, material de pulmón postmortem, desarrollaron *Cándida Sp.* El hemocultivo resultó negativo.

COMENTARIO:

La MND es considerada como una entidad especial, debido a que su fisiopatogenia, diagnóstico, tratamiento y pronóstico no son comparables a otras formas de mediastinitis (1, 10).



FIGURA 1. Radiografía cervical lateral que muestra el espacio retrovisceral rechazando la pared posterior de faringe hacia adelante.

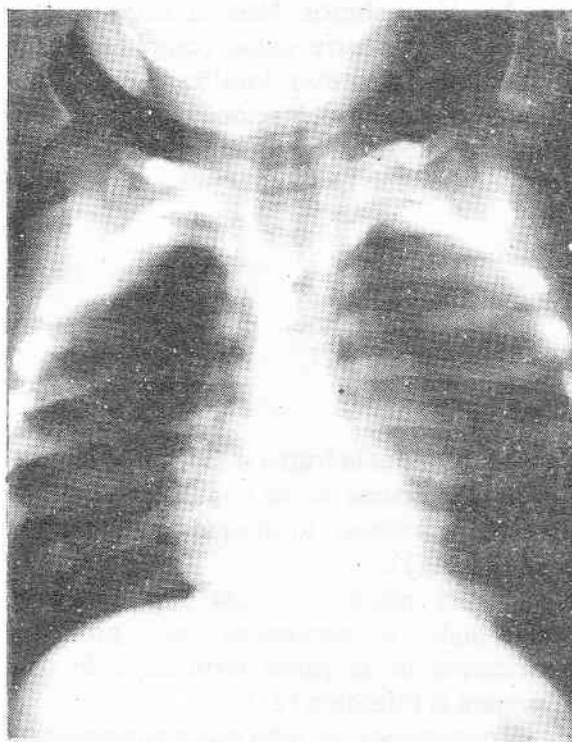


FIGURA 2. Esta radiografía de tórax demuestra el ensanchamiento mediastinal y una imagen de doble columna aérea que corresponde a la tráquea y al espacio retrovisceral.

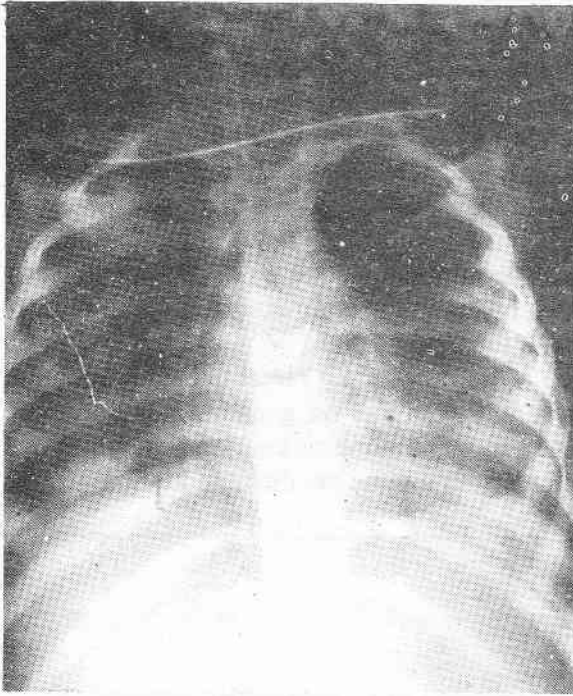


FIGURA 3. Compromiso de ambos parénquimas pulmonares a los 18 días del accidente.

FISIOPATOGENIA:

La MND tiene su origen en procesos infecciosos odontogénicos, especialmente a nivel del segundo y tercer molar, infecciones tonsilares que invaden el espacio retrofaríngeo o bien, por perforaciones de la faringe con infección secundaria (causa más frecuente en niños) que origina un absceso retrofaríngeo que se propaga al mediastino posterior a través del espacio retrovisceral (1, 4, 9).

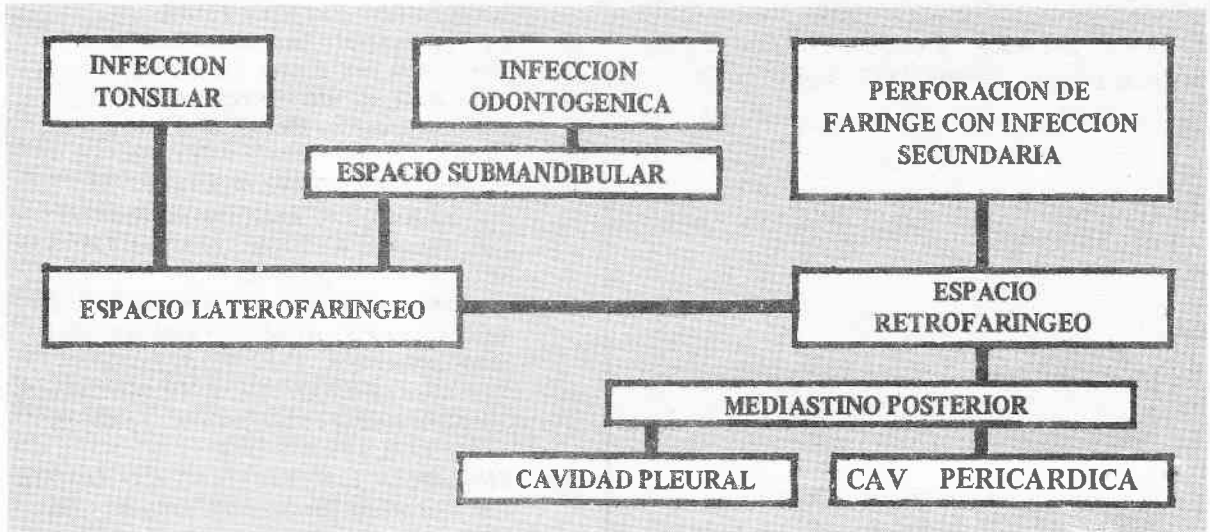
El espacio retrovisceral limita hacia adelante con el esófago, hacia atrás con la fascia prevertebral, hacia arriba con la base del cráneo y hacia abajo con el mediastino (7).

BACTERIOLOGIA:

Es un proceso infeccioso polimicrobiano compuesto por bacterias aerobias y anaerobias integrantes de la flora indígena normal de la boca (3). La naturaleza fulminante del proceso necrotizante está relacionado con la simbiosis existente entre una o más especies de aerobios y anaerobios absolutos o facultativos. Estos últimos alteran el potencial redox del área involucrada, lo cual facilita el desarrollo de los gérmenes anaerobios (1). Se produce entonces una cavidad cerrada a lo largo de los planos faciales del cuello y tórax que, sumada a los efectos de la gravedad y los cambios recurrentes en la presión negativa intratorácica que ocurren durante la respiración, favorecen el crecimiento bacteriano especialmente de los anaerobios (3).

CRITERIOS DIAGNOSTICOS (1):

- 1 - **Manifestación clínica de infección severa:** Edema de induración del cuello y región superior de tórax, odinofagia, sialorrea, síndrome febril, dificultad respiratoria. Presencia de líquido en pleuras y/o espacio pericárdico (4, 6, 9).
- 2 - **Radiología:** Ensanchamiento del espacio retrovisceral, desplazamiento anterior de la columna aérea traqueal, enfisema mediastinal, y pérdida de la lordosis cervical normal.



- 3 - Documentación de la infección mediastinal necrotizante en el examen intraoperatorio, post-mortem o ambos.
- 4 - Relación entre infección orofaríngea y el proceso mediastinal necrotizante (2, 7). Actualmente la tomografía axial computada es considerada como el método más seguro para localizar el nivel de compromiso mediastinal (1).

TRATAMIENTO:

El tratamiento debe ser precoz y agresivo, combinando la terapia médica y quirúrgica (6). La antibioticoterapia debe instaurarse inmediatamente luego de la extracción de material para examen bacteriológico, cubriendo gérmenes habituales de orofaríngea (8). Cuando el diagnóstico es temprano, el drenaje cérico-mediastinal más la antibioticoterapia específica son muy efectivos (1, 10). Howell y col. (7) observaron que cuando el nivel de la infección mediastinal se extendía más allá de la cuarta vértebra dorsal o sobrepasaba la bifurcación traqueal, el drenaje cérico-mediastinal podría ser insuficiente y sería necesario el abordaje transtorácico.

PRONOSTICO:

La incidencia de MND ha disminuido con la intruducción de los antibióticos, pero persiste la letalidad elevada de la misma (1, 8).

En una revisión efectuada por Estrera A.S. MD, entre 1960 y 1980 sobre 21 casos hallados en la literatura, la mortalidad de la MND fue del 42,80/o con morbilidad importante de los sobrevivientes (1, 4, 9).

SUMMARY

The case of a 3 year old male patient that developed a retropharyngeal abscess following a puncture of the posterior pharyngeal wall is presented. Through a descending route the infection invaded mediastinum and both pleural cavities; although "aggressive" antibiotic therapy was used and mediastinal and bilateral thoracic drainages were performed, the patient died.

The Descending Necrotizing Mediastinitis is a complication of a pharyngeal infection. Etiology, pathophysiology and treatment of this serious disease are discussed.

BIBLIOGRAFIA

1. ESTRERA, A.S.; MD., F.A.C.S.; LANDAY, M.J., MD, GRISHMAN, J.M., MD; SINN, D.P., DDS, and PLATT, M.R. MD. F.A.C.S. *Descending Necrotizing Mediastinitis. Surg. Gynecol. & Obstetr.*, 1983, 1957. 545-552
2. MONCADA, R., MD; WARPEHA, R., MD; PICKLEMAN, J., MD; SPAK, M., MD; CARDOSO, M., MD; BERKOW, A., MD; WHITE, H., MD. *Mediastinitis from odontogenic and deep cervical infection. Chest*, 1978, 73:497 - 500
3. BROOK, I., MD; MSc. *Microbiology of retropharyngeal abscesses in Children. AJDC*. 1987, 141:202 - 204
4. JANECKA, I.P. and RANKOW, R.M. *Fatal Mediastinitis following retropharyngeal abscess. Arch. Otolaryngol.*, 1971, 93: 630 - 633
5. MORRISON, J.E.; Jr. MD, FAAP; PASHLEY, N.R.T., MBBS; FRCS (C), FAAP. *Retropharyngeal abscesses in Children. A 10 year review. Ped. Emerg. Care*. 1988, 4:9 - 11
6. FELDMAN, R., MD, GROMISH, D.S., MD. *Acute Suppurative Mediastinitis AJDC*, 1971: 79 - 81
7. HOWELL, H.S.; PRINZ, R.A.; and PICKLEMAN, J.R. *Anaerobic mediastinitis. Surg. Gynecol. & Obstetr.*, 1976, 43:353 - 359
8. BECK, A.L. *The influence of the chemotherapeutic and antibiotic drugs on the incidence and course of deep neck infections. Ann. Otolaryngol.*, 1952, 61: 515 - 532
9. NORTH, J.; EMMANUEL, B.MD. *Mediastinitis in a Child caused by perforation of pharynx. AJDC*. 1975, 129:962 - 964
10. ENGLEMAN, R.M.; WILLIAMS, C.D.; GOUGE, T.H. and others. *Mediastinitis following open heart surgery. Arch. Surg.*, 1973, 107: 772 - 778

Rabdomioma del piso de boca

Dr. Luis O. Guzmán *
Dr. Danté A. Bruno **

* Médico de Planta del Servicio de
Cirugía de Cabeza y Cuello del
Hospital Córdoba.
Médico del Servicio de
Otorrinolaringología - Hospital
Privado

** Médico Concurrente del Servicio
de Cirugía de Cabeza y Cuello del
Hospital Córdoba

INTRODUCCION

Se denomina rabdomioma al tumor benigno originado a partir del músculo esquelético, es una neoplasia de presentación muy infrecuente, ya que hay descriptos sólo 69 casos en toda la literatura, siendo la revisión de di Sant Agnese y Knowels (3) la más importante en 1980 con 66 casos (29 de tipo adulto y 37 de tipo fetal).

En el presente trabajo se efectúa una actualización sobre el tema y se presenta un caso que fue tratado quirúrgicamente por los autores.

PRESENTACION DE UN CASO

Paciente de sexo masculino, de 73 años de edad, que consulta por una prominencia notoria en piso de boca, de 2 años de evolución como único síntoma. Al examen de la cavidad oral, presentaba un desplazamiento de la glándula sublingual izquierda con mucosa conservada, en continuidad a ésta, sobre la línea media se palpa en forma bimanual desde piso y región suprahioidea un tumor de consistencia renitente, superficie lisa, no doloroso, no adherido a planos adyacentes, de aproximadamente



Foto 1: Ubicación del tumor en su sitio de origen (piso de boca). Se observa el nervio lingual en el lecho quirúrgico.

3 a 4 cm de diámetro. El cuello no presentaba adenopatías. Previo a la consulta se le había realizado una sialografía de glándula submaxilar izquierda, la cual mostraba imágenes de glándula normal. Examen preoperatorio de rutina normal. No se solicitaron otros estudios complementarios, siendo los diagnósticos diferenciales: 1) Quiste dermoide; 2) Ránula; 3) Tumor de Glándula Salival.

Con dichos diagnósticos se indicó el tratamiento quirúrgico, el cual se llevó a cabo por vía combinada; comenzando el abordaje por vía piso de boca, se identificó: conducto de Wharton, nervio lingual y un tumor de color pardo, lobulado, el cual se fue disecando de las estructuras superiores, profundizándose a través del músculo milohioideo, requiriendo en este momento el abordaje por vía submaxilar izquierda externa, por donde se llegó a completar la exéresis total del tumor, que asentaba en los músculos suprahioideos.

La evolución postoperatoria fue favorable; su último examen de control a tres meses de su intervención mostró a la región submaxilar y piso de boca normal, no evidenciándose signos de presencia tumoral.

ANATOMIA PATOLOGICA

Transcribimos la misma tal cual fue descripta por el anatomopatólogo actuante.

Macro: material presentado por fragmentos de tejido, que en conjunto miden 5,2 x 3,3 cm de forma redondeada y lobuladas, de consistencia discretamente firme pero elástico; al corte es de color amarillo grisáceo a marrón rojizo y finamente granular.

Micro: secciones que muestran una neoplasia mesenquimática benigna, constituida por células redondeadas, poligonales, estrechamente unidas y separadas por delgados tabiques fibrosos y estrechos canales vasculares, su citoplasma es marcadamente acidófilo, granular, que ocasionalmente muestran "estrías transversales"; los núcleos en general se ubican periféricamente, con

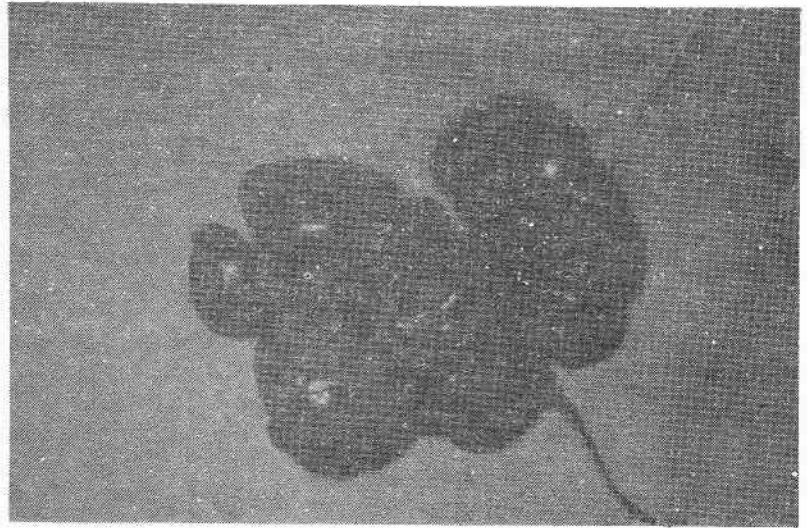


Foto 2: Imagen Macroscópica del Tumor

cromatina laxa y pequeños nucleolos, hay numerosas células vacuoladas (probablemente por remoción de glucógeno), no se reconocen figuras de mitosis.

DIAGNOSTICO: Rabdomioma de tipo adulto.

COMENTARIOS

Desde el punto de vista de su madurez histopatológica los rabdomiomas se clasifican en: a) Tipo Fetal; b) Tipo Adulto.

La variedad fetal se caracteriza por presentarse en niños menores de 3 años y adultos jóvenes, generalmente de sexo masculino y en localización retroauricular, casi siempre en el

tejido subcutáneo de dicha zona. Otra localización de la forma fetal se da en niñas de edad media, en región vaginal, clasificándolo otros autores como rabdomioma de tipo genital.

La denominación fetal se debe a la proliferación de mioblastos en distintos grados de madurez, que simula el tejido muscular fetal.

La variedad adulto puede ser: cardíaca o extracardíaca; se asocia con esclerosis tuberosa, trastornos en el metabolismo del glucógeno y malformaciones, existiendo consenso actual en considerarlo un verdadero hamartoma.

El rabdomioma de localización extracardíaca (adulto) se da en el 93o/o de los casos en el área de

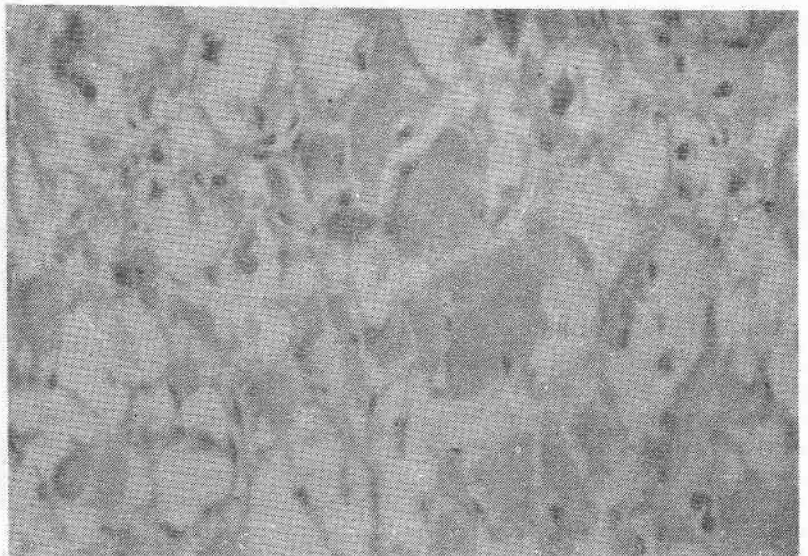


Foto 3: Imagen Microscópica

Cabeza y Cuello, con predominancia en hombres, en proporción de 4:1 con respecto a las mujeres. La edad de aparición varía entre 8 y 82 años, siendo la edad promedio de 52 años (7). Es de crecimiento lento, necesitando la transcurriencia de varios años hasta alcanzar el tumor, un tamaño importante en centímetros, demostrando así su presencia clínicamente. Su localización es variada, ubicándose en: laringe (1), faringe (6), piso de boca, lengua, paladar (2), órbita, región submandibular, mejilla y músculos del cuello.

Existen tres casos descriptos, que tuvieron recurrencia del tumor, siempre en adultos y aunque muy infrecuente, existen casos documentados de "rabdomioma adulto multifocal" (8).

Konrad y col. tuvieron un solo rabdomioma sobre 5.844 tumores de tejidos blandos diagnosticados en el intervalo 1960-1969 (9). Por nuestra parte, en una revisión del archivo de historias clínicas del Hospital Córdoba y de los Servicios de Cirugía de Cabeza y Cuello y Anatomía Patológica del mismo Hospital, en los últimos diez años (1979-1989) no se encontró ningún caso descrito de rabdomioma.

La descripción anatomopatológica concuerda con la clásica hallada en los diferentes textos (4); lo que no ofrece dificultades en su diagnóstico, a diferencia de lo que ocurría hace unos años, en donde se lo confundía con el mioblastomas de células granulosas (5).

Destacamos que después de haber revisado la bibliografía, ésta muestra muy pocas imágenes (prácticamente ninguna) del tumor en su sitio de origen, sí en cambio de su anatomía patológica y algunos estudios complementarios.

Asimismo y en forma paradójica, a pesar de no haber presumido el diagnóstico del caso presentado, pudimos lograr una oportuna muestra fotográfica intraoperatoria. Atribuyendo este logro a una permanente intención

de documentar nuestra propia casuística.

RESUMEN

Se presenta un caso de Rabdomioma adulto de piso de boca, tratado quirúrgicamente y documentado. Además mencionamos las características clínicas y su anatomía patológica, que en la actualidad lo hacen fácilmente diagnosticable.

Coincidimos con otros autores, por nuestra revisión de archivos y casuística realizada en el Hospital Córdoba sobre la inusual presentación de esta patología.

SUMMARY

A patient with a rhabdomyoma of the oral floor, is presented. It was successfully excised. Clinical and pathological considerations related to the diagnosis are made. According to the review of the Pathology Register of the Hospital Cordoba and of the literature, it is an unfrequent lesion.

BIBLIOGRAFIA

1. *Climie, A.R.W.; Moscovic E.A. and Kommel, R.M.: 'Rhabdomyoma of the larinx, Archives of otolaryngology - 1963, 409-414*
2. *Czernobilsky, B.; Cornog, S. and Enerline, H.: Rhabdomyoma. Report of case with Ultrastructural and Histochemical Studies - The American Journal of Clinical Pathology 49: 782-788, 1968*
3. *Di Sant Agnese, P.A., Knowls, D.M.: Extracardiac rhabdomyoma, A Clinicopathologic Study and Review of the Literature - Cancer 46: 790-795, 1980*
4. *Eigenbrodt, M.; Cunningham, F.: Fine Needle Aspiration Cytology of a Rhabdomyoma of the Pharynx. Acta Cytologica 30: 528-532, 1986*
5. *Enzinger Weiss: Tumores de tejidos blandos - Editorial Panamericana 1985, pág. 355*
6. *Fu and Perzin: Nonepithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses, and nasopharynx. A Clinico-Pathologic Study V. Skeletal Muscle tumors (Rhabdomyoma and rhabdomyosarcoma) Cancer 37: 364-375, 1976*
7. *Pai, G.; Pai, P. and Kamath, S.: Adult Rhabdomyoma of the Esophagus. Journal of Pediatric Surgery 22:991-992, 1987*
8. *Scirner, D.; Meyer, J.S.: Multifocal Recurrent Adult Rhabdomyoma Cancer 46: 790-795, 1980.*
9. *Thawley S.E., Panje, W.R. et al., Comprehensive Management of Head and Neck Tumors. Edit. W.B. Saunders Company. Ed. 1987, pág. 1281*