



EXPERIENCIA MEDICA

Volúmen VIII - N° 1
Enero / Marzo 1990

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

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

Registro Nacional de la
Propiedad Intelectual
N° 12981

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

Editor Responsable
Daniel Alberto Allende

Comité Editorial:

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



SUMARIO

CONFERENCIA CONFERENCE

- * Es necesario aún operar los cánceres de esófago? 3
Should esophageal cancer be operated?
Palabras claves: cáncer, esófago, tratamiento.
Key words: cancer, esophagus, treatment

TRABAJOS ORIGINALES ORIGINAL PAPERS

- * Carcinoma Renal. Análisis de 50 casos..... 7
Renal Carcinoma. Review of 50 patients
Palabras clave: carcinoma, riñón.
Key words: carcinoma, kidney
- * Evaluación del Flumazenil en la reversión de la
anestesia con Midazolam - Fentanilo para
colonofibroscopia. 12
Evaluation of the antagonist action of Flumazenil in
Midazolam - Phentanyl anesthesia.
For Fibrocolonoscopy.
*Palabras claves: Flumazenil, Midazolam - Fentanilo,
anestesia, colonoscopia.*
*Key words: Flumazenil, Midazolam - Phentanyl,
anesthesia, fibrocolonoscopy.*
- * Anoplastia de Sarner. 16
Sarner's anoplasty.
Palabras claves: ano, anoplastia, Sarner.
Key words: anus, anoplasty, Sarner.
- * Problemas a la consulta clínica en los pacientes de
la tercera edad..... 20
Elderly patient problems in clinical consultation.
Palabras claves: ancianos, clínica.
Key words: old age, clinical evaluation.
- * El Continuum gris amígdalo - sublentículo - estrial
(Amígdala extendida) en el telencéfalo basal mamífero
Revisión..... 25
Extended amigdala in basal telencephalus. Review.
Palabras claves: amígdala extendida, telencéfalo.
Key words: extended amígdala, telencephalus.
- * Duplicación de la vesícula biliar. 29
Gallblader duplication.
Palabras claves: vesícula biliar, anomalía.
Key words: gallblader, anomaly
- * Reglamento de Publicaciones. 32

NOTA DEL EDITOR:

La revista Experiencia Médica se complace en publicar la conferencia del Profesor J. L. PEIX, de Lyon, y agradece al autor la importante colaboración.

*El saber es la
parte más
considerable de
la felicidad*

Sófocles

FE DE ERRATA:

En página 10 del Volúmen VII, Nº 4, a partir del renglón 12 del "Summary", debe decir:

LOW RISK (infections without admission)

HIGH RISK (were admitted to Hospital for treatment of infections or died of septicemia)

Conferencia

¿Es Necesario Operar aún, los Cánceres de Esófago ?

Prof. J. L. Peix, Lyon - Francia

La finalidad del tratamiento del cáncer de esófago, es doble:

1. Curar la enfermedad - raramente se logra.
2. Lograr alimentación normal y una vida confortable: debe buscarse sistemáticamente.

Hoy se discute la exclusividad del tratamiento quirúrgico, tanto por el radioterapeuta, como por el quimioterapeuta, el gastroenterólogo y el endoscopista.

Hay 4 posibilidades de tratamiento no quirúrgico, paliativo o curativo del cáncer de esófago: la quimioterapia, la radioterapia, la fotodestrucción con laser, la endoprótesis.

LA QUIMIOTERAPIA

Aunque muchos ensayos clínicos con monoquimioterapia exclusiva, han demostrado respuesta, la mayoría de los protocolos propuestos, corresponden a poliquimioterapia: C D D P + D V A + B L M (KELSEN) - C D D P + 5 F U (HELLERSTEIN) - C D D P + B L M + M T X (VOGUEL).

A la poliquimioterapia, la radioterapia asociada permite obtener acción locorregional y sistémica con potenciación de los efectos de la radioterapia. (COLLARIC, KELSEN, Wayne State University).

La asociación de estos protocolos a la cirugía, ha permitido mostrar la prueba formal de la eficacia de los mismos, entregando al anatómopatólogo, especímenes "esterilizados", en 25o/o de los casos.

LA RADIOTERAPIA

Puede tratarse de radioterapia externa (cobalto), irradiando el mediastino posterior, las regiones cervicales y subclaviculares, la región celíaca.

La plesiocurioterapia, utilizando alambre de iridio, ha sido propuesta para tumores de poco espesor o para obtener sobredosis complementarias.

La radioterapia ha sido propuesta como tratamiento curativo exclusivo. Pearson, administrando 60 a 75 Gy, ha obtenido 19o/o de curaciones a 5 años. Sin embargo, otras series de la literatura, muestran resultados de menos calidad, con excepción de los logrados en formas favorables T₁N₀.

La radioterapia paliativa permite mejorar la disfagia y disminuir el dolor. Dosis más débiles, del orden de 40 Gy, son suficientes, en general. Desgraciadamente, la mejoría es pasajera y dura algunos meses.

La asociación radiación-cirugía ha sido propuesta extensamente. Permite aumentar la tasa de reseccabilidad sin incrementar la morbilidad operatoria, siempre y cuando no se empleen sobredosis.

La radioterapia post-operatoria ha sido igualmente propuesta para esterilizar focos residuales y como complemento de una resección incompleta. Permite una disminución de las recidivas mediastinales; el pronóstico depende de la invasión ganglionar.

EL LASER

La fotodestrucción del tumor por LASER, ha sido propuesta recientemente. Es una monoterapia que permite la destrucción tumoral, después de la dilatación. Este tratamiento soluciona la disfagia, necesita sesiones repetidas y no está exento de peligro de perforación.

La utilización de protocolos combinados, asociando la quimioterapia, el laser y la radioterapia, han sido propuestos también.

La terapéutica fotodinámica ha sido propuesta igualmente para lesiones pequeñas y superficiales.

LOS TRATAMIENTOS ENDOSCOPICOS

Este tratamiento endoscópico después de la dilatación de la estenosis, consiste en la colocación de una endoprótesis (Celestín). Es un tratamiento paliativo que permite prolongar los efectos de la dilatación.

Tiene límites técnicos. La colocación de prótesis en lesiones cervicales o en la parte alta del esófago torácico, no es posible por la incomodidad que provoca la parte superior de la prótesis. Está igualmente contraindicada en tumores largos (más de 8 cm) y colocada en la parte baja del esófago crea, demostrando experimentalmente, un reflugastroesofágico severo.

La fístula neoplásica esófago-traqueal es una indicación de elección de este tratamiento.

La colocación de una prótesis tiene riesgos: de perforación, de la hemorragia de Mendelson. Las posibilidades de desplazamiento secundario son del 5 al 20o/o; las de obstrucción, 5 al 20o/o.

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Las contraindicaciones de la cirugía pueden tener causas motivadas por el terreno o algunas por el cáncer.

La mayoría de los enfermos con cáncer de esófago son pacientes etilistas y fumadores. No hay posibilidad de fijar una edad límite para la resección quirúrgica del cáncer. Más que la edad, la contraindicación operatoria está dada por afecciones asociadas. La función respiratoria debe ser cuidadosamente evaluada. No hay un criterio absoluto, pero la obtención de un VEMS y una capacidad vital, inferiores a 55o/o de los valores teóricos o un coeficiente de Tiffeneau inferior al 50o/o del valor teórico, constituyen un riesgo quirúrgico mayor.

Los estados nutricional e inmunológico deben evaluarse; 20o/o de estos pacientes

están desnutridos y 30o/o, son inmunodeprimidos. No existe aún, un criterio absoluto para establecer una contraindicación formal, pero la desnutrición y la inmunosupresión, son a menudo el reflejo de una extensión tumoral importante.

El estado de la función hepática debe tomarse en cuenta. Estos pacientes son portadores frecuentes de una insuficiencia hepatocelular. La existencia de una hipertensión portal con várices esofágicas no es en sí misma, una contraindicación operatoria, pero aumenta el riesgo quirúrgico. Utilizando la clasificación de Child, cuando estos enfermos presentan esclerosis hepática, la resección será reservada para los del Grupo A.

La extensión del cáncer representa por sí misma una contraindicación operatoria por irreseccabilidad del mismo. La presencia de voz bitonal hará suponer una extensión extraesofágica del tumor con parálisis del recurrente izquierdo, especialmente en lesiones del tercio medio. La radiografía de tórax permitirá poner en evidencia metástasis pulmonares; el tránsito esofagogastroduodenal es esencial para evaluar el sitio exacto y la longitud de la lesión. Subestima a menudo la importancia de la profundidad del tumor.

La ecografía puede revelar metástasis hepáticas y la esofagoscopía con la ayuda de colorantes (lugol o azul de toluidina) explora toda la mucosa, buscando lesiones multifocales.

La centellografía permite aunque no con mucha exactitud, localizar lesiones de mediastino. Permite detectar adenopatías que serán sospechosas si miden más de 10 mm.

La centellografía permite también evaluar la invasión aórtica (en la mitad de los casos) y la tráquea. En ocasiones demuestra metástasis pulmonares no detectadas por la radiografía.

La endoscopia permite apreciar la extensión en profundidad de los pequeños tumores. Pone en evidencia adenopatías lateroesofágicas sin precisar la naturaleza de las mismas.

Es igualmente útil para evaluar en tumores del tercio medio, la invasión aórtica, traqueobronquica, pleuropulmonar o pericárdica.

Formalmente no puede hacerse por imágenes, la diferencia entre invasión y rechazo y por ello, contraindicar la cirugía.

La comparación de los distintos exámenes con el conjunto de presunciones, puede

llegar a una certeza diagnóstica.

La traqueobroncoscopía es indispensable. Permite descubrir localizaciones múltiples, laríngeas, esofágicas, o traqueales; lo más importante distinguir entre rechazo e invasión de la mucosa.

Las contraindicaciones operatorias son pues raras.

Elas dependen poco de las imágenes (invasión traqueobrónquica, metástasis pulmonares o hepáticas). Por otra parte, un tumor grande (T₃), puede ser fácilmente extirpable. Del mismo modo, es difícil evaluar la invasión ganglionar en presencia de grandes adenopatías antracóticas.

En fin, las contraindicaciones operatorias dependen a menudo, del terreno.

Numerosas intervenciones han sido propuestas para la exéresis de los cánceres de esófago.

Retendremos la esofagogastrectomía por vía mixta, abdominal y torácica derecha u operación de Lewis Santy, el procedimiento más utilizado para las localizaciones de los tercios medio e inferior.

La esofagectomía por la triple vía, abdominal, torácica y cervical según AKIAMA, con una gastroplastía restroesternal tubulizada (MACKEONWN) o en la posición mediastinal posterior.

La toracotomía primera, preconizada por AKIAMA, permite decidir la elección y el sitio del transplante.

La esofagectomía sin toracotomía propuesta en 1933 por Turner, ha sido preconizada por ORRINGER.

Las indicaciones de estas esofagectomías están limitadas para muchos, a los tumores de los tercios superior y medio; para Orringer, representa la operación de elección para cualquier localización de un tumor resecable.

La esofagectomía por vía mixta, abdominal y torácica izquierda se utiliza menos en la actualidad, ya sea la operación de Sweet para el tercio inferior o la de Lortat Jacob, con descruzamiento, para los cánceres del tercio medio.

La faringolaringoesofagectomía para los tumores del esófago cervical y de la "boca" de Killian, incluirá según los equipos quirúrgicos: sea una esofagectomía total, sea una esofagectomía cervical aislada con reemplazo de asa intestinal microanastomosada al cuello, sea una esofagectomía total con reemplazo gástrico o cólico.

Después de la esofagectomía, el reemplazo de elección es el estómago. Presenta buena

vascularización, llega fácilmente al cuello, total o tubulizado, según el lugar del tumor y el hábito de cada uno.

Las plásticas con el colon, se indican con menos frecuencia; a veces se hacen necesarias, por una resección u operación gástrica que compromete al estómago como órgano de reemplazo. Las plásticas con colon tienen un buen funcionamiento pero complican la operación; se realizan con el fleon y colon derecho o con el colon transversal y ángulo esplénico.

El tratamiento quirúrgico puede ser exclusivamente paliativo: es la realización del cortocircuito, sea con la biexclusión esofágica de ambos lados del tumor con una gastroplastía, sea con drenaje esofágico inferior y gastroplastía a la manera de Kirschner y Postewaithe.

La esofagogastrectomía laterotateral, no se utiliza más por el marcado reflujo que provoca.

La gastrostomía y la yeyunostomía, con las incomodidades físicas y morales que producen, tienen indicaciones excepcionales.

De las múltiples operaciones, la elección está dada por el tipo de tumor (localización). La técnica de Lewis-Santy, por vía abdominal y torácica derecha, para los tumores de los tercios medio e inferior. Para las sesiones del tercio superior, la triple vía, haciendo la toracotomía primero parece la mejor.

Para los tumores de la "boca" de Killian, se propondrá una faringoesofagectomía con radioterapia y quimioterapia preoperatorias. Como existe una mutilación vocal importante, la indicación debe ser hecha con cuidado y con un fin curativo.

De acuerdo al estado general del paciente, hay indicación muy electiva de esofagectomía sin toracotomía después de radioterapia y quimioterapia.

El tratamiento quirúrgico produce en la actualidad, una mortalidad pequeña. En la estadística de nuestro maestro P. Maillet, en 271 enfermos operados entre 1974 y 1984, la mortalidad global fue de 10,3%. Si ésta fue de 26,30/o, entre 1974 y 1978, descendió a 3,80/o entre 1978 y 1984. Esta mortalidad es esencialmente debida a las complicaciones respiratorias y a las fístulas anastomóticas.

Las complicaciones respiratorias son las principales en este tipo de intervenciones. Se encontraron entre 15 a 20/o de los casos, de las cuales, un tercio fueron mortales. Fueron esencialmente atelectasias, bronconeumopa-

tías, síndrome de "distress" respiratorio del adulto o derrames pleurales bilaterales.

Las fístulas anastomóticas registradas en la literatura, tienen una frecuencia del 10 al 15o/o, de las cuales, una tercera parte fueron mortales. Son más frecuentes después de los cortocircuitos (23o/o) que después de la exéresis (12o/o). Debe señalarse también el sitio de la anastomosis. Las fístulas torácicas corresponden al 10o/o de los casos, la mitad de las cuales son mortales; las de cuello son el 20o/o, pero sólo la cuarta parte de ellas son mortales. No hay incidencia vinculada a la técnica o a haber recibido o no radioterapia preoperatoria.

Aparte de las mencionadas, las otras complicaciones inmediatas están representadas por el quilotorax (2o/o), parálisis recurrente provocando problemas respiratorios agudos al reiniciar la alimentación oral, insuficiencia hepática en los casos con función hepática precaria preoperatoria.

Los resultados alejados de todos los pacientes fueron de una sobrevida de 15o/o a los 5 años. Estos resultados variaron según el tamaño y extensión tumorales, la existencia o no de invasión en el límite de sección. Sin embargo, aún este caso, invasión del límite de sección, es compatible con una sobrevida de 5o/o a los 5 años. La persistencia de tejido tumoral residual después de la cirugía, se acompaña de una sobrevida de 5o/o a 5 años.

El lugar y el tipo de exéresis tienen también un papel pronóstico. Después de una faringoesofagectomía, la expectativa de vida a 5 años, es del 10o/o para el cáncer de esófago y de 25o/o, para el ubicado en la "boca" de Killian.

Los resultados funcionales son importantes en la cirugía con tasa de curación no superior al 15o/o, en el conjunto de los enfermos.

La desaparición de la disfagia es prácticamente constante. Esta desaparición de la disfagia se acompaña de un confort digestivo, satisfactorio y con secuelas comparables a la de las de la gastrectomía.

Los problemas anastomóticos tardíos aparecen en un 10o/o de los casos. Deben diferenciarse las estenosis cicatriciales de las anastomosis que pueden ser diladas, de las producidas por reflujo y por esofagitis biliar, que podrían indicar desviar el duodeno. Cualesquiera ellos sean, la aparición de problemas funcionales post-operatorios, deben hacer pensar primeramente en una recidiva.

En fin, en los casos de faringolaringoesofagectomías, las secuelas vocales son mayores

y la reeducación difícil, cualquiera sea el tipo de reemplazo utilizado.

El caso particular de los cortocircuitos permite observar la posibilidad de sobrevida paradójica. Sin embargo, los resultados son peores que en las exéresis (aún cuando éstas sean incompletas). 41o/o a 1 año y 17o/o a 2 años, después de exéresis, contra 18o/o a 1 año y 3o/o a 2 años por el cortocircuito.

EN CONCLUSION

Existe una esperanza de curación del cáncer de esófago, mediante la resección del órgano y la extirpación de los ganglios.

Las respuestas al tratamiento radiante y citotóxico son a menudo temporarias o parciales. Pueden ser adecuadas para una fase preparatoria para la cirugía. Por otra parte, la cirugía es el único medio de controlar la eficacia de un tratamiento radioquímico preoperatorio.

Si en el conjunto de enfermos, la sobrevida es de 15o/o a 5 años, en aquellas formas precoces (T₁ superficial), la sobrevida es de 70-75o/o. Estas cifras satisfactorias obligan al examen de poblaciones de alto riesgo (pacientes operados de cánceres ORL, enfermos con megaesófago, con esofagitis cáustica, etc.).

La mortalidad operatoria de los cánceres de esófago es baja en la actualidad. La mejoría de los resultados se obtuvo por diagnóstico precoz y por el tratamiento combinado. La cirugía asociada es mejor que la cirugía sola o las otras modalidades terapéuticas aisladas.

Debe recordarse que el cáncer epidermoide de esófago es ante todo una enfermedad regional y que después de 5 años, los pacientes sobrevivientes (25o/o de ellos) presentan una segunda localización, frecuentemente, en el área ORL. □

Trabajos Originales

Carcinoma Renal. Análisis de 50 casos

Dr. Sergio Metrebián

Dr. Manuel Goyanes

Dr. Daniel Roca

Servicio de Urología, Departamento de Cirugía,
Hospital Privado de Córdoba

RESUMEN

Cincuenta pacientes con diagnóstico de Carcinoma renal fueron estudiados y tratados en nuestro Servicio desde 1984 a 1989. Ellos constituyen el 89,30o/o de los tumores renales.

Los hallazgos clínicos más frecuentemente encontrados fueron: Hematuria (46,42%), lumbalgia (44,64o/o) y tumor palpable (32,14o/o). La triada clásica se presentó en el 16,06o/o. La eritrosedimentación elevada en el 52o/o de los pacientes fue el ítem de laboratorio de mayor incidencia.

El análisis retrospectivo de los estudios por imágenes reveló la utilidad y precisión diagnóstica de los mismos. El 49o/o de los pacientes fueron diagnosticados antes de los 3 meses, desde el comienzo de los síntomas, con un hallazgo incidental del 7,1o/o. El 50o/o de los enfermos tuvieron enfermedad localizada al momento del diagnóstico. (Estadíos I y II). La sobrevida global a los 2 años fue del 57,50o/o.

La evolución del conocimiento de los tumores renales es en realidad la historia de la osadía quirúrgica dentro de un microcosmos. La información obtenida de autopsias en relación con trastornos renales era escasa y fue solamente gracias a la introducción de la nefrectomía y de otras intervenciones quirúrgicas para enfermedades renales que pudo obtenerse la información clínica y la comprensión de la histopatología, bases

de nuestros conceptos actuales de los tumores renales (J.B. de Kernión).

La interpretación y las opiniones surgidas de dichas intervenciones datan desde 1826 con las observaciones de Koning, pasando por Robin (1855), Waldeyer (1867), Grawitz (1883), Albarrán e Imbert (1903), hasta las actuales de Glenn (1980).

Varias clasificaciones han sido adoptadas en un esfuerzo por reconocer e incluir las diversas neoformaciones que puedan afectar al riñón.

Teniendo en cuenta esos antecedentes históricos, las coincidencias clínicas, histopatológicas, la metodología diagnóstica y el abordaje terapéutico actual realizamos un análisis de los últimos 5 años en nuestro Servicio.

MATERIAL Y METODO:

Desde enero de 1984 a julio de 1989 estudiamos y tratamos 50 pacientes con carcinoma renal.

La metodología utilizada para el diagnóstico, estadificación y tratamiento es considerada:

- **Evaluación clínica:** se detalló lo siguiente:
 - Síntomas, signos y síndromes
 - Tiempo entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico

- Cuando ocurrió, precisamos los hallazgos incidentales y/o por metástasis.
- **Laboratorio:** se solicitaron los siguientes análisis:
 - Hemocitológico completo
 - Eritrosedimentación
 - Creatinina - Uremia
 - Fosfatasa alcalina
 - Hepatograma
 - Calcemia
 - Orina completa
- **Diagnóstico por imágenes:** se utilizaron de acuerdo con las posibilidades, las circunstancias y las condiciones del paciente los siguientes métodos para diagnóstico y estadificación de la enfermedad:
 - UIV con nefrotomograma
 - Ecografía
 - TAC
 - Arteriografía renal selectiva con o sin embolización
 - Tomografía lineal de tórax
 - Centellograma óseo total
 - Cavografía
- **Tratamiento:** de acuerdo al estadio tumoral se realizaron los siguientes procedimientos terapéuticos:
 - Quirúrgico: Nefrectomía:
 - Vía lumbar
 - Vía abdominal
 - Toraco laparotomía
 - Médico: tratamiento hormonal
 - Radioterapia
 - Tratamiento quirúrgico de las metástasis
- **Controles y seguimiento del enfermo:**
 - Examen clínico, laboratorio y Rx de tórax: cada 2 meses, por 1 año.
 - Centellograma óseo y ecografía de abdomen: cada 6 meses
 - TAC: 1 vez al año

Durante el segundo año las frecuencias del control clínico, laboratorio y Rx de tórax se realizan cada 4 meses y se mantiene la misma frecuencia para el resto de los procedimientos.
- **RESULTADOS:** los 50 pacientes evaluados nos permitieron analizar los siguientes resultados:
- **Edad:** los enfermos controlados tenían entre 31 y 78 años, con un promedio de 58,7 años. La distribución etárea es la siguiente:
 - 30 - 39 años: ... 3,57o/o
 - 40 - 49 años: ... 17,85o/o

- 50 - 59 años: ... 30,85o/o
- 60 - 69 años: ... 35,71o/o
- 70 - 79 años: ... 12,50o/o
- **Sexo:** treinta y un pacientes (62o/o) fueron varones, 19 pertenecían al sexo femenino (38o/o). La relación hombre/mujer fue 1,5/1.
- **Clínica:**
 - **Tiempo entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico:** Distribuimos a los pacientes en intervalos desiguales de tiempo:
 - Menos de 3 meses: ... 49o/o
 - 4 meses a 1 año: ... 20,90o/o
 - Más de 1 año: ... 30,10o/o
 - **Hallazgo incidental:** fue realizado en 4 pacientes (7,1o/o), los cuales presentaron carcinoma renal estadíos I - II.
 - **Hallazgo por metástasis:** se efectuó en 4 pacientes (7,1o/o). Las localizaciones donde se realizó el diagnóstico inicial son:
 - cerebro
 - llingua
 - pulmón
 - columna vertebral
 - **Síntomas, signos y síndromes:**
 - Hematuria: ... 26 pac. 46,42o/o
 - Lumbagia: ... 25 pac. 44,64o/o
 - Tumor: ... 18 pac. 32,14o/o
 - Pérdida de peso: 17 pac. 34o/o
 - Astenia: ... 11 pac. 22o/o
 - Síntomas gastrointestinales: ... 9 pac. 16,06o/o
 - Hipertensión arterial: ... 9 pac. 16,06o/o
 - Anorexia: ... 8 pac. 16o/o
 - Síntomas neurológicos: ... 5 pac. 10o/o
 - Insuficiencia renal crónica: ... 2 pac. 4o/o
 - Retención de orina 2 pac. 4o/o
 - Síndrome febril: .. 1 pac. 2o/o
 - Otros: ... 5 pac. 10o/o

Dolor en el tórax
Dolores óseos generales
Hemoptisis
Dolores abdominales
 - Triada (hematuria, dolor, tumor): ... 9 pac. 16,06o/o
 - **Laboratorio:**
 - Anemia ... 14 pac. 28o/o
 - Eritrocitosis: ... 2 pac. 4o/o
 - Eritrosedimentación elevada (N:): ... 26 pac. 52o/o

- Microhematuria: . 16 pac. 30o/o
- Creatinina - uremia elevadas: 4 pac. 8o/o
- Calcemia elevada: . 1 pac. 2o/o
- Hepatograma anormal: 0 pac. 0o/o
- **Diagnóstico por imágenes:**
- UIV: Efectuados: 35 pac. Positivos: 35 pac.
- Ecografía: Efectuadas: 25 pac. Positivas: 24 pac. Dudosa: 1 pac.
- TAC: Efectuadas: 14 pac. Positivas: 12 pac. Dudosas: 2 pac.
- Arteriografía: Efectuadas: 33 pac. Positivas: 31 pac. Dudosa: 1 pac. Errónea: 1 pac. (Quiste) Embolizados: 6 pac.
- Centellograma óseo total: Efectuados: 50 pac. Normales: 41 pac. Hipercaptación: 9 pac.
- Cavografía: Efectuadas: 2 pac.
- **Localización del tumor:**
- Riñón derecho: . . 24 pac. 48o/o
- Riñón izquierdo: . 25 pac. 50o/o
- Bilateral: 1 pac. 2o/o
- **Tratamiento:**
- Nefrectomía 42 pac. 84o/o
 - Lumbotomía: 2 pac.
 - Toraco-laparatomía: 3 pac.
 - Abdominal: 41 pac.
- Combinado: 5 pac. 10o/o
 - Cirugía + Medroxi-progesterona
- Médico: 2 pac. 4o/o
 - Medroxi-progesterona
 - Radioterapia
- No se realizó tratamiento: 1 pac. 2o/o
- Complicaciones: . . 6 pac. 12o/o
 - Intraoperatorias:
 - Esplenectomía traumática: . . 3 pac.
 - Desgarro vena cava: 1 pac.
 - Post-operatorias:
 - Hemorragia digestiva: 1 pac.
 - Eventración: . . 1 pac.

Estadío tumoral: luego de los estudios realizados y con la información histológica, los pacientes fueron clasificados según los hallazgos, obteniéndose los si-

guientes resultados:

- Estadío I: 15 pac. 30o/o
- Estadío II: 10 pac. 20o/o
- Estadío III: 10 pac. 20o/o
- Estadío IV: 13 pac. 26o/o
- No clasificados: 2 pac. 4o/o

Sobrevida: de los 50 pacientes enumerados, se controlaron 40 hasta 2 años del diagnóstico y tratamiento, los que son especificados por estadío:

- Estadío I:
 - 11/15 . . vivos 9 pac. 81,91o/o
 - fallecidos 2 pac. 18,18o/o
- Estadío II:
 - 9/10 . . vivos 7 pac. 77,77o/o
 - fallecidos 2 pac. 22,22o/o
- Estadío III:
 - 9/10 . . vivos 5 pac. 55,85o/o
 - fallecidos 4 pac. 44,44o/o
- Estadío IV:
 - 11/13 . . vivos 2 pac. 18,18o/o
 - fallecidos 9 pac. 81,81o/o
- Total:
 - 40/50 . . vivos 23 pac. 57,50o/o
 - fallecidos 17 pac. 42,50o/o

DISCUSION:

El carcinoma renal es un tumor relativamente raro, con una frecuencia del 3o/o de los procesos malignos del adulto, aunque constituyen el 83o/o de los tumores malignos del riñón.

La revisión de nuestros resultados y su comparación con los aparecidos en la bibliografía nos permiten realizar las siguientes consideraciones:

- **Edad:** aunque puede ocurrir en grupos etáreos más jóvenes, al igual que los datos considerados en la bibliografía, la mayor frecuencia se observó en las 5ta. y 6ta. décadas de la vida (66,56o/o).
- **Sexo:** en nuestra serie existe un leve aumento en la frecuencia del sexo femenino, ya que la relación hombre-mujer es del 1,5/1 comparada con la frecuencia de otras series donde la relación fue de 2/1.
- **Clínica:**
 - **Tiempo entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico:** si tenemos en cuenta que el 25 al 50o/o de los pacientes tienen metástasis en el momento del diagnóstico, y el 50o/o de los enfermos con enfermedad localizada inicialmente podrían desarrollar metástasis, magnifican aún más la

importancia del diagnóstico precoz en relación con la sobrevida de los mismos.

Destacamos que el hallazgo incidental del carcinoma renal fue el factor pronóstico más importante en relación con la sobrevida de los enfermos. En este trabajo el 49o/o de los pacientes fueron diagnosticados antes de los 3 meses. El hallazgo incidental es del 7,1o/o.

- **Síntomas, signos y síndromes:** la frecuencia de los mismos no difiere significativamente con la bibliografía. Observamos que la triada (hematuria, tumor, dolor) clásica, se presentó en el 16,06o/o.

Destacamos 2 enfermos con síntomas o síndromes de presentación poco frecuentes: Hemoptisis por metástasis en la llingula e insuficiencia renal crónica en un enfermo con tumor renal bilateral.

Hipertensión arterial en el 18o/o de los enfermos. Directamente relacionada con la patología, ya sea por oclusión segmentaria de la arteria o por elaboración de renina o sustancias similares.

Varicocele agudo izquierdo en 1 paciente con trombosis de la vena renal.

- **Laboratorio:** la observación de los resultados nos muestra que el hepatograma fue normal en nuestra serie. El promedio de la alteración en la bibliografía es de alrededor del 20o/o en ausencia de metástasis hepáticas. Es este el síndrome paraneoplásico más común asociado al carcinoma renal y un signo de mal pronóstico, ya que pocos pacientes sobreviven los 5 años.

La eritrosedimentación elevada se asoció a pacientes con estadio avanzado de la enfermedad.

- **Diagnóstico por imágenes:** el análisis retrospectivo de los estudios efectuados evidencian:

- La gran utilidad y precisión diagnóstica del UIV con nefrotomograma.
- El aporte de la ecografía como complemento del UIV en las lesiones quísticas e hipovasculares, en la estadificación abdominal y en lo que es más importante en el diagnóstico del carcinoma renal.
- La arteriografía renal sigue ocupando un lugar importante en el diagnóstico del carcinoma renal en cuanto a la precisión diagnóstica, 94o/o en nuestra serie, observando que en los casos en donde no realizó diagnóstico éstos correspondían a un tumor hipovascular y a un paciente portador de un tumor de células

transicionales que invadía el parénquima renal.

- La TAC permite diagnosticar con alta sensibilidad y especificidad la etiología de los tumores renales, la extensión local y regional de la neoformación, obviando en la mayoría de los casos la realización de procedimientos que aumentan la morbilidad, el costo de la estadificación y en muchos casos demorando el tratamiento.

- Destacamos que los procedimientos mencionados se realizaron conjuntamente en 4 pacientes.

- **Tratamiento:** la cirugía sigue siendo el único método efectivo para el tratamiento del carcinoma renal. Nosotros preferentemente utilizamos la vía abdominal transperitoneal con linfadenectomía regional. El índice de complicaciones intra y postoperatorias fue del 12o/o.

- **Estadificación:** utilizamos la clasificación de Flock y Kadesky modificada por Robson. El 50o/o de los pacientes tenían enfermedad localizada (Estadíos I y II).

- **Sobrevida:** la relación del estadio con la sobrevida de los enfermos teniendo en cuenta las posibilidades terapéuticas actuales resaltan la importancia del diagnóstico precoz.

En nuestra serie la sobrevida global a los 2 años fue del 57,50o/o.

En el estadio I la sobrevida del 81,91o/o contrasta con el 18,81o/o del estadio IV.



SUMMARY:

Between 1984 and 1989, 50 renal carcinoma patients were evaluated.

Hematuria, lumbar pain and a palpable mass were the most common clinical findings. High redcell sedimentation rate was the important laboratory finding. Diagnostic imaging is analyzed. When local disease (Stage I - II) Was diagnosed, 2 year survival was of 57,5%.

BIBLIOGRAFIA:

1. *Jean B. de Kernion: Localized primary renal cell carcinoma. Current Urologic Therapy* pág. 86. 1986.
2. *J. Edson Pontes: Metastatic Renal cell carcinoma. Current Urologis Therapy, pág. 92, 1986.*
3. *Robert B. Smith: Bilateral renal cell carcinoma and renal cell carcinoma in the solitary kidney. Current Urologic Therapy, pag. 94, 1986*
4. *Fray F. Marshall: Emoblization of the Kidney. Current Urologic Therapy, pag. 96, 1986*
5. *Charles J. Robson: Nefrectomía radical. Cirugía Urológica, James F. Glenn: pag. 97, 1986*
6. *Jackson E. Fowler, Jr.: Nefrectomy in Metastatic renal cell carcinoma. The Urologic Clinics of N. America: Vol. 14, Nro. 4, Noviembre 1987*
7. *Robert C. Flanigan: The failure of infarction and/or Nefrectomy in Stage IV renal cell carcinoma to influence survival or metastatic regression. Urologic Clinics of N. America - Vol. 14, Nro. 4, Noviembre 1987*
8. *Shem K. Blackley, Leopoldo Ladaga and col.: Ex situ study of the effectiveness of enucleation in patients with renal cell carcinoma. J. Urol., 140: 6 - 10, 1988*
9. *Eliahu Mukamel and col.: Incidental small renal tumors accompanying clinically overt renal cell carcinoma. J. Urol., 140: 22 - 24, 1988*
10. *Horst Zincke and Sabri E. Sen: Experience with extracorporeal surgery and autotransplantation for renal cell and transicional cell cancer of the kidney. J. Urol., 130: 25 - 27, 1988*
11. *Ian M., Thompson and Michael Peek: Improvement in survival of patients with renal cell carcinoma. The role of the serendipitously detected tumor. J. Urol., 140: 487 - 490, 1988*

Trabajos Originales

Evaluación del Flumazenil en la Reversión de la Anestesia con Midazolam - Fentanilo para Colonofibroscofia

Dr. Jaime Pogulanik

Servicio de Anestesia, Hospital Privado. Córdoba

Dra. Silvia Bertola

Servicio de Gastroenterología, Hospital Privado. Córdoba

RESUMEN:

Se evaluó la acción antagonista benzodiazepínica específica de flumazenil sobre 21 pacientes que recibieron anestesia i.v. con midazolam-fentanilo en procedimientos diagnósticos de colonofibroscofia. Todos los pacientes eran mayores de 18 años de edad, con un ASA I-II, utilizándose midazolam para la inducción y mantenimiento anestésico en dosis totales que variaron entre 0,1 - 0,6 mg/kg.

El esquema de aplicación de flumazenil fue de 0,2 mg como dosis inicial, y 0,1 mg cada 2 minutos hasta lograr la respuesta deseada (\bar{x} = 0,005 mg/kg).

Se demostró que flumazenil posee las siguientes propiedades: 1) rápido comienzo de acción; 2) ausencia de efectos colaterales sistémicos o locales; 3) simplifica el control post-quirúrgico, llegando el paciente a Sala de Recuperación despierto y en condiciones estables; 4) acorta el período de permanencia hospitalaria del paciente de Cirugía Ambulatoria.

Los autores agradecen la colaboración en el análisis estadístico y redacción del presente trabajo, a los Dres. Alberto Achával y Roberto Paganini.

Nuestro reconocimiento al Laboratorio Roche quien nos facilitó Flumazenil para la elaboración de este trabajo.

INTRODUCCION:

La colonofibroscofia es un procedimiento endoscópico que ocasiona molestias y frecuentemente es causa de dolores moderadamente intensos, provocados por las dificultades en el pasaje del instrumento en los ángulos esplénico y/o hepático, además de espamos en la musculatura lisa intestinal.

Con el fin de mitigar este discomfort, se utiliza habitualmente diazepam, que puede provocar una sedación algunas veces insuficiente y en otras excesiva; esto último asociado con el dolor da como resultado un paciente que no comprende las órdenes e indicaciones, ni colabora.

Ante estos inconvenientes, decidimos utilizar fentanil-midazolam logrando así una adecuada analgesia y previsible sedación.

El objetivo de este trabajo es evaluar la acción antagonista específica de flumazenil, sus posibles efectos adversos y la utilidad práctica que resulta de su administración en pacientes anestesiados con midazolam - fentanilo, que proporcionan una anestesia con resultados consistentes y confiables.

METODO:

Fueron anestesiados 21 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, ASA I - II, quienes llegaron a nuestro Hospital para colonofibroscofia (Tabla 1).

Los pacientes hallados en alguna de las siguientes situaciones clínicas fueron excluidos:

- Antecedentes de hipersensibilidad a las BZD
- Ingestión crónica de BZD
- Psicopatologías severas
- Embarazadas
- Menores de 12 años
- Patologías orgánicas severas

Ningún paciente fue premedicado. En Sala de Endoscopía se efectuaron los siguientes controles preoperatorios: tensión arterial con esfigmomanómetro, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura axilar.

Se inyectó por vía i.v. midazolam 0,15 - 0,20 mg/kg y fentanilo 1 mg/kg. Se efectuaron reinyecciones de mantenimiento según la necesidad, de un tercio de la dosis inicial.

Al finalizar el procedimiento endoscópico se administró flumazenil 0,2 mg como dosis inicial, reinyectándose 0,1 mg cada 2 minutos si el efecto hubiese sido insuficiente, hasta una dosis máxima de 1 mg.

La evaluación clínica de flumazenil se realizó con referencia al siguiente protocolo:

TABLA 1

Despertar	Puntaje
Paciente dormido, no despertable . .	(0)
Paciente dormido, despertable (estímulo físico)	(1)
Paciente somnoliento (estímulo verbal).	(2)
Paciente despierto espontáneamente	(3)
Orientación temporo - espacial	
Totalmente desorientado.	(0)
Parcialmente orientado	(1)
Completamente orientado.	(2)
Comprensión y cooperación	
No ejecuta órdenes	(0)
Ejecuta órdenes por imitación. . . .	(1)
Sí ejecuta órdenes	(2)

TABLA 2

(Los controles fueron efectuados en la siguiente secuencia: Previo a la administración - a los 5' - a los 15' - a los 30' - y a las 2 hs.)

Los propios pacientes luego de la operación fueron consultados respecto del despertar, calificando a éste como: muy agradable, agradable, aceptable, desagradable. Además, la sensación que percibían luego del despertar era evaluada por ellos del siguiente modo: tranquilo, relajado, intranquilo, excitado, angustiado.

RESULTADOS:

Aproximadamente en el 70o/o de los pacientes se utilizó una dosis de 0,3 - 0,4 mg de flumazenil (Gráfico 1). Pudo observarse que 5 pacientes (23o/o) de la serie, volvieron a sedarse en la Sala de Recuperación, con un Grado 2 de la Calificación de Sedación: es decir despertable con estímulo verbal (Tabla 1).

En el análisis de los resultados sobre sedación, orientación y comprensión fue empleado el método (T) de Student, que valora las diferencias entre los porcentajes. Las respuestas al flumazenil fueron agrupadas en dos categorías.

- A) Sin respuesta evidente o leve mejoría. Fueron incluidos todos los pacientes quienes a los 5 minutos de recibir el antagonista, sólo mostraron un cambio que no superó un punto en la Escala de Evaluación.
- B) Mejoría moderada o marcada. Estos pacientes mostraron un cambio que correspondió a un puntaje superior a uno.

Sedación: 15 pacientes (70o/o) de la serie correspondieron al grupo con moderada o marcada mejoría. Esta tendencia no llegó a tener significado estadístico, por el número reducido de pacientes estudiados. Esta falta de significado estadístico posee relativa importancia si se tiene en cuenta que cinco pacientes de la serie se hallaban en Grado 2 de sedación (somnolientos) antes de recibir flumazenil. En consecuencia 20 de los 21 pacientes se hallaban en Grado 2 ó 3 de la escala de sedación a los 5 minutos de administración de flumazenil.

Orientación temporo-espacial: el porcentaje de pacientes correspondiente a cada grupo fue similar: (A) = 47o/o - (B) = 53o/o.

Comprensión y cooperación: en el Grupo (A) hubo 6 pacientes (28o/o) y en el Grupo (B) 15 pacientes (72o/o), lo que da una diferencia significativa entre los grupos ($p < 0,1$).

Es posible que la Escala de Comprensión y Cooperación sea más sensible que las res-

tantes para la evaluación del efecto farmacológico de la droga.

No se observaron cambios hemodinámicos, ni en la frecuencia respiratoria luego de la inyección de flumazenil. La temperatura axilar permaneció sin cambios.

Ningún paciente presentó efectos secundarios no deseados, reacciones locales o generales tales como náuseas o vómitos.

Diecinueve pacientes (90,50/o) calificaron el despertar como "muy agradable" o "agradable". 2 pacientes (9,50/o) opinaron que fue "aceptable". Todos sin excepción se sintieron luego del despertar tranquilos y relajados.

DISCUSION

Flumazenil es la única de las tres drogas antagonistas de las BZD que por sus mejores propiedades farmacológicas ha superado todas las etapas de investigación (1). Su hallazgo se debió a un hecho fortuito, puesto que los investigadores estaban empeñados en el desarrollo de nuevas BZD (2). Pudo comprobarse que ésta actúa por inhibición competitiva sobre receptores BZD, quienes al estimular el sistema GABA, desencadenan una acción inhibitoria del SNC (3) (1).

A diferencia de otras drogas con supuestas y no siempre aprobadas acciones compe-

titivas, flumazenil se distingue por su alta selectividad sobre los receptores BZD (1) (4).

Su rápido y sorprendente comienzo de acción podría estar relacionado con la ubicación de los receptores BZD en tejidos cerebrales altamente perfundidos.

La vida media de flumazenil de aproximadamente 50', es más corta que la correspondiente a midazolam (5), lo cual explica que el 230/o de nuestros pacientes se resedaron en Sala de Recuperación. Sin embargo, el promedio de estada allí fue inferior a las 2:30 hs., tiempo superado en 30' solamente por dos pacientes. Debe hacerse notar que como rutina, ningún paciente de Consultorio Externo que recibe anestesia general es dado de alta de nuestra Sala de Recuperación antes de las 2 hs.

Más del 700/o de la serie requirió entre 0,3 y 0,4 mg de flumazenil como dosis total, corroborando trabajos anteriores (3), pero en contraposición a las elevadas dosis usadas por Lauven (6) en 1985.

Es destacable la ausencia de cambios hemodinámicos (7) y de reacciones colaterales y secundarias sistémicas o locales.

Del análisis de los resultados obtenidos se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- 1) El arribo a Sala de Recuperación de un paciente despierto y en condiciones hemodinámicas y respiratorias estables, simplifica los cuidados de enfermería.

TABLA 2: Datos demográficos

Sexo		Promedio/Rango	
Hombre	Mujer	Edad	Peso
9	12	46 (18/83)	72 (52/97)

TABLA 3: Dosis drogas - Tiempo promedio

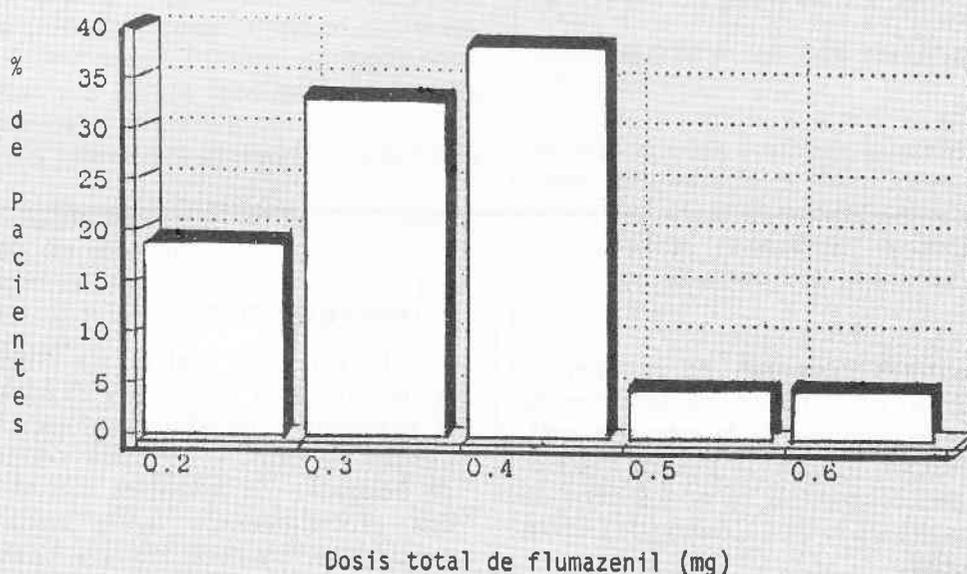
Dosis / Rango mg/kg	Tiempo procedimiento Minutos
Fentanyl 0,9 (0,7/2,6)	Flumazenil .005 (002/.007)
Midazolam .24(.1/.6)	33 (15/70)

2) En opinión del endoscopista el procedimiento se vió facilitado por una sedación más profunda y una recuperación más rápida por efecto del flumazenil, en comparación a la que obtenía con diazepam exclusivamente.

3) La recuperación fue agradable, tranquila, sin náuseas ni vómitos.



Gráfico 1: Flumazenil - Dosis requeridas



SUMMARY

The specific benzodiazepinic antagonist action of Flumazenil was evaluated. Twenty one colonoscopy patients whom were anesthetized with i.v. midazolam - phentanyl, were tested. Age was more than 18 year old, ASA I/II, and midazolam was used in 0.1 - 0.6 mg/kg doses.

Flumazenil was given 0.2 mg initially and 0.1 mg every 2 minutes until desired response was obtained (\bar{x} = 0.005 mg/kg).

The following properties of the drug were demonstrated: 1) fast initial action; 2) no colateral effects; 3) easier postoperative control, the patient is awake he gets to the Recovery Room and he is stable; 4) in ambulatory patients, the hospital stay is shortened.

BIBLIOGRAFIA

1. Haefely, W.: *Pharmacology of Benzodiazepines Antagonists. Pharmacochiat* 18:163, 1985
2. Hunkeler, W.H. et al: *Selective Antagonist of Benzodiazepine Ro 15-1788. Nature* 290: 514, 1981.
3. Kirkegaard, L. et al: *Benzodiazepine Antagonist Ro 15-1788. Anaesthesia* 41:1184, 1986
4. Jordan, C. et al: *Respiratory depression following Diazepam. Anesthesiology* 53:293, 1980
5. Sage, D.J. et al: *Reversal of Midazolam Sedation with Anexate. Br. J. of Anaesthesia* 59:459, 1987
6. Lauen, P.M. et al: *The Effects of Benzodiazepine Antagonist Ro 15-1788 in the Presence of Stable Concentrations of Midazolam. Anesthesiology* 63:61, 1985
7. Louis, M. et al: *Clinical and hemodynamic effects of a specific Benzodiazepine antagonist after open heart surgery. Anesthesiology* 61: A 61, 1984.

Anoplastia de Sarner

Su uso en el tratamiento y prevención de la estenosis anal

Dr. Alfredo Guala
Dr. Sergio Medina
Dr. Héctor Francia

Servicio de Cirugía Digestiva. Sanatorio Mayo
Santa Fé

RESUMEN

- 1) Los autores presentan su experiencia con el uso de la plastia de Sarner en la profilaxis y tratamiento de la estenosis anal. Como prevención utilizan la técnica descrita por Laurence, mientras que en los casos de estenosis manifiesta la modificación de Galván y Villaggi Leiva.
- 2) Fueron tratados 28 pacientes, en 18 casos de empleo en forma profiláctica y en 10 enfermos se realizó como terapéutica.
- 3) Las complicaciones inmediatas fueron 7 (25o/o), en 5 casos se trató de una complicación local (3 desprendimientos de colgajo y 2 hemorragias) en los 3 restantes fueron complicaciones generales (retención urinaria 2 y cefalea 1).
- 4) Las complicaciones tardías fueron, también, 7 incluyendo una recidiva por desprendimiento parcial del colgajo. Todas fueron secuelas leves.
- 5) En los controles alejados 21 (75o/o) refirieron el resultado como excelente, otros 4 lo consideraron bueno en razón de molestias menores y ocasionales. El total de resultados muy buenos y buenos fue 25 (89o/o).
- 6) El alto porcentaje de pacientes satisfechos 96o/o hacen que esta técnica sea un excelente recurso en el tratamiento de esta afección.

I - INTRODUCCION

La estenosis anal es, sin dudas, una de las lesiones más molestas y desagradables de la patología orificial proctológica. Su tratamiento ha sido, y continúa siendo, motivo de desarrollo de múltiples métodos y variados procedimientos tanto médicos como quirúrgicos, muchos de los cuales fueron prolijados en las primeras épocas de la cirugía anal.

El motivo de la presente comunicación es relatar nuestra experiencia con la utilización de la técnica originalmente descrita por Sarner en 1969 en la prevención y tratamiento de la estenosis anal.

II - MATERIAL Y METODO

Desde enero de 1982 hasta enero de 1990 fueron intervenidos en total 28 pacientes a quienes se les efectuó una técnica de anoplastia por colgajo pediculado por deslizamiento según el procedimiento de Sarner (9) modificada por Galván y Villaggi Leiva (5, 10) o la variante de Laurence (8).

Del total de 28 pacientes, 15 pertenecían al sexo femenino y la edad promedio fue 50 años con extremos de 16 a 78. Todos los enfermos consultaron por cuadros de dolor y proctorragia de intensidad y duración variable de 1 a 6 años. Las indicaciones de la operación fueron: fisura anal crónica, hemorroides con fisura y estenosis postoperatoria, estos pacientes fueron separados en dos grupos:

a- **Preventiva o profiláctica:** aquellos que no presentaban una estenosis orgánica manifiesta, pero por lo frondoso de su patología (fisura asociada a hemorroides voluminosas) obligaba al empleo de técnicas muy radicales (tipo Witehead o hemiWitehead) sin dejar puentes cutáneo-mucosos adecuados con el consecuente riesgo de desarrollo de una estenosis post-operatoria. En total fueron 18 casos en este grupo.

b- **Terapéutica:** pacientes con estenosis anal importante como consecuencia de una fisura anal crónica o bien una estrechez cicatrizal post-operatoria, se indicó en 10 enfermos, de los cuales 7 fueron estenosis post-operatorias y 3 fisuras crónicas (una de ellas con hemorroides asociada).

Todos estos datos se resumen en la Tabla I.

En todos los casos se empleó para la anoplastia un solo colgajo posterior, excepto en 3 pacientes con estenosis muy severas post-operatorias a quienes se les agregó a este, otro colgajo anterior.

A 20 pacientes se les efectuó esfinterotomía concomitantemente con el procedimiento (medial en 9 casos y lateral en 11).

El material de sutura utilizado fue catgut cromado 00 en los primeros 11 casos y en los subsiguientes hilo de ácido poliglicocólico.

RESULTADOS:

Las complicaciones inmediatas fueron:

a) locales: desprendimiento del colgajo en 3 casos (al 3, 4 y 7 día post-operatorio); en un caso asociado a un importante hematoma submucoso. Hemorragia 2 enfermos (uno debió ser reintervenido). b) Generales: retención urinaria 2 casos y cefalea post-anestésica 1. TOTAL: 7 pacientes (25o/o).

Las complicaciones tardías fueron: a) Prurito o ardor anal en 3 casos (todos cedieron con tratamiento médico). b) Incontinencia parcial y ocasional para gases en 1 enfermo y materia fecal líquida (urgencia) en 2 casos (en uno de los cuales remitió totalmente al año de operado). c) Estenosis parcial: 1 paciente (con desprendimiento del colgajo). TOTAL: 7 casos (25o/o).

A la incontinencia parcial la definimos como urgencia porque es la que ocurre en aquellos pacientes que, teniendo una normal continencia, la evacuación de materia fecal líquida sólo puede detenerse por escasos minutos.

En los controles alejados 21 pacientes manifestaron sentirse en excelente estado (75o/o); de los 7 restantes 4 se quejaron de molestias ocasionales y consideraron el resultado como bueno (14o/o), finalmente, 2 pacientes que presentaban una ligera incontinencia fueron considerados como resultados regulares (7o/o), en ambos el grado de incontinencia no fue trascendente en su vida diaria puesto que ninguno de ellos refirió espontáneamente esta situación en las consultas de control, todos manifestaron estar satisfechos con la intervención por sentirse mejorados. Estas razones hacen que consideremos como resultados satisfactorios a 27 de nuestros 28 enfermos (96o/o).

Un paciente, a quien se le desprendió el colgajo a los 3 días de intervenido, presentaba proctorragia y dolor esporádicamente, que cedía con tratamiento médico, el tacto mostró una reestenosis, negándose a una reintervención; su resultado fue catalogado como malo.

III - DISCUSION

Andruet (1) destaca el carácter orgánico de esta patología y la clasifica en: congénita, senil y post-operatoria.

Según Galván (5) ella puede obedecer a múltiples causas entre las que destaca la fisura anal crónica, que después de muchos años de evolución cierra paulatinamente el orificio anal; otra causa son las cicatrices y heridas producto de traumatismos, pero la gran mayoría están representadas por aquellas originadas en intentos de corrección quirúrgica de afecciones que asientan en los planos superficiales del ano como hemorroides y fisuras.

Distintos tipos de tratamiento no quirúrgico incluyen el uso de laxantes, enemas, supositorios, pomadas, etc. pero ninguno de ellos, al igual que las dilataciones, resuelve el problema básico: la falta de tejido anal que condiciona un orificio estrecho.

Indudablemente el procedimiento definitivo para solucionar este tipo de patología, debe ser de naturaleza quirúrgica.

Varios autores, tanto extranjeros (3, 4, 7, 9) como nacionales (1, 2, 4, 5, 8, 10) se han ocupado del tema, es así que un cierto número de operaciones han sido descritas. La más simple y comúnmente empleada es la esfinterotomía, pero los resultados con este procedimiento han sido menos que óptimos en estos casos en que la situación no es debida

TABLA III
ANOPLASTIA DE SARNER
COMPLICACIONES INMEDIATAS

Total	7 (25o/o)
a. Locales	- desprendimiento colgajo . . .3
	- hemorragia2*
b. Generales	- retención urinaria2
	- cefalea postanestes1

* 1 pte. con hemorragia tuvo asociado un desprendimiento del colgajo.

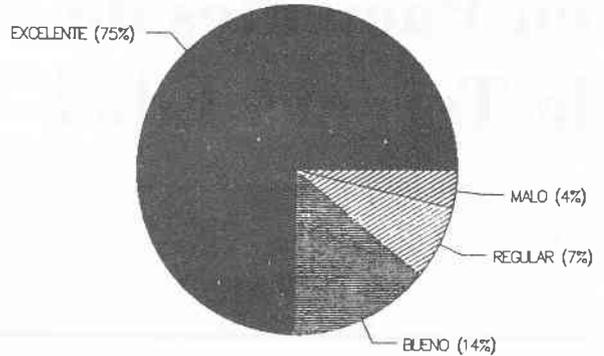
COMPLICACIONES AJEJADAS

Total	7 (25o/o)
a.	- Prurito o ardor anal3
b.	- Incontinencia ocasional3
c.	- Reestenosis1

SUMMARY

- 1) The authors present their experience with Sarnier's anoplasty in the prevention and treatment of anal stenosis. They use the Laurence's technique in the former situation and the Galván and Villaggi Leiva's modification in the last.
- 2) They treated 28 patients, in 18 cases was used as a profilactic procedure and in 10 it was therapeutic.
- 3) Immediate complications were 7 (25o/o), in 5 cases there were local (3 flap unfolding and 2 bleeding). The other 3 were general complications (2 urinary retention and 1 headache).
- 4) Late complications, all minor, were also 7 (25o/o) including one recurrent stenosis following a flap's unfolding.
- 5) In the late follow up 21 patients (75o/o) were excelent, 4 consider a good treatment; these gives a good result in 25 cases (89o/o).
- 6) These good results make this procedure an excelent resource for this entity.

TABLA IV
ANOPLASTIA DE SARNER
Resultados



IV - BIBLIOGRAFIA

1. *Andruet, J.L. "Estenosis anal". Pren. Med. Argent. 57: 593; 1970*
2. *Cabral Ayarragaray, A.M. y Rodríguez, J. "Plásticas en cirugía orificial". Pren. Méd. Argent. 64: 200; 1977*
3. *Corman, M.; Veidenheimer, M. y Coller, J.A. "Anoplasty for anal stricture". Surg. Clin. N. Amer. 56: 727; 1976*
4. *Ferguson, J. "Repair of Whitehead deformity of the anus". Surg. Gynecol. & Obstet. 108: 115; 1959*
5. *Galván E. "Tratamiento quirúrgico de la estenosis de ano". Pren. Méd. Argent. 58:994, 1971*
6. *Garriz, R.; Rodríguez Martín, J. y Almanza, J. "Estrechez de año. Operación de Martín". Pren. Méd. Argent. 55: 1.167; 1968*
7. *Hudson, A. "S-plasty repair of Whitehead deformity of the anuss". Dis. Colon & Rectum 10: 57; 1967*
8. *Laurence, A. "Hemorrhoidectomía radical posterior con plástica de deslizamiento". Rev. Arg. Cir. 35: 215; 1978*
9. *Sarnier, J. "Plastic relief of anal stenosis" Dis. Colon & Rectum 12: 277; 1969*
10. *Villaggi Leiva, J. "Enfoque plástico en el tratamiento quirúrgico de las hemorroides" Bol. Soc. Cir. Rosario 47: 18; 1982*

Trabajos Originales

Problemas a la Consulta Clínica en Pacientes de la Tercera Edad

Dr. Gustavo T. Díaz
 Dr. Miguel D. Foco
 Dr. Mario Leoni
 Dr. Gabriel Pujales
 Dr. Tomás Páez

Servicio de Clínica Médica - Clínica San Antonio -
 Villa Carlos Paz (Cba.)

RESUMEN

Se analizan 378 consultas en 183 pacientes de más de 65 años, en una población de 55.000 habitantes. Las consultas fueron en un solo Centro Médico. Se llama la atención a la frecuencia de patología concomitante, lo cual exige un enfoque global del paciente añoso.

El progresivo avance en los cuidados de atención primaria, la nutrición, el desarrollo de la medicina en general, ha originado un incremento en las expectativas de vida de la humanidad. Lo cual se ve reflejado en una mayor demanda en la atención médica de los pacientes con 65 ó más años de edad (1).

Esto motivó la realización del presente trabajo donde se analizan el tipo de afección y la frecuencia de las mismas que llevan a la consulta de clínica médica.

El presente trabajo se realizó en la ciudad de Carlos Paz de 55.000 habitantes con una población de jubilados mayores a los 50 años de 7.000 personas.

MATERIALES Y METODOS

Se analizan 378 consultas en personas de 65 ó más años vistos en un lapso de 2 meses. Siendo 183 pacientes, el estudio se basó en la anamnesis, el examen físico, control de la TA con esfigmomanómetro, fondo de ojo, laboratorio de rutina (citológico, glucemia, uremia, colesterol, triglicéridos, orina completo, Rx tórax y ECG).

HALLAZGOS

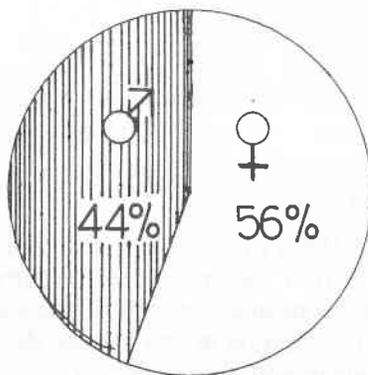


Gráfico 1
 Distribución por sexos



Gráfico 2
 Patologías únicas y
 concomitantes

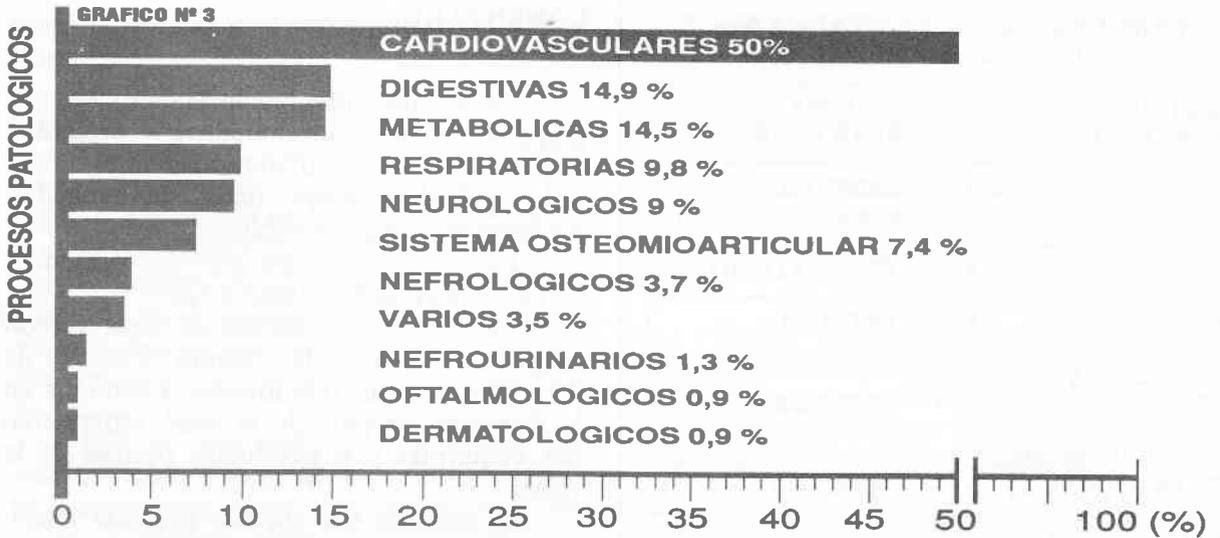


TABLA Nro. 1

APARATO CARDIOVASCULAR	APARATO DIGESTIVO
HIPERTENSION ARTERIAL100	CONTRACCION.1
ARRITMIA18	CONSTIPACION. . .10
INSUFICIENCIA CORONARIA14	DIARREA.1
INSUFICIENCIA CARDIACA29	PROCTITIS2
VARICES4	HERNIA UMBILICAL1
ULCERA VARICOSA3	HERNIA INGUINAL3
TOTAL168	ESTOMATITIS.3
	ENFERMEDAD PEPTICA.21
	FECALOMA1
	GASTROENTERITIS3
	COLON IRRITABLE.9
	LITIASIS VESICULAR10
	DISPEPSIA3
	HERNIA HIATAL.1
	HEMORROIDES.6
	TOTAL76

TABLA Nro. 2

METABOLICAS	DERMATOLOGICAS
DIABETES49	CANCER BASOCELULAR.1
OBESIDAD7	HERPES1
HIPERCOLESTEROLEMIA15	PEDICULOSIS1
ELILISMO.2	QUISTE SEBACEO. . .1
HIPERTRIGLICERIDEMIA1	MICOSIS1
TOTAL.74	TOTAL.5

TABLA Nro. 3

TABLA Nro. 4

APARATO RESPIRATORIO	NEFROURINARIO
ASMA.27	INFECCION.10
INF. RESPIRATORIA . . .15	CANCER PROSTATA.4
LARINGITIS.1	COLICO RENOURETAL1
BRONQUITIS CRONICA.5	INCONTINENCIA DE ORINA AL ESFUERZO.1
NODULO PULMONAR1	HIPERTROFIA PROSTATICA2
SINUSITIS.1	ESTENOSIS PIELICA1
TOTAL.50	TOTAL19

TABLA Nro. 5

SISTEMA NERVIOSO	
TEMBLOR	9
PARKINSON.	4
MIGRAÑA.	1
PARALISIS A FRIGORE.	1
CRISIS ISQUEMICA TRANSITORIA	3
POLINEUROPATIA PERIFERICA.	4
INSOMNIO	12
DEMENCIA SENIL.	1
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.	4
ACUFENOS.	3
ADINAMIA	2
S. VERTIGINOSO.	4
TOTAL.	48

TABLA Nro. 7

VARIOS	
ANEMIA.	1
GRIPE	5
PLAQUETO-PENIA	2
SARCOMA RETROP.	2
CANCER MAMA	4
ABSCESO GLUTEO	1
HIDATIDOSIS	3
TOTAL.	18

TABLA Nro. 6

SISTEMA ARTICULAR	
LUMBOCIA-TALGIA	4
TRAUMATISMO	2
ARTRITIS.	7
ARTROSIS	24
TATALGIA	1
TOTAL.	38

TABLA Nro. 8

PSICOLOGICOS	
DEPRESION	6
NEUROSIS	1
TOTAL.	7

TABLA Nro. 9

OFTALMOLOGICOS	
CATARATAS	5
TOTAL.	5

COMENTARIO

En los pacientes comprendidos en este grupo etario los padecimientos se presentan con características diferenciales tales como ser: insidiosos, inespecíficos, de evolución prolongada o cambios súbitos.

La mayoría de los gerontes presentan varios problemas simultáneos (2).

Las afecciones cardiovasculares fueron las más frecuentes a la consulta (33,10/o) de los casos, y están relacionadas a cambios en la fisiología propios de la edad, enfermedades adquiridas y a patologías propias de la vejez.

El corazón del anciano presenta disminución en el gasto cardíaco, en la rapidez y fuerza de contracción, en el volumen sistólico, en la fracción de expulsión ventricular, en la adaptabilidad diastólica y llenado ventricular izquierdo, con aumento de la impedancia de la expulsión ventricular (3).

Debido a lo cual los esfuerzos físicos, las tensiones emocionales repentinas pueden desencadenar arritmias, insuficiencias y muerte repentina.

Existen una serie de cambios de conceptos tales como: el aumento de la presión arterial con el envejecimiento es un fenómeno normal, tolera mejor la hipertensión que el joven (4, 5, 6).

En nuestra serie la hipertensión fue dentro de este grupo de patologías la alteración más frecuente y al igual que Franklin se tomó a la cifra de 160/90 como definición de hipertensión.

En el estudio Framingham donde se definió la hipertensión como presión arterial de 160/95 o más, el 30o/o de los varones entre 65 a 74 años se clasificaron como hipertensos (7, 8).

La hipertensión sistólica aumenta el riesgo cardiovascular significativamente en las personas mayores de 65 años (8).

La presión diastólica en comparación con la sistólica guarda menos relación neta con el peligro de apoplejía hipertrofia ventricular izquierda o insuficiencia cardíaca congestiva en varones y mujeres (8, 9).

La frecuencia de actividad ectópica del corazón aumenta con la edad y las arritmias y los latidos ectópicos indican una cardiopatía subyacente y no cambios benignos en el envejecimiento (4).

La insuficiencia cardíaca congestiva se debe en un 90 a 97o/o a las siguientes causas: cardiopatía coronaria arterosclerótica, hiper-

tensiva, valvular y la cardiopatía (primaria o secundaria).

La cardiopatía isquémica en su mayor porcentaje es por arterosclerosis de las arterias coronarias y sus ramas y con menor frecuencia arteritis de células gigantes, émbolos y aneurismas de las arterias coronarias.

El diagnóstico de insuficiencia coronaria se ve dificultado en los casos en que existe disminución de la sensibilidad al dolor, defectos en la memoria, lesiones de la pared torácica, enfermedades pulmonares o gastrointestinales (3).

Tres de cada cuatro pacientes presentan manifestaciones atípicas de infarto agudo de miocardio tales como crisis isquémicas transitorias, confusión, vértigo, intranquilidad.

Son síntomas equivalentes al dolor del infarto, vaídos, la disnea, indigestión u otras manifestaciones gastrointestinales (3).

Entre un 38 a 81o/o existen casos indolores "silenciosos" de infarto de miocardio.

Las lesiones gástricas suelen ser vagas o poco específicas y constituyeron en esta serie la principal molestia gastrointestinal a la cual contribuyen la utilización de una polifarmacia debido a la coexistencia de patologías diferentes.

La frecuencia de lesión péptica es similar en jóvenes y ancianos a pesar de que estos últimos tienen una capacidad disminuida para secretar ácido y pepsina (10).

Los pulmones en la edad avanzada han ido perdiendo parte de su elasticidad debido a cambios en la elastina, lo cual lleva a una retracción lenta y un desinflamiento incompleto. Esto se objetiva en una disminución de la capacidad vital, en el volumen de espiración forzada en un segundo y aumenta la capacidad funcional y el volumen residuales (11).

Existe un aumento en las infecciones respiratorias en los pacientes con neumopatía obstructiva crónicas y asmáticos (12).

El sistema óseo se encuentra en un balance de formación y resorción desde etapas tempranas de la vida. En la etapa posmenopáusica este proceso se ve alterado y se produce una etapa de disminución de matriz ósea que origina pérdida particularmente de hueso trabecular.

A los 80 años las mujeres han perdido un 43o/o de hueso trabecular y los hombres un 27o/o. Esto lleva a la producción de microfracturas en las vértebras que clínicamente se manifiestan por una exacerbación de la cifosis dorsal, disminución de estatura, dolores óseos y fracturas (13).

Los procesos degenerativos se incrementan y originan una pérdida en la movilidad articular y dolor al realizar movimientos.

Los trastornos del sueño son un problema frecuente y suelen ser debidos a dolor, disfunciones vesicales o intestinales. Siendo en muchos casos un fenómeno asociado a la depresión, ansiedad, disfunción cerebral crónica.

Existe en el anciano una disminución del sueño duradero y profundo.

Las alteraciones en el movimiento tienden a aumentar luego de los 55 años siendo más frecuentes en los varones (14).

Existen factores tales como la colonización vaginal, el adenoma de próstata que dificulta el vaciamiento vesical al igual que el cistocele en la mujer, disfunciones neurológicas, diabetes, todo lo cual origina una mayor incidencia de infecciones en estos pacientes. Así es que a los 65 años se suele descubrir bacteriuria entre un 14 a 20o/o de los gerontes (15, 16).

CONCLUSION

Debido a la alta frecuencia en la cual se asocian diferentes procesos patológicos, el deterioro global de las funciones corporales, es necesario un enfoque totalizador del paciente geronte. Donde la figura del médico de cabecera debe destacarse.

SUMMARY

183 patients older than 65 years, made 378 consultations in a 2-month period. Consultations were made to a Medical Center and evaluated. The frequency of simultaneous pathology is stressed.



BIBLIOGRAFIA

1. *Thomas M. Walshe. Manual de problemas. Clínicas en Medicina Geriátrica Interamericana 1986 - pág. 4.*
2. *A.H. Samily. Manifestaciones clínicas de la enfermedad en ancianos. Clínicas Médicas de Nortamérica - pág. 229-339. Vol. 2/1983.*
3. *Raymond Harris. Enfermedades Cardiovasculares en el Anciano. Clínicas Médicas de Norteamérica - pág. 371-385. Vol. 2/1983.*
4. *Blis, M.R.: Rescribing for the elderly Br. Med. J. 283, 203-206, 1981*
5. *Raymond Harris. Cardiac anhytmias geriatrics. I. 1982. pág. 109-138 - Nro. 1 January 1989 - Geriatrics 55-65*
7. *Kannel, W. Betal: Epidermologic assessment of the role of blood pressure in stroke the Framingham, study JAMA, 214: 301-304, 1970*
8. *Stanley, S. Franklin Hipertensión geriátrica - Clínicas Médicas de Norteamérica - pág. 387-407 - Vol. 2/1983*
9. *Eric R. Leiboritch MD. Cardiac ralse deroides: groning. significance in the elderly. Vol 44 - Nro. 3 - March 1989 geriatrics 91-100.*
10. *Davis Altman. Enfermedades gastrointestinales en ancianos. Clínicas Médicas de Norteamérica pág. 421-432 - Vol. 2/1983*
11. *Arnold M. Rosen, MD. David E. Fluscher, MD Loiser 61 bleeding: up dated dragirosis and management. Vol. 44 - Nro. 3 - March 1989 Geriatrics 49-60*
12. *Foy, H.M. Cooney, M.K., Allan, J. et al: Ratis of pneumonia during influenza epidermies in seattle 1964 to 1975 JAMA, 241:253, 1979*
13. *Timothy Jackson, Ima H. Ulbrich MD. Osteoporosis Postgraduate Medicina Vol. 75 - Nro. 2 - February 1, 1984*
14. *Dr. George W. Paulson. Trastornos del Sistema Nervioso Central en Ancianos. Clínicas Médicas de Norteamérica - pág. 341-354. Vol. 2/1983*
15. *Berk S.L. and Smith. Enfermedades Infecciosas en Ancianos. Clínicas Médicas de Norteamérica. Pág. 275-294 - Vol. 2/1983*
16. *M. Lye. Defining and treating urinary infections geriatrics 14:71, 1978.*

Trabajos Originales

El Continuum Gris Amígdalo - Sublenticulo - Estrial (Amígdala Extendida) en el Telencéfalo Basal Mamífero.

Revisión panorámica de importancia anatomofuncional y de su involucración en ciertas afecciones del sistema nervioso central.

Dr. José S. de Olmos

Instituto de Investigaciones "Mercedes y Martín Ferreyra" - Córdoba.

El complejo amigdalino se halla situado en frente y dorsomedialmente al asta temporal o inferior del ventrículo lateral y por debajo de la circunvolución semilunar en el uncus de la circunvolución parahipocampal del lóbulo temporal. Evidencias tanto de tipo experimental como clínicas sugieren que este conglomerado de sustancia gris subcortical se halla involucrado en funciones emocionales, endémicas, psicoendócrinas y vegetativas. Sin embargo, hasta el presente no se ha podido deslindar con total certeza en qué medida y cómo es que las distintas divisiones y subdivisiones del complejo gris amigdalino contribuyen a la expresión de las complejas funciones que parece cumplir.

A los fines de la sistematización, el complejo gris amigdalino ha sido dividido tradicionalmente, tomando como base el desarrollo ontogenético y filogenético, en grupos nucleares grises corticomediales y basolaterales (Johnston, 1923), a los que luego se agregó un tercer grupo anterior (Fox, 1940; Crosby and Humphrey, 1941; Humphrey, 1968, 1972). Otros autores basados en la aplicación de criterios ontogenéticos, fisiológicos y/o citoalométricos propusieron dividir a este complejo nuclear en un grupo centromedial y otro corticobasolateral (ver Berkelbach van der Sprenkel, 1926; Koikegami, 1963; Macchi

1951; Andy y Stephan, 1979); mientras que otros (Brockhaus, 1940; Hilpert, 1928; Volsch, 1980) siguiendo conceptos puramente citoarquitectónicos, efectuaron distintos tipos de divisiones que por diferentes motivos no llegaron a gozar de la aceptación tan generalizada lograda por aquella propuesta del autor norteamericano, mencionado en primer lugar. Evidencias morfológicas experimentales más recientes para cuya recolección se utilizaron combinaciones de técnicas histoquímicas (Keretter, Winang, 1981 a, b), inmunohistoquímicas y odológicas (de Olmos y col., 1985; Gowers, 1988; Moga y col., 1988; Prico y col., 1988), apuntan a la conveniencia de dividir al complejo amigdalino en una amígdala "olfatoria", un grupo amigdalino medial —que en los mamíferos macrosmáticos incluye una amígdala "vomeronasal"—, un grupo basolateral y un grupo central.

En lo que se refiere al tema central de esta breve revisión sólo los grupos amigdalino central y medial serán discutidos aquí.

El grupo central de núcleos amigdalinos (GNCe) incluye al núcleo central (Ce), la zona de transición amigdaloestrial (ZAS), la sustancia gris intramedular (GIM), la división dorsal anterior de la sustancia innominada sublenticular (DA SI₁) y la división lateral del núcleo intersticial de la estría ter-

minal (LNIST) así como también los islotes neuronales laterales que forman parte de la división intracapsular del núcleo intersticial de la estría terminal (LS NIST). El grupo medial de núcleos amigdalinos (GNMe) comprende al núcleo amigdalino medial (Me), el área de transición amigdalohipocámpica (AHi), la división ventral posterior de la sustancia innominada sublenticular (VP SIs1) y la división medial del núcleo intersticial de la estría terminal (M NIST) así como también células diseminadas difusamente a lo largo de la estría terminal (MS NIST), la llamada división intra-amigdalina del núcleo intersticial de la estría terminal (IA NIST), la llamada amígdala "vomeronasal" constituida por el núcleo intersticial del tracto olfatorio accesorio (NITOA) y la división pósteromedial del núcleo amigdalino cortical (PMCo), y parte del núcleo amigdalino basal medial (BM). Miembros de uno y otro grupo se distinguen claramente del resto de sus compañeros de agrupación por compartir en forma casi total características cito-, histo- e inmunocitoarquitectónicas y también odológicas, como es el caso de Ce, DASIs1, LS NIST y L NIST, por un lado, y Me, VP SIs1, MS NIST y M NIST, por el otro. Esta prolongación de los núcleos propiamente amigdalinos en estructuras sublentculares y paraseptales corrientemente categorizadas como pertenecientes a otros sistemas neuronales, pero que ya fuera concebida aunque en forma parcial por Johnston (1923) y confirmada y ampliada en el laboratorio del que suscribe (de Olmos, 1969, 1972; de Olmos y Beltramino, 1982; de Olmos y col. 1985), ha sido convenientemente denominada por Alheid y Heimer (1988) la "amígdala extendida" lo que como es lógico se halla dividida en un continuo gris central (AmExCE) y otro medial (AmExME). Tal denominación tiende no sólo a facilitar el manejo terminológico de esta compleja estructura, sino también a poner acento en la dicotomía que existe entre los grupos nucleares grises centromedial por un lado y basolateral de la amígdala por el otro. Tal dicotomía queda claramente manifestada, entre otros puntos, por la composición celular y relaciones odológicas del complejo nuclear basolateral (GNBL) de la amígdala que se asemejan en muchos aspectos a aquellos de la corteza cerebral (Crosby y Humphrey, 1941; Hall, 1972 a, b; Mac Donald,

1983; Millhouse y de Olmos, 1983), y por las conexiones recíprocas que la AmEx mantiene con los núcleos neuroendócrinos y neurovegetativos distribuidos en el hipotálamo, tronco encefálico y médula espinal (por una revisión ver de Olmos y col., 1985; Price y col., 1988).

Un análisis más detallado de las características morfológicas, químicas, odológicas y funcionales de la AmEx revela además los siguientes hechos:

La división medial de la AmEx se distingue particularmente por estar constituida de subnúcleos que poseen una organización sexualmente dimórfica entre los que se cuenta Me, AHi y las subdivisiones medial parvocelular e intermedia medianocelular de la división posterior del M NIST (Arimatsy y col., 1981; Bubenik y Brown, 1973; Hines y col., 1985; Bleir y col. 1982). Coincidentemente con ello, la AmExME contiene numerosas neuronas con receptores sensibles a los niveles de hormona y, a través de sus proyecciones que terminan en o alrededor de los núcleos diencéfálicos integrantes del eje hipotálamo hipofisario así como también en el resto de los núcleos hipotalámicos mediales (de Olmos y col., 1985; Price y col., 1988), se encuentra en una situación clave para modular las respuestas siconeuroendócrinas generadas tanto por estímulos sexuales como por situaciones estresantes. Es interesante hacer notar, en relación a esto, que estudios neurofisiológicos (Ferreira - Moyano y col., 1983) han demostrado que neuronas hipotalámicas magnocelulares de los núcleos supraóptico y paraventricular, identificadas por estimulación antidrómica desde la neurohipofisis en el gato, descargaron "spikes" evocados o inhibieron sus descargas espontáneas después de estimulación eléctrica de diversos núcleos amigdalinos. El núcleo amigdalino (n.a.) medialis evocó descargas unitarias en 4 células e inhibió a 35; el n.a. centralis excitó 3 células e inhibió 22; el n.a. corticalis activó 1 célula e inhibió 11; el n.a. lateralis descargó 15 neuronas e inhibió 30 y el n.a. basalis excitó 1 célula e inhibió 15. Los efectos inhibitorios directos predominan, por lo tanto, sobre los excitatorios. Sin embargo, el período inhibitorio (± 200 ms) es frecuentemente seguido por un período de excitación ($\pm 150 - 200$ ms).

En vista de esto, y siendo que la AmExME se encuentra también recíprocamente conectada con la llamada amígdala "olfatoria" así como con las estaciones olfatorias primarias propiamente dichas —es decir, el bulbo olfatorio principal y, cuando existe, el accesorio— parece evidente que ella estaría en condiciones de integrar señales olfatorias con las señales que le arriban desde el mundo interno a que nos hemos referido más arriba.

La AmExME también se encuentra conectada con la substancia gris central y formación reticular mesencefálica (de Olmos y col., 1985), así como con los sectores no-endócrinos del núcleo paraventricular hipotalámico a través de los cuales estaría en posición de intervenir en la regulación central del sistema cardiovascular como lo demuestra el hecho de que respuestas vasopresoras pueden ser elicitadas por estimulación eléctrica de la prolongación preóptica en esta división (Kabat y col., 1935. Hilton y Spier, 1971; Faiers y col., 1976), a la vez que lesiones de la misma alteran el reflejo barorreceptor (Hilton y Spier, 1971). Todo ello indicaría que la AmExME desempeñaría un papel muy importante en la regulación del reflejo barorreceptor, rol este que compartiría, como ya veremos más adelante, con sectores también ventrales de la AmExCE, teniendo como principal vector al núcleo paraventricular hipotalámico (Simerly y Swanson, 1988; Moga y col., 1988).

La AmExME comparte junto a la AmExCE, la inervación del sistema magnocefalocortical del telencéfalo basal (SMCTB) (ver Russchen y col., 1987), que agregado al intercambio de proyecciones intra-amigdalinas que tiene lugar entre ellas, proporcionaría el andamiaje morfológico a los mecanismos de retroalimentación directos e indirectos que involucraría a amplias áreas de la corteza cerebral (Alheid y Heimer, 1988).

La AmExCE en cambio integraría información visceral con aquella proveniente del mundo externo y proveería las bases para la formación de respuestas emocionales condicionadas tanto de naturaleza motora como visceral. Esto sería posible gracias a las relaciones odológicas de naturaleza recíproca que la AmExCE mantiene con centros viscerosensoriales y visceromotores del tronco encefálico tales como el núcleo dorsal motor del vago (NDMV), el núcleo del tracto solitario (NTS) y el complejo nuclear gris para-

braquial (CGPBr) (por una revisión ver de Olmos y col., 1985).

Asimismo, la AmExCE mantendría relaciones conexionales similares con el área hipotalámica lateral (AHL), muy probablemente a través de colaterales emitidas por sus prolongaciones descendentes destinadas a los centros más arriba mencionados, así como también de aquellas distribuidas a las áreas somatosensoriales tales como la formación reticular lateral, el núcleo reticular tegmental pedunculopontino (NTgPP), etc.

A través de sus proyecciones descendentes a los núcleos viscerales del tronco encefálico y la médula espinal, la AmExCE estaría en condiciones de modular la regulación de los fluidos corporales (Ohman y Johnson, 1986) y las respuestas cardiovasculares (Mraovitch y col., 1982) y respiratorias (Cohen, 1971). Por otra parte, la presencia de fibras y sus terminales, que contienen angiotensina II en la AmExCE, así como el hecho de que microinyecciones de angiotensina II, un dipsógeno, en esta misma región elicitaba ingesta de líquidos (Swanson y Sharpe, 1973) sugieren que esta división de la AmEx también se halla involucrada en el balance de los electrolitos, sumándose esta acción moduladora a aquella que ejerce sobre los fluidos corporales.

Esta última se encontraría estrechamente ligada a las conexiones recíprocas que la AmExCE mantiene con el complejo PBr, el que se halla directamente implicado en tal regulación como lo indica el hecho de que ablaciones bilaterales del núcleo parabraquial lateral externo (NPBrLE) produce ingesta exagerada de líquidos después de la administración de angiotensina II (Ohman y Johnson, 1986). De allí que sea altamente probable que la vía que conecta a la AmExCE con el NPBrLE sirva de empalme para la información que se relaciona con la sed inducida por angiotensina. Si se agrega a ello, que sectores paraseptales ventrales de la AmExCE constituyen una estación receptora de la información aferente que llega desde los sectores barorreceptores del NTS y que esta misma subdivisión de la AmExCE envía conexiones directas al núcleo paraventricular hipotalámico del mismo modo que lo hace la AmExME (Simerly y Swanson, 1988; Gower, 1988; Moga y col., 1988), entonces no sólo se torna claramente evidente el importante rol desempeñado por las dos columnas neuronales de la amígdala extendida en la modulación de esta fun-

ción básica, sino también con relación a todas aquellas otras funciones desempeñadas por cada uno de los centros neurovegetativos del tronco encefálico y la médula espinal.

Aunque, como ya se mencionara en el comienzo de esta exposición, la AmEx contribuye a la inervación del SMCTB corticopetal, no cabe duda alguna de que el grueso de las proyecciones aferentes arribadas a este sistema neuronal predominantemente colinérgico desde la AmEx provienen desde su división central (Russchen, y col., 1987; Gower, 1988; Aggleton). Estas proyecciones adoptarían un modo de distribución gruesamente topográfico de forma tal que el sector temporal de la AmExCE viene a inervar las magnoneuronas colinérgicas localizadas a lo largo del núcleo basal de Meynert (NBM) en tanto que el sector parasagital lo hace a aquellas diseminadas en los núcleos de los miembros horizontal y vertical de la banda diagonal de Broca. De esta manera la AmExCE estaría en condiciones de influenciar vastos sectores de la corteza cerebral. Esto adquiere mayor relevancia si se considera que la AmExCE es el blanco principal de las proyecciones intra-amigdalinas del GNBL que el recipiente final de las conexiones asociativas provenientes desde una amplia gama de áreas sensoriales y parasensoriales de la corteza cerebral proporcionando así un substrato "cortical" para el aprendizaje por interacciones de distintas modalidades sensoriales (Alheid y Heimer, 1988). Además, las formaciones hipocampales y parahipocampales a través de sus proyecciones directas al GNBL y a la AmExCE misma (de Olmos y col., 1985; de Olmos y Beltramino, 1987) proveería información relacionada con la memoria inmediata, etc.

Basados en toda la información precedentemente analizada, pueden explicarse ahora, los trastornos que en la significación de los eventos, ocasionan las lesiones experimentales de la amígdala, —casi invariablemente involucran a la AmEx—, así como los casos de epilepsia temporal menor (Geschwin, 1984) dada la estrecha relación que la AmEx mantiene con la formación de respuestas emocionales condicionadas y a su rol clave en el relevo a la corteza cerebral de la valoración emocional de los eventos.

Finalmente, puesto que la AmExCE es una de las principales estaciones receptoras de proyecciones dopaminérgicas y aparentemente las disfunciones que afectan a las neuronas que les dan origen parecen estar impli-

casadas en la esquizofrenia, es factible que una disfunción primaria de la AmExCE, que a su vez reciproca la inervación que recibe (por una revisión, de Olmos y col., 1985; Price y col., 1988), sea el verdadero trasfondo de las manifestaciones comportamentales de las personas afectadas por esta enfermedad mental. Así es probable que las aferencias auditivas directas que se distribuyen en la AmExCE y estructuras asociadas —ZAS y GIM—, sean las que provean las bases anatómicas para las alucinaciones auditivas que frecuentemente padecen este tipo de pacientes mentales, en tanto que la involucración de la AmEx en las convulsiones límbicas podría explicar la repetida aparición de síntomas sicóticos en personas afectadas de epilepsia del lóbulo temporal. Y si esto no fuera suficientemente sugestivo, cabe destacar que el territorio gris comprendido por la AmEx es uno de los sitios más frecuentemente afectados por cambios patológicos del telencéfalo basal, en ciertas formas de esquizofrenia (Stevens, 1982).

No caben ya dudas sobre la importancia tanto anatómica como clínica que la amígdala extendida tiene, lo cual ha sido el fruto de hallazgos realizados en estudios neuro-anatómicos normales, experimentales y patológicos logrados con la aplicación de los más recientemente perfeccionados y elaborados métodos neurohistológicos, neurofisiológicos y comportamentales. Por cierto, todavía queda mucho camino por recorrer para lograr una comprensión más acabada respecto al grado de participación y a través de qué mecanismos, los conglomerados grises que constituyen la amígdala extendida participan en las muy complejas funciones del sistema nervioso central. Queda asimismo por determinar con exactitud cuál es el asiento primario de los cambios estructurales que anteceden, marchan paralelamente o aparecen subsecuentemente a las disfunciones que afectan a las estructuras objeto de este análisis en relación con enfermedades mentales como la esquizofrenia y las demencias. □

Nota: La extensa bibliografía de esta revisión puede ser solicitada por carta a la Dirección de esta revista.

Trabajos Originales

Duplicación de la Vesícula Biliar.

Relato de un caso

Prof. Dr. José Pablo Ruggieri, Prof. de Cirugía II de la Universidad Nacional de Córdoba. Cirujano del Hospital Misericordia.

Dr. Eduardo Noguera, Gastroenterólogo del Hospital Privado y del Hospital Misericordia. Córdoba.

Prof. Dr. Eduardo de Arteaga, Cirujano del Hospital Privado. Jefe del Equipo de Trasplante Hepático del Hospital Privado.

Dr. Gustavo Tomás Díaz, Médico del Servicio de Cirugía Hospital Misericordia.

RESUMEN

La duplicación de la vesícula biliar es un hallazgo poco común. Ocurre como un error del desarrollo. En el caso presentado cada vesícula desembocaba por un cístico propio a un cístico común y éste al colédoco.

La vesícula biliar doble, con o sin doble conducto cístico, es una anomalía congénita caracterizada por la duplicación del reservorio biliar. El siguiente es el primer caso observado por los autores.

Historia Clínica perteneciente a A.R.: hombre de 36 años se presentó a la consulta con un cuadro típico de cólico biliar luego de una abundante comida rica en grasas. No había alteraciones significativas en los exámenes de sangre y orina. La colecistografía oral (Fig. 1) mostró una imagen vesicular anormal, por la presencia de lo que se interpretó como un divertículo; no se vieron cálculos. Las radiografías gastroduodenales mostraron un nicho en la curvatura menor del estómago, que fue considerado benigno por el radiólogo y también por el endoscopista.

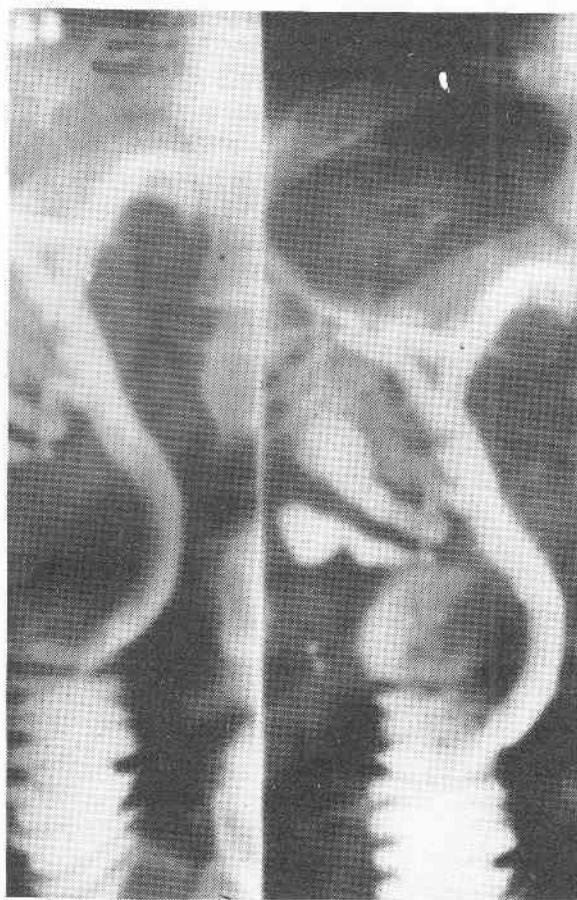


FIGURA 1

El paciente fue dado de alta, con tratamiento (cimetidina), pero reingresó 5 meses más tarde con un nuevo cólico biliar, esta vez con ictericia. La bilirrubinemia directa subió a 3,1 mg.o/o y la indirecta a 1,7 mg.o/o. La GOT subió a 131 UK y la GPT a 388 UK, la fosfatasa alcalina y la amilacemia fueron normales. El informe del ecograma abdominal decía así: Hígado de características normales, vesícula biliar de pared engrosada. La colangiografía transparietohepática mostró una vesícula doble y un cálculo o dos en el colédoco. Un nuevo estudio seriado gastroduodenal no reveló úlcera gástrica.

OPERACION:

A través de una laparotomía de Kocher se aborda la región biliar. La vesícula presenta alteraciones como las que se observan en la colecistitis crónica.

Hay un cístico grueso y llama la atención de inmediato la presencia de dos arterias císticas que abordan la vesícula biliar, una por delante y otra por detrás del hepatocolédoco. Al proceder en la disección del reservorio biliar se comprueba que este es doble, estando una de las vesículas, inferior a la anterior y profundamente ubicada en el lecho hepático. Existen dos conductos císticos que se unen en Y y desembocan por un conducto común en

el colédoco. La colangiografía operatoria (Fig. 3), no revela litiasis coledociana.

Se deja un drenaje de la cavidad y se cierra la insición por planos. El informe anátomo-patológico, confirmó el diagnóstico operatorio de colecistitis crónica severa y duplicación de la vesícula biliar.

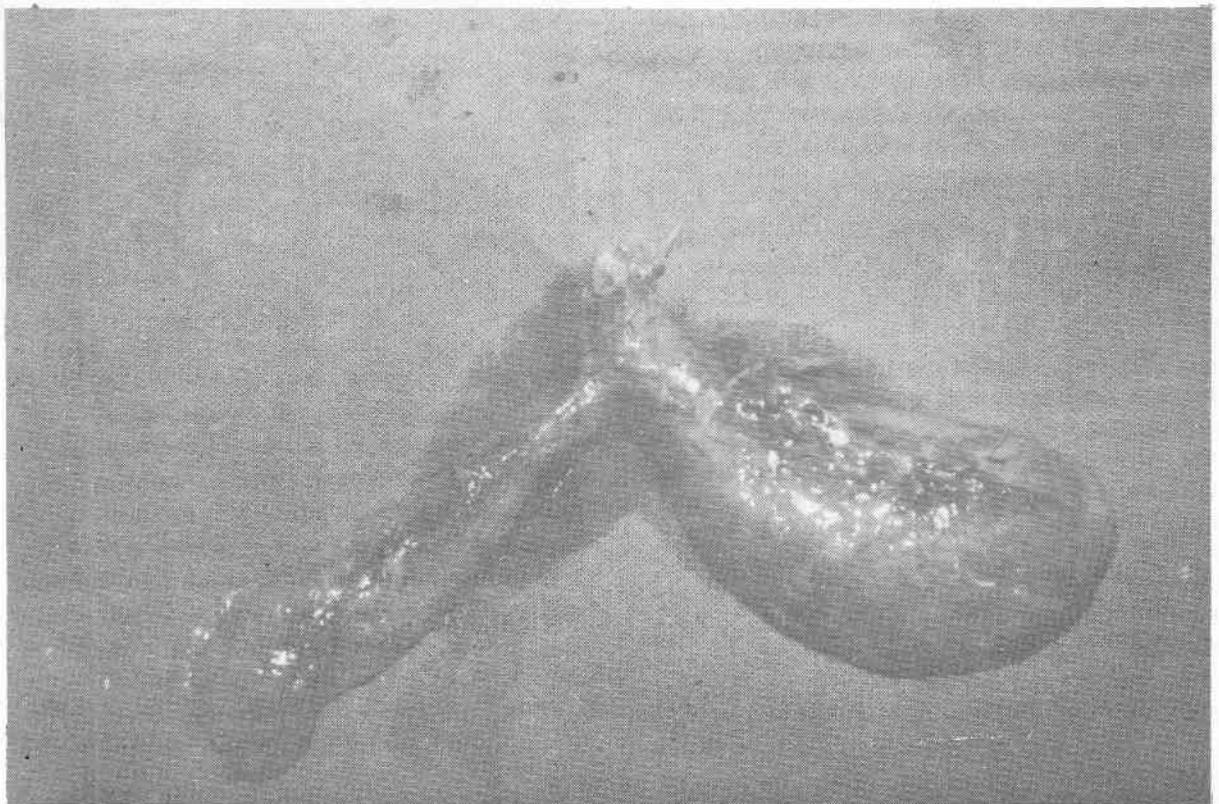
DISCUSION:

La duplicación de la vesícula biliar, parece ser una rara anomalía en la especie humana, pero no tan rara en cerdos, corderos y terneros, mientras que constituye una variedad común en los gatos (12o/o) (1, 2).

Descrita por primera vez por Gerard Blaes en 1674, y sólo existen unos 200 casos relatados en la bibliografía (3, 4, 5).

Esta anomalía procede de una alteración en el desarrollo. Recordemos que en el embrión de pocas semanas la vía biliar, las células hepáticas y el páncreas se originan de dos divertículos —uno ventral y otro dorsal— a partir del intestino primitivo. Las células hepáticas y la vía biliar se desarrollarán a expensas del brote cefálico del divertículo anterior, mientras que, del brote caudal se originará parte del páncreas y el conducto de Wirsung.

De sucesivos brotes del segmento cefálico del divertículo ventral, darán origen a la



vía biliar extra-hepática y a todo el sistema ductal y a las células hepáticas. Es en esta etapa cuando pueden desarrollarse dos brotes que constituirán otras tantas vesículas.

Dentro de esta anomalía pueden existir variedades císticas representadas por conductos que desembocan en forma independiente en la vía biliar principal (la forma más común) o por un desagüe en Y como en el caso que hemos relatado.

Cuando una de las vesículas está enferma o desarrolla litiasis, lo habitual es que lo mismo suceda con la otra.

El diagnóstico suele hacerse con la radiología —ya sea la colecistografía o la colangiografía—. A veces se observan divertículos, saculaciones o tabiques que pueden hacer sospechar este diagnóstico si se piensa en ello.

Desde el punto de vista técnico quirúrgico, es esta otra anomalía que el cirujano debe conocer, pues ella se suma a tantas variedades como existen en la vía biliar y que pueden ser motivo de graves lesiones. □

SUMMARY

Duplication of the gallbladder is a very uncommon observation. It occurs as a development error. In the present case, each gallbladder had a cystic duct which met in a common cystic duct that drained to the choledochus.

BIBLIOGRAFIA:

1. Pi Figueras: "Disposiciones anormales de la vía biliar". *Práctica Quirúrgica* 1969; Tomo II: 534-535
2. J. Patel y L. Leger: "Vías biliares extra-hepáticas". *Tratado de Técnica Quirúrgica; Tomo XII; Segunda Parte* - 1972 - pág. 95-96.
3. Aw. S. Ritchie and V. Cruciani: "Double gall-bladder with cholestycolic fistula" - *Br. J. Surg.* - Vol. 67 - 1980: 145-146
4. H. Bockus: "Anomalías de la vesícula y de las vías biliares" - *Gastroenterología* 1974; Tomo III: pág. 624 - 625
5. Harlafitis, N. Gray, S. W. and Skandalakis J.E.: *Multiple gallbladders. Surg. Gynecol. Obstet.*, 145: 928, 1977