

ISSN 0326 - 7474



**experiencia
médica**

Volumen XV - Nro. 2

Abril-Junio 1997

**Publicación del Hospital Privado
Centro Médico de Córdoba S. A.**

*Naciones Unidas 346
Barrio Parque Vélez Sársfield
5016 Córdoba
Tel.: 688200 - Fax: 688272*

**Impresa en OFFSET NIS
La Rioja 2142-Tele/Fax:
806346/808885-5003 Córdoba**

**Registro Nacional de la
Propiedad Intelectual N° 12981**

*Se autoriza la reproducción,
Total o parcial, citando la fuente.*

Editor Responsable

Dr. Domingo Babini

Comité Editor

Dr. Eduardo Cuestas

Dr. Roberto Madoery

Dr. Ricardo Yofre

Consejo de Redacción

Dra. Teresita de Alvarellos

Dr. Tomás Caeiro

Dra. Norma Canals de Cohen

Dr. Héctor Eynard

Dr. Juan José García

Dr. Joaquín Kohn

Dr. Pablo Massari

Dr. Gustavo Muiño

NUMERO HOMENAJE AL DR. SEVERO R. AMUCHASTEGUI

INDICE

Dr. Severo R. Amuchástegui: IN MEMORIAM	43
EDITORIAL: Dr. Alberto Achával	44/45
PUBLICACIONES	
Manifestaciones cutáneas no diagnosticadas en pacientes internados en un servicio de clínica médica. <i>Dr. José L. Méndez, Dr. Alejandro Avakian, Dr. Jenny Aguayo, Dra. Cristina Ducasse de Miranda y Dr. Alejandro Ruiz Lascano.</i>	46/49
Valor predictivo de la ecografía abdominal en niños con sospecha clínica de apendicitis aguda. <i>Dra. Ana Combes Osacar, Dr. Guillermo Massa, Dr. Eduardo Cuestas y Dr. Diógeno Ruiz Lascano.</i>	50/52
Tuberculosis: De las secuelas a la ventilación no invasiva. <i>Dra. Ana María López, Lic. Horacio Abbona, Dra. Adriana Robles y Dr. Juan Pablo Casas.</i>	53/58
Enfermedad de Moyamoya. Descripción de un caso. <i>Dr. Martín A. Maraschio, Dra. Marcela Repezza, Dr. Adrián Muñoz, Dr. Alejandro Avakian, Dr. Alberto Achával y Dr. Hugo Coca.</i>	59/61
Humanismo y medicina. <i>Enfoque de un Médico: Dr. Roberto J. Madoery; de un sacerdote: Rdo. Padre Osvaldo Pol (S.J.); de un literato: Dr. Oscar Caeiro, y de un paciente: Sra. Berta Glatstein de Klimovsky.</i>	62/69
Reunión anátomo clínica. Moderador: <i>Dr. Enrique Caeiro.</i> Discute: <i>Dr. Miguel Angel Paganini</i> Encargada de la revista: <i>Dra. Norma Canals</i>	70/73
INFORMACION:	
Actos científicos programados en adhesión al año aniversario.	74/76
Actividad docente del Hospital Privado	77/78
Próximos eventos científicos	79
Reglamento de publicaciones	80

CONTENT

Dr. Severo R. Amuchástegui: IN MEMORIAM	43
EDITORIAL: Dr. Alberto Achával	44/45

PUBLICATIONS

Unrecognized cutaneous lesions in hospitalized patients for the internal medicine department.

Dr. José L. Méndez, Dr. Alejandro Avakian, Dr. Jenny Aguayo, Dra. Cristina Ducasse de Miranda y Dr. Alejandro Ruiz Lascano.

..... 46/49

Diagnostic accuracy of abdominal ultrasound for acute appendicitis in the pediatric population.

Dra. Ana Combes Osacar, Dr. Guillermo Massa, Dr. Eduardo Cuestas y Dr. Diógenes Ruiz Lascano.

..... 50/52

Tuberculosis: From sequels to a non invasive ventilation.

Dra. Ana María López, Lic. Horacio Abbona, Dra. Adriana Robles y Dr. Juan Pablo Casas.

..... 53/58

Moyamoya disease. Report of a case.

Dr. Martín A. Maraschio, Dra. Marcela Repezza, Dr. Adrián Muñoz, Dr. Alejandro Avakian, Dr. Alberto Achával y Dr. Hugo Coca.

..... 59/61

Humanism and medicine. Physiician's view: *Dr. Roberto Madoery*; priest's view: *Rdo. Osvaldo Pol (S.J.)*; literary's view: *Dr. Oscar Caeiro*, and a patient's view: *Madam Berta Glatstein de Klimowsky.*

..... 62/69

Anatomo-clinical meeting.

Moderator: *Dr. Enrique Caeiro.*

Discussion: *Dr. Miguel Angel Paganini*

In charge of the magazine: *Dra. Norma Canals*

..... 70/73

INFORMATION

Scientific meetings for the fourty year's celebration

..... 74/76

Teaching activities of the Hospital Privado	77/78
Coming scientific events	79
Preparation of manuscripts	80

De familia cordobesa con raigambres vascas, nació a principios de siglo. Ingresó en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba de Córdoba en el 23 y egresó en el 29, comenzando su actividad hospitalaria en el mismo Hospital San Roque que lo cobijó como practicante, ahora, como interno, y en el Servicio de Clínica Médica en el que accedió a su jefatura. Inició su carrera universitaria simultáneamente, trabajando en el Instituto de Fisiología con el Dr. O. Orías. Al promediar los años 40 la vida institucional del país hondamente convulsionada repercutió en todos los ámbitos, y él como otros, fueron separados de sus actividades por sus convicciones, para recién ser reincorporado en el 55. Por aquellos años fue Director del Hospital San Roque, Jefe del Servicio de Clínica Médica y Titular de la Cátedra de Semiología posiciones estas dos últimas obtenidas por concurso. En todos ellos produjo profundos cambios acorde con los muy destacados avances científicos, que ocurrían en esos momentos.

Aquél interregno entre su separación y posterior reincorporación, acicateó espíritus inquietos y de gran entrega a la sociedad y él, junto con otros preclaros fueron los gestores de la Institución asistencial de la que hoy Córdoba se enorgullece: en 1948 se suscribió el Acta de constitución en la que el Dr. Severo Amuchástegui fue su Presidente.



IN MEMORIAM
Dr. SEVERO R.
AMUCHASTEGUI
1905 - 1987

Por esos años, junto con los Dres. Agustín Caeiro y Calixto Nuñez, crearon el Instituto de Investigaciones Mercedes y Martín Ferreyra en el que el Dr. Severo Amuchástegui puso en marcha estudios hemodinámicos del corazón muy avanzados para esa época. Los mismos posibilitaron, al naciente Hospital, el importante desarrollo de esta metodología, básica para la cirugía cardíaca moderna y que posibilitó a la Institución ser pionera en la cirugía extracorpórea. Tuvo además, destacada actuación como Jefe de uno de los Servicios de Clínica Médica y del Departamento de Cardiología que creó.

La preocupación para la investigación en el interior

lo llevó a presidir la Comisión Regional del Centro del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (hoy Conicet), realizando una activa labor para la descentralización científica en nuestro país.

Toda esta prolífica vida en los terrenos asistencial, docente y de investigación se criaron a través de numerosas publicaciones en el país y en el extranjero, en la activísima participación en eventos científicos y en la no menos importante actividad societaria.

Hombre de metas firmes y definidas, con obsesión por construir y que advirtió las circunstancias de su época: su alma de Maestro y su espíritu de lucha debe permanecer como ejemplo de generaciones de hombres libres, con anhelo de aprender y enseñar, amantes del progreso para el bien de la sociedad.

El Hospital Privado cumplirá cuarenta años dentro de algunas semanas. Por razones más relacionadas con lo mágico que con lo lógico, los aniversarios que jalonan décadas suelen ser objeto de particular atención, e inducen a reflexionar sobre pasados, presentes y futuros. Pluralizo porque habrá tantos de ellos como mentes que reflexionen, siendo todos ellos válidos en mayor o menor medida. El pasado que evoco, el presente que analizo y el futuro que presiento en relación con nuestra Institución son diferentes de los demás, necesariamente incompletos y teñidos de subjetividad. Conciente de sus limitaciones, los someto a la benevolencia del lector.

Tales evocaciones y análisis no pasarían de ser un ejercicio más o menos fítil si no nos ayudaran a entender el presente, y sobre todo, a modelar el futuro. Se ha dicho que la "Historia se escribe para corregir el porvenir". Cabe añadir que fracasará en tal intento toda historia que no sea agudamente crítica, y sobre todo, honesta.

Allá por 1946, un grupo de profesionales, que incluía muchos de los mejores de su época, debió abandonar la Universidad a la que dedicaban sus mejores esfuerzos por razones de conciencia. Frustrados en sus aspiraciones de aprender, enseñar e investigar en el seno de su alma mater, decidieron crear una Institución - única en su momento - que les permitiera hacerlo en un ámbito protector, aislado de las tormentas políticas que desgarraban el país. El Acta Fundacional se firmó en 1948, y el Hospital abrió sus puertas en 1957.

La Institución debió adoptar la figura jurídica de sociedad anónima, única posible considerando las circunstancias que signaron su concepción. Ello fue la causa de innumerables dificultades - que persisten hasta hoy - ya que el poder de decisión quedó atomizado entre numerosos accionistas quienes, aún coincidiendo en los preceptos fundacionales, podían diferir marcadamente en su implementación.

La primera gran dificultad emanada de dicha figura jurídica, residió en la financiación de la investigación y de la docencia. Se intentó superarla por medio de la Fundación para el Progreso de la Medicina, autorizada a funcionar en 1962. Fue creada por el Hospital para posibilitar la investigación y la docencia en el seno de la Institución. Tal concepción, de avanzada en su momento, fue imperfectamente instrumentada, y lamentablemente el Hospital y su Fundación siguieron caminos separados, no siempre paralelos.

La Fundación financió proyectos de investigación, pero no en la medida de lo requerido. Faltaron tanto una agresiva búsqueda de fuentes de financiamiento, como la

identificación de profesionales potencialmente productivos, seguida de su apoyo económico sistemático.

La docencia tuvo mejor suerte. Se decidió implementar inicialmente un programa de entrenamiento de graduados bajo la forma de residencias médicas, que se concretó en 1966. El Hospital fue el primero del país que contó con residencias en las cuatro especialidades básicas, reconocidas por el Consejo Nacional de Residencias Médicas en 1969. Con el paso del tiempo se multiplicaron las residencias y se introdujeron otras modalidades educativas para graduados. Estudian hoy en el Hospital 42 residentes repartidos en diez especialidades, con planes cuya duración oscila entre 4 y 5 años. Se desempeñan también en el Hospital 10 becarios y 10 concurrentes, algunos en las especialidades que albergan residentes, y otros en nueve adicionales.

En 1990 se concretó otra aspiración fundacional, la educación de pregrado. Ello fue posible gracias a la afiliación del Hospital con la Universidad Católica de Córdoba, diez de cuyos alumnos cursan con nosotros todas las materias de los dos últimos años de la carrera.

No resultará fácil para muchos imaginar la financiación de la práctica médica en 1957, dividida entre pacientes que pagaban al contado por su atención, y los "de caridad" relegados a los hospitales públicos. La emergencia del proletariado industrial y la consolidación de la clase media, obligó a considerar otras alternativas. Fue así como -con el asesoramiento de la Kaiser Foundation- se implementó en 1962 el Plan de la Salud para la Comunidad, primer sistema de atención médica prepaga del país. Se añadieron luego otras modalidades de cobertura, atendándose ahora en el Hospital 41.000 afiliados.

Considerando las calificaciones de los Fundadores, fue natural que la práctica de las Ciencias Médicas se llevara a cabo inicialmente de manera excelente. El Hospital fue durante años un centro de referencia incomparable e indiscutido en nuestro medio. Ello dejó de ser así por el surgimiento de otras instituciones, que lo relegaron a segundo término en más de una manera y en más de una especialidad. Se puede identificar varias causas potencialmente responsables, entre las que cabe mencionar : 1) La carencia de una conducción unificada, coherente, que permitiera responder eficazmente a los cambios - ocasionalmente cataclísmicos - que sacudieron nuestra sociedad. 2) La escasa experiencia empresarial de quienes dirigieron la Institución durante dilatados períodos. 3) La falta de criterios estables acerca del crecimiento y del desarrollo futuro del Hospital, y en especial, acerca de la incorporación de recursos humanos, que durante lustros quedó librada a decisiones individuales, no siempre iluminadas por crite-

rios de excelencia.

A pesar de todo ello, gracias a las cualidades de su cuerpo profesional y a una persistente ayuda divina, el Hospital pudo capear temporales que ocasionalmente amenazaron su supervivencia y desarrollar una práctica de las Ciencias Médicas comparable a las mejores del país. Tediosa sería la enumeración de todos los datos que avalan esta aseveración, pero me veo obligado por ella a mencionar algunos.

La calidad de los servicios prestados por una institución puede intuirse a partir de los más complejos, como son hoy los trasplantes de órganos. Ellos requieren, no solo una profunda capacitación de los profesionales responsables de los mismos, sino también una coherente trama de apoyo que involucra a la casi totalidad de las especialidades y de los servicios auxiliares, que deben actualizarse para responder eficazmente a las demandas de procedimientos tan complicados. Permítaseme decir al respecto que :

En el Hospital se realizaron los primeros trasplantes de hígado, pulmón, corazón y médula ósea que tuvieron lugar en nuestro medio.

El Hospital fue durante varios años, la única Institución del país autorizada por el organismo competente del Gobierno Nacional para llevar a cabo cuatro diferentes tipos de trasplantes.

Se han efectuado hasta ahora los siguientes :

Setenta y cinco de médula ósea, 28 alogénicos y 47 autólogos, con una supervivencia global de 71,5 % para los primeros y de 74,5 % para los segundos.

Veintitrés cardíacos, con una supervivencia a 7 años del 73%.

Cuatrocientos sesenta y seis de riñón, 70% de ellos de donantes cadavéricos. La supervivencia del injerto a los 5 años fue 78 % para éstos, 85 % para riñones de donantes vivos semi idénticos, y 97 % para los donantes idénticos.

Cinco trasplantes hepáticos en 4 pacientes con resultados insatisfactorios por lo que el programa fue cancelado.

Uno de pulmón, estando el receptor en buena salud trece meses después.

En el futuro próximo se implementará el programa de trasplantes de páncreas y se considera la reiniciación de los de hígado en el futuro mediano.

Estos y otros logros quizá menos espectaculares, pero igualmente importantes para el futuro de la Institución, fueron conseguidos en buena medida gracias a un gran número de jóvenes profesionales, motivados y entusiastas, muchos de ellos entrenados en centros de excelencia, y que constituyen la sangre nueva que nutrirá el Hospital del

próximo milenio.

¿ Qué nos deparará el futuro ? Sin duda estará severamente condicionado por el comportamiento de la sociedad a la que servimos, y por factores económicos incontrastables y con frecuencia imprevisibles.

Pero es mucho lo que podemos hacer por nosotros mismos, empezando por no repetir los errores del pasado, para lo cual el requisito fundamental es no ignorarlos. En un ambiente tan competitivo como el que nos rodea, es imprescindible desarrollar intensivamente nuestras ventajas comparativas, y en particular la inteligencia, la formación y el entusiasmo de nuestros colegas más jóvenes, muchos de los cuales ven frustrada su gran potencialidad de progreso por falta de apoyo institucional.

No son éstas épocas que toleren complacencias ni timideces. Se requiere imaginación para "soñar sueños imposibles" y audacia para transformarlos en realidades. Solamente así podremos emular a nuestros mayores que cercenaron los lazos que los unían a lo que más querían, su Universidad, por no aceptar imposiciones incompatibles con sus principios. Soñaron este Hospital que crearon sorteando obstáculos aparentemente invencibles, y que es el legado que debemos honrar perfeccionándolo. Solamente así podremos llegar fortalecidos al 50º aniversario, para concretar entonces la Segunda Fundación, colocando la piedra fundamental de la Escuela de Medicina. Ello constituirá la coronación de lo soñado por aquellos lejanos días de 1946.

Dr. Alberto Achával

**En este año 1997,
celebramos el
40 Aniversario del
Hospital Privado
y los 15 años de la Revista
"Experiencia Médica".**

MANIFESTACIONES CUTANEAS NO DIAGNOSTICADAS EN PACIENTES INTERNADOS EN UN SERVICIO DE CLINICA MEDICA

RESUMEN

Con el propósito de determinar la prevalencia de lesiones cutáneas no diagnosticadas en pacientes internados en el servicio de clínica médica y evaluar los diagnósticos correctos realizados por los residentes de medicina interna, se estudiaron en forma prospectiva, 85 pacientes que fueron examinados por un residente y un dermatólogo especialista en forma ciega.

El especialista encontró lesiones significativas (que modifican la conducta terapéutica del paciente) en 55 casos (64.4 %).

Los residentes encontraron 34 pacientes (40 %) con lesiones significativas.

El beneficio de un examen dermatológico completo en pacientes internados por patología general, es bien claro y ha sido demostrado. Un 64,7 % de los pacientes analizados presentaron lesiones significativas y previamente no conocidas.

Los procesos infecciosos fueron las lesiones más frecuentes, seguidos por los procesos pre y neoplásicos. La diferencia entre el diagnóstico del especialista y los residentes fue solo marginalmente significativa para los procesos infecciosos y no significativa para las lesiones inflamatorias, preneoplásicas y neoplásicas.

Palabras clave: Dermatología en medicina general.
Lesiones cutáneas.

HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CORDOBA

MENDEZ, José L. (*); AVAKIAN, Alejandro (*); AGUAYO, Jenny (**); DUCASSE DE MIRANDA, Cristina (***); RUIZ LASCANO, Alejandro (****)

UNRECOGNIZED CUTANEOUS LESIONS IN HOSPITALIZED PATIENTS FOR THE INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT

ABSTRACT:

The benefit of a complete skin examination in different practice settings has been well established. The ability of different physicians to diagnose skin problems is variable. Our purpose was to determine the prevalence of cutaneous lesions in hospitalized medical patients, and to assess resident performance to diagnose skin problems in newly admitted patients. We prospectively included 85 patients (46 women and 39 men) from July to September 1995. All patients were examined separately by an internal medicine resident and a dermatologist. The results were analyzed with Fischer's exact test.

New unknown cutaneous lesions were found by the dermatologist in 55 patients (64.7%). All were unrelated to the admitting reason but required a special treatment. New lesions were recognized in 34 patients by the residents. Inflammatory and neoplastic lesions were particularly well recognized by residents.

Key Words: Dermatology in general practice
Skin disorders.

INTRODUCCION

Las lesiones cutáneas son hallazgos frecuentes en el examen físico y pueden ser el reflejo de una enfermedad sistémica subyacente o manifestación de una enfermedad cutánea primaria.^{1,2} La habilidad para reconocerlas e interpretarlas puede ser muy diferente entre residentes, médicos internistas y dermatólogos.³⁻⁶

Parece razonable que los especialistas diagnostiquen y traten mejor las lesiones cutáneas, pero también es

(*) Residente de Medicina Interna

(**) Médica visitante

(***) Médico staff servicio de Dermatología

(****) Médico staff servicio de Dermatología

conocido que una buena parte de estas son descubiertas por un médico general o internista en un examen físico de rutina.⁷

La incidencia de lesiones cutáneas en pacientes ambulatorios ha sido evaluada.⁸

Lookingbill⁹ en 1988 examinó 1106 pacientes dermatológicos y encontró hallazgos significativos, incidentales, es decir que no eran el motivo de consulta en un 15 % de los casos. Johnson entre 1971-1974 dirigió un estudio que incluía a 20.000 pacientes entre 1 y 74 años, encontró que un tercio tenía uno o más hallazgos cutáneos significativos.¹⁰

Sin embargo la incidencia de lesiones en pacientes internados por motivos no dermatológicos, en un servicio de clínica médica, hasta ahora no había sido considerada.

Esto motivó la realización de este estudio, con el objetivo de conocer la prevalencia de manifestaciones cutáneas en nuestros pacientes luego de un examen físico concienzudo y, por otra parte, evaluar el desempeño diagnóstico del médico residente frente a estas lesiones.

MATERIAL Y METODO

Se incluyeron en el presente estudio, todos los pacientes, internados en el servicio de clínica médica del Hospital Privado de Córdoba, en el período comprendido entre los meses de Julio a Setiembre de 1995. Todos los pacientes fueron internados por enfermedades o procesos no dermatológicos. Dentro de las 48 horas del ingreso fueron examinados en forma consecutiva y separada por dos grupos: residentes de clínica médica y especialistas en dermatología.

El **grupo de residentes** estaba constituido por tres integrantes: dos residentes de medicina interna de primer año con variable grado de entrenamiento en el examen dermatológico y un residente de medicina interna del último año.

El **grupo de dermatólogos** estuvo compuesto por dos de nuestros especialistas que examinaron los pacientes en forma individual y en días alternos.

Luego del examen, cada grupo completó en for-

ma aislada una ficha con datos generales del paciente, motivo de ingreso, antecedentes patológicos cutáneos y generales, medicación recibida en los últimos seis meses y finalmente un listado de todos los hallazgos cutáneos. Se obtuvo consentimiento informado en todos los casos.

El especialista, a la luz del examen físico y con su impresión diagnóstica, sugirió al médico de cabecera el procedimiento diagnóstico y terapéutico apropiado. Si así lo requerían, los pacientes eran citados por consultorio externo de dermatología para control y posterior evaluación de la lesión encontrada durante su internación.

El diagnóstico de las lesiones fue fundamentalmente clínico. Para el diseño de nuestro estudio se interpretó como correcta la evaluación del dermatólogo.

Las lesiones encontradas fueron contabilizadas y luego divididas en dos grandes grupos:

a) **Hallazgos significativos:** se consideraron como tales aquellos que modificaron la conducta terapéutica del paciente (requirieron tratamiento específico o la suspensión de una droga) o llevaron a la realización de procedimientos diagnósticos auxiliares para aclarar la etiología de la lesión.

b) **Hallazgos no significativos:** se consideraron como tal aquellas lesiones consideradas banales, sin importancia patológica y que no requirieron tratamiento ni futuras investigaciones.

A su vez los hallazgos significativos fueron subdivididos en cuatro grupos:

- 1) Procesos neoplásicos o preneoplásicos.
- 2) Procesos inflamatorios.
- 3) Procesos infecciosos.
- 4) Otros diagnósticos.

Tomando el diagnóstico clínico del especialista como referente, se determinó cual fue el número de estos pacientes que fue correctamente diagnosticado por los residentes, coincidiendo con el dermatólogo en la descripción de las lesiones.

El análisis estadístico de los datos fue realizado por el método de X² (Chi cuadrado), Test exacto de Fisher, p. 0.05, para tablas de 2x2.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 85 pacientes, de los cuales 39 fueron hombres y 36 mujeres. La edad media fue de 68,5 años (rango 25-95), todos de raza blanca.

El total de lesiones diagnosticadas fue de 407 con un promedio de 4,79 hallazgos por paciente.

El examen de nuestros pacientes dio como resultado el diagnóstico de 92 tipos de lesiones diferentes:

El especialista encontró lesiones significativas en 55/85 pacientes (64.7 %). De este grupo:

-21/55 pacientes (38.18 % IC 95 % 49.44-26.92%) tuvieron lesiones clínicamente compatibles con procesos infecciosos (19 dermatofitosis, 1 intertrigo candidiásico, 1 herpes zoster).

19/55 pacientes (34.54 % IC 95 % 48.34-20.74 %) tuvieron lesiones clínicamente compatibles con procesos neoplásicos o preneoplásicos (14 queratosis actínicas, 3 Ca basocelulares, 1 Paget mamario, 1 leucoqueratosis del labio).

-8/55 pacientes (14.54 % IC 95 % 21.66- 7.42 %) tuvieron lesiones clínicamente compatibles con procesos inflamatorios (2 dermatitis seborreicas, 2 dermatitis de contacto, 1 pénfigo, 1 dermatitis del pañal, 1 rosácea, 1 psoriasis).

- Los 7/55 pacientes restantes (12,72 %) fueron incluidos dentro del grupo "otros diagnósticos" (4 necrosis isquémicas, 1 úlcera venosa, 1 nódulo reumatoideo, 1 rash por drogas).

El **grupo de residentes** encontró 34/85 pacientes (40 %) con lesiones significativas, de los cuales coincidió con el dermatólogo en

-10/55 pacientes (18,18 % p=0.06 MS) con pro-

cesos infecciosos

-14/55 pacientes (25,45 % p=0,13 NS) con procesos neoplásicos o preneoplásicos.

3/55 pacientes (5,45 % p=0.28 NS) con procesos inflamatorios:

- 7 pacientes (12,72 %) con "otros diagnósticos". Coincidencia completa con el dermatólogo.

TABLA 1: Resultados

	DERMATOLOGO	RESIDENTE
PROCESOS INFECCIOSOS	21/55 (38,18 %)	10/55 (18,18 %) P=0,06 MS
CANDIDA	1	0
DERMATOFITOSIS	19	9
HERPES ZOSTER	1	1
PROCESOS INFLAMATORIOS	8/55 (14,54 %)	3/55 (5,45 %) P=0,13 NS
DERMATITIS SEBORREICA	2	2
PENFIGO	1	0
DERMATITIS DEL PAÑAL	1	0
DERMATITIS DE CONTACTO	2	0
ROSACEA	1	0
PSORIASIS	1	1
PROCESOS PRE/NEOPLASICC	19/55 (34,54 %)	14/55 (25,45 %) P=0,28 NS
QUERATOSIS ACTINICA	14	12
CA. BASOCELULAR	3	2
PAGET MAMARIO	1	0
LEUCOQUERATOSIS LABIO	1	0
OTROS DIAGNOSTICOS	7/55 (12,7 %)	7/55 (12,7 %)
ULCERA VENOSA	1	1
NODULOS REUMATOIDEOS	1	1
RASH POR DROGAS	1	1
NECROSIS ISQUEMICA	4	4

La diferencia de diagnósticos entre residentes y especialistas fue marginalmente significativa para los procesos infecciosos (p=0.06) y no significativa para los procesos inflamatorios y preneoplásicos o neoplásicos.

Se calculó la performance global del grupo de residentes comparando el número de diagnósticos significativos hechos por este grupo, coincidentes con el diagnóstico del especialista, esto es: 34/55 (61.81 %).

De acuerdo a la impresión clínica del dermatólogo se sugirieron los tratamientos apropiados para las enfermedades infecciosas y se citaron por consultorio externo de dermatología aquellos pacientes con lesiones compatibles con enfermedades neo o preneoplásicas e infla-

matorias para su posterior seguimiento y confirmación diagnóstica.

DISCUSION

En este estudio prospectivo quisimos evaluar la importancia de un examen cutáneo completo y prolijo de nuestros enfermos.

Los resultados nos mostraron que si nos propo-
nemos seriamente examinar la piel encontraríamos que más de la mitad de nuestros pacientes tienen lesiones cutáneas que necesitan ser atendidas y que previamente no eran conocidas, pudiendo o no estar relacionadas con la enfermedad que motivó la internación. En ambos casos son importantes considerarlas en el manejo del enfermo. Asimismo es destacable el porcentaje no despreciable de lesiones potencialmente neoplásicas o de aspecto francamente neoplásico que hallamos, a pesar del número pequeño de pacientes incluidos.

Quisimos además evaluar la capacidad del residente en diagnosticar las lesiones cutáneas encontradas y observamos que se desempeñó relativamente bien para identificar lesiones preneoplásicas o neoplásicas, pasando por alto las lesiones infecciosas.

Probablemente este resultado fue debido a que de antemano el residente se preocupó por buscarlas en forma particular, seguramente pensando en la importancia de un diagnóstico semejante. Federman y Hogan³ en 1995 encontraron en su trabajo un 43 % de aciertos diagnóstico clínico del dermatólogo.

Nuestro estudio tiene limitaciones. Hemos utilizado como standard diagnóstico la impresión clínica del dermatólogo. Aunque, obviamente, no infalible los especialistas se desempeñaron, en otros estudios, con un porcentaje de acierto diagnóstico cercano al 96 %.

Queremos insistir en la importancia que tiene el hecho de que el médico clínico se forme en semiología dermatológica y esté familiarizado con las técnicas del examen cutáneo completo y prolijo. Por tal motivo proponemos poner énfasis en la enseñanza de la dermatología en los programas de entrenamiento de medicina interna.

CONCLUSIONES

1) Del grupo de pacientes estudiados más de la mitad (64.7 %) presentó lesiones cutáneas significativas y previamente no reconocidas.

2) Los procesos infecciosos fueron los más frecuentes, seguidos de cerca por los preneoplásicos o neoplásicos.

3) La diferencia entre los diagnósticos clínicos entre residentes y especialidades fue marginalmente significativa para los procesos infecciosos, siendo no significativa para los procesos inflamatorios o neoplásicos y preneoplásicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Thomas B. Fitzpatrick, Arthur Z. Eisen, et al "Dermatología en Medicina General" 1988. 3ª ed. Editorial Panamericana.
- 2) James Wyngaarden, MD, Lloyd H. Smith, MD, J. Claude Bennett, MD. CECIL" Textbook of Medicine". 19th ed. W.B. Saunders.
- 3) Daniel Federman, MD, Daniel Hogan, MD, J. Richard Taylor, MD, Panagiota Caralis, MD, Robert S. Kirsner, MD. "A Comparison of diagnosis, evaluation, and treatment of patients with dermatologic disorders". J AM ACAD DERMATOL 1995; 32:726-9.
- 4) David L. Ramsey. "The Ability of Primary Care Physicians to Recognize the Common Dermatoses". Arch. Dermatol. 1981; 117: 620-622.
- 5) Mc Carthy GM, Lamb GC, Russell TJ, et al. "Primary care based dermatology practice: internists need more training." J GEN INTERN MED. 1991; 6:52.
- 6) Cassileth BR, Clark WH Jr., Lusk EJ, et al. "How well do physicians recognize melanoma and other problem lesions?" J AM ACD DERMATOL 1986; 14:555-60.
- 7) Wiener S. Nathanson M. "Physical examination: frequently observed errors. JAMA 1976; 236:852-5.
- 8) Dupont C. "What does the dermatologist find by inspecting the entire skin? INT J DERMATOL. 1986; 25:97.
- 9) Lookingbill DP. "Yield from a complete skin examination: findings in 1157 new dermatology patients." J AM ACAD DERMATOL 1988; 18:31-7.
- 10) Johnson M-LT. "Skin conditions and relate need for medical care among persons 1-74 years. United States -1971-1974. National Health Survey, 1978. DREW Publication Nº ([PHS] 79-1660 vital health statistics, series 11, Nº 212).

VALOR PREDICTIVO DE LA ECOGRAFIA ABDOMINAL EN NIÑOS CON SOSPECHA CLINICA DE APENDICITIS AGUDA

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la capacidad diagnóstica de la ecografía abdominal para el diagnóstico de la apendicitis en la población pediátrica.

Se realizó un estudio retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes sometidos a apendicectomía desde Enero de 1994 hasta Diciembre de 1996. Se incluyeron 94 pacientes menores de 16 años, que fueron intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda. Se excluyeron 21 por no presentar todos los datos exigidos por el protocolo. Se comparó el resultado final de la anatomía patológica con los hallazgos ecográficos. Se realizó análisis de sensibilidad, especificidad, valor predictivo, positivo y negativo, con un intervalo de confianza del 95 %.

Se concluye que la sensibilidad de la ecografía es similar a la reportada en la bibliografía. La especificidad en cambio no permite descartar el diagnóstico, cuando el estudio ecográfico es negativo.

Palabras clave: Apendicitis - Ecografía.

Departamento de Pediatría y Departamento de Imágenes.
Hospital Privado. Centro Médico de Córdoba.

Combes Osácar, Ana * - Massa, Guillermo ** - Cuestas, Eduardo *** -
Ruiz Lascano, Diógenes ****

SUMMARY:

OBJECTIVE: The purpose of this study was to assess the diagnostic accuracy of abdominal ultrasound (US) for acute appendicitis in the pediatric population.

Design: Retrospective study in which we reviewed the charts of every patient who underwent appendectomy from January 1994 to December 1996.

Material and Methods: We included 94 patients younger than 16 years old who entered the operating room with suspected acute appendicitis. We excluded 21 patients because they did not fulfill all the requirements. The final histological findings were compared with the ultrasound ones. We evaluated sensitivity, specificity, positive and negative predictive values, with a confidence interval of 95 %.

Conclusions: The sensitivity of US is similar to that reported by other series, however the specificity is lower and does not permit to rule out the diagnosis when the US findings are negative.

Key Words: appendicitis - sonography

INTRODUCCION:

El diagnóstico clínico de apendicitis aguda presenta una mayor dificultad en la edad infantil debido a la incapacidad de los niños para expresar adecuadamente sus síntomas (1), y a la falta de especificidad de los signos físicos típicos (2).

La incertidumbre diagnóstica puede conducir al retraso de la cirugía o a la realización de laparotomías innecesarias. Las consecuencias de este retraso incluyen perforación, formación de abscesos y peritonitis. Estas complicaciones repercuten sobre la prolongación de la internación y pueden aumentar el riesgo de infertilidad femenina (3-4).

Trabajos recientes indican que la ecografía ab-

* Médico Residente de Pediatría.

** Médico Concurrente de Pediatría.

*** Médico Adjunto de Pediatría.

**** Médico Titular de Imágenes

dominal es un método confiable en el diagnóstico de apendicitis. La mayoría de estas series evalúan pacientes adultos (5-6), incluyendo sólo algunos niños en forma exclusiva (7-8).

El propósito del presente estudio fue evaluar la capacidad de la ecografía abdominal en el diagnóstico de apendicitis aguda en la población pediátrica.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes menores de 16 años sometidos a apendicectomía desde enero de 1994 hasta diciembre de 1996, según protocolo de investigación que incluía las siguientes variables independientes: edad, sexo, dolor abdominal, signo de Murphy, dolor epigástrico, dolor periumbilical, dolor en flanco, hipogastrio o en fosa ilíaca derecha, dolor difuso, anorexia, vómitos, síntomas urinarios, diarrea, constipación, defensa, signo del psoas, signo de Mc Burney, fiebre, duración de los síntomas, Rx de tórax, Ecografía abdominal, recuento de glóbulos blancos, neutrófilos, eritrosedimentación, diagnóstico quirúrgico y complicaciones.

La variable dependiente fue el diagnóstico anatomopatológico. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a laparotomía con diagnóstico clínico de apendicitis aguda. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaron durante la laparotomía otros diagnósticos.

Se comparó el resultado final de la anatomía patológica (infiltrado linfoplasmocitario con o sin compromiso de la serosa) (9), con los hallazgos ecográficos (técnica compresiva de Pyulaert) (10), con ecógrafo General Electric RT4600 con transductor de 7.5 MHz realizada por médicos residentes y de planta del Departamento de Imágenes.

El diagnóstico ecográfico de apendicitis se efectuó cuando se visualizó una estructura tubular, no comprensible, con base de implantación en el ciego, terminada en fondo de saco, imagen en escarapela al corte axial y sin peristaltismo. Otros signos fueron: discontinuidad del halo mucoso, presencia de líquido periapendicular, coprolitos, engrosamiento de la mucosa cecal y abscesos. El va-

lor de corte del apéndice inflamado fue de 6 mm de diámetro, en un corte longitudinal. Se realizó análisis de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, con intervalo de confianza del 95 % comparando el diagnóstico ecográfico con el anatomopatológico.

RESULTADOS

Se analizaron 94 pacientes, 60 de sexo masculino (63.8 %) y 34 de sexo femenino (36.2 %). La edad promedio fue de 9.63 (+/- 3.31) años, rango 2/16 años. Ingresaron en el estudio 73 pacientes, de los cuales 62 (84.93 %) presentaron diagnóstico anatomopatológico de apendicitis aguda.

La duración promedio en horas, desde el inicio de la sintomatología hasta la intervención quirúrgica fue de 30.57 (+/-23.74) horas, con un rango de 3/99 horas.

Presentaron complicaciones 6 pacientes (6.4 %) incluyendo perforación, peritonitis y formación de abscesos.

De 73 pacientes, 52 (71.23 %) fueron verdaderos positivos, 6 (8.21 %) falsos positivos, 5 (6.84 %) verdaderos negativos y 10 (13.69 %) falsos negativos.

La sensibilidad de la ecografía en el diagnóstico de la apendicitis aguda fue de 83.87 % (+/-7.87), la especificidad de 45.45 % (14.47), el valor predictivo positivo de 89.65 % (+/-6.3), el valor predictivo negativo de 33.33 % (+/-8.16) y el porcentaje de diagnósticos correctos fue de 78.08 %.

DISCUSION

La apendicitis aguda presenta dificultades en el diagnóstico clínico que conducen en la población pediátrica a un retraso en la cirugía y a un aumento de las complicaciones (3-4).

Los resultados del presente trabajo muestran una duración desde el inicio de los síntomas hasta la cirugía, similar a la reportada en la bibliografía (7), siendo el índice de complicaciones y el número de intervenciones innecesarias menores a los referidos en los estudios extranjeros (7). Estos resultados reflejan un correcto manejo clínico y quirúrgico de los pacientes afectados por esta patología. Sin embargo la ecografía es una ayuda esencial en el

diagnóstico precoz de la enfermedad, en aquellos casos donde el cuadro clínico es dudoso.

En el presente trabajo la sensibilidad de la ecografía es similar a la reportada en la literatura, mientras que la especificidad es notablemente menor (7-8). Esta diferencia puede deberse a que el patrón de referencia bibliográfica es el diagnóstico quirúrgico en lugar del diagnóstico anatómico-patológico, pudiendo influir también las variaciones entre operadores en la población estudiada.

Con los presentes datos podemos afirmar que la ecografía en nuestro medio es útil cuando confirma la sospecha diagnóstica pero aún no presta ayuda suficiente para descartar el diagnóstico de apendicitis aguda en la infancia, cuando los hallazgos son negativos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Janik JS, Firor HV. Pediatric appendicitis: a twenty - year study of 1640 children at Cook County Hospital. Arch Surg 1979; 114:717-719.
- 2 - Silen MI, Tracy TF. The right lower quadrant "revisited". Ped. Clin NA 1993; 40:1201-1211.
- 3 - Brender JD, Marcuse EK, Koepsell TD, et al. Childhood appendicitis: factors associated with perforation. Pediatrics 1985; 76:301-306.
- 4 - Harrison MW, Lindner DJ, Campbell JR, et al. Acute appendicitis in children: factors affecting morbidity. Am J Surg 1984; 147: 605-610.
- 5 - Puylaert JBCM, Rutgers PH, Lalisang RI, et al. A prospective study of ultrasonography in the diagnosis of appendicitis. N. Engl J Med 1987; 317:666-669.
- 6 - Jeffrey RB Jr, Laing FC, Townsend RR. Acute appendicitis: Sonographic criteria based on 250 cases. Radiology 1988; 167:327-329.
- 7 - Sivit CJ, Newman KD, Boenning DA, et al. Appendicitis: usefulness of US in diagnosis in a pediatric population. Radiology 1992; 185:549-552.
- 8 - Vignault F, Filiatrault D, Brandt ML, et al. Acute appendicitis in children: evaluation with US. Radiology 1990; 176:501-504.
- 9 - Gil MU, Perotti JP, Nemer JC, et al. Utilidad de la ecografía abdominal en el diagnóstico de apendicitis aguda. Experiencia Médica 1993; 11:38-41.

El único resplandor que puede añadirse a la gloria, es la modestia.

Duclos

TUBERCULOSIS: DE SECUELAS A LA VENTILACION NO INVASIVA

RESUMEN

Se presentan tres enfermos con insuficiencia respiratoria asociada a secuelas de tuberculosis (TBC): en un paciente postneumectomía, en otro postoracoplastía y en el tercero por lesiones pleuroparenquimatosas.

La TBC pulmonar se había iniciado más de 20 años antes en los tres enfermos y las manifestaciones de hipoventilación alveolar crónica (cefalea, hipersomnía diurna, astenia psicofísica y cor pulmonale) no fueron inicialmente relacionados a la dificultad respiratoria. La oxigenoterapia no fue suficiente para corregir las manifestaciones clínicas. Se administró ventilación no invasiva a presión positiva con dos niveles de presión (BIPAP) domiciliaria nocturna.

En los tres enfermos desaparecieron los síntomas, retomaron sus actividades habituales y las mediciones diurnas de gases sanguíneos después de 6 meses de BIPAP mostraron la PaCO₂ 35,73 +/- 6.25 mmHg debajo del valor pretratamiento (p=0.005) y un aumento promedio de 16,03 +/- 5.2 mmHg en la PaO₂ (p=0.01).

En conclusión: 1) Pacientes con secuelas severas de TBC deben ser regularmente evaluados para detección precoz de hipoventilación alveolar.

2) La BIPAP sería la terapia de elección en este particular subgrupo de insuficiencia respiratoria, ya sea en situaciones sintomáticas estables o deterioro asociado a infección respiratoria.

Palabras clave: Secuelas tuberculosas - Insuficiencia respiratoria - BIPAP.

(*) Jefa de la Sección Neumología.

(**) Encargado del Laboratorio de función pulmonar.

(***) Médicos de la Sección Neumología.

SECCION NEUMONOLOGIA

HOSPITAL PRIVADO - CENTRO MEDICO DE CORDOBA

Dra. Ana María López *, Lic. Horacio Abbona **, Dra. Adriana Robles *** y Dr. Juan Pablo Casas ***

SUMMARY

Three patients are presented with respiratory failure associated to sequels of tuberculosis (TBC): in one patient postpneumectomy, another postthoracoplasty and the third pleuro-pulmonary lesions.

Pulmonary TBC disease had began more than twenty years before in all three patient and clinical manifestation of chronic alveolar hypoventilation (headache, diurnal hypersomnia, psychophysical astenia and cor pulmonale) had not been initially related to the respiratory disease. Oxygen therapy had been ineffective. Nocturnal home non-invasive positive pressure ventilation was administered with two level of pressure device (BIPAP).

All three patient became symptom-free resuming normal activities. Diurnal blood gases measurements after six months of BIPAP showed PaCO₂ 35.73 +/- 6.25 mmHg below the pretreatment level (p=0.005) and a medium rise of 16.03 +/- 5.2 mmHg in PaO₂ (p=0.01).

Conclusion 1) Patients with severe sequels of TBC should be regularly evaluated for early detection of symptoms of alveolar hypoventilation.

2) BIPAP may be the elective therapy for this particular subgroup of respiratory insufficiency patients either syntomatic and stable or with acute episodes secondary to pulmonary infeccion.

Key Works: Tuberculosis sequels - Respiratory insufficiency - BIPAP.

INTRODUCCION:

Durante la década del 40 y 50, antes de la quimioterapia efectiva, el tratamiento para la tuberculosis (TBC) era fundamentalmente el colapso quirúrgico por toracoplastia y la resección pulmonar (lobectomía o neumonectomía).¹

Los pacientes curaban con importantes secuelas por la cirugía y/o la enfermedad, y recién después de 20 a 40 años, comenzaban a desarrollar insuficiencia respiratoria crónica por hipoventilación alveolar debida a la alteración mecánica y funcional producida. Aparecía entonces hipoxemia, hipercapnia, hipertensión pulmonar y cor pulmonale.

La opción terapéutica más lógica para corregir la hipoventilación alveolar crónica es el empleo de algún sistema de soporte ventilatorio. Antes del desarrollo de los dispositivos de ventilación no invasiva a presión positiva (NIPPV), las alternativas para proveer de asistencia ventilatoria estaban limitadas a la presión positiva vía traqueostomía, o presión negativa administrada por ponchos, corazas o ventiladores tanque.² A pesar de que la asistencia ventilatoria a presión positiva vía traqueostomía, puede dar un soporte ventilatorio adecuado, tiene inconvenientes como los estéticos, dificultades de la fonación, riesgo de infección, estenosis, sangrado y los trastornos propios del cuidado de la traqueostomía. Por otra parte, los respiradores a presión negativa suelen producir obstrucción intermitente de la vía aérea superior por colapso inspiratorio.³ Recientemente, la ventilación no invasiva a presión positiva con dos niveles de presión (BIPAP) ha sido utilizada con efectividad para proveer asistencia ventilatoria nocturna, a pacientes con enfermedades restrictivas, neuromusculares o con deformidades de la pared torácica que tienen hipoventilación alveolar con hipercapnia crónica.

La disponibilidad de máscaras nasales o faciales de fácil aplicación, permitió la extensión de este método por sus ventajas en la tolerancia respecto a las piezas bucales y por evitar los inconvenientes de la traqueostomía y de la ventilación a presión negativa.⁴ Los tres pacientes que presentamos sufrieron de TBC, uno fué tratado con neumonectomía, otro con toracoplastia extensa unilateral y el tercero quedó con secuelas pleuro parenquimatosas y retracción superior de ambos pulmones.

Los dos pacientes operados también tenían lesiones cicatrizales residuales extensas en el pulmón rema-

nente. Todos desarrollaron insuficiencia respiratoria crónica muchos años después del tratamiento y se beneficiaron con el uso de NIPPV, revirtiendo los síntomas, mejorando los gases arteriales diurnos y la calidad de vida.

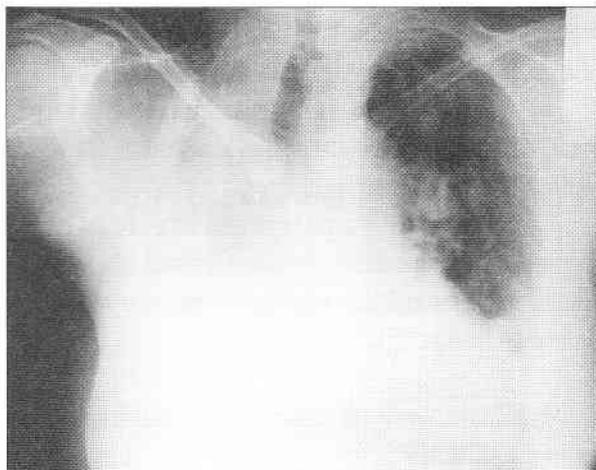
PACIENTES

Caso 1:

Paciente de 55 años, de sexo femenino, con antecedentes de TBC y neumonectomía derecha por lesiones residuales desde hace 32 años.

Se internó 5 años atrás por fiebre, disnea grado IV y signos de insuficiencia cardíaca derecha. Desde 5 años antes tenía antecedentes de hipertensión arterial, arritmia intermitente, neumonías recurrentes y disnea de esfuerzo. Y en los últimos 2 años sufría de intensas cefaleas que motivaron múltiples consultas.

RADIOGRAFIA N° 1



Neumonectomía derecha - Pulmón izquierdo con groseras lesiones de fibrosis retractsil y nodulares con calcificaciones.

Los gases arteriales a su ingreso eran: pH 7,40, PaCO₂ 46 mmHg, CO₃H 29 mEq/l, PaO₂ 45 mmHg (resp. aire), a las 48 hs. requirió intubación y asistencia respiratoria mecánica (ARM) con pH 7,18, PaCO₂ 92 mmHg, CO₃H 35 mEq/l, PaO₂ 75 mmHg (FiO₂:0,4). La Rx. de torax mostraba retracción y opacificación completa del hemitorax derecho con calcificaciones pleurales y desviación traqueal; en el hemitorax izquierdo había cal-

cificaciones pleurales en el tercio superior y medio, con vasculatura hiliar izquierda prominente.

Permaneció en ARM por 5 días, las pruebas funcionales respiratorias mostraron restricción severa sin obstrucción de la vía aérea (CVF: 0.50 lts (17 % del teórico) y CPT: 1.20 lts (28 %). Al momento del alta los gases arteriales eran pH 7.38, PaCO₂ 42 mmHg, PaO₂ 64 mmHg (FiO₂: 0.24), y se decide indicarle oxigenoterapia domiciliaria con mejoría clínica y del intercambio gaseoso.

Al cuarto año de oxigenoterapia consulta por disnea al mínimo esfuerzo, cefalea intensa, astenia psicofísica e insomnio. Las pruebas funcionales respiratorias no mostraban cambios. Sus gases arteriales eran pH 7.39, PaCO₂ 62.8 mmHg, CO₃H 38.2 mEq/l y PaO₂ 53.9 mmHg (resp. aire). Inicia BIPAP domiciliario con notable mejoría clínica. Al mes los gases eran: pH 7.38, PaCO₂ 53 mmHg, CO₃H 31 mEq/l, PaO₂ 57 mmHg (resp. aire) y a los 6 meses: pH 7.44, PaCO₂ 28 mmHg, CO₃H 18.5 mEq/l, PaO₂ 73 mmHg.

Actualmente ha cumplido 14 meses de uso de BIPAP nocturno domiciliario con excelente tolerancia. (Ver tabla 1)

Caso 2:

Paciente de 70 años, de sexo femenino, con antecedentes de TBC y toracoplastia izquierda 45 años atrás. Se interna por somnolencia, disnea y cianosis progresiva de 48 hs de evolución, sumándose luego tos y esputo mucopurulento.

Los gases arteriales a su ingreso eran: pH 7.20, PaCO₂ 70 mmHg, CO₃H 28 mEq/l. PaO₂ 30 mmHg (resp. aire), por lo que se decidió intubación y ARM. La Rx, de torax mostraba asimetría torácica por toracoplastia izquierda, extensas calcificaciones en base pulmonar izquierda y en vértice pulmonar derecho, donde además se observaba retracción del hilio y trazos fibrocalcificales.

RADIOGRAFIA N° 2



Toracoplastia amplia derecha con colapso total del pulmón. Pulmón izquierdo con extensa fibrosis difusa y nódulos calcificados.

Permaneció en ARM por 2 días, las pruebas funcionales respiratorias mostraron restricción severa sin obstrucción de la vía aérea (CVF: 0.60 lts (24 % del teórico) y CPT: 1.43 lts (33 %). Es dada de alta a los 7 días, con los siguientes gases arteriales: pH 7.41, PaCO₂ 54 mmHg CO₃H 35 mEq/l, PaO₂ 57 mmHg (resp. aire).

A los 15 días es nuevamente internada por insuficiencia cardíaca derecha, siendo dada de alta en esta oportunidad con oxigenoterapia domiciliaria, observándose mejoría clínica y del intercambio gaseoso.

Al cuarto año de oxigenoterapia fue admitida por presentar cefalea, somnolencia y esputo mucopurulento. Se diagnostica reagudización de su insuficiencia respiratoria crónica, secundaria a infección respiratoria intracanalicular. Sus gases arteriales eran pH 7.46, PaCO₂ 50 mmHg, CO₃H 36.5 mEq/l y PaO₂ 34 mmHg, y a las 24 hs. pH 7.33, PaCO₂ 88.4 mmHg, CO₃H 47 mEq/l y PaO₂ 47 mmHg (resp. aire). Se resolvió iniciarle BIPAP con mejoría clínica y es dada de alta a los 6 días con los siguientes gases pH 7.48, PaCO₂ 49 mmHg, CO₃H 37 mEq/l y PaO₂ 88 mmHg. En el domicilio continuó con BIPAP y al mes los gases eran: pH 7.46, PaCO₂ 47 mmHg, CO₃H 33 mEq/l, PaO₂ 64 mmHg (resp. aire) y a los 6 meses pH 7.43, PaCO₂ 46 mmHg, CO₃H 30 mEq/l, PaO₂ 64 mmHg.

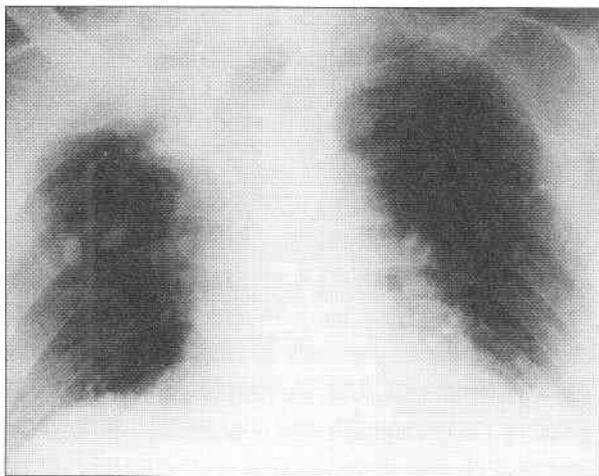
La paciente ha cumplido actualmente 13 meses con BIPAP nocturno domiciliario, con notable mejoría en su calidad de vida. Durante este período fue internada en una oportunidad por insuficiencia respiratoria crónica reagudizada, secundaria a neumonía bacteriana. (Ver tabla 1)

Caso 3:

Paciente de 70 años, de sexo masculino, con antecedentes de TBC pleuropulmonar hace 43 años, hipertensión arterial y tabaquismo. El paciente refería antecedentes de somnolencia diurna, disnea e impotencia sexual, y en los últimos tres meses enuresis.

Ingresa a este hospital para cirugía prostática. Durante la inducción anestésica el paciente tuvo una crisis de hipertensión arterial y edema pulmonar, lo que obligó a suspender el procedimiento, y pasarlo a terapia intensiva con los siguientes gases arteriales pH 7.33, PaCO₂ 84 mmHg, CO₃H 45 mEq/l, PaO₂ 52 mmHg (resp. aire). La Rx de torax mostraba disminución volumétrica de ambos campos pulmonares; engrosamiento pleural apical bilateral, retracción con trazos fibróticos y múltiples imágenes calcificadas en campos superior y medio de pulmón derecho.

RADIOGRAFÍA N° 3



Extensa fibrosis apical bilateral, mas acentuada en el lado derecho, con marcada retracción de la traquea. Múltiples imágenes calcificadas en ambos lados.

Las pruebas funcionales respiratorias mostraron restricción severa sin obstrucción de la vía aérea (CVF: 1.25 lts (34 % del teórico) y CPT: 3.00 lts (55 %)). Al sexto día de internación persistía la hipercapnia por lo que se inició tratamiento con BIPAP logrando mejoría clínica y gasométrica.

A los 13 días de internado es dado de alta con BIPAP nocturno domiciliario, y el control de gases al mes mostró: pH 7.36, PaCO₂ 48 mmHg, CO₃H 26.5 mEq/l, PaO₂ 70 mmHg (resp. aire) y a los 6 meses pH 7.43, PaCO₂ 54 mmHg, CO₃H 36 mEq/l, PaO₂ 71 mmHg (resp. aire).

Actualmente lleva 7 meses de tratamiento con muy buena evolución. (Ver tabla 1)

DISCUSION:

La insuficiencia respiratoria crónica es una complicación bien conocida en pacientes con toracoplastia.

La toracoplastia causa un defecto restrictivo como consecuencia del engrosamiento pleural, la deformidad de la caja torácica y la escoliosis secundaria.

En estos pacientes además de la reducción de la complacencia torácica, las lesiones pulmonares disminuyen también las complacencia pulmonar⁵, pudiendo también asociarse a ella obstrucción del flujo aéreo.

La alteración mecánica de la caja torácica produce disminución de los volúmenes pulmonares y atelectasias con alteración de la relación ventilación / perfusión e hipoxemia. La aparición de la hipertensión arterial pulmonar, cor pulmonale y falla cardíaca se atribuye a incremento en la resistencia vascular pulmonar por vasoconstricción y remodelamiento vascular, secundarios a la hipoxia e hipercapnia y a la alteración vascular anatómica. Esta última se debe a tortuosidad y apiñamiento de los vasos en el pulmón deformado y a compresión de los pequeños vasos por la reducción del volumen pulmonar.⁶

Los pacientes con secuelas quirúrgicas de TBC, como la neumonectomía evidencian además severas secuelas cicatrizales en el pulmón contralateral. Estos enfermos al igual que los ex-tuberculosos, no quirúrgicos, que solo presentan lesiones residuales de la misma enfermedad,

tienen también engrosamiento pleural con lesiones parenquimatosas pulmonares y se comportan funcionalmente como restrictivos. Se observa en ellos una disminución de la capacidad vital forzada (CVF), capacidad pulmonar total (CPT), capacidad inspiratoria (CI) y volumen de reserva espiratorio (VRE); esta reducción volumétrica puede también producir obstrucción de la vía aérea y compresión vascular.⁶

Los músculos respiratorios deben superar grandes cargas principalmente elásticas para mantener una ventilación adecuada. El trabajo respiratorio y el consumo de oxígeno están aumentados y ambos se elevan marcadamente con pequeños incrementos del volumen minuto respiratorio.

Algunos pacientes suelen tener disnea de esfuerzo antes de la aparición de los síntomas de hipoventilación alveolar crónica, que se instala lenta y progresivamente (cefalea matutina, hipersomnia diurna, astenia psicofísica y cor pulmonale).

Nuestros pacientes fueron atendidos por primera vez por especialistas a causa de episodios de insuficiencia respiratoria reagudizada. En dos de ellos la causa desencadenante fue una infección respiratoria leve que requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM). En el paciente restante se asoció a crisis hipertensiva y edema pulmonar en el preoperatorio de cirugía prostática. Todos tenían severa restricción, con una CVF del 17 %, 35 % y 37 % de los valores teóricos, sin obstrucción agregada. Ninguno había consultado previamente para una evaluación de su enfermedad pulmonar. El antecedente de la TBC se remontaba a 26, 43 y 45 años antes del episodio de descompensación aguda y estaban relativamente asintomáticos o no atribuían sus síntomas a la enfermedad pulmonar previa. Uno de los pacientes había consultado únicamente por cefalea desde hacía dos años, otro relataba cansancio desde dos meses antes, con somnolencia los días previos. El tercer paciente tenía vida sedentaria por disnea y somnolencia diurna.

Actualmente se utiliza, cada vez con más frecuencia, la NIPPV con dos niveles de presión (BIPAP) pa-

ra el manejo de este tipo de pacientes. En esta modalidad de asistencia ventilatoria se puede ajustar en forma independiente la presión positiva inspiratoria y espiratoria para aumentar la ventilación alveolar y mantener la permeabilidad de la vía aérea durante el sueño.³

Por lo general la utilización de apoyo ventilatorio nocturno produce una mejoría en la ventilación espontánea, síntomas y gases arteriales diurnos, cuyo mecanismo no está totalmente esclarecido.

Se proponen las siguientes teorías:

1) *Reposo de los músculos respiratorios*. Esta hipótesis postula que la insuficiencia respiratoria crónica se debe a fatiga muscular, por lo que el reposo intermitente de los músculos restauraría su función aumentando la fuerza y resistencia diurna.

2) *Aumento de la complacencia pulmonar*. Habría un aumento de la capacidad vital sin aumento de la fuerza muscular producida por reexpansión de áreas de microatelectasias.

3) *Recuperación de la sensibilidad del centro respiratorio al dióxido de carbono (CO₂)*. Esta teoría postula que la sensibilidad del centro respiratorio al CO₂ va disminuyendo durante el desarrollo de la insuficiencia respiratoria crónica, quizás debido a la progresión gradual de la hipoventilación nocturna⁷. En estos pacientes, con hipoventilación alveolar crónica, aparentemente la disminución de la sensibilidad al CO₂ es lo que les permitiría mantener el trabajo respiratorio por debajo del nivel capaz de provocar fatiga muscular. (Hipercapnia permisiva ?)³

La NIPPV previene la hipoventilación y aumenta la sensibilidad del centro respiratorio al CO₂, mejorando así el intercambio gaseoso diurno. En un grupo de pacientes tratados con NIPPV, Elliot y col. encontraron un aumento en la respuesta ventilatoria al CO₂ sin observar cambios en la fuerza muscular respiratoria, lo que sugiere que el aumento de sensibilidad del centro respiratorio puede ser el más importante de los tres mecanismos postulados.⁸

La respuesta ventilatoria al incremento del CO₂

mejora cuando la bioquímica de la sangre y del líquido cefalorraquídeo se ha normalizado y cuando se restaura un sueño eficiente. La función ventricular derecha mejora cuando la resistencia vascular pulmonar se reduce al disminuir la hipoxia e hipercapnia. Posiblemente la ventilación mecánica ayuda a restaurar la movilidad de la pared tóraca mejorando la complacencia pulmonar y el intercambio gaseoso y disminuyendo el trabajo respiratorio².

Nuestros pacientes tienen un tiempo de tratamiento de NIPPV con BIPAP nocturno de 7, 13 y 14 meses. En ellos no solo se han revertido parcialmente las anomalías fisiológicas, sino que además se observó a los 6 meses una caída promedio de la PaCO₂ respecto de los valores basales de 37,73 +/-6,25 mmHg (p+0,005), y con un aumento de la PaO₂ de 16,03 +/-5,2 mmHg (p+0,01).

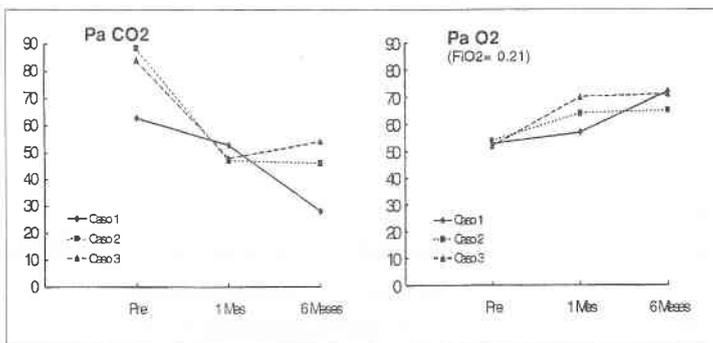


Figura 1: Intercambio gaseoso inicial y posterior al tratamiento con NIPPV

Es también importante comenzar el tratamiento precozmente para prevenir el desarrollo de la hipertensión arterial pulmonar ya que esta complicación puede ser una determinante importante de la sobrevida.

CONCLUSION:

- 1) La NIPPV, con BIPAP, usada como soporte ventilatorio nocturno, es efectiva en el tratamiento de pacientes con insuficiencia respiratoria debida a secuelas severas de TBC (fibrosis pulmonar extensa, frecuentemente bilateral) y de su tratamiento quirúrgico.
- 2) Los neumonólogos deben monitorizar regularmente este grupo de pacientes y considerarlos para NIPPV si hubiese evidencias de insuficiencia ventilatoria.

BIBLIOGRAFIA

1 - Babini D.S. El Torax. Editorial Atlante SRL. Buenos Aires 1990. Pág. 94.

- 2 - Sawicka E. H., Branthwaite M.A., Spencer G.T. Respiratory failure after thoracoplasty: treatment by intermittent negative - pressure ventilation. Thorax 1983; 38: 433.
- 3 - Glaman D.M., Piper A., Sanders M.H., Stiller R.A., Votteri B.A. Nocturnal non-invasive positive pressure ventilatory assistance. Chest 1996; 110: 1581.
- 4 - Meyer T.J., Hill N.S. Noninvasive positive pressure ventilation to treat respiratory failure. Ann. Intern. Med. 1994; 120:760.
- 5 - Jackson M., Smith I., King M., Sheeerson J. Long term non-invasive domiciliary assisted ventilation for respiratory failure following thoracoplasty. Thorax 1994; 49:915.
- 6 - Bergofsky E.H. Respiratory failure in disorders of the thoracic cage. State of the art. Am. Rev. Respir. Dis. 1979; 119:643.
- 7 - Hill N. Noninvasive ventilation. Am. Rev. Respir. Dis. 1993; 147:1050.
- 8 - Elliot N.W., Mulvey S.A., Moxham J., Green M., Bronthwaite M.A.. Domiciliary nocturnal nasal intermittent positive pressure ventilation in COPD: Mechanisms underlying changes in arterial blood gas tensions. Eur. Respir. J. 1991; 4:1044.

	PACIENTE 1			PACIENTE 2			PACIENTE 3		
Edad / Sexo	55 / Fem.			70 / Fem			70 / Masc		
CVF(lts)(teórico)	0.50 (17%)			0.60 (24%)			1.25 (34%)		
CPT(lts)(teórico)	1.20 (28%)			1.43 (33%)			3.00 (55%)		
BIPAP (pre-post)	pre	1mes	6*mes	pre	1mes	6*mes	pre	1mes	6*mes
FiO ₂	0.21	0.21	0.21	0.21	0.21	0.21	0.21	0.21	0.21
pH	7.39	7.38	7.44	7.33	7.46	7.43	7.33	7.36	7.43
PaCO ₂ (mmHg)	62.8	53	28	88.4	47	46	84	48	54
PaO ₂ (mmHg)	53.9	57	73	54	64	64	52	70	71
CO ₃ H (mEq/lts)	38.2	31	18.5	47	33	30	45	26.5	36

Tabla 1: Evaluación funcional e intercambio gaseoso inicial y posterior al tratamiento con NIPPV.

Hay evidencias que muestran que cuando la insuficiencia ventilatoria se ha desarrollado, el tratamiento con NIPPV mejora el pronóstico de estos pacientes.

Los pacientes con extensas secuelas de TBC o con toracoplastia deben ser considerados para este tipo de tratamiento domiciliario a largo plazo cuando hay: a) Insuficiencia ventilatoria severa en el curso de un episodio de infección del tracto respiratorio superior o inferior.

El momento óptimo para la indicación del NIPPV en aquellos pacientes con insuficiencia ventilatoria crónica estable y que están relativamente asintomáticos, es incierto. No obstante deberían ser regularmente valorados ya que muchos permanecen casi asintomáticos hasta corto tiempo antes que la insuficiencia respiratoria empeore.⁵

ENFERMEDAD DE MOYAMOYA - DESCRIPCION DE UN CASO

RESUMEN

La enfermedad de Moyamoya es una patología cerebrovascular oclusiva crónica caracterizada por una estenosis progresiva de las arterias que componen el círculo de Willis, con un concomitante desarrollo de una red capilar anormal más evidente en la base del cerebro. Estas alteraciones pueden causar isquemia y hemorragias cerebrales, siendo la primera más frecuente en niños, y las segundas más frecuentes en adultos. La rareza de esta enfermedad en nuestro medio motiva la presentación de este caso.

Palabra clave: Enfermedad de Moyamoya, hemorragia cerebral.

SUMMARY

Moyamoya disease is a chronic cerebrovascular occlusive disease characterized by progressive stenosis of the arterial anastomotic circle of Willis, followed by the compensatory developing of an abnormal capillary network, more evident in the base of the brain. These abnormalities may produce ischemia and bleeding, being the former more frequent in children and the latter in adults. Considering the rarity of this condition in our population, it was decided to report this case.

Key word: Moyamoya disease, cerebral hemorrhage.

SERVICIOS DE ANGIOLOGIA Y NEUROCIRUGIA HOSPITAL PRIVADO - CENTRO MEDICO DE CORDOBA

Dr. Martín A. Maraschio *, Dra. Marcela Repezza *, Dr. Adrián Muñoz *,
Dr. Alejandro Avakian **, Dr. Alberto Achával ***, Dr. Hugo Coca ****.

INTRODUCCION

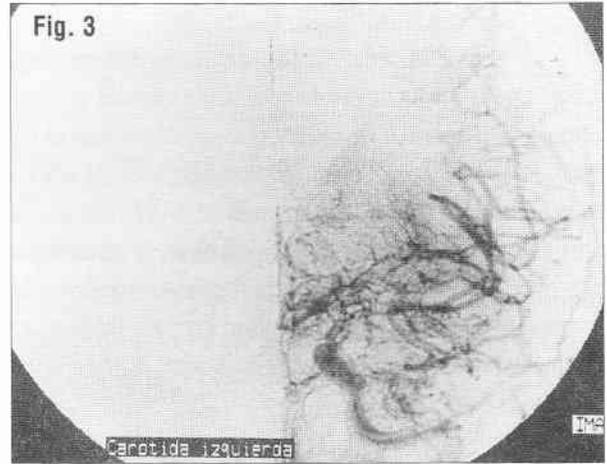
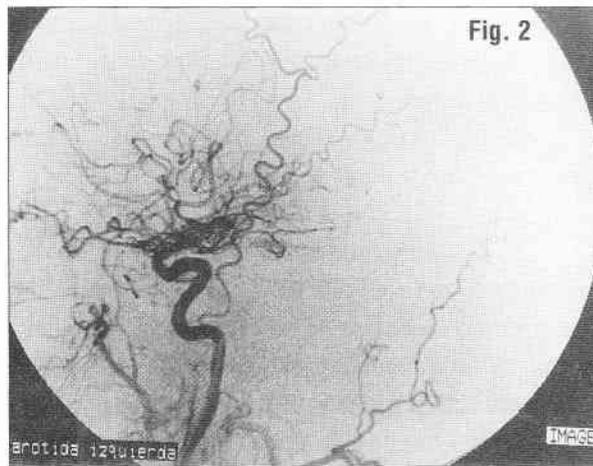
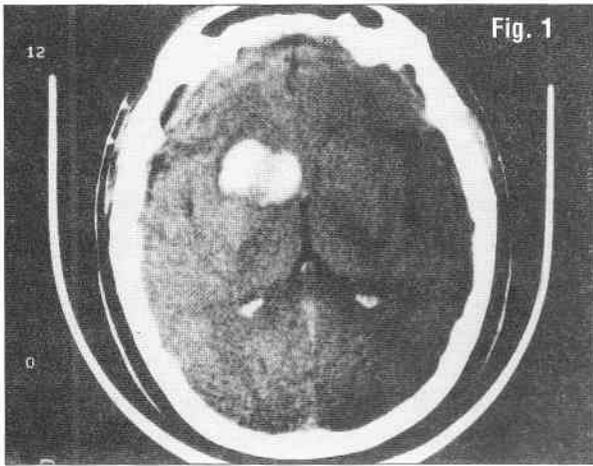
El término Moyamoya significa en japonés "volutas de humo". Fue utilizado por primera vez por Susuki en 1969 para describir la apariencia angiográfica de los vasos cerebrales colaterales dilatados, que en los estadios iniciales se dirigen desde la circulación cerebral posterior a la anterior, para finalmente establecer circuitos colaterales anastomóticos desde la circulación extracraneal a la intracraneal.

La etiología de la enfermedad es desconocida. En Japón se reconoce una prevalencia familiar del 7 %, habiéndose asociado a otras enfermedades hereditarias, como la neurofibromatosis. Aunque fue inicialmente diagnosticada en pacientes de ascendencia japonesa, se han descrito casos en otras razas, si bien en ellas su prevalencia es menor. Se ha observado su aparición después de infecciones del sistema nervioso central y de radioterapia craneal.

DESCRIPCION DEL CASO.

Una mujer caucásica de 40 años de edad, con una historia de hipertensión arterial esencial de 14 años de evolución y tabaquismo leve se presentó a la consulta con cefalea frontal, vómitos y hemiparesia izquierda. La paciente tuvo síntomas similares 20 años antes, llevándose a cabo una arteriografía que fue considerada normal. En esta oportunidad se efectuó inicialmente una TAC, la que mostró una hemorragia estrío-capsular derecha de 3 por 4 cm. de diámetro, con invasión ventricular en el cuerno frontal (fig. 1). Una arteriografía cerebral (figs. 2 y 3) mostró una oclusión de las arterias cerebrales anterior y media con un importante desarrollo de circulación colateral a nivel de la base del cerebro, hallazgos característicos de la enfermedad de Moyamoya. El eco-Doppler color transcraneano demostró (Fig. 4):

* Médicos Residentes.
** Médico asociado al Servicio de Angiología.
*** Jefe del Servicio de Angiología.
**** Médico Adjunto del Servicio de Neurocirugía.



1. Muy bajo flujo por la carótida interna izquierda y elevados flujos de ambas vertebrales que aportan circulación supletoria a los hemisferios.
2. Presiones normales en ambas retinas con dirección de flujo normal en las oftálmicas, lo que sugiere presiones normales en la porción cavernosa de ambas carótidas internas.
3. Dirección invertida de la cerebral anterior izquierda, que aporta flujo al territorio de la carótida interna homolateral.
4. Elevadas velocidades y bajas resistencias de la cerebral posterior y de la comunicante posterior (que fluye hacia adelante) a izquierda, lo que indica aporte adicional al territorio de la carótida interna.
5. Elevada velocidad de la cerebral posterior derecha, con resistencia normal, sin flujo detectable en la comunicante posterior, lo que es compatible con aporte al territorio de la cerebral media por otras vías.
6. Baja velocidad de la cerebral media izquierda con resistencia normal; hallazgos sugestivos que el flujo se man-

tiene en ese territorio, sin necesidad de vasodilatación compensadora (autorregulación no comprometida).

7. Velocidad más baja aún de la cerebral media derecha, con resistencia disminuida, lo que sugiere que opera una vasodilatación compensadora (probable compromiso de la autorregulación).

En consulta con el servicio de neurocirugía de la Clínica Mayo, Rochester, Minnesota, a través del Dr. F. Meyer, se sugirió la realización del procedimiento quirúrgico llamado encéfalo-duroarteriomiosinangiosis, basado en las evidencias de hipoperfusión cortical demostradas por SPECT. Se la consideró no aconsejable en este caso.

Finalmente, la paciente evolucionó con recuperación ad-integrum de su déficit neurológico.

DISCUSION

Este caso ilustra sobre la forma de presentación clásica de la enfermedad de Moyamoya en adultos, es decir, hemorragia cerebral intraparenquimatosa.

La presentación clínica más frecuente en niños es la isquemia cerebral, como resultado de la oclusión progresiva vascular, mientras que en los adultos lo son las hemorragias intracraneales (intraparenquimatosas, intraventriculares o subaracnoideas), producto de la ruptura de los pequeños vasos colaterales neoformados o de aneurismas intracraneales, frecuentes en pacientes con Moyamoya.

En cuanto a procedimientos diagnósticos, si bien la tomografía axial y la resonancia magnética pueden

mostrar infartos de distribución variable con anomalías vasculares basales, la angiografía es la que da el diagnóstico específico. Se describen clásicamente seis estadios que evolutivamente progresan desde la oclusión de las arterias del círculo de Willis, pasando por la formación de circuitos colaterales basales, para finalmente llegar al estadio de las anastomosis entre los vasos extra e intracranéanos.

La histopatología no es específica; los hallazgos son: engrosamiento de la íntima y adelgazamiento de la elástica, con depósitos de fibrina, trombosis y formación de microaneurismas.

No se conoce un tratamiento médico efectivo, pero sí quirúrgico. Este tiene diferentes variantes, las que tienen en común el objetivo de suplir de sangre al sistema cerebral anterior por medio de la arteria cerebral media, disminuyendo así el flujo a través de los vasos colaterales. El influjo de sangre hacia la arteria cerebral media puede provenir, según la técnica empleada, de la arteria temporal superficial (By-pass temporo-superficial - arteria cerebral media), de la duramadre (Encéfaloarteriosinangiosis) o de la duramadre y del músculo tem-

poral (Encéfaloarteriosinangiosis).

Se puede concluir que la enfermedad de Moyamoya debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de la isquemia cerebral en niños y de las hemorragias cerebrales en adultos, particularmente si no fueran hipertensos. Asimismo vale recalcar que la combinación de flujometría de las arterias cervicales, velocimetría de las intracranéanas y mediciones de presiones de las retinianas puede proporcionar información de gran valor, inalcanzable por otros métodos, acerca de las peculiaridades hemodinámicas de la circulación encefálica.

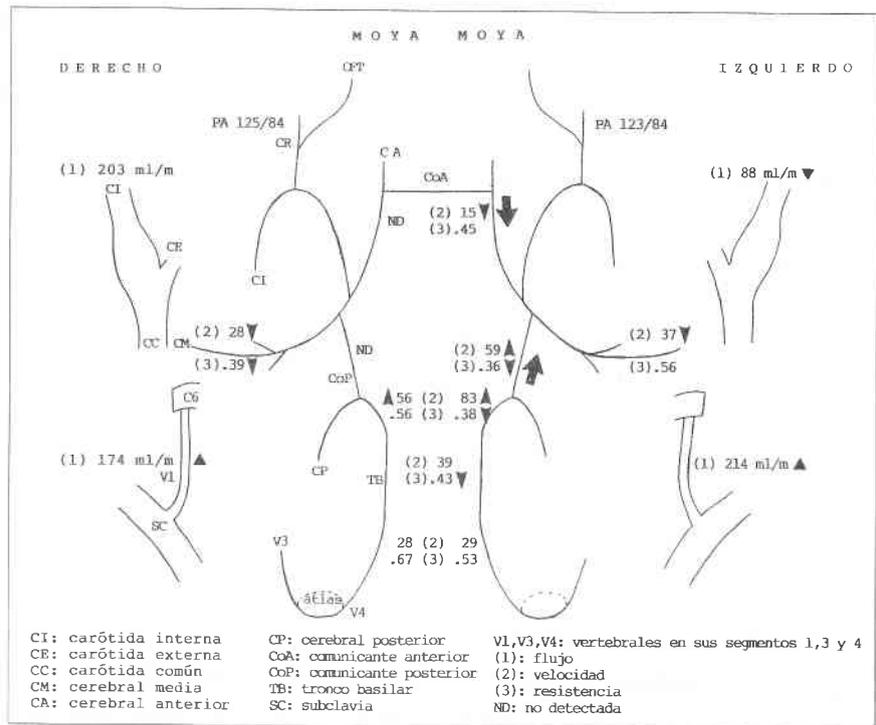


Fig. 4

BIBLIOGRAFIA

1. Susuki J., Takaku A.: Cerebrovascular Moyamoya Disease: Disease Showing Abnormal Netlike Vessels in Base of Brain. Arch Neurol 1969; 20: 288-289.
2. Kithara T., Ariga N., Yamaura A., Makino H., Maki Y.: Familial Occurrence of Moyamoya Disease: Report of Three Japanese Families. J. Neurol Neurosurg Psychiatry 1979; 42:208-214.
3. Nishimoto A.: Moyamoya Disease: Neurol Med Chir 1979; 19: 221-228.
4. Susuki J., Kodama N.: Moyamoya Disease: A Review. Stroke 1983; 14 104-109.
5. Chang KH., Yi JG., Han MH., Kim 10.: MR Imaging Finding of Moyamoya Disease. J. Korean Med. Sci. 1990; 5: 85-90.
6. Jun K., Hajime T., Masahiko K.: Moyamoya disease: Diagnosis and Treatment. Neurosurg Quaterly 1996; 6 (2) 137-150.
7. Keisuke J, Meyer FB, Mellinger JF: Moyamoya Disease: The Disorder and Surgical Treatment. Mayo Clin Proc 1994; 69: 749-757.

HUMANISMO Y MEDICINA (*)

(Enfoques de un médico, un sacerdote, un literato y una paciente)

INTRODUCCION

Un reciente editorial de la revista médica LANCET, firmada por McManus, decía textualmente acerca de la medicina: "Esta disciplina es todavía, algunas veces, considerada como profesión erudita". Afirmación patética -más dolorosa que haber admitido que no lo es- que los médicos seamos catalogados poco cultos. Años antes, Robertson Davies, en la misma revista, se refería también agudamente a los médicos, sosteniendo que en general sólo tienen educación superficial y no siempre son de amplia cultura. Y mucho antes, Somerset Maugham, advertía que los jóvenes médicos tenían escasa cultura, ya que la mayoría de sus lecturas eran revistas médicas y deportivas (era 1915 cuando hablaba de jóvenes médicos).

Es bastante frecuente hoy, el efectuar entrevistas a graduados que optan para residencias o actividades similares, interrogar acerca de los momentos libres. No recuerdo haber oído nunca, "me dedico a pensar"; pocas veces, "a leer libros o a cultivar algún aspecto de la cultura general"; muchas veces, "a practicar deportes o leer sobre ellos, leer diarios o revistas, o "estar algunas horas viendo televisión".

Es también posible advertir que en reuniones sociales de médicos (tal vez en la que son mayoría), la conversación gira fundamentalmente sobre temas médicos, y en menor proporción, políticos y deportivos: el margen que se le da a la cultura, es decir, a las humanidades, es pequeño.

Humanidades proviene de humano: lo humano, el humano, la humanidad, lo humanista, el humanismo. El humanismo nacido en la Edad Media como reacción a la cerrada educación escolástica, preconiza la consideración del ser humano como entidad bio-psíquica total.

Las opiniones ajenas mencionadas, muy autorizadas, y otras simples observaciones propias, parecen indicar fuertemente que los médicos tenemos escasa formación humanística, o mejor cultura humanista.

Así planteado el problema, consideramos oportuno recabar otras opiniones, además de la exclusivamente médica. Para ello hemos elegido -como exponentes de la sociedad que nos observa y recepta nuestro accionar- a un literato, un sacerdote y un paciente, todos de alguna manera ligados a la vida hospitalaria.

ENFOQUE DE UN MEDICO

(Dr. Roberto J. Madoery) *

La impresión que los médicos nos acercamos poco a la cultura o al cultivo de las humanidades, y que este problema, aparentemente con visos de generacional, es cada vez más candente, nos induce a indagar sobre sus posibles orígenes; luego, replantear la necesidad imperiosa que aquellas manifestaciones acompañen en el futuro al caudal científico que nutre nuestra profesión.

Es fácil justificar con nuestro, en general, atareado día, lecturas médicas únicamente, ya que el avance apabullante de la medicina requiere constante actualización. Esto es real, como real es que el ser humano, dentro de la pluralidad de acciones, pueda dar lugar a todas las manifestaciones de la vida: todo es valioso e importante en nuestro día, desde la actividad plena al ocio, desde la lectura médica a la no médica, desde ésta llamémosle profunda a la sencilla y trivial. Las manifestaciones de la vida en su totalidad y en todas sus facetas, son las que forman al ser humano en su pluralidad, pudiendo así éste desarrollarse en sus más altos valores. Lo que a mi juicio ocurre es que hemos roto el equilibrio lateralizando demasiado una tendencia: la profesional médica.

Como se adujo también que la situación era en parte debida a la falta de inserción en la curricula universitaria, o que los docentes no habíamos enseñado a sacar provecho de ellas, muchas universidades están revirtiendo esta situación.

(*) De la reunión homónima del 23 de agosto de 1996, en el salón auditorio del Hospital Privado, Centro Médico de Córdoba.

* Titular del Servicio de Cardiología del Hospital Privado.

Algunas han llegado a definir al médico humanista como aquél que, además de tener competencia técnica y, obviamente, conocimientos médicos, es el que tiene conceptos humanistas: su actitud y conducta son coherentes con ellos. Pero es obvio que sólo tener conocimientos humanistas no le asegura conducir a cambios en el comportamiento. Hecho que debe tenerse en cuenta, ya que si no existe predisposición personal, el aquilatar conocimientos sólo puede servir para dar brillo personal, que quizá no sea tan trascendente para nuestro objetivo último, el enfermo.

Ahora bien: ¿pueden las humanidades aportar algo más? Me decía un colega dedicado al estudio histopatológico, y muy encuadrado en el rigor de los trabajos científicos, que si bien esta actividad le era gratificante, había debido buscar una salida espiritual, que encontró en la poesía romántica.

Entrar en el mundo de la ficción no cabe duda que nos ayuda a comprender al ser humano, acercarnos a su mente. Pero también contribuye a redefinirnos y renovarnos, a ajustar nuestra actuación médica. Pero además, a protegernos del moho de la rutina. Nuestra actuación médica sólo circunscrita a la enseñanza y aprendizaje científico, puede alejarnos del hombre como entidad única, total, biosicosocial.

Ciencia y humanismo en completa armonía.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - PEREZ DE NUCCI, A.M.: Humanismo Médico. Conceptos en Medicina 1977, 12:28.
- 2 - McMANUS, I.G.: Humanity and the Medical Humanities. Lancet 1995, 346:1143.
- 3 - ARNOLD, R.M., POVAR G.J., HOWELL J.H. The humanities, humanistic behavior and the human physician. Ann. Int. Med. 1987, 106: 313.
- 4 - AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE. Evaluation of humanistic qualities in the internist. Ann. Int. Med. 1983, 99:720.
- 5 - VERGHESSE, A.: The internist's reading: one kind of success. Ann. Int. Med. 1994, 121:821.
- 6 - CAEIRO, A.G.: Del hombre y su formación. Ed. Biffignandi, Córdoba, 1981.
- 7 - ORGAZ, J.: El humanismo en la formación del médico, Ed. Losada, 1977.

VISION TEOLOGICA DEL HOMBRE.

Rdo. Padre Osvaldo Pol *

Decía Borges que el hombre de la pampa, el gaucho, jamás hablaba de la pampa. Lllaman así a esa llanura argentina los que a ella son ajenos o la imaginan. Este de plantearnos como temática el Humanismo -cosa bastante habitual- debe tener que ver con lo inhumano que nos estamos poniendo; lo inhumano que está el mundo... El Humanismo -el hombre como absoluto; todo se mide desde él- es tema propiamente del Renacimiento, que poniendo en crisis lo medioeval, resucita las categorías del Clasicismo greco-romano. Dicen los que saben que macrohistóricamente estamos en las postrimerías del Renacimiento: hablar del Humanismo nos remite a él.

Ustedes saben que la visión teológica de lo humano tiene muchas puntas y zonas de abordaje. Pensaba recién oyendo a Oscar Caeiro cómo después del Concilio de Trento la Iglesia cayó en la cuenta de que debía formar a su gente en el Humanismo para que pudiesen encontrarse con la gente. Bueno, yo soy jesuita, de la Orden religiosa nacida justamente en el Renacimiento y cuya característica, en parte, es su vinculación con lo humanístico: descubrirle lo divino a lo humano. Si aquel Concilio estuvo al comienzo del Renacimiento, el Vaticano II, de estos días finales, formulará lo obvio: la sana secularización, la sana autonomía de los valores humanos, en los que un cristiano siempre advierte la huella de lo Divino.

Quiero hacer una brevísima síntesis, que por apretada seguramente pecará de exclusiones y encimará cosas, de una perspectiva filosófica -fenomenológico-metafísica- y bíblico-teológica. En lo que digo va poca cosa propia y mucha lectura de lo ajeno que no viene al caso citar.

Cuanto concebimos al Hombre desde la experiencia de ser hombres (seres situados, interiores, categorizados por la corporalidad, la racionalidad, la sociabili-

* Sacerdote S.J.

dad; seres en el tiempo que por la libertad hace de él una historia) aparecen cinco notas insoslayables.

En primer lugar la de la UNIDAD: todos somos iguales en cuanto a los “ingredientes” de los que estamos hechos, pero en cada uno esos “ingredientes” se han armonizado de una manera única e intransferible, absolutamente original (cuánta objeción ética aquí a las experiencias de clonación). Cada hombre es cada hombre. No hay dos yo a este nivel. Somos iguales especialmente en ser distintos, únicos, irrepetibles. (Cuanto, aquí, se dice al médico de su relación con cada paciente!).

La segunda nota es la de su APERTURA DIALOGAL: este ser único que cada uno es, es un ser “abierto”, hacia y desde lo otro -el mundo-; hacia y desde los otros -los demás hombres-. Dueño de la Palabra que lo expresa, lo coloca sobre el mundo al que puede nombrar y entre los demás con los que se intercomunica.

La tercera: el hombre es un en-sí, un ser capaz de introversión, de ensimismamiento. Un SER INTERIOR. Capaz del silencio. Del encuentro consigo mismo. Del monólogo. Del origen mismo de su palabra y de la resonancia última de toda palabra propia y ajena. Capaz de ocio, que no es un no-hacer, sino el verdadero hacer y la creación. Descubre desde aquí que no hay panorama más vasto que el de su paisaje interior.

En cuarto lugar, el hombre es el único ser -a diferencia de Dios, del animal irracional, las plantas y las piedras- TEMPORAL: hecho de tiempo, en el tiempo, desde y hacia el tiempo. Alguien cuyo ser es un “ir siendo”, entre un antes y un después. Esto, lejos de ser labilidad, es para el privilegio y desafío. El desafío de ser capaz de hacerse dueño de su tiempo, transformarlo en una historia, mediante la LIBERTAD. Capaz de autorrealización; de responsabilidad. Libertad que acontece cuando en el tiempo se opta por el VALOR: que no es cualquier otro ser, sino un ser capaz de acrecentar el ser del hombre, hacerlo ser un per-se, un frente-a-sí, una PERSONA.

Por último, desde cualesquiera de las notas anteriores, el hombre se percibe a sí mismo -cuando se mira bien, cuando se mira hasta el fondo- postulando una FUNDAMENTACION METAFISICA: todo yo acaba cimien-

tándose en un YO ABSOLUTO. Una absolutez que mi relatividad anuncia. Un origen y una ultimidad que no me pertenecen y me ponen al margen de toda supeditación a lo que me es inferior -el mundo- o igual -la sociedad- y me pone de cara al Infinito Tú del Valor Absoluto.

¿Cinco notas? Quizá más. O menos. Todo depende de cómo se expresa lo imprescindible y lo más ampliamente posible el contenido de la **dimensión personal** del hombre. La que impida confundirlo con sólo un “algo” y al mismo tiempo se resista a confundirlo con un “dios”.

(Porque el hombre es un “ser personal”, porque a eso alude todo recto Humanismo, cuántas consecuencias se derivan de ello para una Medicina “humánista” que se precie. Si es persona desde la concepción, hasta su muerte; sano o enfermo, bueno o malo, útil o inútil, con futuro o sin él, capaz de defenderse o indefenso -e indefenso tanto más... no puede ser usado, mediatizado, canjeado, medido desde valores que le sean inferiores. Si el hombre-paciente es una persona, cuánta vinculación con la ética asume la Medicina!).

Cuando la visión filosófica organiza -teológicamente- los datos de la Revelación en la que el creyente cree (hablo de Teología, de Revelación judeo-cristiana, no sólo de otras concepciones venerables -y no tanto- que a esa Teología y Revelación caricaturizan), el Hombre entonces adquiere una dignidad que el mero Humanismo sólo vislumbra.

En la Biblia se fragua un HUMANISMO BIBLICO que no es sólo visión del hombre sobre sí mismo, sino visión del Hombre desde el mismo Dios. Entonces el Hombre aparece CREADO: llamado al ser por el Amor Infinito que al dárselo lo hizo “a su imagen y semejanza”, barro iluminado, señor de sí mismo y del mundo, participe de su Vida divina y destinado a la inmortalidad. Dios lo ha creado todo -mantiene el ser en el ser-, pero al Hombre, a cada hombre, lo crea de a uno, varón y mujer, naturaleza enriquecida por la gracia. Lo crea libre, para que libremente se reconozca su creatura, opte por El.

Pero el Hombre, libre para el amor, se autodaña en el PECADO, que es rebelión y rechazo, opción por el

desvalor; el jardín inicial se convierte en mundo amenazante, Caín mata a su hermano, Babel y Diluvio. Desemboque en la muerte.

Pero el Creador vuelve a recrearlo todo en JESUCRISTO. Ofrece al Hombre el perdón, la nueva posibilidad de la Gracia, su amistad y filiación. En la muerte de Jesucristo, asumida, la vida. En su Evangelio, una nueva y correcta escala de valores donde lo religioso y lo ético se conjugan abriendo al Hombre horizontes donde lo divino y lo humano encuentran mutua y plena realización.

Es posible un HUMANISMO CRISTIANO allí donde nada de lo legítimamente humano es negado, sino que abierto a lo trascendente encuentra el culmen de su identidad. "Homo vivens, gloria Dei": Dios se manifiesta del todo cuando el Hombre es afirmado en plenitud.

Desde una perspectiva filosófico teológica del Hombre la Medicina se siente también interpelada, encuentra nuevos niveles de dignificación, aparece como ámbito privilegiado de acompañamiento y servicio a los hombres en los momentos densos de la vida-muerte, del dolor-alegría, de la enfermedad-salud... Si la Medicina se inscribe en el contexto de un Humanismo correctamente formulado, es arte, sabiduría y sacerdocio.

LAS HUMANIDADES FRENTE A LA MEDICINA

Dr. Oscar Caeiro *

En nuestro mundo especializado -casi diría de ignorancias especializadas- puede resultar insólito, decididamente intempestivo, que un literato hable ante médicos de la importancia que acaso tengan el humanismo o las humanidades para la medicina. Quiero ser justo y me imagino que la situación inversa no resultaría menos extraña, es decir: si alguno de Uds. fuera a explicar a gente que se dedica a las letras o a la filosofía, por ejemplo, la importancia que acaso la medicina tiene para sus estudios. Claro, a poco pensar se podría advertir que no es lo mismo el saber rigurosamente delimitado de los médicos que la aspiración a comprender la generalidad de la vida y el ser que implican las humanidades en su conjunto o en cada una de sus áreas. Y, por otra parte, la enfermedad obliga a todos, humanistas o no, a reconocer cuánto dependemos de los médicos; mientras no resulta tan clara la necesidad o utilidad de las humanidades. De todas maneras conviene que quienes nos dedicamos a lo uno y a lo otro tengamos cierta apertura que nos haga ver por los menos la dimensión de nuestras respectivas ignorancias.

Sigue siendo a mi entender muy útil, en su ejemplar lucidez y sobriedad, el estudio que publicó Jorge Orgaz bajo el título **El humanismo en la formación del médico**. Yo no puedo adoptar su punto de vista, porque él habla naturalmente como médico. Pero, ¿cómo no reconocer el acierto de sus interpretaciones, por ejemplo cuando señala "el predominio creciente de lo maquinístico-tecnológico a expensas de lo intelectual y ético espiritual"?¹; ¿qué puede comprobar aun quien ve la medicina desde afuera? Es tesis de Orgaz que el humanismo "crea en el médico el irrenunciable hábito de razonar, de sumar conciencia a la ciencia..." y que contribuiré a "formarlo para

* Profesor Titular de literatura alemana.
Universidad Nacional de Córdoba.

su autodescubrimiento”². Estas y otras afirmaciones me animan, pues, a hablar sobre los posibles aportes del humanismo o las humanidades a la medicina lo mismo que a otros campos de la actividad, del saber humanos.

Para salir de la selva de los muy diversos significados que ha recibido la palabra “humanismo”, se pueden recordar datos históricos. Por ejemplo que a finales del siglo XV, en Italia, cuando surgió el término “humanista”, se utilizaba para “designar a los profesores de las **humanas litterae** y distinguirlos de los teólogos y juristas”.³ Se trata de un fenómeno del Renacimiento europeo, que está en el origen de la época moderna; las mencionadas **humanae litterae** eran en realidad las lenguas y literaturas llamadas clásicas, que en ese momento fueron experimentadas por muchos como una novedad deslumbrante. Y hay que indicar que este movimiento intelectual, aunque llegó a las universidades, no empezó en ellas: describe un historiador a los “humanistas ambulantes” que iban de palacio en palacio o de ciudad en ciudad ofreciendo sus conocimientos y viviendo de la paga que les daban.⁴ Pronto el humanismo llegó a ser una técnica de enseñanza, una norma de sociabilidad, una visión particular de la cultura.

Hay mucha distancia, se dirá, entre todo eso y la actualidad. Pero todavía se mantienen ciertos rasgos: por ejemplo que cuando se habla de humanismo se entra en una cuestión pedagógica o formativa; que algo tiene que ver con las “letras humanas”; que paradójicamente surge en la época moderna pero recoge elementos antiguos... Tomo otro dato de la bibliografía médica, un artículo sobre “Comunicación y las humanidades: la naturaleza del nexo”, publicado en **Mayo Clinic Proceedings**. Insiste su autor en el valor decisivo de “la comunicación entre médico y paciente” y en que resulta profundamente “destrutivo” el que se mantenga la “distinción entre ciencia y humanidades”⁵. Y al hablar de éstas aporta los resultados de una investigación hecha en la Universidad de Sydney según la cual alumnos con especial capacidad en literatura e idiomas tienen más asegurado el éxito en cursos de medi-

cina que los que se han destacado en matemáticas y ciencias.⁶

Me interesa ahora destacar que este autor, cuando se refiere a las “humanidades”, piensa concretamente en literatura e idiomas; se podría agregar arte en general, porque hace referencia a lo estético. Su argumentación, además, parte del papel central que la comunicación, favorecida por estas condiciones “humanistas”, tiene en el acto médico. Ahora bien, agrega que es importante la literatura, lo mismo que la ciencia, porque ambas acostumbra a “debatirse creadoramente con problemas”; señala por otra parte que las “preocupaciones” que aparecen en la literatura son las de médicos y pacientes (el amor, el nacimiento, la muerte, el sufrimiento, etc.).⁷ En realidad no sólo la literatura, sino también las otras artes, la filosofía, la historia tienen similar valor formativo, para los médicos y, en general, para toda profesión, para todo hombre.

Una de las dificultades máximas de las humanidades en la actualidad consiste en su inserción en la vida concreta. No se puede solucionar a la fuerza -y lo dice el autor del artículo que cito-⁸ acaso obligando a seguir cursos de literatura, de arte, de idiomas, etc. Tampoco es verosímil esperar de buenas a primeras que en estos tiempos múltiplemente masificados la gente reciba a los representantes de las humanidades con la avidez con que recibían en la Italia renacentista a los primeros humanistas. No es fácil lograr que se produzca el proceso interno y decisivo por el que una persona empieza a darse cuenta de que necesita conocer ciertas cosas que antes consideraba superfluas o insustanciales. Y más si se tiene en cuenta el ritmo incesante del trabajo profesional, al que se agrega generalmente un cúmulo de lecturas o estudios especializados... ¿De dónde sacar tiempo?

¿Se imaginan Uds. que voy a acabar hablando del ocio? Me dirijo especialmente a los jóvenes, de quienes sé que son en general deportistas más disciplinados que lo que fuimos los de otras generaciones. Pero, fuera del deporte, que es una necesaria ejercitación corporal, ¿qué papel le asignan al ocio en sus vidas, o piensan que es algo que corresponde a los vagos, a los que no cumplen

con su trabajo? Históricamente el ocio estuvo vinculado con el culto, como se puede ver en el descanso bíblico, y en disposiciones similares de las costumbres de griegos y romanos:⁹ consistía en un sector de espacio y de tiempo consagrado a Dios o a los dioses. Puede además sorprender el dato etimológico de que la palabra “escuela” deriva de un término griego que significa... ocio.¹⁰ Algunas situaciones concretas servirán de ilustración: el que ora en un templo está practicando una forma de ocio; el que asiste a una escuela, el que escucha un concierto, el que ve en el cine o la televisión una película artísticamente valiosa, el que lee un libro digno, son ociosos; también el que se queda contemplando un paisaje. Sin el ocio no existirían las “humanidades”, no habría “humanismo”, le faltarían al hombre muchos momentos creadores, en que se ve a sí mismo, ve a los otros y ve el mundo bajo una luz nueva. El mismo científico, si no interrumpiera de vez en cuando el trabajo de la razón, si no dejara su espíritu de a momentos abierto en el ocio a ideas súbitas, se empobrecería. No todo lo consigue el trabajo. No todo lo consigue el ocio.

Una conocida estrofa de Borges, la primera del “Poema de los dones”, en que alude al momento de su vida cuando se quedó ciego y fue nombrado director de la Biblioteca Nacional, dice: Nadie rebaje a lágrima o reproche / Esta declaración de la maestría / De Dios, que con magnífica ironía / Me dio a la vez los libros y la noche”.¹¹

Pensemos como ha logrado transformar así el momento que naturalmente brota de quien ha empezado a padecer la ceguera: en gesto de contención estoica se niega a llorar, siente el desgarrador enigma de la decisión divina y él, el poeta, que habla de la “maestría” de Dios, da en realidad una prueba más de su propia maestría logrando esta especie de intemporal música de las palabras. Tal es la dimensión de la vida -en este caso se puede decir de una enfermedad- que muestran las humanidades, cuya materia prima consiste, precisamente, en la obra de los grandes espíritus, obra brotada del ocio y que requiere también la receptividad del que sabe estar ocioso.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Jorge Orgaz, **El humanismo en la formación del médico**, Buenos Aires, Losada, 1977, p. 10.
- 2 - *Ibidem*, pp. 14, 22.
- 3 - Friedrich Heer, **Humanismo abierto**, Editorial Estela, 1968, p. 18.
- 4 - Robert F. Arnld, **Cultura del Renacimiento**, Barcelona, editorial Labor, 1936, p. 44.
- 5 - J. Miles Little, M.D., M.S. “Communication and the Humanities: The Nature of the Nexus”, en **Mayo Clinic Proceedings**. Vol. 68, Sept. 1993, Number 9, p. 921.
- 6 - *Ibidem*, p. 922.
- 7 - *Ibidem*, p. 922.
- 8 - *Ibidem*, p. 922.
- 9 - Josef Pieper, **El ocio y la vida intelectual**, Madrid, Rialp, 1962, pp. 66 y ss.
- 10 - *Ibidem*, p. 12
- 11 - Jorge Luis Borges, **Obras completas**, Bs. As., Emecé, 1974, p. 809.

MEDICINA Y HUMANISMO

Berta Glatstein de Klimovsky *

La aparición de la enfermedad es anterior al hombre en la historia del Universo. Como el hombre emerge en el enorme escenario de la Naturaleza posteriormente a otros especímenes de la escala zoológica, los seres vivientes preexistentes encontraron antes que él ciertos recursos curáticos como el sol, el aire o el agua, para combatir sus males.

La historia se ha enfrentado, en consecuencia, antes con la enfermedad que con el hombre. Cuando se comienza el estudio de los medios aplicados por el género humano para proteger su salud y combatir la enfermedad, desde la antigüedad hasta el presente, en ese momento se inicia la Historia de la Medicina. Podríamos decir entonces que ella es la descripción analítica de la lucha del hombre contra el dolor y la muerte. Eso por un lado.

Cuando hablamos de humanismo, estamos refiriéndonos a un concepto amplio que puede abarcar actitudes distintas, pero complementarias. De una manera generalizadora, se puede referir a todo movimiento centrado en torno del hombre y sus problemas; así definido, el humanismo y el humanista han existido siempre.

Por otra parte, por razones históricas, el humanismo ha sido designado también como un movimiento cultural aparecido en el siglo XV y que, desde Italia, fue extendiéndose por toda Europa Central y Occidente como preparación previa para el Renacimiento. De ahí que, para el tema que hoy pretendemos exponer, me resulta más cómodo adoptar el término **humanitarismo**, en su concepto de quien mira o se refiere al bien del género humano. De ninguna manera desconozco el tronco común de ambas expresiones.

El extenso abanico que se puede abarcar diciendo "al bien del género humano" comienza desde la **caridad**, en su acepción de limosna que se da, o auxilio que se presta a los necesitados, que personalmente considero

sólo puede ser útil en situaciones muy puntuales y breves, dado que de por sí establece una distancia entre el dador y el receptor en planos totalmente desiguales. Continúa con la **solidaridad**, donde la adhesión se da entre ambas partes interactuantes en un plano de igualdad y puede terminar en la **justicia**, virtud que inclina a dar a cada uno lo que le pertenece.

Si queremos mancomunar los términos Medicina - Humanitarismo, debemos tener en cuenta qué busca el paciente en situaciones de crisis de su salud, cuando recurre a la Medicina y a sus oferentes, los médicos. Sin duda que en primer término, su capacidad técnico - científica; pero al mismo tiempo, si la Medicina es la Ciencia y el Arte de curar, todo arte lleva implícito un componente de sensibilidad que no debe estar ausente y que el enfermo necesita y demanda en la misma proporción que lo técnico-científico.

En este convulsionado fin de siglo en el que todos estamos sujetos a tensiones sociales, el stress, la inseguridad e inestabilidad en el trabajo, etc. -elementos estos que desestabilizan a los individuos y acrecientan los "gritos del cuerpo" que se transforman en síntomas - los pacientes esperan de la Medicina y sus representantes, los médicos, ser escuchados y comprendidos más allá de un dolor físico o una manifestación anatómica; el enfermo necesita sentirse considerado como un ser **humano global** que sufre. Precisa dejar de ser un "cráneo", un "abdomen agudo", un "cáncer" o un "trasplante", para pasar a sentirse contenido. Como paciente, y con la particularidad de haber sido durante 35 años paramédica de este Hospital, no puedo dejar de tener en cuenta todas las cargas que el médico lleva, en sus espaldas; a la problemática anteriormente expuesta para la generalidad de la gente y a la que no permanecen ajenos, debe sumarse el temor del profesional a errar el diagnóstico o la terapéutica y hasta a enfrentarse con la muerte de su asistido. Si sumamos a todo esto el Sistema de Salud imperante, cada vez más sofisticado tecnológicamente, pero al mismo tiempo más despersonalizado, sentimos que la brecha asistente-asistido se hace cada vez mayor.

Tal vez mis reflexiones lleven a pensar a muchos

* Paciente asistida en el Hospital Privado.

de los presentes, que sueño con un sistema de utopía imposible de llevar a cabo en el mundo actual, pero no es así.

Tengo muy claro que la **Medicina debe ser rentable** para poder funcionar; pero esa rentabilidad debe ir escoltada por la excelencia de la calidad, la honestidad de su ejercicio y la calidez humana del trato con el paciente. Desde los albores de la fundación de este Hospital, llevada a cabo por profesionales serios, probos y líricos, el mundo se ha transformado aceleradamente. El supuesto fin de las ideologías, la globalización de la economía, la velocidad de la información, hacen que se pierda la imagen integral del individuo. Pero los ciclos de la Historia se modifican, modelan, aceleran o retardan, siempre con el hombre dentro de ellos.

En tanto la Medicina considere al paciente como un **caso de** y lo trate como tal, no se podrá lograr el equilibrio necesario entre el derecho del médico a hacer respetar sus conocimientos, brindando oídos y comprensión al que padece, y el derecho del paciente a ser escuchado e interpretado en su condición de ser humano.

Colofón:

Con distintos enfoques pero con algunos argumentos iguales, todos nos hablan de volver al humanismo; y la eterna pregunta:

¿operaré medicamento mejor: -

Con una única respuesta: quizás no, quizás sí, pero seguro **operaré diferente.**

R.J. Madoery

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

Mujer de 68 años que se interna por shock con fibrilación auricular. La historia reciente indicaba que en los últimos 7-8 días la notan deteriorada, inestable, con varias caídas, y en una de ellas tiene un traumatismo frontal y en brazo derecho, hematoma y pérdida de piel en un área de 5 cm en cara interna del dicho brazo.

En el día de la internación tiene disnea y un servicio de emergencia constata hipotensión, y la trae al Hospital. En la guardia está en shock con 60 de sistólica, fibrilación auricular de alta frecuencia, soporosa, inquieta, desorientada. Frecuencia respiratoria de 26 y sin fiebre. Durante las 6-7 horas que pasa en UTI hasta su muerte se hace cardioversión eléctrica y pasa a ritmo sinusal. Continúa en shock a pesar de dopamina y fenilefrina. Se sacan muestras de hemo y urocultivos. El laboratorio revela 41.600 GB con cayados 16, segmentados 66, linfocitos 7, y monocitos 6. La urea es 114, la creatinina 2,62, potasio 3, Hto 37 %, pH 7,27 con bicarbonato de 18. La Rx de tórax muestra solo refuerzo de trama. Recibe amikacina.

El fallecimiento es 8 horas después de internada.

La enferma había sido vista en el Hospital unas 200 veces entre 1972 y 1995. Sus problemas crónicos, estables eran obesidad mórbida, entre 90 y 120 kilos, hipertensión arterial, hipotiroidismo con reemplazo tiroideo crónico y frecuentes caídas en los últimos 5 años. Había sido histerectomizada en 1987. Tenía una litiasis renal verificada en 1990 e historia de frecuentes infecciones urinarias. Había sido vista varias veces entre el 93 y 95 con hipokalemia 2,7 a 3,5 m/e. Recién en su última consulta que fue en Marzo de 1995 confesó el uso de remedios para adelgazamiento que se interpretaron como causa de la hipokalemia. Durante todo el período de observación, la enferma tenía problemas psiquiátricos y de comportamiento bien evidentes con conflictos personales y familiares que no parecían nunca solucionados. Se registran unas 30 ó 40 consultas psiquiátricas entre 1972 y 1996. Además de estos trastornos, durante un período no determinado se registra abuso o uso alcohólico no bien definido.

Moderador: Dr. Enrique Caeiro *
Discute: Dr. Miguel Angel Paganini **
Anatomía Patológica: Dra. Norma Canals ***
Hospital Privado.

DISCUTE:

Dr. Miguel Paganini

Estamos frente a un paciente que en los últimos 24 años, consulta periódicamente a nuestro Hospital. Lo más destacable es la **depresión** vista desde 1972 con consultas periódicas cada 2 meses.

Estuvo recibiendo Tricíclicos y Benzodiazepinas, pero también consultas frecuentes multisintomáticas con piernas pesadas, cansancio, mareos, falta de memoria y dolores atípicos. El Servicio de Clínica Médica en los últimos 10 años, tiene registrado 78 consultas.

Otro problema a considerar es la **obesidad** difícil de manejar en los pasados 20 años, con tratamiento para dietas, intentos frustrados, hasta que finalmente consulta con un homeópata, indicándole una receta magistral. Desde 1993 a 1995 presenta en reiteradas oportunidades, hipocalemia, sin causa aparente, hasta que la familia revela la toma de medicamentos homeopáticos.

Otro tema a considerar es la **hipertensión arterial** moderada, de fácil manejo. También presentaba un **hipotiroidismo** hace 20 años.

Presentó **infecciones urinarias** recurrentes. El urograma mostró litiasis en riñón izquierdo, atribuyéndosele ésto, a su infección. **Etilismo** consignado en varias oportunidades en la historia clínica. Presentó abusos alcohólicos pero lo negó siempre.

Los dos últimos años presentó glucemia elevadas de 115 a 130 mg, sin embargo meses antes tenía curva de tolerancia a la glucosa normal.

Presentó una **caída** días previos a la consulta. Consultó con el neurólogo no hallándose nada en el examen físico, sólo signos extrapiramidales que fueron interpretados o atribuidos a la medicación recibida.

Esto anteriormente mencionado son los antece-

* y ** Medicina Interna.

*** Anatomía Patológica.

dentes.

Ahora analizaré el evento final que la llevó a la muerte en pocas horas.

Evidentemente la paciente entró en shock, hipotensa con mala perfusión periférica, oligoanúrica, deterioro franco de la función renal (si comparo que su función renal era normal antes) con una creatinina a su ingreso de 2,62 sumado a un deterioro rápido del sensorio, ya que cuando la ve el servicio de emergencia estaba lúcida y al llegar al Hospital se deteriora rápidamente.

EN RESUMEN: Estamos frente a una paciente con estado de shock donde deben plantearse las siguientes posibilidades como causa desencadenante:

- a) Shock hipovolémico
- b) Shock cardiogénico
- c) Shock por obstrucción de arterias
- d) Shock séptico.

Consideraré cada uno de ellas:

a) Shock hipovolémico: No hay antecedentes de hemorragia con hematemesis o melena, no hay úlcera péptica a pesar que esto no invalida las cosas. El hemocrito era normal a su ingreso, sin signos de hipovolemia, por lo que lo descarto. El otro hecho en contra, es la leucocitosis con 41.000 glóbulos blancos.

b) Shock cardiogénico: La paciente tenía factores de riesgo para enfermedad coronaria. Había sido obesa e hipotensa, sin embargo el electrocardiograma del servicio de emergencia mostraba taquicardia sinusal y no había signos de isquemia. Lo mismo ocurre al llegar al hospital, donde se constataba una fibrilación auricular y no isquemia. Recordando que la fibrilación auricular es la taquiarritmia que más complica al infarto agudo de miocardio. También presentaba hipokalemia, probablemente debida a la medicación homeopática, teniendo en cuenta que puede haber contribuido también, el reemplazo de la hormona tiroidea y no sé bien si pudieron tener relación los tricíclicos. No hay enzimas especificadas en la historia clínica para pensar en un proceso isquémico. Una de las cosas que hacen manejar esta posibilidad, es que la fibri-

lación auricular, revirtió con cardioversión y sin embargo su shock siguió igual y no respondió a la epinefrina ni a la dopamina.

c) Otro gran grupo de causas de shock, son los eventos relacionados con obstrucciones vasculares. Los que entraría a analizar son: embolia pulmonar, taponamiento cardíaco, pero no tengo muchos elementos para pensar en eso. No hay elementos ni antecedentes de trombosis venosa ni taponamiento pericárdico. La radiografía de tórax era normal al igual que la aorta.

d) Finalmente lo más parecido a su cuadro, sería un shock de origen séptico. Sabemos que días previos a su internación tuvo una caída con lesión en el brazo derecho, esfacelación de la piel con calor y rubor local, leucocitosis 41.000 con 47 % de neutrofilia, formas inmaduras, transaminasas elevadas de 140 a 150. Esto haría pensar en un shock séptico. No tuvo fiebre constatada en el hospital, ni en su casa.

El shock séptico es la tercera causa más frecuente de muerte en los EE.UU. La mortalidad asciende al 35 a 40 % de los casos, debido a gérmenes Gram (-).

El hecho de que un paciente venga con esa infección extrahospitalaria es rara, salvo que presente un factor predisponente o agravante como: edad avanzada, alcoholismo, procesos neoplásicos, compromiso del sistema inmune, cirugía, cirrosis, etc.

En un paciente relativamente sano con un cuadro de sepsis debería pensarse en: Stafilococo o Meningococo. En todo proceso séptico hay puerta de entrada. Lo más frecuente es: aparato urinario, pero tiene urocultivo negativo y por lo tanto lo descarto. Quedaría por pensar en piel, más aún pensando en la lesión que traía de su brazo derecho.

EN RESUMEN: Creo que la paciente fallece como consecuencia de un shock séptico, cuya probable puerta de entrada sea el brazo derecho y que el germen supuesto que lo causó, sea el Stafilococo.

Dr. Enrique Caeiro (p): La historia de este paciente es muy compleja en relación a los hechos finales. Existe o se plantea la duda sobre si la paciente estaba ya enferma y luego se cae y se golpea el brazo o si estaba sa-

na y por causas posturales se cae y se lesiona el brazo sin estar previamente enferma. No podemos saber exactamente. No conocemos el día de su caída ni su magnitud. Hay una historia confusa con respecto al episodio final. Lo que parece claro es que parece que muere a partir de una infección en piel como puerta de entrada.

Dr. Estrada: Me parece que la paciente tiene factores de riesgo para embolia pulmonar, como la fibrilación auricular, obesidad e hipertensión arterial.

Dr. Campana: Lo importante a considerar es el hecho de las caídas. ¿Esto habría sido un problema cardíaco?:

Dr. Enrique Caeiro (p): No, no eran sincopales. Estaba relacionado con su estado postural, su obesidad, sumado a una ataxia por la ingesta de alcohol etc. De modo que las causas son complejas y no me parecen sincopales.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Dra. Norma Canals

Lo más llamativo del examen externo, era una lesión en brazo derecho que medía 27 cm de diámetro eritematoviolácea, que comprometía cara interna, externa y llegando hasta el vértice axilar. Presentaba bordes geográficos sobreelevados y centro deprimido con edema. Al corte fluía líquido serosanguinolento y llamaba la atención que no se podía reconocer estructura anatómica alguna, ni disecar planos musculares, no se distinguía piel del tejido celular subcutáneo.

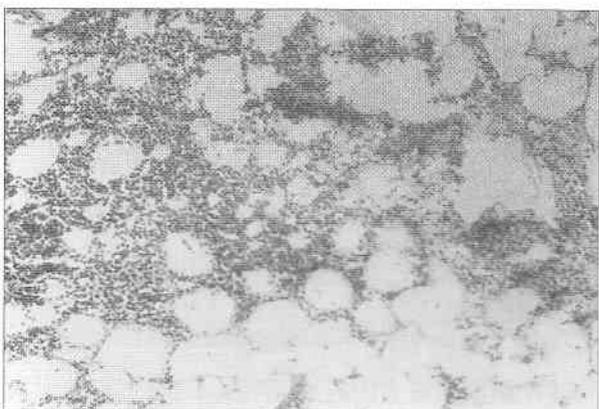
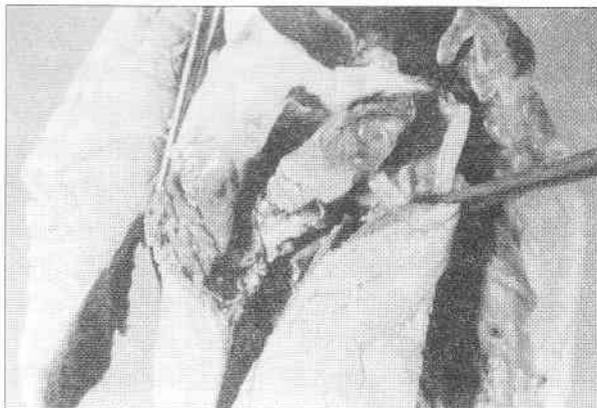
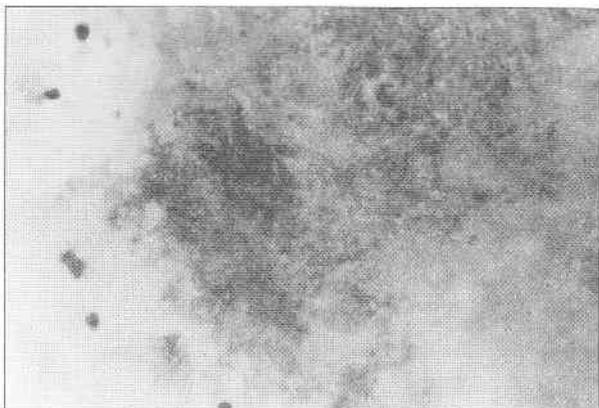
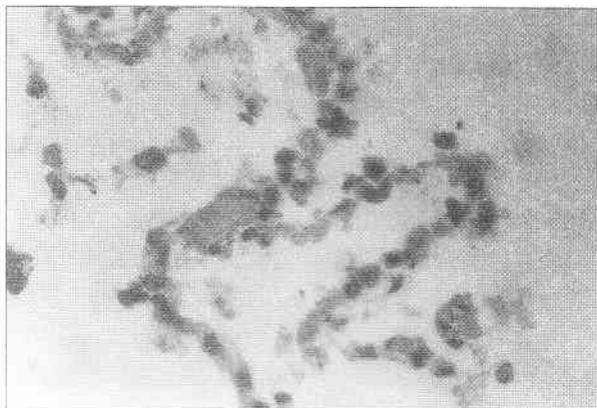
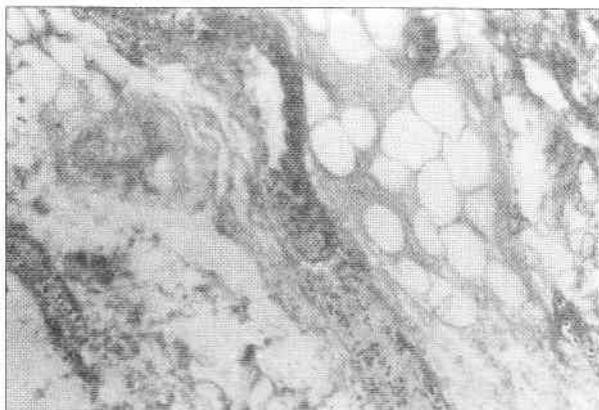
MICROSCOPIA: Los cortes histológicos muestran necrosis extensa epidérmica, con obvia pérdida de estructuras anexas, cuyo compromiso isquémico se extiende hasta la capa muscular y tejido celular subcutáneo, donde se reconoce intenso infiltrado inflamatorio a predominio de polimorfonucleares neutrófilos con abundantes células plasmáticas, trombosis vasculares y elementos cocoides en todo el espesor del tejido. A la presión fluía una sustancia amarillenta amarroada en forma de comedón cuya traducción histológica era una colección purulenta con linfofocitosis celular (absceso) con necrosis y hemorragia.

Otro dato llamativo es la ruptura de las paredes de los vasos sanguíneos, con desaparición del endotelio y necrosis sumado a la visualización de trombos sépticos.

La presencia histológica de necrosis epidérmica, destrucción muscular y absceso conforman una entidad anátomo-patológica denominada “celulitis y fascitis necrotizante”, producida por lo general por el Streptococo Beta hemolítico del grupo A. A raíz de lo acontecido se instaló un trombo en ventrículo derecho de 8 cm de longitud, sin ocasionar infarto, cuyos cortes histológicos demostraron fibrina, coágulos sanguíneos entremezclado con colonias de cocos. Esto ocasionó colonización sistémica en hígado, bazo, suprarrenales, piel y una coagulación intravascular diseminada.

DIAGNOSTICO FINALES

- 1) Fascitis y celulitis necrotizante debido a Streptococo beta hemolítico grupo A, en brazo derecho que ocasionó coagulación intravascular diseminada con septicemia y;
 - a) Trombo séptico ventricular derecho con emergencia hacia arteria pulmonar y coagulación intravascular diseminada.
 - b) Absceso renales y pequeño infarto derecho con esclerosis glomerular sumado a coagulación intravascular diseminada.
 - c) Coagulación intravascular diseminada a nivel intestinal, suprarrenales y bazo.
 - d) Hígado y Bazo de shock.
- 2) Cálculo mixto de 1,3 cm de diámetro enclavado en el cístico.



*¿Quieres ser rico? Pues no te afanes en aumentar
tus bienes, sino en disminuir tu codicia.
Epicuro*