



PROCEDIMIENTOS MAYORES EN CIRUGÍA GENERAL, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. 511 CASOS

Autor: Dr. Rafael Martín Páez Ospina,
Residente de Cirugía General.
Tutor: Dr. Jorge Alberto Ospina,
Docente de Cirugía General.

Trabajo prospectivo de revisión de 511 procedimientos quirúrgicos mayores efectuados por los grupos de rotación en el Servicio de Cirugía General del Hospital San Juan de Dios. Análisis estadísticos clasificaron dichos procedimientos según fueran cirugías electivas, urgencias médicas o cirugía de trauma. Se clasifican además según el rango del cirujano principal y ayudantes. Se muestran las patologías más frecuentes por sexo en cada uno de los subgrupos de procedimientos y se analizan las frecuencias de compromiso de los distintos órganos lesionados por trauma, según clasificación actualizada Oisy se analizan los índices de trauma, Triss, Ati, Ptti, Pi, para las cirugías mayores por trauma.

SÍNDROME DE PINZAMIENTO DE HOMBRO. TRATAMIENTO CON ACROMIOPLASTIA DE NEER MODIFICADA

Autor: Dr. Hernán Aníbal Muñoz,
Residente de Ortopedia.
Tutor: Dr. Rodrigo Vargas Lara,
Docente de Ortopedia.

Treinta y tres pacientes que consultaron por hombro doloroso, a los cuales se les diagnosticó pinzamiento crónico de hombro, fueron manejados con acromioplastia de Neer modificada por Rockwood. Once pacientes (33%) presentan indemne el manguito rotador y se manejaron con acromioplastia antero-inferior, 22 pacientes (67%) presentaban ruptura del manguito rotador y fueron manejados con acromioplastia antero-inferior mas

reparo o debridamiento del manguito rotador. Además se realizó antroplastia de resección acromioclavicular (resección del borde lateral de la clavícula) a 23 pacientes (70%) por presentar signos y/o síntomas de artrosis acromioclavicular. Estudiamos los resultados en los pacientes intervenidos quirúrgicamente por el autor Seniro (RVL) que había tenido como mínimo un año de seguimiento, en su último control no se encontraron diferencias en términos de dolor y función entre los pacientes a los cuales se les realizó acromioplastia y aquellos a los cuales además se les realizó reparo del manguito rotador. El propósito del trabajo es determinar la efectividad de la acromioplastia antero-inferior de Neer modificada por Rockwood en eliminar los síntomas y signos de pinzamiento crónico y analizar los factores que contribuyen al éxito o al fracaso del tratamiento. La acromioplastia antero-inferior de Neer modificada por Rockwood, seguido de un programa de rehabilitación postquirúrgico fue exitosa en un 88%.

FASCITIS NECROTIZANTE

Autor: Dr. José Luis Muñoz Calvo,
Residente de Cirugía General.
Tutor: Dr. Stevenson Marulanda Plata,
Docente de Cirugía General.

Se realizó un trabajo descriptivo, prospectivo, en el Hospital San Juan de Dios, desde el 10 de marzo de 1992 al 30 de noviembre de 1995, incluyendo los pacientes con diagnóstico patológico de la entidad, más la respuesta inflamatoria sistémica que la acompaña. Se hizo de acuerdo con las normas del método científico, utilizando el sistema de inferencia estadística. Se identificaron 32 pacientes, de los cuales se excluyeron 14, por pérdida de datos de la historia clínica. De los 18 que

se incluyeron, 12 son de sexo masculino y seis femenino.

Se calculó una incidencia del 1%. El promedio de edad fue 41 años. Diez pacientes fueron manejados por cirugía general (55.6%); cuatro por ortopedia (22.3%); dos por urología (11.1%); uno por cirugía plástica y uno por ginecoobstetricia. Los episodios desencadenantes fueron cirugía abdominal, ginecológica, trauma menor, mordedura de serpiente, trauma perineal, fractura abierta, condiciones urológicas. Se obtuvieron cultivos en 15 pacientes. En tres casos se aisló germen único. Los gérmenes más frecuentes, en su orden fueron: *E. coli*, *S. aureus*, *Proteus*, *Pseudomona*, *Streptococo* no hemolítico, *Klebsiella*, *Citrobacter*, *Acinetobacter*, *Streptococo* B hemolítico grupo D, *Clostridium*. En todos los casos se hizo tratamiento quirúrgico con debridamiento amplio. No se encontraron en forma predominante enfermedades de base como diabetes o inmunosupresión. El diagnóstico se hace por clínica sugestiva, más respuesta inflamatoria sistémica y el tratamiento es quirúrgico, con debridamiento amplio.

COLANGITIS AGUDA

Autores: Dr. William Prado Salinas y Dr. Oscar Sánchez Colmenares,
Residentes de Cirugía General.
Tutor: Dr. Augusto Castro Berdugo,
Docente de Cirugía General.

Se realizó un estudio retrospectivo a 10 años, con el objetivo de determinar la incidencia, presentación clínica, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y factores de riesgo de la colangitis aguda, en el Hospital San Juan de Dios de Santafé de Bogotá. El trabajo se realizó en cuatro etapas. En la primera se elaboró una monografía actualizada sobre el tema. En la segunda se hizo una revisión de las

historias clínicas, correspondientes a los casos atendidos por el servicio de cirugía general, entre 1984 y 1992. En la tercera se realizó el estudio bacteriológico y en la cuarta, y última parte, se completó el estudio a 10 años, se sacaron las conclusiones y se propuso un protocolo de tratamiento para que sea utilizado como base de estudios clínicos prospectivos futuros sobre la entidad, utilizando colangiografía endoscópica retrógrada y colecistectomía laparoscópica. A pesar de las dificultades en conseguir las historias clínicas, se reunieron 39 casos en 10 años. La mayor incidencia de colangitis se presentó en mayores de 50 años, predominando en el sexo femenino en una relación 3:1. El 90% de los pacientes presentó la tríada de Charcot (fiebre, dolor e ictericia). La mayoría presentó leucocitosis mayor de 12000 con hiperbilirrubinemia directa e incremento de la fosfatasa alcalina. En más del 90% de los casos la ecografía fue de utilidad diagnóstica y en el 90% de los casos el diagnóstico se hizo clínicamente. Fue evidente el escaso número de colangiografías retrógradas endoscópicas, lo que soporta la necesidad de implementar y de disponer permanentemente, en la institución, de esta técnica. El tratamiento utilizado fue la descompresión quirúrgica de la vía biliar con coledocostomía, con un 54% de morbilidad y una mortalidad del 18%; relacionados con la severidad de la entidad, la edad avanzada el tiempo de evolución y las enfermedades asociadas. Con el protocolo propuesto esperamos disminuir la morbimortalidad de esta grave enfermedad.

INFUSIÓN CONTINUA DE ALFENTANYL VS. ANESTESIA GENERAL, INHALATORIA CONVENCIONAL EN VARICOSAFENECTOMÍA

Autor: Dr. Luis Enrique Restrepo P., Residente de Anestesiología.
Tutor: Dra. Nohora Madieto, Docente de Anestesiología.

Estudio prospectivo en el cual se sometieron dos grupos de pacientes a diferencias técnicas anestésicas. Grupo control infusión continua de alfentanyl, grupo testigo anestesia general inhalatoria convencional con fentanyl en bolos intermitentes. Se demostró que no hay diferencias significativas en cuanto a la respuesta presora, estabilidad hemodinámica intraoperatoria, recuperación de la conciencia y efectos colaterales. Sólo se presentó diferencia en el grupo C, con menor requerimiento de anestésico general y mejor analgesia posoperatoria inmediata. Conclusión: no hay ventajas entre ambas técnicas.

ECOGRAFÍA DOPPLER EN LA EVALUACIÓN DE LA HIDRONEFROSIS DEL NIÑO

Autor: Dr. Jorge Luis Paz Bastidas, Residente de Urología.
Tutores: Dr. Gustavo Adolfo Malo Rodríguez, Dr. Luis Fernando Novoa, Docentes de Urología.

Evalúamos 64 niños, 78 unidades renales con diagnóstico de hidronefrosis en la consulta externa de urología del Hospital de La Misericordia entre marzo de 1993 y noviembre de 1994. Se compararon los hallazgos obtenidos en el estudio ecografía doppler (índice de resistencia), con valores de tiempo medio diurético de la gamagrafía renal con DTPA. Encontramos una correlación del 80% en riñones hidronefróticos obstruidos con tiempo medio mayor de 20 minutos e índice de resistencia por encima de 0.7. Además, en unidades renales con hidronefrosis no obstructiva por estudio gamagráfico, la ecografía doppler (índice de resistencia), tuvo una correlación del 82%. La sensibilidad del estudio ecografía doppler fue del 79% y la especificidad del 83%, cuando el índice de resistencia se utilizó para establecer la diferencia de obstrucción vs. no obstrucción de unidades renales hidronefróticas. Podemos concluir que

la estimación del índice de resistencia por ecografía doppler renal se relaciona de una manera importante con los resultados del renograma diurético en riñones hidronefróticos obstruidos, además nos permite hacer seguimiento en unidades renales dilatadas con valores de tiempo diurético no obstructivo o indeterminado.

ANALGESIA EPIDURAL EN EL TRABAJO DE PARTO. COMPARACIÓN DE DOS TÉCNICAS: INFUSIÓN CONTINUA VS. REFUERZOS

Autor: Dra. Claudia Rocío Carvajal, Residente de Anestesiología.
Tutor: Dr. José María Lozada, Docente de Anestesiología.

Este es un estudio prospectivo de tipo analítico, experimental, controlado y aleatorio. Se tomaron 30 pacientes atendidas en el Instituto Materno Infantil, las cuales se encontraron en la fase activa de su trabajo de parto. A todas se les colocó un catéter peridural lumbar y una dosis de bupivacaína (BPV) al 0,25% y 100 mcg de fentanil (FNT). Después de esto, las pacientes se asignaron en forma aleatoria a uno de dos grupos; el grupo A (14 pacientes) fue manejado con una infusión continua de BPV al 0,0625% y FNT al 0,0002% a 12 cc/hora. El grupo B (16 pacientes) recibió refuerzos iguales a la dosis inicial cuando la valoración del dolor lo exigía. Cada dos horas se valoraba el grado de dolor, el efecto hemodinámico y el desarrollo del parto. Resultados: aunque el tiempo de duración del primero y segundo períodos del parto y el número de partos instrumentados fue mayor en el grupo A las diferencias no fueron significativas (p mayor de 0,05). La calidad de la analgesia fue significativamente menor en el grupo de infusión continua (p menor de 0,05). No se encontraron alteraciones hemodinámicas ni complicaciones neonatales atribuibles a la analgesia

peridural. La incidencia de complicaciones fue del 46%, pero fueron menores (prurito, escalofríos, retención urinaria). Conclusiones: la infusión continua de anestésico local y opioide por vía peridural es una técnica segura para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y provee una mejor calidad de analgesia que la técnica de infusión intermitente.

MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA DIFUNCIÓN ERÉCTIL

Autor: Dr. Alejandro Fernández Duque, Residente de Urología.

Tutor: Dr. Carlos Guzmán Bastidas, Docente de Urología.

La disfunción erectil en la inability del hombre para lograr erecciones lo suficientemente rígidas para la penetración y satisfacción sexual. Es una patología diferente a la pérdida de la libido y eyaculación precoz. Es una patología dependiente de la edad con una incidencia de 1.9% a los 40 años y del 25% a los 65 años. Hacer la evaluación diagnóstica tiene varios objetivos: conocer si es reversible o no, buscar si hay otra patología subyacente y definir el manejo. En los últimos años la terapia ha servido como el mejor algoritmo diagnóstico y en esto el diferenciar la causa psicogénica de la orgánica ha jugado un papel importante. El uso de los fármacos intracavernosos revolucionó el manejo de esta patología. En nuestro hospital organizamos un plan de diagnóstico y manejo de estos pacientes, ingresamos 47 de ellos encontrando etiología vascular en el 43.2%, neurogena en el 26.5%, por trauma, RTU de próstata y diabetes en el 23.2%, endocrinas en el 3.3% y sicógenas en el 3.3%. El diagnóstico se basó en la historia clínica, respuesta a prostaglandina, estudios neurológicos y doppler peneano. Se encuentran en manejo y seguimiento 24 pacientes con diferentes dosis de prostaglandina.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Autor: Dr. Victor Hugo Bastos, Docente de Neurocirugía

Se trata de un estudio retrospectivo de paciente con hemorragia subaracnoidea, tomado de los archivos del departamento de neurocirugía y estadística del Hospital San Juan de Dios, durante el período de enero 1o. de 1993 a 31 de diciembre de 1995. Se encontraron 180 casos de pacientes con hemorragia subaracnoidea, se les realizó angiografía a 150 pacientes y se le diagnosticó aneurisma roto a 130 pacientes.

Se muestra aquí una descripción de la frecuencia de presentación, en cuanto a edad, sexo, estancia, síntomas, hallazgos al examen físico de ingreso, diagnóstico y manejo postquirúrgico y resultados.

También se presenta un análisis bivariado entre las diferentes variables, obteniendo un interesante estudio estadístico alrededor de esta patología que vale al pena ser conocido en nuestro medio.

TRAUMA ESPLÉNICO: REVISIÓN DE 100 CASOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS 1993-1995. ACTUALIZACIÓN Y PROPUESTA DE PLAN DE MANEJO CONSERVADOR DEL TRAUMA CERRADO.

Autores: Drs. Luis Miguel Limas Solano y Hugo Londoño Arbeláez

Tutor: Dr. Augusto Castro Berdugo, Docente de Cirugía General.

Es un trabajo retrospectivo en el cual se hizo una actualización del tema, se recopilaron los datos al respecto y se analizaron 98 historias clínicas en relación a el manejo quirúrgico del trauma esplénico cerrado.

El objetivo clínico es revisar como se está manejando el trauma esplénico en nuestra institución de entrenamiento, teniendo en cuenta los índices de trauma y la diferencia con la literatura mundial donde el mecanismo de trauma es principalmente cerrado,

respecto a nuestra revisión donde el mecanismo principal es abierto y en especial por heridas por proyectil de arma de fuego.

Se menciona también las ventajas del autotransplante esplénico así como las técnicas al respecto.

COMPLICACIONES EN SINUSITIS AGUDA, HOSPITAL SAN JUAN ED DIOS 1993-1995.

Autores: Drs: Monsalve Sánchez y Santiago Felipe. Residentes III de Otorrinolaringología

Tutor: Patricio Baracaldo.

Trabajo con componente retrospectivo y prospectivo, realizado entre marzo de 1995 y febrero de 1996. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de sinusitis aguda, que presentaron cualquier tipo de complicación en la que se requirió valoración por otorrinolaringología y en la mayoría posterior manejo quirúrgico.

El objetivo clínico teniendo en cuenta las características de la población en estudio, por ser pacientes remitidos en razón de la complejidad de su manejo, consistió en la identificación de las complicaciones más frecuentes mediante el uso de ayudas diagnósticas adecuadas, el manejo conjunto con otras especialidades, la evaluación de la evolución, de acuerdo al manejo quirúrgico empleado y la determinación de factores relevantes en el pronóstico de los pacientes.

Resultados: se compilaron 11 casos de pacientes con el diagnóstico anotado, que requirieron manejo quirúrgico, con edades entre 15 y 47 años, la mayoría de los cuales (7 para un 63.6%) estaban entre 15 y 28 años, 6 (54.5%) de sexo masculino y 5 (45.5%) femenino; como antecedentes de importancia TCE o trauma facial 3 (27.3%). Los síntomas referidos fueron fiebre, edema, cefalea, dolor facial y/o frontal, rinorrea y/o escurrimiento posterior y alteraciones visuales. Las complicaciones más

frecuentes fueron celulitis periorbitaria y los abscesos subperóstico o premaxilar, el tratamiento AB fue dado principalmente con Prostaflina y Cloranfenicol. EL 73% de los pacientes requirió más de una intervención quirúrgica, todos los pacientes requirieron septoplastia, en 8 se realizó cirugía endoscópica, en 6 abordaje tipo Lynch y en 3 colgajo bicoronal. Solo dos pacientes asistieron a control POP.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LAPAROTOMIA Y LA MINILAPAROTOMIA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA PARA LA REANASTOMOSIS TUBARICA.

Autores: Dres: Daniel Cortés Díaz y Carlos Pacheco.
Tutor: Pío Iván Gómez, Profesor de Asociado, Departamento de Ginecología.

Este es un estudio clínico abierto y prospectivo; en que se compararon dos tipos de cirugía: laparotomía convencional para la reanastomosis tubárica y un nuevo abordaje consistente en una minilaparotomía asistida por laparoscopia, en pacientes a quienes se les había realizado previamente ligadura de trompas y deseaban nuevamente un embarazo, en ambos grupos se emplearon las mismas técnicas microquirúrgicas para la reanastomosis. En un período de 8 meses en forma aleatoria se llevaron a cirugía 13 pacientes (7 en el grupo de minilaparotomía y en 6 en el grupo de laparotomía convencional). Estas pacientes solo tenían como factor de infertilidad el antes descrito. Se analizaron múltiples variables aplicando las pruebas de Chi-cuadrado y test de students, según el caso. Se concluyó que : el tiempo de cirugía, de anestesia, las complicaciones, la sintomatología postoperatoria y la recuperación de las pacientes fueron estadísticamente similares en los dos grupos; los costos, el tiempo deambular y el dolor fueron clínicamente y estadísticamente

inferiores en el grupo de pacientes con minilaparotomía con respecto a la laparotomía convencional; la minilaparotomía ofrece menor discomfort, mayor posibilidad de reincorporarse rápidamente a sus actividades cotidianas y es un procedimiento que se hace en forma ambulatoria. Esta pendiente completar en seguimiento postoperatorio para conocer la eficacia (tasa de embarazos) de los dos tipos de intervención.

DETERMINACION DE FACTORES DE RIESGO PARA ACV EN NIÑOS. HOSPITAL DE LA MISERICORDIA, ENERO 1993 A DICIEMBRE 1995.

Autora: Catherine Rojas Cárdenas
Tutor: Dr. Carlos Medina Malo, Docente de Neurología.

Se revisaron 67 historias clínicas con Dx de ACV de los cuales en 44 se comprobó el evento vascular por imagenología (TAC-RNM, arteriografía) excluyéndose el resto. Se llenó el formulario previamente diseñado, en donde se preguntaban datos generales, manifestaciones iniciales, patologías y hallazgos al examen físico entre otros al final del estudio se encontró una incidencia de 18/10000 casos, siendo hemorrágicos 12/10000 casos e isquémicos 6/10000 casos, habiendo predominio del sexo masculino 54% en relación al femenino 46%, los factores de riesgo identificados fueron: vasculitis asociadas a infecciones de TRS y SNC, patologías hematológicas (leucemia, hemofilia, déficit de protrombina III). Vasculopat (Sturge Weber, Ent Moya-Moya) entre otras.

Se propone al final del estudio la aplicación de unos flujogramas de manejo, por una parte, si ya se presentó el evento vascular, orientar el paciente en forma ordenada y lógica para identificar la etiología y por otro lado una vez identificado el factor de riesgo establecer un programa de manejo

adecuado y suficiente para la presentación del evento vascular.

EVALUACION DE LA MIOPATIA INFLAMATORIA EN PACIENTES CON POLIMIOSITIS/DERMATOMIOSITIS MEDIANTE GAMMAGRAFIA MUSCULOESQUELETICA CON TC 99M Pirofosfatos.

Autores: Arango M, Llamas O, Matínez NC.
Tutor: Antonio Iglesias, Docente de Reumatología

El músculo lesionado tiene altas concentraciones intracelulares de calcio, lo convierten en un agente útil para la evaluación imagenológica de los pacientes con alteraciones inflamatorias del músculo esquelético. Material y Métodos: Se tomaron los pacientes que acudieron a la consulta de Reumatología desde el segundo semestre de 1994 que cumplieran criterios de dx de polimiositis-Dermatomiositis (PM-DM), quienes fueron evaluados prospectivamente con al menos tres de los siguientes métodos : examen físico (EF), enzimas séricas (CPK, LDH, ALT, AST), electromiografía (MG) y biopsia. Todos fueron sometidos a gammagrafía musculoesquelética (GMG) con Tc99m-PIP.

Resultados: se recolectaron 16 pacientes, 12 tenían miopatía inflamatoria (MI) clínicamente activa y 4 estaban inactivos. La GME inicial fué concordante en todos los casos, exceptuando 2 cuyo patrón gammagráfico fue considerado indeterminado pero clínicamente, uno era activo y otro inactivo, 10 pacientes, 8 activos y 2 inactivos, fueron sometidos a seguimiento seriado, clínico, enzimático y gammagráfico, a intervalos de un mes, durante 90 y 120 días para evaluar la respuesta inicial al tratamiento. Se observó una respuesta gammagráfica evidente en 6 de los 8 casos activos, mientras que los dos restantes no respondieron al manejo inicial; primero requirió manejo con inmunosupresores,

mientras que el otro falleció. Los dos pacientes inactivos tenían síntomas dudosos para MI, pero la GMG fué persistentemente negativa durante el seguimiento seriado. Entre los pacientes sin seguimiento se obtuvieron dos con GME negativos en sujetos clínicamente inactivos y 4 GME positivas para MI en dos sujetos clínicamente activos y 2 inactivos según criterios clínicos y enzimáticos las observaciones realizadas en los 16

pacientes del estudio, asociados 9 pacientes adicionales con otras enfermedades reumatológicas y 6 controles normales, se emplearon como base para desarrollar 2 escalas de interpretación de la GME, una semicuantitativa y una descriptiva. Se observó una baja correlación entre los signos y síntomas con la biopsia y las enzimas.

Conclusión: El grado de captación muscular se correlacionó satisfac-

toriamente con la severidad de la debilidad muscular mediante la implementación de una nueva escala semicuantitativa y descriptiva. Se identificaron las indicaciones clínicas de la GME en pacientes con PM-DM. Es un trabajo prospectivo que se convierte en la base de estudios posteriores para verificar la ampliación de estas escalas en el seguimiento clínico - Gamagráfico de estos pacientes.