



**Reversión con nalbufina de la depresión hemodinámica inducida por Fentanyl en pacientes sépticos.**

Autor: Dr. Pedro Elías Lopierre Torres.  
 Residente de Anestesia.  
 Tutor: Drs. Fernando Florez Burgos, Javier Eslava Schmalbach y Pablo Luis Rojas Romero.

Se realizó un estudio prospectivo doble ciego de casos y controles, en el cual se administró a un grupo de 31 pacientes con sepsis de origen abdominal, anestesia intravenosa con fentanyl y benzodiazepina. A 20 pacientes (grupo I), se les administró 0.1 mg/kg de nalbufina I.V., en el postoperatorio inmediato. A 11 pacientes (grupo II), se le administró solución salina normal en el postoperatorio inmediato.

Resultados: todos los pacientes presentaron depresión hemodinámica dada por leve disminución del índice cardíaco y disminución del 30% de la Tensión Arterial diastólica y resistencias arteriales sistémicas. El grupo I, presentó reversión de la depresión hemodinámica a los 5 minutos de administrada nalbufina, a cifras de índice cardíaco, tensión arterial e índice de resistencia arteriales sistémicas similares a las del preoperatorio (P=0.01). En el grupo II, no se presentaron cambios en los valores de índice cardíaco, T.A. e I.R.A.S., luego de aplicada la S.S.N., en el postoperatorio inmediato.

Conclusiones: La Nalbufina revirtió la depresión hemodinámica dada por I.C., T.A. e I.R.A.S., inducida por fentanyl en pacientes con sepsis de origen abdominal de la unidad de cuidado intensivo del Hospital San Juan de Dios. El estudio debe ser ampliado, para revisar una muestra más

representativa de dichos pacientes, sometidos a procedimientos quirúrgicos.

**Factores de riesgo para el desarrollo de epilepsia refractaria, en el Hospital San Juan de Dios.**

Autor: Dr. Jorge Armando Castellanos,  
 Residente de Neurología.  
 Tutor: Dr. Pablo Lorenzana Pombo.

La epilepsia refractaria representa entre 20 y 30% de los casos. Los siguientes factores de riesgos, al parecer condicionan dicha refractariedad: Edad de inicio menor de 5 años, número de crisis y tiempo transcurrido antes del tratamiento, etiología, antecedente familiar positivo, examen neurológico o neuropsicológico anormal, EEG focal. Realizamos un estudio de casos y controles para identificar cuáles factores predisponen refractariedad en nuestro medio. Después de 30 meses de observación, en la consulta especial de epilepsia, evaluamos 64 pacientes, 24 clasificados como controlados (máximo 1 crisis convulsiva en los 6 meses previos), y 31 refractarios (1 ó más crisis por mes en los 3 meses anteriores a pesar de tratamiento adecuado), 9 pacientes excluidos por tratamiento inadecuado e inasistencia. Los resultados fueron la Etiología sintomática de epilepsia (p=0.02), examen neuropsicológico anormal (p=0.02) y EEG focal (p=0.003), se asociaron en forma estadísticamente significativa con refractariedad al tratamiento. Igualmente la presentación simultánea de 4 ó más factores se asoció 5 veces más con refractariedad (OR=0.21). No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los dos

grupos respecto a los demás factores de riesgo. Los pacientes con epilepsia refractaria presentaron menor nivel de escolaridad y mayor desempleo. Los pacientes con etiología sintomática de epilepsia, EEG focal y examen neuropsicológico anormal tienen alto riesgo en nuestro medio, de ser refractarios al tratamiento.

**Vasculitis Séptica, factores de riesgo y hallazgos histopatológicos en autopsias.**

Autor: Drs. Marlio Charry Barrios y Luis Ricardo Zuñiga Montes.  
 Residentes de Reumatología.  
 Tutor: Dr. Antonio Iglesias Gamarra.

Se realizó un estudio de casos y controles con las autopsias en el Hospital San Juan de Dios. Enero 1 de 1972 al 31 diciembre 1991. De 3.815 autopsias, se identificaron 451 casos de (11.82%) sepsis. Se identificaron posibles factores de riesgo: edad, sexo, tiempo de evolución, órganos comprometidos y características histopatológicas como objetivo principal del estudio. De los 451, 66 (14.63%) tenían algún tipo de lesión vascular. El análisis final se hizo con 22 casos y 17 controles.

Resultados: La distribución por sexo fue de 1.1%, el proceso infeccioso tuvo origen principalmente a nivel pulmonar, luego colon y recto. Todos los casos de sepsis originada en piel se presentaron en hombres. El proceso vasculítico comprometió prácticamente todos los órganos, sin discriminar tamaño ni tipo del vaso (arterial, capilar, venoso). Los agentes más frecuentes fueron el *Staphylococcus aureus* y el *Micobacterium tuberculosis*.

Conclusión: El compromiso por vasculitis séptica puede comprometer

cualquier órgano y vaso, por lo tanto se considera la vasculitis con el mayor aspecto hispatológico.

### **Miastenia Gravis, efectos de la timectomía radical.**

Autor: Armando Rodríguez Corrales.

Tutor: Dr. Alvaro Casallas Gómez.

**Objetivo:** Probar la hipótesis de que la timectomía es un tratamiento efectivo en el manejo de la Miastenia Gravis.

**Materiales y métodos:** Se hizo un estudio prospectivo del tipo ensayo clínico controlado, desde enero de 1989 hasta diciembre de 1994, en pacientes con diagnóstico de miastenia gravis. Se escogieron 50 pacientes con síntomas generalizados de debilidad muscular, para manejo quirúrgico, con evolución de la enfermedad entre 6 meses y 10 años, con promedio de 2.57 años. 44 pacientes (88%) eran de sexo femenino y 6 pacientes (1.2%) de sexo masculino. La edad promedio al momento de la timectomía fué de 26.15 años con rangos de edad entre 12 y 55 años.

**Resultados:** Hubo una morbilidad preoperatoria del 10% y una mortalidad del 2%, la que se presentó en una paciente con síntomas severos preparatorios y con hipertiroidismo por enfermedad de Graves Baseow. La tasa de infección quirúrgicas fué del 2.2%.

**Seguimiento:** Se hicieron controles periódicos desde un mes hasta 60 meses. Se adoptó la escala de papatestas para el seguimiento:

- a) Remisión completa: Paciente asintomático sin recibir medicación.
- b) Remisión parcial: Asintomático con medicación.
- c) Mejoría: Sintomático recibiendo medicación, con mejoría, respecto al inicio del tratamiento.
- d) Recaída: Reparición de síntomas

posterior a remisión parcial o completa.

- e) Sin respuesta: Sintomatología igual o peor que al momento de la timectomía.

Se encontraron tasas crecientes de remisión completa del 4.4%, 8.8%, 36.66%, 66.66%, 81.25%, 81.81% y del 82% al mes, 6 meses, 12 meses, 24 meses, 36 meses, 48 meses y 60 meses respectivamente. Los resultados soportan la recomendación de practicar timectomía radical para el manejo de la miastenia gravis.

### **Luxación anterior habitual de cadera.**

Autor: Dr. Luis Eduardo Moreno Burgos  
Residente de Ortopedia.

Tutor: Dr. Carlos Daniel García Sarmiento

La articulación Coxofemoral por sus características anatómicas es intrínsecamente muy estable. La luxación de cadera se presenta usualmente asociada a trauma de muy alta energía. Una vez resulta la luxación, su recurrencia es muy extraña, con muy pocos casos reportados en la literatura; en su mayoría de la variedad posterior. Se han mencionado diversas patologías como predisponente para este desorden: displasia de cadera, alteraciones torsionales del fémur, transtornos paralíticos y defectos capsulares. De la variedad anterior se han reportado hasta hoy solamente dos casos.

Con motivo de la detección de luxación habitual anterior de cadera en una paciente de 17 años se realizó la revisión del tema y el reporte del caso con seguimiento hasta un año después del tratamiento quirúrgico. Este caso coincide con los otros reportados, encontrándose displasia acetabular, aumento de la anteversión femoral y defecto capsular en una paciente con hiperlaxitud ligamentaria como factores predisponentes. La reparación

del defecto capsular y la corrección de la torsión femoral han demostrado dar buen resultado un año después de realizado el procedimiento quirúrgico.

### **Diseción anatómica del espacio parafaríngeo.**

Autor: Dra. Divna Lisa Riaño López

Residente de Otorrinolaringología.

Tutor: Dr. Ricardo Angel

El espacio parafaríngeo es actualmente un espacio potencial localizado lateral a la faringe superior. Esta región grasa bilateral se extiende desde la base del cráneo hasta el hueso hioides, varios sinónimos han sido descritos en la literatura; espacio parafaríngeo lateral, espacio faringomasticario, espacio faringomaxilar, espacio pterigofaríngeo y espacio pterigomandibular. En este trabajo se hace una revisión bibliográfica de la anatomía del espacio parafaríngeo y de las técnicas quirúrgicas de abordaje a dicho espacio. Además se realizaron disecciones anatómicas y quirúrgicas en cadáveres de Medicina Legal.

Las disecciones realizadas se registraron secuencialmente en transparencias a color. Este trabajo intenta ofrecer una fuente de estudio para los residentes y especialistas de la Unidad de Otorrinolaringología del Hospital San Juan de Dios. Que les permita familiarizarse con la anatomía y los procedimientos quirúrgicos más comunes para el abordaje de dicho espacio.

Aunque los procesos patológicos que involucran el espacio parafaríngeo no son muy frecuentes; con este trabajo podemos concluir que es importante el conocimiento de la anatomía del cuello y del espacio parafaríngeo así como de las estructuras neurovasculares que lo atraviesan para así disminuir el riesgo de complicaciones durante los procedimientos quirúrgicos.