

Ciclo de Conferencias Médicas 22 Dr. Alfonso Gutiérrez Padilla

Vol. 6 Suplemento 1

Noviembre

Año 2014



Alianza
Técnica mixta

ISSN 2007-1953
Revista Médica MD

Presentación de trabajos libres

Directorio editorial

Dirección General

Alvaro López Íñiguez

Editor en Jefe

Javier Soto Vargas

Editores por sección

Edición literaria

Norma Gisel De León Peguero

Roberto Miranda de la Torre

Liliana Martínez Vázquez

Luis Daniel Salgado Lozada

Trabajos Originales

Rafael Antonio Cansino Vega

Rubén Daniel Esqueda Godoy

Medicina Interna

Sarai Delgado Pelayo

Martín Alejandro Gallegos Ríos

Luis Miguel Morfín Plascencia

Jorge Casal Sánchez

Cirugía

Victor Hugo Sainz Escárrega

Emmanuel Mercado Núñez

Pediatría

Blanca Fabiola Fajardo Fregoso

Francisco Jaffet Ramírez Ramírez

Claudia Gómez Elías

Ginecología y Obstetricia

Rosa María Hernández Vega

Casos Clínicos

Sulei Bautista González

Diego Antonio Preciado Estrella

Damian Arellano Contreras

Traducción Literaria

Enrique Daniel Gallo Sandoval

David Enrique Carmona Navarro

Tania Fernández Chávez

Comité de diseño

Blanca Fabiola Fajardo Fregoso

Adriana Valle Rodríguez

Andrea Castro Gallegos

Carlos Miguel González Valencia

Alberto Álvarez Gutiérrez

Jesús Rodríguez Salcido

Erik Zamudio López

Comité de difusión y divulgación

Evelin del Rocío López Íñiguez

Jesús Gerardo Tostado Sánchez

Respaldo académico institucional

OPD Hospitales Civiles de Guadalajara

Director General

Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez

Director Hospital Civil de Guadalajara HCFEA

Dr. Benjamín Becerra Rodríguez

Director Hospital Civil de Guadalajara HCJIM

Dr. Francisco Martín Preciado Figueroa

Subdirector General de Enseñanza e Investigación

M.S.P. Víctor Manuel Ramírez Anguiano

Subdirector de Enseñanza e Investigación del HCFEA

Dr. Claudia Margarita Ascencio Tene

Subdirector de Enseñanza e Investigación del HCJIM

Dr. José Víctor Orozco Monroy

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Rector

Dr. Jaime Andrade Villanueva

Secretario Académico

Mtro. Rogelio Zambrano Guzmán

Secretario Administrativo

Mtra. Saralyn López y Taylor

Coordinador de la Carrera de Medicina

Dr. Eduardo Gómez Sánchez

REVISTA MEDICA MD, Año 6, Suplemento 1, noviembre 2014, es una publicación trimestral editada por Roberto Miranda De La Torre, Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco C.P. 44340. www.revistamedicamd.com, md.revistamedica@gmail.com. Editor responsable: Javier Soto Vargas. Reservas de Derecho al Uso Exclusivo No. 04-2013-09114361800-203. ISSN: 2007-2953. Licitud de Título y Licitud de Contenido: en Trámite. Responsable de la última actualización de este número Comité Editorial de la Revista Médica MD Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco C.P. 44340. Fecha de última modificación 30 de octubre de 2014.

Con respaldo académico del OPD Hospitales Civiles de Guadalajara y del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Miembro de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas. Indizada y compilada en el Índice Mexicano de Revistas Biomédicas de Latinoamérica IMBIOMED, en el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal LATINDEX, Medigraphic Literatura Biomédica, en el Índice de Citaciones Latinoamericanas (INCLAT) y en E-revistas Plataforma Open Access de revistas electrónicas españolas y latinoamericanas.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Revista Médica MD.

Directorio Ciclo de Conferencias Médicas CICOM 22

Mtro. Jorge Aristóteles Sandoval Díaz

Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco

Mtro. Itzcóatl Tonatiuh Bravo Padilla

Rector General de la Universidad de Guadalajara

Dr. Jaime Federico Andrade Villanueva

Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez

Director General O. P. D. Hospital Civil de Guadalajara

Dr. Benjamín Becerra Rodríguez

Director del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"

Dr. Francisco Preciado Figueroa

Director del Nuevo Hospital Civil "Dr. Juan I. Menchaca"

Mtro. Víctor Manuel Ramírez Anguiano

Subdirector General de Enseñanza e Investigación

O. P. D. Hospital Civil de Guadalajara

Dra. Claudia Margarita Ascencio Tene

Subdirectora de Enseñanza e Investigación

Antiguo Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde"

Dr. Víctor Orozco Monroy

Subdirector de Enseñanza e Investigación

Nuevo Hospital Civil "Dr. Juan I. Menchaca"

C. José Alberto Galarza Villaseñor

Presidente de la Federación de Estudiantes Universitarios

Dr. Luis Omar Domínguez Palomera

Presidente de la Sociedad de Médicos Residentes

Antiguo Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde"

Dr. Santiago Toscano Igartua

Presidente de la Sociedad de Médicos Residentes

Nuevo Hospital Civil "Juan I. Menchaca"

Dr. Diego Castañeda Garay

Coordinador General 22 Ciclo de Conferencias Médicas
Hospitales Civiles

Dr. Luis Fernando Herrera Fuentes

Coordinador 4a Expo CICOM

Dr. Ray Daniel López Hernández

Jefe de Difusión y Relaciones públicas

Coordinadores de módulos

Anestesiología

Dra. Ariana Esmeralda Jacobo Segura

CICOMIP

MIP Rigoberto Muñoz Cortes

Cirugía

Dr. Jesús Joaquín Soto Arias

Enfermería

Mtra. Teresa Calderón

Ginecología y obstetricia

Dra. Paulina Castro Reynoso

Medicina interna

Dra. Isabel Montserrat Alvarado Padilla

Neurociencias

Dr. Sergio Alejandro Covarrubias Castillo

Nutrición

LN. Xochitl Torres Martínez

Oftalmología

Dr. Ernesto Tarsicio Márquez Cardona

Cirugía de Cabeza y cuello

Dr. Roberto Hinojosa Arias

Pediatría

Dr. Ray Daniel López Hernández

Radiología e imagen

Dr. Luis Elías Manchego Serur

Traumatología y ortopedia

Dr. Luis Fernando Herrera Fuentes

Concurso de trabajos libres

Dr. Alvaro López Iñiguez

Dr. Uriel Rico Jáuregui

Universitario

Javier Iván Salazar Pérez

Accesos Vasculares

Dr. José Arnulfo López Pulgarín

Curso Internacional de ACLS

Dr. Diego Castañeda Garay

Curso de prótesis JJR

Dr. Luis Fernando Herrera Fuentes



“Ciclo de Conferencias Médicas CICOM Número 22: Una oportunidad para el reconocimiento del Médico Residente”.

Dr. José Alfonso Gutiérrez Padilla

Especialista en Neonatología. Especialista en Pediatría.
Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Externos
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

En esta edición 2014 del Ciclo de Conferencias Médicas CICOM en su versión número 22 donde, se presentan los trabajos de investigación elaborados por nuestros médicos residentes, médicos internos y adscritos de nuestra Institución, se puede detectar el gran nivel de solidaridad y compromiso con sus pacientes y la eterna preocupación por encontrar nuevos y mejores tratamientos para restaurar la salud de nuestros pacientes que representan a los más vulnerables del Estado de Jalisco.

En 1952 se constituye la primera Sociedad Médica del Hospital Civil de Guadalajara, un grupo de jóvenes con liderazgo y la atinada dirección del Dr. Roberto Mendiola Orta, iniciando esta nueva etapa como Médicos Residentes, dejando atrás la denominación de practicantes.

Estos 62 años han sido el crisol para que cientos de nuestros egresados se desempeñen de la manera más profesional, humanista y moral que representa siempre a los Médicos Especialistas que fueron residentes en nuestra Institución, en todos ellos siempre se percibe la filosofía de servicio “ PARA LA HUMANIDAD DOLIENTE”, y el precepto de máxima vigencia en este México tan polifacético y heterogéneo de “LA SALUD DEL PUEBLO ES LA SUPREMA LEY”

En la actualidad contamos con más de 520 Residentes en 42 Especialidades. En este grupo existe un buen número de residentes extranjeros que provienen de naciones hermanas de Latinoamérica, y se tiene el privilegio de que muchas especialidades se encuentren reconocidas en el Padrón Nacional de Postgrados de Calidad del CONACYT, nuestros residentes pueden tener rotaciones en otras instituciones del país o del extranjero con una enorme facilidad lo que optimiza la adquisición de sus conocimientos, habilidades y

destrezas en el campo de su especialidad, hoy por hoy es sin duda una época dorada para este conglomerado de jóvenes residentes que se encuentran en formación.

La investigación en ciencias de la salud que se genera en el Hospital Civil de Guadalajara siempre está impregnada del trabajo y la atención de los médicos residentes, dando pautas de vanguardia y liderazgo en los diferentes campos de las especialidades clínicas que aquí se practican.

Los avances tecnológicos, científicos y el profesionalismo de todo el personal de salud, que laboramos en esta Institución han logrado que cientos de miles de pacientes en estos últimos años se reintegren a la sociedad, y a sus familias de una manera más plena y decorosa. En esta ocasión no nos resta más que reiterar nuestra gratitud, solidaridad y respeto para este grupo de jóvenes residentes que organizan y participan en el CICOM 2014.





1era. Sociedad de Médicos Residentes
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, Fray Antonio Alcalde
Toma de Protesta 1era. Mesa Directiva por los

- Maestros**
- **Dr. Roberto Mendiola Orta, Director de la Facultad de Medicina (al centro)**
 - **Dr. Amado Ruiz Sánchez (Subdirector Hospital Civil de Belén) (a su derecha)**
- Presidente** ● **Dr. David Trejo González**
Secretario **Dr. Mario Paredes Espinoza**
Tesorero **Dr. Guillermo Hernández Hernández**

Primera Fila

- Izquierda a derecha:*
- Dr. Nicolás Rodríguez Núñez
 - Dr. J. Marcelino Camarena Bolaños
 - Maestro y Dr. Amado Ruiz Sánchez
 - Maestro y Dr. Roberto Mendiola Orta
 - Dr. David Trejo González
 - Dra. Carmen González Alvarado
 - Dr. Javier Ibarra Farah

Segunda Fila

- Izquierda a derecha:*
- Dr. Carlos Palomera Velázquez
 - Dr. Fernando Izquierda Corona
 - Dr. Mario Paredes Espinoza
 - Dr. Guillermo Hernández Hernández
 - Dr. Guadalupe Figueroa
 - Dr. Guillermo Escobar Acosta

Tercera Fila

- Izquierda a derecha:*
- Dr. Alejandro González Gómez
 - Dr. Miguel Quezada Ochoa
 - Dr. Adán Zúñiga
 - Dr. Hugo Cuevas Gómez



Alfonso Gutiérrez Padilla: El hombre, esposo, padre y pediatra.

¿Qué les puedo decir de este gran hombre del cual tengo el honor de ser su esposa?: tengo la creencia de que todos los seres humanos tenemos una misión que cumplir en la vida y tenemos los talentos necesarios para hacerlo, nuestra tarea entonces, es descubrir cuáles son, desarrollarlos y ponerlos en disposición para ayudar a los demás; y esto es lo que él ha hecho.

El inicio de su historia como el de muchos tiene como pilar a su madre, la Sra. Conchita Padilla de Gutiérrez quien con amor y entrega incondicional ha guiado y acompañado a Alfonso y a sus hermanos Hugo, Gabriel, Ricardo y Elizabeth hasta el día de hoy que son hombres y una mujer ejemplares. En palabras de su mamá, el secreto para formar un ser humano como él es la combinación de amor, disciplina bien encausada, respeto y una entrega plena al prójimo.

Su infancia no fue sencilla ya que siendo zurdo, en los primeros años de su formación académica tuvo la inconveniencia de tener una maestra que consideraba que los no diestros tenían riesgo de ser comunistas por lo que hizo hasta lo imposible por corregirlo.

A los 6 años es diagnosticado con síndrome de hiperactividad y déficit de atención rasgos que lo caracterizan aun y han sido relevantes en su vida junto con la tenacidad que ha sido su herramienta para alcanzar sus metas.

A sus 9 años, inspirado en la admirable profesión de su tío materno el Dr. Horacio Padilla Muñoz quien también es pediatra y el Dr. Luis Gutiérrez Beracochea, además del gran amor y la admiración que siempre ha sentido por la autenticidad de los niños definió que sería Médico Pediatra. Desde entonces ha enfocado todas sus energías para lograrlo, aunque esto haya significado renunciar a muchas de las actividades que los jóvenes realizan.

A los 28 años sus sueños se vieron recompensados al convertirse en Pediatra Neonatólogo. En esta etapa de su vida fue cuando nos conocimos. Algo que recuerdo con mucha claridad fue que al proponerme matrimonio me dejó en claro que si yo aceptaba sería su segunda esposa, ya que él estaba casado con su profesión y los niños siempre tendrían el primer lugar en su vida. Hoy después de 25 años, soy una mujer afortunada pues además de tener el amor y el respeto de un hombre al que admiro muchísimo, tengo el cariño incondicional de todos sus pacientes.

En la actualidad su vida no se ha vuelto más sencilla, pues tiene muchas responsabilidades que limitan el tiempo que podemos compartir y su tiempo de descanso. Las llamadas telefónicas de padres angustiados son una constante a la que él atiende sin queja o mal humor. Los eventos sociales se vuelven superficiales si un recién nacido necesita atención.

Una de las cosas que más agradezco y reconozco es el cariño de la gente que lo rodea así como convivir a aquellos recién nacidos que fueron atendidos por el ser hoy jóvenes y adultos productivos que acuden a él con la admiración y respeto que merece.

Otro aspecto sumamente importante para él es la familia. Es un excelente padre, hijo y amigo. Los títulos, maestrías y doctorado que tiene pasan a segundo plano ante su actitud de servicio y entrega incondicional. En palabras de su tío el Dr. Horacio Padilla: “tiene motor de Rolls Royce.”

Para mí el éxito en la vida y que vuelve a Alfonso en exitoso es que al final del día sepas que estuviste donde tenías que estar e hiciste lo que tenías que hacer.





Infección de vías urinarias en pacientes con reparación de fistula vesicovaginal en un año de seguimiento.

Macías-Vera Norah Nalleli¹, Velázquez-Castellanos Patricia Inés¹, Godoy-Rodríguez Nancy¹, Montes-Casillas Mayra Anabel¹, Cárdenas-Ramos Ángel Alfonso¹, García-Tinoco Jonathan¹.

1. Unidad de Urología Ginecológica del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La infección urinaria es uno de los factores de riesgo que predisponen a la aparición de una fistula vesicovaginal durante una intervención quirúrgica y también se ha visto relacionada con la falla en la reparación de la misma.

Objetivo

Reportar la prevalencia de Infección de vías urinarias (IVU) en pacientes con antecedente de reparación de fistula vesicovaginal.

Material y métodos

Estudio retrospectivo analítico. Se incluyeron 20 pacientes que fueron sometidas a reparación de fistula vesicovaginal en el periodo de enero de 2011 a diciembre de 2013. Se documentaron los episodios de IVU corroborado con urocultivo y su correlación con el tipo de abordaje quirúrgico.

Resultados

En 15 (75%) pacientes se evidenció Infección Urinaria en por lo menos un episodio tras la cirugía. En 9 (60%) pacientes se presentó aislamiento de *Escherichia coli*, en 3 pacientes (20%) se aisló *Proteus Mirabilis*, en 2 pacientes (13%) *Pseudomonas aeruginosa* y en una paciente (7%) *Citrobacter freundii*. 12 pacientes presentaron un abordaje abdominal (60%) de las cuales 8 presentaron IVU. 8 pacientes presentaron abordaje vaginal (40%) y solo 2 presentaron IVU. Encontramos mayor prevalencia de IVU en las pacientes con abordaje abdominal comparadas con las de abordaje vaginal ($p=.007$).

Conclusiones

La prevalencia de infección urinaria es alta lo que obliga al médico tratante a incitar a la paciente a no abandonar el seguimiento postquirúrgico y solicitar urocultivos seriados para otorgar el tratamiento antibiótico adecuado de acuerdo a la sensibilidad del patógeno y así evitar complicaciones futuras que mermen el resultado de la cirugía.

Cirugía de columna mínimamente invasiva en el Hospital Civil de Guadalajara.

González-González José Manuel¹, Andrade-Ramos Miguel Ángel¹, González-González María Elena¹, Aguirre-Portillo Leonardo Eduardo¹.

1. Servicio de Neurocirugía Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La cirugía de columna mínimamente invasiva es una manera de resolver las patologías de columna vertebral con técnicas de vanguardia especializadas, que permiten cumplir los objetivos de la cirugía convencional (neurodescompresión, estabilización, fusión, etc), pero ocasionando la menor agresión posible a los tejidos del paciente, lo cual conlleva menor sangrado durante el evento quirúrgico, menor índice de complicaciones y menor dolor postoperatorio, con lo que se logra una estancia hospitalaria más corta con requerimientos de analgésicos más bajos y una pronta integración del paciente a sus actividades cotidianas.

Objetivo

Exponer la experiencia de una serie de 12 casos de pacientes con diversas patologías comunes de columna vertebral que se resolvieron mediante técnicas de cirugía de columna mínimamente invasiva.

Material y métodos

De octubre de 2013 a diciembre de 2013 en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", se intervinieron 12 pacientes mediante estas técnicas.

Resultados

De los 12 procedimientos, 9 (75%) de ellos intervenidos en columna lumbar; discectomía por acceso tubular (2 casos), descompresión interlaminar de canal estrecho mediante técnica de Hatta (2 casos), reforzamiento de cuerpos vertebrales con cemento óseo mediante cifoplastia por acceso percutáneo unilateral extrapedicular (2 casos), fusión interfacetaria tubular y tornillos transpediculares percutáneos (1 caso), foraminotomía multinivel mini-abierta (2 casos). Además se intervinieron 3 (25%) pacientes en columna cervical; discectomía y artrodesis anterior (2 casos), laminoforaminotomía posterior con exéresis tumoral por acceso tubular (1 caso).

Conclusiones

La cirugía mínimamente invasiva de columna vertebral permite cumplir con los objetivos quirúrgicos planeados para patologías de etiología degenerativa como traumática e incluso tumoral, proporcionando un pronóstico clínico a corto plazo con buenos resultados y pronta recuperación. Esta serie de casos demuestra que es posible realizar cirugía mínimamente invasiva de columna vertebral para tratar pacientes del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".

Traumatismo Craneoencefálico en un Centro de Referencia Nacional.

Núñez-Velasco Santiago¹, Mortola-Rodríguez Fabrizio¹, Borraro-Dorado Sheila¹, Arellano-Beltrán Macario¹, Aguirre-Portillo Leonardo¹, Ochoa-Plascencia Miguel¹.

1. Servicio de Neurocirugía Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

El trauma de cráneo representa una de las principales causas de ingreso hospitalario en el mundo. En México existen muy pocas estadísticas sobre su comportamiento.

Material y métodos

Los datos se obtuvieron de un registro de 2108 pacientes consecutivos que tuvieron trauma de cráneo, entre abril de 2004 y Diciembre de 2013.

Resultados

De los 2108 pacientes, 1976 (94%) eran hombres por 132 (6%) mujeres, el 70% tuvieron entre los 15 a 44 años de edad; 35% sufrieron caídas, 34% accidentes viales, 25% a agresiones, 6% no se conoció la causa. Un 5% se asociaron a lesión medular, 51% presentaron algún tipo de fractura craneal, 18,3% tuvieron hematoma epidural, 18% hematoma subdural agudo, 10% hematoma subdural crónico, 18% contusiones cerebrales, 10% laceraciones cerebrales, 33% mostraron desviación de la línea media, 50% cambios en cisternas basales y 43% hemorragia subaracnoidea. Según ECG 41% fueron traumas leves, 25% moderados y 34% severos; el 45% de los pacientes tuvieron cirugía y 22% dentro de las primeras 6 horas, se realizaron 244 craneotomías, 166 craniectomías, 128 craniectomías descompresivas, 229 esquirlectomías, 165 drenajes por trépanos y 8 ventriculostomías. En cuanto al pronóstico 59% egresaron con GOS 5, 14% con GOS 4, 9% con GOS 3, 1% con GOS 2 y 18% murieron.

Conclusiones

El trauma de cráneo es una entidad de alta frecuencia en nuestra región, afecta principalmente a hombres jóvenes pudiendo sufrir varias lesiones intracraneales que van desde fracturas a hematomas, requiriendo manejo quirúrgico en casi la mitad de los casos.

Hábitos alimentarios en estudiantes de pregrado de la carrera de Medicina.

Núñez-Campos Luis Alonso¹, Chávez-Aldana Claudia Alicia¹, Núñez-Durán Luis Enrique¹, Núñez-Galán Efrén¹, Durán-Alba Raquel¹.

1. Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, Zapopan, Jalisco, México.

Introducción

La población universitaria es un grupo especialmente vulnerable desde el punto de vista nutricional, que se caracteriza por; saltarse comidas con frecuencia, picar entre horas, tener preferencia por comidas rápidas y consumir frecuentemente alcohol y tabaco.

Objetivo

Evaluar los hábitos alimentarios de estudiantes de pregrado de la carrera de medicina.

Material y métodos

Estudio descriptivo, observacional, mediante aplicación de cuestionario, basado en la encuesta modificada de León Sánchez¹ sobre hábitos alimentarios en estudiantes de la carrera de medicina, del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, en el periodo de septiembre a octubre del 2014. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, género) así como peso, talla e índice de masa corporal (IMC), reportándose en tablas y gráficas de distribución de frecuencias.

Resultados

Se revisaron datos de 55 estudiantes, 33 del género masculino y 22 del género femenino, el rango de edad fue de 19 a 31 años. 14.5% presentó bajo peso, 36.36% sobrepeso y 3.63% obesidad. El 27.2% de los estudiantes utiliza algún tipo de medida para controlar su comportamiento inadecuado de alimentación. El 41.8% considera que no consume alimentos sanos, mientras que el 54.5% sí consume alimentos sanos. El 38% no realiza ejercicio al menos 30 minutos un día de la semana, sólo 9% practica ejercicio durante más de 30 minutos todos los días de la semana. Los hábitos de número de comidas en 24 horas son inadecuados en 70%. El 14.5% de los estudiantes refiere sensación de culpa por consumir alimentos abundantes en reuniones, el 83% refiere consumo de gurgueras y 72.7% de bebidas azucaradas. La mayoría de estudiantes consume alimentos en actividades fuera de las comidas.

Conclusiones

A pesar del reconocimiento de que su alimentación es poco saludable, el consumo de alimentos sanos en los estudiantes de pregrado analizados es bajo debido a la dificultad para el acceso a ellos. Los hábitos de comidas en 24 horas son inadecuados. La práctica de ejercicio constante es reducida.



Evaluación de la técnica de lavado de manos en estudiantes de medicina.

Romo-Álvarez Carolina¹, Kasten-Monges Marina de Jesús¹, Hernández-Guzmán Ana Karen¹, Cazares-Coss y León Yaaoly Vanesa¹, Tahuahua-Flores Óscar¹, Mendoza-Sánchez Antonio de Jesús¹, López-Villaseñor Leonel Gerardo¹.

1. Carrera de Medicina, Centro Universitario de Ciencias de la Salud CUCS, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción

El lavado de manos, es la medida más simple y eficaz para reducir la transmisión de infecciones nosocomiales, las cuales suponen un gran impacto económico en pacientes y sistemas sanitarios. Por lo que es importante que todo profesional de la salud conozca y aplique correctamente la técnica de lavado de manos.

Objetivo

Evaluar el conocimiento y la aplicación de la técnica de lavado de manos validada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en estudiantes de 5º semestre de la carrera de Medicina del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra poblacional fue tomada a conveniencia. Se tomó un aproximado del 14% del total de alumnos de 5º semestre del ciclo escolar 2013B. Se realizó una encuesta de 12 preguntas de opción múltiple tomada del documento "Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinada a los profesionales sanitarios" de la OMS, así mismo se evaluó la aplicación de la técnica llevando a cada uno de los participantes al lavabo para efectuar el lavado de manos. El análisis de datos se hizo con el programa el SPSS versión 18.

Discusión

De los 47 participantes se demostró que el 98% no conocía cuáles son los 5 momentos clave del lavado de manos; el 100% desconocía la técnica correcta para su aplicación; el 93% consideró que el lavado antes de tocar al paciente disminuye la transmisión de microorganismos a éste; así mismo el 72% afirmó no haber recibido información regulada por la OMS y/o Organización Panamericana de la Salud sobre higiene de manos en los últimos 3 años.

Conclusiones

El lavado de manos, es la medida más simple y eficaz para disminuir la transmisión de infecciones intrahospitalarias. El aprendizaje de la técnica de lavado de manos y sus tiempos de aplicación son prioritarios dentro de las competencias que el alumno de medicina deberá adquirir, ya que estará en contacto con los pacientes, por lo que se debe realizar una campaña intensiva de enseñanza sobre la técnica adecuada de lavado de manos

Implicación del Gen ApoB en la Replicación del VHC y su Asociación a Daño Hepático.

Vaca-González Alonso¹, Maldonado-González Montserrat¹, Ruiz Madrigal Bertha¹, Torres-Baranda Rodrigo¹, De la Cruz-Color Lucia¹, Carrillo-Núñez Gabriela¹.

1. Departamento de Microbiología y Patología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción

El VHC circula en suero unido a lipoproteínas, por lo cual, los lípidos son esenciales en la modulación de su replicación y ensamblaje al utilizar la vía de VLDL, uniéndose a la lipoproteína ApoB para lipidarse con triglicéridos antes de su liberación en los hepatocitos.

Material y métodos

Estudio observacional, comparativo y transversal. Se captaron 680 individuos divididos en dos grupos; pacientes con VHC (+) y pacientes que se manifestaron clínicamente sanos. Las variantes polimórficas de la región promotora -516G/A de ApoB se determinó mediante RFLP's y se compararon los resultados con valores bioquímicos mediante el software SPSS v.20.

Resultados

Se captaron 398 pacientes sanos y 282 con VHC (+), éstos últimos, se categorizaron en Hepatitis crónica (70%), cirrosis (29%) y Hepatocarcinoma (<1%). El alelo más frecuente en ambos grupos fue el G (76.2%) comparado con el alelo A (3.8%). El genotipo GG fue el más frecuente (56.12%). Ocho pacientes del grupo control presentaron el genotipo AA, y ningún paciente con VHC lo presentó. En el grupo de pacientes infectados por VHC y con el alelo A, aumentaron, sin significancia estadística, los niveles de transaminasas, LDL y VLDL en comparación con el alelo G. Contrariamente, en los pacientes con VHC y alelo G, se observaron niveles más bajos de colesterol, HDL y glucosa. No se encontró relación significativa contra la progresión de la enfermedad hepática. Los pacientes con VHC presentaron niveles significativamente altos de glucosa, triglicéridos, LDL y VLDL, así como niveles bajos de colesterol y HDL en comparación con el grupo control (p 0.000).

Discusión y conclusiones

La monitorización de lípidos puede funcionar como un factor pronóstico, ya que niveles alterados de lípidos (nivel bajo del colesterol y HDL y niveles altos de glucosa, triglicéridos, LDL y VLDL) pueden ser un indicador de enfermedad hepática avanzada. Coincidimos con Zhuc y col. al inferir que el genotipo GG se puede asociar con la disminución del nivel de lípidos con la infección de VHC, así como el aumento de la susceptibilidad a la infección; mientras que el genotipo AA, se puede relacionar con desaparición viral.

Hemicraniectomía descompresiva en trauma craneoencefálico.

Andrade-Ramos Miguel Ángel¹, Ochoa-Plascencia Miguel Ricardo¹, Mortola-Rodríguez Fabrizio², Núñez-Velasco Santiago¹, Aguirre-Portillo Leonardo Eduardo¹, González-Cornejo Salvador¹.

1. Servicio de Neurocirugía Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

2. Servicio de Cirugía General Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es una patología frecuente en los países industrializados, constituye una de las principales causas de muerte entre la población pediátrica y adulta joven. Muchos de los pacientes con TCE severo requieren procedimiento quirúrgico del tipo hemicraniectomía descompresiva (HD) primaria o secundaria.

Objetivo

Exponer la experiencia en nuestra institución del procedimiento neuroquirúrgico "Hemicraniectomía descompresiva" primaria y secundaria en TCE, además del análisis de mortalidad.

Material y métodos

De enero de 2009 a enero de 2014 se han realizado en el Servicio de Neurocirugía del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" un total de 145 procedimientos neuroquirúrgicos del tipo hemicraniectomías descompresivas en pacientes con TCE. Las variables fueron recabadas de las bases de datos de TCE del Servicio de Neurocirugía y a su vez se realizó análisis multivariable con el programa PASW Statistics 18.

Resultados

Se realizó un total de 145 procedimientos neuroquirúrgicos del tipo hemicraniectomía descompresiva en pacientes con TCE. En su mayoría fueron pacientes con TCE severo Grado III (87%) y a su vez la principal causa del trauma fue por caída (31.7%). La mayoría fueron hombres (p<0.001). La principal indicación del procedimiento fue por hematoma subdural agudo (63.5%) en pacientes con ECG igual o menor a 8 y ECG 4 (p=0.05). En el 50% el procedimiento se realizó en las primeras 6 horas tras el arribo hospitalario.

Conclusiones

No existen criterios absolutos respecto al tratamiento del TCE severo y la craneotomía descompresiva, cada paciente es diferente y por lo tanto, el tratamiento deberá ser individualizado hasta tener nuevas recomendaciones en base a la evidencia. La HD primaria es más efectiva que una craneotomía para pacientes seleccionados con hematoma subdural agudo. La HD bifrontotemporal se asoció a mortalidad del 90%.

Neurocisticercosis inactiva en una muestra de tomografías de cráneo.

Navarro-Arenas Guillermo Arturo¹, Palomera-Tejeda Emmanuel¹, Batres-Padilla Marco Antonio¹, Briseño-Godínez María Eugenia¹, Parra-Romero Gustavo¹, Ruiz-Sandoval José Luis^{1,2}.

1. Servicio de Neurología Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

2. Departamento de Neurociencias, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara Jalisco, México.

Introducción

La Neurocisticercosis (NCC) ha sido históricamente considerada la principal infección parasitaria del sistema nervioso central. En las últimas décadas, en México, se ha estipulado un posible descenso en la prevalencia de esta enfermedad.

Material y métodos

Cuidadosamente observamos una muestra de 1218 tomografías de cráneo consecutivas recientes buscando calcificaciones cerebrales de NCC. Las calcificaciones consideradas en nuestro análisis fueron exclusivamente aquellas compatibles con NCC inactiva. Obtuvimos una base de datos y realizamos un análisis estadístico detallado con el objetivo de encontrar datos sugestivos de un descenso en la NCC. La significancia estadística fue valorada utilizando 2 de tendencia lineal y OR de prevalencia e IC.

Resultados

La prevalencia de calcificaciones de NCC fue de 6.8% (83 pacientes). La edad promedio de los casos fue de 57 años (DE 18.3), 54 casos (65%) fueron encontrados en pacientes mayores de 50 años. La edad del sujeto estuvo fuertemente asociada con calcificaciones de NCC (p <0.001, 2 de tendencia lineal). Hubo un incremento significativo en la prevalencia de casos a partir de la sexta década de la vida comparada con la muestra general (OR=2.29; 95% CI 1.32-4.005, p 0.003). La misma tendencia fue observada en la séptima (OR=2.08; 95% CI 1.11-3.9, p 0.02), octava (OR=2.142; 95% CI 1.117-4.109, p 0.019) y novena (OR=3.93; 95% CI 1.81-8.519, p <0.001) década respectivamente. Solo encontramos una lesión sugestiva de NCC activa y, en pediátricos, únicamente dos casos de NCC inactiva.

Conclusiones

Nuestra frecuencia de NCC inactiva puede parecer un dato inconsecuente, sin embargo, tenemos hallazgos sugerentes de que la incidencia de NCC en México está descendiendo. Lo más importante es el patrón de distribución etario con un incremento del riesgo a partir de la sexta década de la vida y frecuencias bajas en pacientes jóvenes.



Deterioro cognitivo y depresión en mayores de 60 años de la Clínica 171 del IMSS.

Orozco-Sandoval Rosalba¹, Delgado-Quñones Edna Gabriela¹, Sahagún-Cuevas Minerva Natali¹.

1. Servicio de Medicina Familiar. Unidad Médica Familiar 171. Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción

En el proceso de envejecimiento, existen cambios biológicos-fisiológicos que son propios de esta etapa donde generalmente no se reconoce la depresión como una patología y el deterioro cognitivo se considera algo esperado y común en el paciente anciano. La depresión ocasiona aislamiento social, y el deterioro cognitivo pérdida de la autonomía disminuyendo la calidad de vida de quien lo presenta.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo. Muestreo no probabilístico por conveniencia en un periodo de 3 meses. Se aplicaron 2 instrumentos: la escala de depresión de Yesavage y el test de Folstein además una cédula de recolección de datos. Con el programa SPSS versión 19 se realizó el análisis estadístico utilizando media, mediana, moda, desviación estándar.

Resultados

Participaron 217 pacientes, 43.3% (n=94) hombres y 56.7% (n=123) mujeres. La media de edad fue 69 años. El 60.4% (n=131) eran casados, el 24.9% (n=54) viudos y 6% (n=13) divorciados. El 41% (n=89) tenían una escolaridad de primaria trunca, el 18% (n=39) primaria completa y el 15.7% (n=34), licenciatura completa. En comorbilidades, el 34.1% (n=74) presentaron hipertensión arterial, el 26.3% (n= 57) diabetes e hipertensión arterial. El 51.6% (n=112) se dedican a labores del hogar y el 24.9% (n=54), son pensionados. El 25.8% (n=84) presentan deterioro cognitivo y el 25.8% (n=56) presentan depresión.

Conclusiones

A medida que nuestra población envejece las enfermedades relacionadas con la edad asumen cada vez mayor importancia en la salud pública pues el aumento en la esperanza de vida incrementa la prevalencia de enfermedades neurodegenerativa donde la depresión y el deterioro cognitivo se encuentran infradiagnosticados. Encontramos en este estudio, que la cifra de deterioro cognitivo, es mayor a lo reportado en la Zona Metropolitana de Guadalajara (13.8%) y que la depresión tiene una cifra similar (29.1%).

Prevalencia de insuficiencia venosa en enfermeras del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

Aguirre-Basulto Cesar Alonso¹, Carbajal-Curiel Víctor Esteban¹, González-Pérez Nancy Guadalupe¹, Hernández-Álvarez Jaime de Jesús¹, Jiménez-Pérez Javier¹, Zuazo-Mancilla Rigoberto¹.

1. Carrera de Medicina, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción

La Insuficiencia Venosa (IV), es un trastorno médico que afecta a trabajadores y estudiantes en todo el mundo, tiene tendencia a la cronicidad, provoca pérdidas de jornadas laborales y estancias hospitalarias, además de los importantes costos directos. Por ello surge la necesidad de realizar una investigación que valore los niveles de incidencia de IV en el personal de enfermería del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde (HCFAA) de Guadalajara Jalisco a través de un estudio observacional, transversal y analítico.

Material y métodos

Participan como investigadores 6 estudiantes de medicina del CUCS de la Universidad de Guadalajara. Cada investigador realizó, a 16 enfermeras de distintos servicios del HCFAA, una encuesta sin aplicar ningún criterio de selección, en la semana laboral comprendida entre los días 7 de abril al 11 de abril y del 14 al 18 de abril del año 2014. Después de ser valorados los datos obtenidos a través de la encuesta, se procedió a realizar la extracción de datos. Para la descripción de las variables cuantitativas se usaron tablas de frecuencia, y para las cualitativas los parámetros de centralización y dispersión. El procesamiento de los datos se realizó por medio de Excel.

Resultados

La mayor prevalencia de la IV en el personal de enfermería del HCFAA se encuentra entre los 41 a los 60 años de edad. Se identificó una disminución en la prevalencia de insuficiencia venosa en personas con estatura elevada (>170cm), en comparación con las de estatura baja (< 169cm). Conforme aumente el peso corporal, así como el IMC aumenta la incidencia de insuficiencia venosa. La cantidad de horas en bipedestación y los años de servicio no mostraron datos relevantes para correlacionar con la prevalencia de insuficiencia venosa.

Conclusiones

La investigación permitió conocer un poco sobre el estilo de vida del personal de enfermería del HCFAA, con lo cual se buscara brindar información y apoyo en cierta medida para tratar de evitar que este problema afecte al personal en etapas tempranas, y corregir en lo mejor que se pueda el progreso de esta patología.

Inicio temprano de la lactancia materna en pacientes con parto y cesárea.

Chávez-Aldana Claudia Alicia¹, Núñez-Galán Efrén¹, Núñez-Durán Luis Enrique¹, Durán-Alba Raquel¹, Núñez-Campos Luis Alonso¹.

1. Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farias, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE, Zapopan, Jalisco, México.

Introducción

La lactancia materna exclusiva, en los diferentes países del mundo, tiene prevalencia, con rangos del 8 al 64%. Los recién nacidos que son colocados en el seno materno durante la primer hora de vida, tienen una menor probabilidad de morir en el periodo neonatal, los recién nacidos obtenidos por parto o cesárea, pueden ser colocados al seno materno en la primer hora de vida. No obstante menos de la mitad de recién nacidos reciben el beneficio del inicio temprano de lactancia materna.

Objetivo

Analizar el tiempo de inicio de lactancia al seno materno en pacientes puérperas, de parto y cesárea del Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farias.

Material y métodos

Estudio descriptivo, observacional, realizado en El Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farias, en el periodo del 1 de Enero al 10 de Octubre del 2014. Se revisaron datos de pacientes atendidas de parto o cesárea, de la Bitácora de Lactancia materna del área de hospitalización, analizando: edad, escolaridad, tiempo de lactancia planeado, tiempo de inicio de lactancia, peso del recién nacido al inicio de la lactancia, antecedente de uso de biberón, y molestias que dificultan inicio de la lactancia. Se reportan frecuencias en tablas y gráficos.

Resultados

Se revisaron datos de 246 pacientes, 42 con Atención por parto y 204 por cesárea, con rangos de edad de 15 a 42 años, predominando el grado de escolaridad de licenciatura. Más frecuente el plan de lactar durante 1-6 meses. El tiempo de inicio de Lactancia más frecuente de 1-6 horas seguido de 7-12 horas. El peso más frecuente de los lactantes al iniciar la lactancia correspondió al grupo de 2500 a 3499 gramos. El 12.2% de pacientes con parto, refirieron antecedente de uso de biberón, y el 57.7% con cesárea. Las molestias que dificultaron el inicio de la lactancia más frecuentes fueron dolor en mamas, pezón invertido, pezón plano, ardor/resequedad del pezón, grietas del pezón.

Conclusiones

El inicio temprano de la lactancia al seno materno en mujeres del Hospital Regional Valentín Gómez Farias es aceptable, sin embargo debe intentar acortarse a la primera hora de vida.

Fibrinólisis intrapleurales con tenecteplase en empiema y derrame paraneumónico loculado.

Argueta-Cruz Ricardo¹, Rostro-Rivera Rodrigo¹, Salcedo-Parra Ana¹, Guzmán-Lepe Abraham¹, Guzmán-Lepe Sergio¹, González-Luna Raul¹.

1. Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

2. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

Al menos 40% de los pacientes con neumonía tienen asociado un derrame pleural. El tratamiento del derrame paraneumónico se basa en antibióticos y drenaje de la cavidad pleural. Hay controversias sobre el manejo más adecuado de estos casos: aplicación de fibrinolíticos, cirugía de mínima invasión o toracotomía con decorticación.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, descriptivo; se intenta demostrar la utilidad de Tenecteplase como terapia fibrinolítica intrapleurales en pacientes con empiema y derrame paraneumónico, tratados en el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde de Guadalajara entre los meses Marzo 2013 a Septiembre de 2014. Se incluyeron pacientes con clínica de infección pleural loculada o empiema, con menos de 30 días de evolución, con capacidad de dar su consentimiento informado. Se aplicó 10 miligramos de Tenecteplase diluidos en 100 mililitros de solución salina normal a través del drenaje; se cierra por dos horas con cambios de posición del paciente cada 15 minutos. Se realiza este procedimiento cada 12 horas por tres días consecutivos. Se tomaron laboratoriales antes, durante y después para valorar efectos secundarios del medicamento. Se tomó como éxito a la expansión pulmonar verificable por medio radiológico. El seguimiento se dio a los 15, 30, 90 y 120 días de aplicado el tratamiento.

Resultados

El total de pacientes que cumplen criterios de inclusión fueron 8 casos, las edades oscilan entre 15 y 44 años. La tuberculosis como causa de empiema se encontró en 25% de los casos. Ningún caso presentó sangrado. En solo un caso hubo descenso de hemoglobina de 2 gramos, sin necesidad de transfusión. La media de tiempo de evolución fue de 19.8 días. El promedio de días de estancia intrahospitalaria fueron 12 días. Dolor como efecto secundario se reportó en 50% de los casos. No hubo anafilaxia. La tasa de éxito que se encontró fue de 100% de los casos.

Conclusiones

El uso de Tenecteplase es un método alternativo como tratamiento del derrame loculado paraneumónico y/o empiema; aplicable a casos de tuberculosis o en que la cirugía sea de alto riesgo. La terapia fibrinolítica intrapleurales provoca efectos secundarios como dolor en 50% de los casos y disminución de hemoglobina.



Aceptación de la vacuna del Virus del Papiloma Humano en estudiantes de Medicina.

Chávez-Aldana Claudia Alicia¹, Núñez-Galán Efrén¹, Núñez-Durán Luis Enrique¹, Durán-Alba Raquel¹, Núñez-Campos Luis Alonso¹.

1. Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Zapopan, Jalisco, México.

Introducción

La infección del papiloma humano (IVPH), es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo. En los Estados Unidos, se calcula 24.000.000 de mujeres portadoras de la infección. En México la prevalencia es de 15%, con ligera prevalencia en el sexo femenino.

Objetivo

Evaluar los conocimientos y aceptación de la vacuna de VPH en estudiantes.

Material y métodos

Estudio Descriptivo, Observacional, En estudiantes de la Carrera de Medicina del Servicio de Ginecología a quienes se les aplicó un cuestionario de Conocimientos, con 10 preguntas; Conoce que es el virus del papiloma humano (VPH), Conoce la forma de transmisión del VPH, Conoce métodos de prevención del VPH, Conoce repercusiones de infección por VPH, Conoce manifestaciones de la infección por VPH, Conoce algún método de detección del VPH, Conoce la existencia de vacuna para VPH, Conoce a quienes afecta el VPH, Conoce cuantos virus del papiloma humano existen, Conoce si las relaciones casuales son riesgo para VPH. Estudio realizado en el periodo 25 Enero a 14 de Abril del 2014. Analizándose variables demográficas; Edad, Genero, Estado civil, Aceptación para vacunación, Aceptación para pagar la vacuna, Antecedente de familiar vacunado contra VPH. Reportando en tablas de frecuencias.

Resultados

Fue más frecuente el género masculino (59.7%). Grupo de edad más frecuente de 19-21 años en mujeres (22.1%) y de más de 22 años en hombres (35.1%). Solteros 97.4%, Familiar vacunado 21.9% en hombres, 19.9% en mujeres, aceptación de vacunarse 46.7% hombres, 35.1% mujeres, Disposición a pago 36.1% mujeres y 16.8% hombres. 2 estudiantes mujeres vacunadas (2.59%).

Conclusiones

Los Estudiantes de Medicina del Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías tienen conocimientos de que la vacunación contra el VPH es conveniente, pero la práctica de vacunación es baja, se refieren dispuestos a la vacunación si se les proporcionara de manera gratuita.

Hematoma epidural agudo en un Hospital de tercer nivel, datos demográficos y factores relacionados con el pronóstico.

Santiago Núñez-Velasco¹, Mortola-Rodríguez Fabrizio¹, Borrayo-Dorado Sheila¹, Areyano-Beltrán Macario¹, Herrera-Reynoso Fernanda¹, Aguirre-Portillo Leonardo¹, Ochoa-Plascencia Miguel¹.

1. Servicio de Neurocirugía Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

El hematoma epidural es una entidad común dentro del trauma de cráneo, afecta a sujetos jóvenes y confiere frecuentemente un buen pronóstico si se trata adecuadamente.

Material y métodos

Los datos se obtuvieron de 2108 pacientes consecutivos que tuvieron trauma de cráneo, entre abril de 2004 y diciembre de 2013.

Resultados

De 2108 pacientes, 386 tuvieron hematoma epidural (367 hombres por 19 mujeres), más del 80% tuvieron entre 15 y 44 años, el principal mecanismo del trauma fueron los accidentes viales con 37%. Según la ECG el 42% fueron traumas leves, 26% moderado y 32% severo. El volumen del hematoma fue de menos de 30cc en 71% de los pacientes, de 30 a 60 en 21% y de más de 60 en 4%. Se operaron el 61% de los pacientes y un 66% de los hematomas están asociados a fracturas craneales (p=0.001). Se practicó un análisis de regresión múltiple, para determinar las variables relacionadas con el pronóstico, medido mediante GOS, resultando la edad (p<0.001), Cisternas basales (p<0.001), ECG (p<0.001) y Pupilas (p=0.003) significativas. Así pues se realiza un análisis multivariante en relación a la necesidad de evacuación quirúrgica obteniendo significancia en desviación de línea media, fracturas craneales y volumen del hematoma (p<0.001).

Conclusiones.

La edad, ECG, diámetro pupilar y cisternas basales son los factores más relacionados con el pronóstico, mientras la desviación de línea media, fracturas y volumen de hematoma se relacionaron con la necesidad de cirugía

Validación del Índice de Mortalidad Pediátrico 2 en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

López Hernández R.D.¹, Rodríguez Rodríguez I.C.², Ramírez Ramírez F.J.¹ De La Torre Gómez R. E. ², López León A. ²

1. Pediatría Médica, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

2. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

El propósito en nuestro trabajo es evidenciar que se pueden establecer parámetros objetivos para evaluar y comparar la mortalidad.

Material y métodos

Estudio observacional, prospectivo de corte transversal en el periodo 01 de Abril 2013 a 31 de Marzo 2014, se incluyeron a 240 pacientes con edades de 1 mes a 16 años, se les clasificó según el diagnóstico de ingreso obteniendo la probabilidad de mortalidad de acuerdo al puntaje que obtuvieron con base al PIM2 (Índice de Mortalidad Pediátrico 2) en la UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos), recolectando los datos del expediente clínico, se analizaron con el programa estadístico PASW Statistics V18.0 realizando tablas de contingencia y aplicando la prueba de chi cuadrada, tablas de ROC, para efectos de nuestro estudio se realizaron grupos de acuerdo al porcentaje de mortalidad dado por el puntaje de PIM2 de la siguiente manera: menor del 5%, entre 5 – 15% y mayor del 15%, obteniendo lo siguiente:

Resultados

En razón al género, el 45.8% fue femenino y el resto masculino. Se encontraron 44 casos con probabilidad de mortalidad mayor del 15%, de los cuales 40.9% murió. 81 casos con probabilidad de mortalidad entre 5 – 15%, de los cuales 80.3% sobrevivió. 115 casos con probabilidad de mortalidad menor del 5%, de los cuales 15.6% murió. En los diagnósticos de ingreso se observó que el 37.9% fue durante el post quirúrgico, el 22.9% causa externa, el 17.5% problemas respiratorios, el 13.3% otros (Sepsis, etc.), el 5.4% enfermedades neuromusculares y el 2.9% problemas cardiológicos. Se realizó la prueba de chi cuadrada para verificar la asociación entre el puntaje del PIM2, el diagnóstico de ingreso dividiendo los casos en muertos y vivos según el registro de egresos de nuestro hospital, obteniendo significancia estadística para ambos casos siendo de p=.006 y p=.000, respectivamente, por ello consideramos que si existe asociación entre estas variables. La principal causa de mortalidad fue en el post-quirúrgico con un 36.53% del total de defunciones registradas (19/52).

Conclusiones

Concluimos que si es confiable aplicar el PIM2. En términos generales la mortalidad registrada fue del 21.7% (52/240). La sensibilidad obtenida de acuerdo a la clasificación realizada en base al PIM2, fue de 41%. La especificidad fue de 83%, que es la capacidad de clasificar adecuadamente a los pacientes que tengan una probabilidad menor al 15% de mortalidad y que sobrevivan y egresen de la UCIP.

Daño renal agudo en los ingresos no seleccionados y su consulta por Nefrología.

Albarrán-López Paulina¹, Chávez-Iñiguez Jonathan Samuel¹, García-García Guillermo¹.

1. Servicio de Nefrología, Hospital Civil de Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción

El daño renal agudo (DRA) es un problema común y grave en los hospitalizados. Frecuentemente no es detectado y no son valorados por el servicio de Nefrología, llevando a una atención inadecuada, evolución tórpida y mayor morbimortalidad; es común que se refiera únicamente a los pacientes con DRA más severo.

Material y métodos

Realizamos una cohorte retrospectiva de los expedientes electrónicos de pacientes ingresados en un solo día de hospitalización, se dio seguimiento a sus valores de Creatinina sérica (CrS) hasta su muerte o alta hospitalaria. Dicotomizamos la presencia o ausencia DRA acorde a KDIGO. Se excluyeron los pacientes < 15 años, e ingresados a nefrología u obstetricia. Se utilizaron prueba T Student y 2.

Resultados

Ingresaron 402 pacientes, 32% desarrollaron DRA, en estos hubo predominio en hombres, mayor edad, comorbilidades como diabetes y casos médicos. Una tendencia relacionada a mayor edad al estadificar por grupos etarios con sepsis e hipovolemia como las etiologías más frecuentes de DRA. La evolución clínica acorde a la referencia a Nefrología se describe en la tabla; en general, aquellos pacientes referenciados tenían mayor mortalidad, más edad, comorbilidades y eran los casos más severos de DRA, a pesar de esto, su CrS al alta no fue diferente entre los pacientes referenciados y los que no se hizo la referencia

Conclusiones

El DRA ocurre frecuentemente en hospitalizados (32%). En la mayoría carecen de atención por Nefrología (89%), y se referencia únicamente a los casos más graves. La Referencia temprana a Nefrología podría dar lugar a mejores evoluciones clínicas



Complicaciones en la cirugía del túnel del carpo. Experiencia en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Núñez-Velasco Santiago¹, González-González María Elena¹, Arellano-Beltrán Macario¹, Borrayo-Dorado Sheila MM¹, Aguirre-Portillo Leonardo E¹.

1. Servicio de Neurocirugía Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La neuropatía del nervio mediano por el ligamento anular del carpo es una de las causas más comunes de consulta en los centros que tratan nervio periférico; suele afectar a población laboralmente activa y tiene como su principal forma de tratamiento el manejo quirúrgico.

Material y métodos

Se registró la información de 53 pacientes consecutivos a los cuales se les practicó cirugía descompresiva del túnel del carpo, de enero de 2008 a diciembre de 2013, en el servicio de Neurocirugía del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Se realizó un análisis descriptivo de datos demográficos, así como de las complicaciones presentadas.

Resultados

Se incluyeron 53 pacientes (50 mujeres, 3 hombres), se realizaron 55 cirugías, de las cuales 49 fueron de la mano derecha y 6 de la mano izquierda, 51 casos fueron la primera cirugía y 2 operados por segunda vez, los cuales fueron re-intervenidos por pobre mejoría de los síntomas, encontrando en uno fibrosis perineural y en otro liberación incompleta del nervio. Se presentaron 5 complicaciones (3 cicatrices hipertróficas, 1 dehiscencia de herida, 1 dolor en sitio de bloqueo anestésico).

Conclusiones

Las complicaciones en la cirugía de descompresión del túnel del carpo están reportadas de un 3 al 30% de los casos. Las más comunes son: la cicatrización hipertrófica, la lesión directa sobre el nervio, la falta de liberación completa, así como las alteraciones en la movilidad de la muñeca. La buena selección de los pacientes y el conocimiento de la anatomía y la técnica quirúrgica, disminuyen sustancialmente el índice de complicación.

Prevalencia de las enfermedades respiratorias en San Ignacio Cerro Gordo, Jalisco.

Méndez-Sánchez Jorge Eduardo¹, Marín Tejeda Andrea Carolina²

1. Centro universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

2. Universidad del Valle de México Campus Zapopan Jalisco, México.

Introducción

Principalmente en San Ignacio Cerro Gordo se atribuyó una gran cantidad de manifestaciones respiratorias en gran parte por la mala calidad del aire y la otra por la gran contaminación que sufre dicho municipio. La contaminación ha presentado una serie de anomalías debido a la gran cantidad de emisiones de gases por micro empresas, combustión por vehículos locales y la quema de ladrillos deteriorando la calidad del aire desde hace 10 años o más, en la cabecera municipal y localidades de San Ignacio Cerro Gordo. Entre las principales causas de mortalidad en el municipio se encontraron las relacionadas con infartos al miocardio y enfermedad pulmonar. De acuerdo a las estadísticas de la Secretaría de Salud en el 2006 al 2011 éstas representaron el 9% del total de defunciones registradas en éste periodo.

Material y métodos

Se trató de un estudio observacional descriptivo a partir de un reporte de casos en donde nuestro universo de estudio fue la población del municipio de San Ignacio que padecieron alguna enfermedad respiratoria. En este estudio pedimos la colaboración del jefe del centro de salud del municipio de San Ignacio y al Presidente municipal, los cuales nos proporcionaron información para determinar principales factores de riesgo que estuvieron afectando a dicha población. Nuestro método a utilizar fue el instrumento de encuesta, el cual constó de 10 preguntas, acerca de enfermedades respiratorias, con el propósito de ver cuál era el factor mayormente afectante en la población, conocer la incidencia de dicha enfermedad.

Resultados

Se realizaron 267 encuestas. Se procede a calcular la prevalencia que tienen las ladrilleras cercanas a las viviendas de la comunidad, 132 personas viven cerca de una ladrillera y 17 no viven cerca. Prevalencia global: $149/267=55.81\%$ Prevalencia de expuestos: $132/155=81.16\%$ Prevalencia de no expuestos: $17/82=20.73\%$ Riesgo relativo: $(132/155)/(17/82)=0.8116/0.2073=3.92$. Las personas que habitan cerca de las fabricas ladrilleras están 3.92 veces más propensos a pasar una enfermedad respiratoria que los que no lo están

Conclusiones

Se identificó que hay un alto riesgo ante la exposición de ladrilleras en el municipio, el cual es casi de 4 veces mayor que para la población no expuesta. Existe un adecuado hábito de atención a la salud, pero debido a la falta de interés y de consulta en el sector salud por parte de la población, los diagnósticos son tardíos.



Cirugía de columna mínimamente invasiva: vertebroplastia y cifoplastia.

González-González José-Manuel¹, Andrade-Ramos Miguel Ángel¹, González-González María Elena¹, Aguirre-Portillo Leonardo Eduardo¹.

1. Servicio de Neurocirugía del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La vertebroplastia y cifoplastia son técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas que han demostrado ser efectivas para aliviar el dolor ocasionado por las fracturas compresivas de los cuerpos vertebrales secundarias a osteoporosis, traumatismos y otras causas menos comunes como tumores primarios o metástasis.

Presentación de Casos

De Octubre de 2013 a Octubre de 2014 en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", se intervinieron 10 pacientes mediante estas técnicas. Correspondiendo a 5 hombres y 5 mujeres. Siete casos (70%) presentaron fracturas en región lumbar, 8 casos (80%) correspondieron a etiología traumática, dos casos con diagnósticos previos de mieloma múltiple y adenocarcinoma de colon. En 6 casos (60%) se realizó abordaje unilateral extrapedicular. En ningún caso se reportaron complicaciones. Todos los pacientes mejoraron estando libres de dolor y con deambulacion temprana.

Discusión

La técnica quirúrgica es llevada a cabo mediante un acceso percutáneo guiado mediante fluoroscopia de alta definición que puede ser uni o bilateral y trans o extrapedicular, a través del cual se inyecta cemento óseo (metilmetacrilato) para estabilizar y compactar la fractura. La cifoplastia, a su vez, involucra la insuflación de un globo dentro del cuerpo vertebral previo a la inyección de cemento, con el objetivo de compactar la fractura y reducir la presión de inyección del cemento, lo que a su vez, se relaciona con menor índice de complicaciones.

Conclusiones

La cirugía mínimamente invasiva de columna vertebral del tipo vertebroplastia/cifoplastia permite cumplir con los objetivos planeados para patologías de etiología degenerativa como traumática e incluso tumoral, proporcionando un pronóstico clínico a corto plazo con buenos resultados y pronta recuperación.

Abordaje pterional transigomático en tumores intracraneales.

Andrade-Ramos Miguel Ángel¹, Torres-Alba Roberto Cuitláhuac¹, López-González Francisco Javier¹, Cervantes-Michel José Luis¹, Aguirre-Portillo Leonardo Eduardo¹.

1. Servicio de Neurocirugía Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

El abordaje pterional es un abordaje clásico en neurocirugía sin embargo tiene limitaciones para el acceso al piso de la fosa media. Por este motivo la sección y el desplazamiento del arco cigomático, es una variante a considerar, ya que es simple de realizar y permite un excelente acceso al piso de la fosa media.

Presentación de Casos

De agosto de 2012 a Abril de 2013 en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", el abordaje transigomático fue realizado en seis pacientes con tumores intracraneales: meningiomas alares (4), tumor epidermoide (1) y hemangio-endotelioma epitelioide maligno (1). En total se practicaron seis abordajes de este tipo en pacientes con tumores intracraneales: meningiomas (4), tumor epidermoide (1) y hemangio-endotelioma epitelioide maligno (1), en los cuales este abordaje permitió una excelente exéresis tumoral con resultados estéticos satisfactorios.

Discusión

El abordaje pterional transigomático fue descrito por primera vez en 1980 por Fujitsu y Kuwabara, posteriormente Al-Mefty y Anand proponen que es necesaria la sección del arco cigomático para ganar acceso a la fosa infratemporal. Honeydul y Campero establecen que este abordaje provee acceso a múltiples regiones de la base del cráneo, encontrándose entre sus ventajas: avanzar en forma extradural/intradural por el piso de la fosa media ofreciendo un excelente acceso al mismo y a la pared lateral del seno cavernoso y la porción medial del hueso petroso así como una excelente ventana de trabajo para retraer hacia atrás la punta del lóbulo temporal para tratar lesiones localizadas en la cisterna interpeduncular.

Conclusiones

La modificación del abordaje pterional asociando una osteotomía del arco cigomático, facilita el acceso para tratar tumores intracraneales de localización basal en fosa media o con extensión a región infratemporal, así como tratar estas lesiones que presentaron extensión hacia el seno cavernoso de forma extra e intradural.

Uso de matriz hemostática de trombina humana (Floseal) en cirugía laparoscópica ginecológica.

Muro-Flores Luis Humberto¹, Bernal-Martínez Sergio¹, Vaca-Carbajal Gabino de Jesús¹.

1. Servicio de Endoscopia Ginecológica Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

Cualquier trauma quirúrgico durante cirugía laparoscópica sobre la trompa uterina u ovario por patología ginecológica puede comprometer de forma importante la fertilidad en la mujer. Las causas de daño implicados incluye lesión mecánica con eliminación de tejido ovárico sano adyacente y el daño térmico generado por modalidades de energía utilizados para hemostasia.

La matriz hemostática consiste en un componente de la matriz de gelatina de origen bovino y un derivado de trombina humana. Se logra hemostasia mediante el suministro de una alta concentración de trombina en la superficie de los gránulos de gelatina diseñados específicamente. La interacción de gelatina y trombina con la cascada de coagulación en múltiples puntos mejora significativamente el tiempo hasta la hemostasia. Su uso más conveniente es en áreas donde existe un foco superficial de sangrado.

Presentación de casos

Caso 1. Paciente de 23 años, G1, P0, C0, A0, con dolor en hipogastrio, sangrado transvaginal, ausencia de menstruación de 10 semanas y HGC-B positiva. USG vaginal: útero y ovarios normales, líquido libre en cavidad. Se sospecha embarazo ectópico y se realiza laparoscopia diagnóstica. Hallazgos: embarazo ectópico ampular no roto de 2.5 cms en trompa uterina derecha. Se realiza salpingostomía y se extrae embarazo ectópico. Se observa sangrado en capa. Se aplica Floseal. Se observa hemostasia a los 2 min.

Caso 2. Paciente de 22 años, núbil, con alteraciones del ciclo menstrual, USG abdominal reporta tumoración ovárica derecha de 5x6x6 cms, sólida, redondeada, de pared gruesa vascularizada. Se efectúa cistectomía ovárica encontrando tumoración sólida de 6 x 6 cms, vascularizada. A su remoción, sangrado abundante con dificultad a la visualización para uso de energía. Se decide aplicación de Floseal sobre tejido ovárico con presión mecánica durante 3 min. Se observa resolución del sangrado. Histopatológico: Fibroma de ovario.

Discusión

Pacientes en edad reproductiva sometidas a cirugía ginecológica con deseo de fertilidad, el uso energía puede ser contradictorio por el daño térmico que ocasiona sobre ovario y trompa uterina. Los sellantes hemostáticos se han propuesto como una herramienta de utilidad demostrada para el control de sangrado sin uso de energía.

Conclusiones

La aplicación de sellantes hemostáticos es un método seguro de hemostasia donde no se desea uso de energía a favor de la conservación de la fertilidad.

Uso del puerto único en endoscopia ginecológica.

Vaca-González Alejandra¹, Bernal-Martínez Sergio¹, Vaca-Carbajal Gabino de Jesús¹, Muro-Flores Luis Humberto¹.

1. Servicio de Endoscopia Ginecológica Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

Actualmente el puerto único es una alternativa de mínima invasión laparoscópica comparado con la colocación de trocares tradicionales.

Presentación de casos

Caso 1: Paciente femenina de 32 años la cual se ingresa por diagnóstica de embarazo ectópico organizado no roto derecho. Antecedentes de importancia cirurgías: implantes mamarios, liposucción, oclusión tubárica bilateral hace 2 años. G4P2 A2 FUR: 22/07/14 la cual acude con dolor en fosa iliaca derecha con rebote positivo, al tacto con fondo de saco de Douglas abombado doloroso a la movilización. HGC positiva. Se realiza técnica de puerto único; Se realiza incisión infraumbilical de 2cm se disecciona hasta cavidad abdominal se coloca puerto único Covidien SILS, se insufla con CO2 hasta 14mmhg, se coloca en el puerto único 1 trocar de 10mm y 2 de 5mm sin incidentes, se visualiza ectópico en trompa derecha el cual se realiza salpingectomía derecha sin complicaciones, se retira pieza por puerto de 10mm, se retira puerto único y se cierra única incisión con vicryl 1-0 aponeurosis y piel con nylon 2-0, tiempo estimado 120min.

Caso 2: Paciente femenina de 40 años con dolor pélvico crónico de predominio en fosa iliaca derecha con ultrasonido que reporta ovario derecho con tumoración simple quística de 63x70x67mm; realizando misma técnica de puerto único antes mencionada en caso 1, encontrando un quiste paratubárico derecho de aproximadamente 10cm, el cual se realiza resección del mismo, se procede posteriormente a realizar salpingectomía bilateral sin complicaciones. Se retiran 3 piezas por puerto de 10mm, se retira puerto único y se cierra única incisión con vicryl 1-0 aponeurosis y piel con nylon 2-0, tiempo estimado 80 min.

Discusión

Se reportan los dos primeros casos en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde en el servicio de Endoscopia Ginecológica con puerto único. El último paso hacia el menor grado de la mínima incisión con el acceso a través del ombligo como único puerto de forma que la cicatriz quirúrgica queda camuflajeada en la huella umbilical.

Conclusiones

Ya tenemos la alternativa en nuestro hospital teniendo como ventajas, que se minimiza aún más el dolor postoperatorio conseguido ya por la cirugía laparoscópica convencional (que se utilizan 3 o cuatro incisiones); y evitando lesiones vasculares de pared; el alta temprana del paciente y el retorno en poco tiempo a la vida cotidiana y laboral mejorando además la estética al dejar solo una pequeña cicatriz oculta en el ombligo.



Síndrome de Pfeiffer: Presentación de un caso clínico.

Ramírez-Sahagún Montserrat¹, Campos-Salas Juana Carolina¹, Carrean-Vargas Ramón Alejandro¹, Tejeda-Tovar Iván¹, Gómez-García Alejandra¹, Vallejo-Thomssen Diego¹, Tintos-Hernández Jesús Alonso¹.

1. Universidad Cuauhtémoc Plantel Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción

El síndrome de Pfeiffer es una afectación genética que se caracteriza por craneosinostosis, hipoplasia mediofacial, pulgares gruesos de manos y pies y sindactilia parcial. La mutación se da en los genes FGFR1 del cromosoma 8 y el FGFR2 del cromosoma 10. Es una entidad rara que afecta a 1 de cada 100,000 individuos.

Presentación de caso

Paciente femenino de 37 semanas de gestación, producto de la quinta gesta, madre de 29 años de edad, padre de 36 años de edad, sano. No consanguíneos. Con antecedente de hermano con Síndrome Apert, craneosinostosis y exoftalmos. Resto negado. Embarazo normo-evolutivo hasta el primer trimestre, con control prenatal, a la semana 28 de gestación se realiza ultrasonido obstétrico, que reporta cráneo en trébol, con proptosis prominente, desviación de los ortegos hacia la línea media. A la semana 32 desarrolla incremento de líquido amniótico hasta desarrollar polihidramnios severo, requiriendo terminación del embarazo a la semana 37 por FUM y ultrasonido. Se realiza cesárea por polihidramnios severo. Presentando al nacer; taquipnea transitoria del recién nacido, malformación de cráneo y cara: cráneo en trébol, atresia de coanas y proptosis. Exploración física: peso 2,100 gr., talla 49 cm: Cráneo en trébol con gran prominencia de región frontal, puente nasal muy deprimido y proptosis bilateral, más prominente en ojo izquierdo que no posibilita el cierre palpebral. Tórax normolineo; a la auscultación, estertores gruesos y bilaterales, ruidos cardíacos normales. Abdomen sin visceromegalias, sin peristalsis; catéter venoso umbilical funcional, genitales externos femeninos. Extremidades superiores sin alteraciones, no hay sindactilia, extremidades inferiores con primer dedo prominente con desviación hacia la línea media. La paciente muere cinco días después al nacimiento por complicaciones respiratorias.

Conclusiones

El síndrome de Pfeiffer es una patología de baja prevalencia por lo que es importante su diagnóstico oportuno para el manejo de las complicaciones y la participación de diferentes especialistas de la salud para mejorar la calidad de vida del paciente, procurando siempre que sea de tercer nivel.

Síndrome SUNCT-SUNA con presentación atípica articular y reporte de caso clínico.

Ibarra-Miranda Germán¹, González-Andrade Heriberto¹, Hidalgo-Ochoa Antonio¹, Salazar-Alvarado Nathanael¹, Gómez-García Alejandra¹, Vega-Cardona Javier¹.

1. Universidad Cuauhtémoc Plantel Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción

El SUNCT (*short lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing*), es una cefalea primaria que se encuentra en el grupo 3 de la clasificación de la *International Headache Society*, con la cefalea en racimo y la hemicrania paroxística, denominadas en conjunto cefaleas autonómico-trigeminales. Este grupo comparte rasgos típicos como son la unilateralidad estricta del dolor, el lagrimeo, rinorrea o congestión nasal y ptosis palpebral con pupila miótica se considera que es un fenómeno de rueda dentada ya que el dolor nunca desaparece. El impulso final para incluirlo como uno de estos tipos es la demostración de que el hipotálamo es pieza clave en su fisiopatología, aún no conocida del todo. Su descripción inicial fue realizada por Sjaastad et al en 1978. Dada la baja frecuencia de presentación, muchos especialistas no han tenido la oportunidad de ver uno. Los síntomas se mencionan en los criterios diagnóstico.

Los criterios hasta ahora aceptados para su diagnóstico son los siguientes:

- A. Al menos 20 ataques que cumplen los criterios B-D.
- B. Ataques de dolor pulsátil o punzante de localización orbitaria, supraorbitaria o en región temporal y que duran entre 5 y 240 s.
- C. El dolor se acompaña de inyección conjuntival y lagrimeo ipsilaterales.
- D. Los ataques ocurren con una frecuencia que oscila entre 3 y 200 al día.
- E. No atribuido a ningún otro trastorno.

Presentación de caso

Paciente femenino de 39 años de edad, que inicia con cefalea leve desde hace tres años que aumenta gradualmente, hasta llegar a una cefalea intensa y permanente; dolor que va desde 4 hasta 10/10 en la escala subjetiva del dolor, no cede con la toma de AINES, ni opiodes leves. Se utiliza morfina oxcarbamacepina, cafeína y ergotamina; cursa con náuseas y vómitos, con irradiación de dolor a zonas periorbitarias y temporal de lado izquierdo al inicio, ptosis, lagrimeo, rinorrea, hace 6 meses, el dolor es bilateral. Se acompaña de dolor articular con predominio en articulación acetabulofemoral derecha y articulación de rodillas. Presenta afectación de articulaciones vertebrales en general, lo cual imposibilita la deambulacion.

Discusión y conclusiones

Para la mayoría de los síndromes dolorosos localizados en las áreas ocular y periocular existen diversas terapias, que no resultan tan eficaces para los afectados por el SUNCT. Estos pacientes no responden a los tratamientos con prednisona, verapamilo, ergotamina, sumatriptán, indometacina y oxigenoterapia. Sin embargo, algunos sujetos experimentaron efectos favorables bajo la terapia con corticoides. La posibilidad de que algunos pacientes respondan a la administración de carbamazepina, lamotrigina, gabapentina -agentes utilizados para el dolor neuropático- sugiere que el mecanismo subyacente involucra algún componente nociceptivo.

Síndrome de Job: Presentación de un caso.

Zamora-Terrazas Nadia Paola¹, Becerra-Medina Vanessa¹, Hernández-Mancilla Ronald Roberto¹, Ruiz-Valle Carmen Gabriela¹, Gómez-García Alejandra¹.

1. Universidad Cuauhtémoc Plantel Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción

El síndrome de Hiper IgE (SHIE), también llamado Síndrome de Job, es una inmunodeficiencia primaria infrecuente con afectación multisistémica, su forma de transmisión más frecuente es la autosómica dominante a nivel del brazo largo del cromosoma 4 (gen STAT3) y la transmisión autosómica recesiva, se ha puntualizado la mutación del gen Tyk2. Se caracteriza por la triada clínica niveles elevados de inmunoglobulina E, infecciones cutáneas recidivantes y neumonías con formación de neumatoceles. Presenta una incidencia de 1/500 000 NV, sin predominio de género; existen aproximadamente 250 casos reportados en la literatura. En hiperinmunoglobulinemia los valores de IgE superan las 2,000 U/ml, recuento de eosinófilos mayor a 700/mm³, factor de crecimiento beta (TGF-β) disminuido y reducción de la expresión de L-selectina.

Presentación de caso

Paciente de sexo femenino de 3 años de edad. Hermano mayor alérgico a látex, pinos, frutos, polen y polvo. La paciente ha presentado múltiples abscesos profundos en piel desde el nacimiento, los cuales fueron retirados quirúrgicamente; múltiples infecciones herpéticas, intermitentes desde el nacimiento en mucosas y genitales, candidiasis en boca y genitales e hipersensibilidad cutánea. Al año de vida presentó tuberculosis por *Mycobacterium africanum* recibiendo tratamiento por 9 meses. Tres meses después es hospitalizada en terapia intensiva por neumonía, presentando neumotórax y necrosis de pulmón izquierdo, tratados con manejo quirúrgico. Seis meses después presenta nuevamente neumonía. Se le realizan valores de IgE los cuales de reportan aumentados. Durante su evolución recibió varios ciclos de gammaglobulina intravenosa durante 3 meses, actualmente con administración subcutánea, antihistamínicos, antibióticos y sulfas. La paciente presenta a la exploración física, nariz ancha e hipertelorismo, y alteraciones dentales. Múltiples lesiones en piel, en distintos grados de cicatrización, en brazos y piernas, cicatriz BCG anormal. Tórax en tonel, con giba posterior toraco-lumbar, signo de Adams positivo monte izquierdo valle derecho, signo de la plomada positivo.

Discusión y conclusiones

Las decisiones terapéuticas se basan en las manifestaciones clínicas. El uso de gammaglobulina intravenosa a altas dosis ha sido eficaz en el tratamiento de esta enfermedad, siendo de 400 mg/kg/día durante 5 días. El objetivo de este caso clínico es contribuir al conocimiento general de la evolución de esta patología, con lo cual ayudaremos a ofrecer un manejo oportuno.

Aneurisma disecante de aorta descendente en Síndrome de Marfan. Reporte de caso.

Aguilera-Mora Luisa Fernanda¹, Hernández-Del Río Jorge Eduardo².

1. Servicio Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

2. Servicio de Cardiología Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

El Síndrome de Marfan (SM) es un trastorno sistémico del tejido conectivo causado por mutaciones en la proteína de la matriz extracelular fibrilina-1 o el receptor tipo 2 de TGF-beta. Dicha alteración se transmite en el 70-85% de manera autosómica dominante con una incidencia actual de 1 por cada 3000 - 5000 individuos.

Sus manifestaciones cardinales incluyen la presencia de aneurismas aórticos proximales, subluxación del cristalino y alteraciones musculo-esqueléticas. Existe dilatación aneurismática de la raíz aórtica aproximadamente en un 60-80% de los pacientes diagnosticados en la edad adulta. Sin embargo, únicamente el 50% de los pacientes menores de 40 años evolucionarán a disección aórtica y de éstos, más del 80% presentarán disección tipo I de la clasificación DeBakey (aorta ascendente a descendente) y sólo el 10% la tipo III (aorta descendente).

Caso clínico

Presentamos el caso de femenina de 32 años de edad, soltera, comerciante, originaria de Guadalajara.

Antecedente de diagnóstico en 2008 de escoliosis y SM, padre y abuelo con características fenotípicas compatibles sin diagnóstico preciso. En 2009 presenta desprendimiento de retina de ojo izquierdo y posteriormente luxación de ambos cristalinos. Acude con cardiólogo particular quien diagnostica tomográficamente aneurisma disecante de aorta descendente y le ofrece manejo médico durante un año, asistiendo a nuestra institución para segunda opinión. A la exploración física fenotípicamente presenta talla alta, nariz en silla de montar y aracnodactilia. Con disminución en la intensidad de los pulsos en extremidades inferiores.

TAC contratada de tórax: Dilatación de la raíz de la aorta (49x47 mm) aorta ascendente dilatada (35x30 mm), posterior a origen de subclavia izquierda en aorta descendente presenta dilatación aneurismática con diámetros de hasta 47 mm con imagen de doble luz hasta antes del tronco celiaco; concluyendo con esto el diagnóstico de aneurisma disecante de aorta descendente, Stanford B, DeBakey tipo III, crónica estable.

Conclusión

Si bien, la disección aórtica en pacientes con SM es un cuadro esperado, es importante conocer las presentaciones menos comunes de la entidad que se acompañan con clínica crónica y deben ser tratadas en el momento de su detección.



Desarrollo y desaparición espontánea de tuberculoma, como manifestación de SIRI tardío.

Sevilla-Fuentes Samuel¹, Zúñiga-Quintero Sergio¹, Andrade-Villanueva Jaime F¹, González-Hernández Luz Alicia¹, Amador-Lara Fernando¹.
1. Unidad de VIH Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La terapia antirretroviral altamente activa (TAR) restaura la respuesta inmune inflamatoria en pacientes con SIDA y puede desenmascarar infecciones subclínicas anteriores o paradójicamente exacerbar los síntomas de las infecciones oportunistas. El síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica (SIRI) paradójico en tuberculosis ocurre en 8-43% de pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben antifímicos después del inicio de la terapia antirretroviral altamente activa.

Presentación de caso

Femenina de 19 años de edad, con reciente diagnóstico de VIH/SIDA y tuberculosis, se le inicia Dothal de manera empírica por respuesta terapéutica y TAR a las dos semanas, la paciente acude a los 4 meses por síncope sin datos de focalización, se le pide TAC de cráneo, la paciente se la realiza, pero al sentirse bien decide no acudir a su cita de manera voluntaria y regresa dos meses después, donde evidenciamos una lesión compatible con tuberculoma, por lo que de inmediato se realiza nueva TAC de cráneo y el tuberculoma ya había desaparecido prácticamente y sin manejo específico.

Discusión

Una de las manifestaciones de un SIRI por tuberculosis neurológicamente incluye tuberculoma. El SIRI manifiesto neurológicamente por tuberculosis ocurre en una substancial proporción de 12% por TB y es común que haya deterioro neurológico durante el primer año de TAR en pacientes VIH/TB. La mayoría de los casos de SIRI se producen dentro de 4 a 8 semanas después de iniciar o cambiar en la TAR; nosotros observamos que nuestra paciente lo presenta 4 meses posteriores al inicio de la TAR, el criterio de la enfermedad tardía de SIRI es su empeoramiento posterior a los 3 meses de haber iniciado TAR, como es el caso a los 4 meses con síntomas y presentándose con nosotros 2 meses después de éste con la mejoría clínica y por imagen (Figura 1-basal y 2-resolución espontánea) teniendo una resolución espontánea. La mortalidad es alta, se estima en un 30% de los afectados.

Conclusiones

El inicio temprano de la TAR o el desarrollo de una vacuna eficaz contra VIH serían las mejores opciones para reducir la morbilidad y mortalidad asociados con VIH/TB.

Diálisis peritoneal en daño renal agudo y Síndrome de distrés respiratorio agudo. A propósito de un caso.

Alcántar-Vallín Luz¹, Chávez-Iñiguez Jonathan¹, Medina-González Ramón¹, Aguirre-Díaz Sara¹, Ibarra-Estrada Miguel¹, García-García Guillermo¹.
1. Servicio de Nefrología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La Diálisis Peritoneal Altos Volúmenes (DPAV) como Terapia de Reemplazo Renal (TRR) en Daño Renal Agudo (DRA) ha resurgido debido a su menor costo, facilidad de administración, tolerancia cardiovascular y menor riesgo de sangrado. Sin embargo, el Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) manifestado como hipoxemia severa ($PaO_2/FiO_2 < 200$ mmHg) se considera una contraindicación absoluta para DPAV.

Objetivo

Reportar el caso de un paciente con SDRA y DRA manejado con DPAV sin deterioro respiratorio durante la TRR.

Presentación de caso

Masculino de 60 años de edad con neumonía por influenza AH1N1, que desarrolla SDRA con hipoxemia severa a pesar del apoyo con ventilación mecánica, así como DRA KDIGO 3, no oligúrico. Durante su estancia, presenta acidosis mixta, hipernatremia, hiperfosfatemia y uremia, con balance hídrico (BH) acumulado $> 12\%$ SCT por lo que se decide iniciar con DPAV. Durante la TRR se monitoriza Presión Transpulmonar espiratoria (PTPe), presión en cuña, índice de oxigenación y niveles de CO_2 ; en los primeros recambios desarrolla PTPe negativa, sin presentar mayor disminución en la distensibilidad pulmonar y con un incremento gradual en el PEEP se logra normalizar la PTPe, notando mejoría gradual en la mecánica pulmonar durante la DPAV, con resolución de la acidosis, normalización de azoados, corrección electrolítica y BH neutro, logrando extubarse y egresar al paciente por mejoría clínica.

Conclusiones

El SDRA no es una contraindicación para DPAV en pacientes con apoyo ventilatorio y monitorización adecuada de la mecánica pulmonar; a diferencia de lo reportado en algunos estudios^{1,2}, no observamos persistencia de la acidosis ni disminución en la distensibilidad pulmonar, atribuido en parte, a la monitorización estrecha y a modificaciones dinámicas en los parámetros ventilatorios durante la DPAV.

Daño renal agudo secundario a rabdomiólisis por hipofosfatemia severa. Reporte de caso.

Navarro-Blackaller Guillermo¹, Chávez-Iñiguez Jonathan Samuel¹.

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.
2. Servicio de Nefrología Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La rabdomiólisis (RDM) es un síndrome caracterizado por necrosis del músculo esquelético y liberación a la circulación de sus constituyentes intracelulares, pudiendo ocasionar daño renal agudo (DRA). La hipofosfatemia (HF) una causa rara de RDM.

Presentación de caso

Hombre de 27 años, con etilismo crónico de 1 año, que se presenta con síndrome de supresión alcohólica, suspendiendo el consumo de etanol 72 horas previas. Presenta crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas y debilidad, en urgencias adultos administran L-ornitina, L-aspartato, lactulosa, metronidazol y potasio vía oral. Se agrega fiebre, rigidez muscular, ansiedad, agitación psicomotriz y alucinaciones visuales. Ingresó con signos vitales en rangos normales, consciente, orientado, con leve tinte icterico generalizado. Abdomen con hepatomegalia 5 cm debajo de reborde costal, extremidades inferiores con fuerza 2/5, con rigidez muscular generalizada. CIWA-AR 26 puntos. Con el diagnóstico de RDM, se hidrató con cristaloides sin embargo requirió hemodiálisis temprana, reposición aguda de fósforo, potasio y calcio. Se realizó ultrasonograma de hígado y vías biliares: sin alteraciones. Fósforo urinario de 24 horas de 274.5, serologías VIH, VHB, VHC negativas, perfil tiroideo, PTH y niveles de vitamina D normales y proteínas en orina de 1.13 g/24 horas.

Discusión

El diagnóstico de RDM se basa en niveles elevados de enzimas musculares. Las etiologías se dividen en traumáticas o metabólicas. La incidencia de HF (< 1 mg/dl) en hospitalizados es de 0.1-0.2%. La etiología la podemos dividir en cuatro grupos: 1) Disminución de la absorción intestinal; 2) Desplazamiento del espacio extracelular al intracelular; 3) Aumento de pérdidas renales y 4) Hipofosfatemia mixta. El alcohol *per se* y la hipomagnesemia, que a menudo se observa en los alcohólicos, disminuyen la resorción tubular de fósforo. La HF severa se puede manifestar con miocardiopatía, insuficiencia respiratoria, alteración hematológica, alteraciones del SNC y RDM. La RDM presenta DRA hasta en un 33% de los casos. El tratamiento requiere reposición de volumen, alcalinización de la orina y manitol. A pesar de este manejo, 1 de cada 3 pacientes pueden desarrollar DRA y requerir terapia de reemplazo renal (TRR).

Conclusiones

La HF severa en el paciente alcohólico puede desarrollar RDM, y complicarse con DRA y requerir TRR, el papel de las crisis convulsivas en la génesis de la rabdomiólisis en este paciente pudo haber influido en la generación de la RDM.

Enfermedad de Still en el embarazo. Reporte de caso.

Aguilera-Mora Luisa Fernanda¹, Vargas-García Luis Felipe², Hipólito-Hernández Roberto³, Plazola-Mercado Said Roberto³, Rodríguez-Ramírez Raúl Alejandro³.

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.
2. Servicio de Infectología Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.
3. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La enfermedad de Still (ES) fue descrita por Frederick Still en 1897, caracterizada por presentar picos febriles elevados, poliartritis, linfadenopatía, rash evanescente, dolor faríngeo, y leucocitosis sin foco infeccioso aparente, sin embargo su diagnóstico es de exclusión, al no tener un parámetro laboratorial, imagenológico o histopatológico específico. Inicialmente la enfermedad fue descrita en niños, sin embargo se observó su presentación en adultos, y posteriormente en embarazadas. La Enfermedad de Still en el Embarazo (ESE) se considera un padecimiento infrecuente, por lo que no se ha encontrado una incidencia establecida, sin embargo la prevalencia en el adulto es de aproximadamente 1 caso por 100,000 habitantes, por lo que no existen casos reportados suficientes para establecer la prevalencia durante el embarazo.

Presentación de caso

Femenina de 31 años de edad con 14 semanas de embarazo refiere iniciar 1 mes previo con escalofríos, fiebre de 39°C, cefalea con dolor retro ocular, tos no productiva, odinofagia, mialgias y artralgias, acude al servicio de obstetricia de Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde y es referida al servicio de Infectología. Sin antecedentes relevantes. A la exploración física presenta faringe hiperémica, taquicardia y soplo sistólico multifocal. Extremidades inferiores con fuerza 3/5. Se inicia manejo ante la sospecha de influenza, con persistencia de la fiebre y de la leucocitosis a expensas de neutrófilos. Se aisla estreptococos coagulasa (-) en sólo un hemocultivo y se inicia tratamiento dirigido. El ecocardiograma reporta ligero derrame pericárdico y descarta endocarditis infecciosa. Electromiografía normal.

Al persistir la clínica se realiza abordaje reumatológico solicitando: anticuerpos antinucleares, anti-ds DNA, anticardiolipinas, anti-Smith, anti- β_2 y anticoagulante lúpico, todos reportados negativos. Se descarta brucelosis y tuberculosis. Se reporta biopsia de médula ósea sin evidencia de malignidad, además de ferritina de 15,000 y se inicia manejo para posible ES a base de prednisona con mejoría de cuadro clínico en su totalidad.

Discusión y conclusiones

La ES en el adulto es una entidad de difícil diagnóstico, siendo esto por exclusión de diversas otras enfermedades. A pesar de que no se tiene esclarecido un mecanismo molecular que active la enfermedad en el embarazo, se ha encontrado una serie de casos que llevan a correlacionar ambas situaciones.



Escoliosis idiopática en el adulto, terapia de rehabilitación como opción de tratamiento.

Gómez-García Alejandra¹, Vallejo-Thomssen Diego², Campos-Razo José de Jesús³, De la Torre-Castañeda Ángel⁴, Juárez-Verduzco Osvaldo⁵, Solís-Romero Guadalupe⁴, Rodríguez-Bustos Francisco⁴.

1. Médico Cirujano y Partero, Maestra en Ciencias de la Salud y Coordinadora del Departamento de Investigación de Ciencias Básicas de la Universidad Cuauhtémoc.
2. Médico Cirujano y Partero, Especialista en Radiología Diagnóstico-Terapéutica y docente en el Departamento de Investigación de Ciencias Básicas de la Universidad Cuauhtémoc.
3. Médico Cirujano Integral de la Universidad Cuauhtémoc.
4. Médico Cirujano y Partero, docente en el Departamento de Investigación de Ciencias Básicas de la Universidad Cuauhtémoc.
5. Médico Cirujano y Partero, Especialista en Traumatología y Ortopedia, docente en el Departamento de Investigación de Ciencias Básicas de la Universidad Cuauhtémoc.

Introducción

La escoliosis idiopática es una deformidad de la columna vertebral en tres dimensiones, en donde el plano coronal excede los 10 grados y el desplazamiento lateral del cuerpo vertebral cruza la línea media y puede acompañarse de algún grado de rotación. El 75-80% de los casos presentan herencia multifactorial, predominante en el género femenino.

Presentación de caso

Paciente femenina de 30 años que inicia con cambios estructurales del tórax a los 13 años manifestado por giba derecha y alteración en la marcha. Acude a atención médica seis años después por presentar dificultad a la deambulación, dolor toraco-lumbar intenso e incapacitante y pérdida de la fuerza muscular en ambos miembros superiores. Exploración física: talla 1.73 cm. Giba en tórax posterior toraco-lumbar, tipo I de Lenke, signo de Adams positivo monte izquierdo valle derecho, signo de la plomada positivo, índice de Risser tipo 5 y ángulo de Cobb de 50°. Exploración neurológica motor: FM-RMR 4/-5 para miotomos C5, C6 y C7 izquierdos, 4/5 C5 y C6 derechos. REMS aumentados de forma global. Signos patológicos: Hoffmann, Tromner, Wartenberg bilaterales positivos. Se solicitó resonancia magnética para descartar siringomelia cervical y por este medio se descartó dicho diagnóstico. Se inició rehabilitación a base de ejercicio físico durante 1 año, obteniendo una reducción de la curvatura de 8°, disminución de las molestias posturales e incorporación a sus actividades habituales.

Discusión y conclusiones

Las curvas en los adultos se asocian a dolor, síntomas neurológicos, fatiga muscular, desbalance del tronco, artropatía, artrosis y degeneración de los discos vertebrales. El tratamiento debe enfocarse en resolver la sintomatología actual y las incapacidades que pueda generar, además en recuperar la funcionalidad.

Hematoma epidural espinal gigante asociado a espondilitis anquilosante.

Villavicencio-Buckovecs Emilia Guadalupe¹, Andrade-Ramos Miguel Ángel¹, Vieytes-De La Cruz René Rolando¹, Ahumada-Vizcaino Juan Carlos¹, González-González José Manuel¹, Ochoa-Plascencia Miguel Ricardo¹, Aguirre-Portillo Leonardo Eduardo¹.

1. Servicio de Neurocirugía del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

El hematoma epidural espinal (HEE) es una entidad poco común, en su mayoría se asocia a traumatismo raquímedular. La espondilitis anquilosante (EA) predispone a fracturas de cuerpos vertebrales con traumatismos leves y raramente presentan como complicación un HEE.

Presentación de caso

Hombre de 43 años sin comorbilidades y sin diagnóstico previo de EA, el cual se encontraba paseando a su perro y presentó caída de su propia altura. El paciente refiere inmediatamente alteración de la sensibilidad desde la región torácica alta así como debilidad progresiva de cuatro extremidades. La exploración neurológica a su ingreso hospitalario reveló un síndrome medular total C6. Se le realizó RM la cual mostró imagen hiperintensa en secuencias T1 y T2 desde C7 a L1 correspondiente a un HEE gigante.

Al paciente se le practicó cirugía descompresiva de urgencia tipo laminotomía T1-T12 con drenaje de HEE organizado de 300 cc. Clínicamente se sospechó de espondiloartropatía la cual correspondió a espondilitis anquilosante (HLA-B27). Se inició manejo reumatológico, así como rehabilitación y el paciente presentó mejoría en extremidades superiores permaneciendo secuelas de paraplejía.

Discusión y conclusiones

El HEE corresponde a una patología poco común. La etiología puede ser traumática o no traumática, siendo la etiología más común la no traumática asociada a coagulopatías, lesiones vasculares, iatrogénicas e idiopáticas. Se ha reportado en la literatura que la incidencia del HEE traumático es del 1.7%.

Por otra parte la EA es una enfermedad inflamatoria del esqueleto axial caracterizada por la osificación de ligamentos que conlleva a alteraciones de las propiedades biomecánicas de la columna vertebral, como lo es la falta de flexibilidad, aumentando el riesgo de fracturas de cuerpos vertebrales. La prevalencia reportada de fracturas vertebrales con complicaciones neurológicas en pacientes con EA es del 29 al 91%. En este caso se reporta un HEE gigante de 300 cc correspondiente a 14 niveles (C7-L1) el cual fue abordado quirúrgicamente 24 horas posteriores al traumatismo por retraso en diagnóstico y traslado. En la literatura se reporta que el tratamiento temprano mejora el pronóstico.

Hepatoblastoma en el adolescente. Reporte de caso.

Gómez-García Alejandra¹, López-Robles Josué², Coronado-Murillo Adriana², Gaxiola-Ruiz Graciela², González-Lazo Edwin Sinai², Rodríguez-Caballero Paola Graciela², Solís-Romero Guadalupe³, Olivares-Guzmán Laura Ofelia⁴.

1. Médico Cirujano y Partero, Maestra en Ciencias de la Salud y Coordinadora del Departamento de Investigación de Ciencias Básicas de la Universidad Cuauhtémoc.
2. Médico Cirujano Integral de la Universidad Cuauhtémoc.
3. Médico Cirujano y Partero, docente en el Departamento de Investigación de Ciencias Básicas de la Universidad Cuauhtémoc.
4. Médico Cirujano y Partero, especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Gastroenterología y docente en el Departamento de Ciencias Médicas de la Universidad Cuauhtémoc.

Introducción

El hepatoblastoma es una neoplasia maligna primaria del hígado, compuesta de tejido parecido al epitelio hepático fetal o embrionario y puede contener tejido mesenquimal o epitelial mixto; es un tumor embrionario y de etiología desconocida, se encuentra relacionado con anomalías cromosómicas o referentes al gen FOXG1.

Es el tumor hepático maligno más común en niños con incidencia de 0.7 a 1 caso por millón en niños menores de 15 años y en el 60% de los casos aparece durante el primer año de vida. Constituye el 1% de los casos de cáncer en la edad pediátrica y en orden de frecuencias es el tercer tumor maligno intra-abdominal luego del tumor de Wilms y el neuroblastoma, además se ha visto asociado con diversos síndromes como el de Beckwith-Wiedemann, la poliposis adenomatosa familiar y el de Toni-Fanconi. La presentación clínica de la mayoría de los pacientes es como masa palpable en la parte superior del abdomen, con signos de pseudopubertad precoz, asociada a secreción de gonadotropina coriónica humana, es característica la elevación de alfa-feto proteína (AFP) en sangre y de acuerdo con la topografía, la mayor parte de los hepatoblastomas se localizan en el lóbulo derecho, aunque hay casos multilobulares.

Presentación de caso

Paciente femenino de 12 años de edad que presenta como antecedentes ser producto de la G7 con adecuado control prenatal, obtenida por parto eutócico sin datos de asfixia perinatal. Desarrollo psicomotor normal. Esquema de vacunación completo, niega alergias. Acude a urgencias por presentar fiebre no cuantificada e ictericia generalizada, adinamia, artralgias, dolor moderado en hipocondrio derecho, por lo que se ingresa para abordaje. Se realizan laboratoriales con los siguientes resultados: Hb 13.6, Hto 39.7, Plt 332,000, Leu: 14,320 Linf 8.5%, Neutr 81.60%, TP 46.6, TTP 57.1, Glu 120, FA 606, Proteínas totales 7.8, Alb 3.9, ALT 175, AST 2.91, BT 7.5, BD 6, BI 1.5, Lipasa 6,193, DHL 1016, Proteína C reactiva 281.30, serologías para VHB y VHC negativas. Se realiza ultrasonograma hepático el cual reporta masa tumoral en hígado con volumen de 40 cc. Se determinan los siguientes marcadores tumorales: AFP 14,101 (0000-5,800) IU/mL y Ag Carcinoembrionario 3,890 (0000-3,400) ng/mL y Gonadotropina Coriónica Humana 0.1 mUI/mL. Se confirma diagnóstico de neoplasia mediante estudio histopatológico.

Conclusiones

Dadas las buenas tasas de supervivencia que se pueden alcanzar al tratar de manera correcta las etapas tempranas, es imperativo el contar con una guía de práctica clínica para el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.

Higroma quístico. Presentación de un caso.

Nava-Verdín Edith Braidida¹, Tello-Ramírez Víctor¹, Zaragoza-Hernández Estefanía¹, Vallejo-Thomssen Diego², Gómez-García Alejandra¹.

1. Médico Cirujano Integral de la Universidad Cuauhtémoc.
2. Médico Cirujano y Partero, especialista en Radiología, Diagnóstico y Terapéutica y docente en el Departamento de Investigación de Ciencias Médicas de la Universidad Cuauhtémoc.
3. Médico Cirujano y Partero, Maestra en Ciencias de la Salud y Coordinadora del Departamento de Investigación de Ciencias Básicas de la Universidad Cuauhtémoc.

Introducción

El higroma quístico cervical fetal es un defecto congénito caracterizado por el desarrollo de espacios distendidos y llenos de líquido en la región posterior del feto. Es un problema en el desarrollo del sistema vascular linfático. Su incidencia es de 1 de cada 6000 recién nacidos vivos. En el tratamiento la resección total del tumor es lo fundamental, dependerá de si el paciente presenta complicaciones o no y debe de realizarse antes del año de edad, pero en la mayor parte de los casos es imposible porque infiltra estructuras como la lengua y faringe, o está adherido a estructuras vitales como el plexo cervical, el nervio frénico, nervio vago, vena yugular, arteria carótida. En este caso el tratamiento constará de radioterapia, corticoides, bleomicina como agentes esclerosantes.

Presentación de caso

Paciente femenino de 29 años de edad, la cual acude por primera vez a valoración sonográfica a las 12 semanas de gestación, observando producto único vivo, con frecuencia cardíaca fetal de 167 lpm, llamando la atención la presencia de espacios de contenido líquido anecogénico, compartimentados mediante septos localizados en la cara posterior del cuello y que exceden el diámetro de la cabeza fetal, mejor identificados en el plano axial. Se observa además, el engrosamiento generalizado de la piel, la cual expresa disminución de la ecotextura y engrosamiento difuso del pliegue nuchal. Se observaron las 4 extremidades y no existe alteración de la columna vertebral. Se confirma muerte fetal a las 20 semanas de gestación con fetometría compatible con 17 semanas y peso aproximado de 180 gramos.

Discusión y conclusiones

El ultrasonido y un adecuado control prenatal son excelentes herramientas para poder detectar anomalías congénitas y poder establecer la conducta que deberán seguir los médicos especialistas al momento del nacimiento y después de éste y así evitar en algunos casos, secuelas graves como consecuencia de esta malformación.



Hipocalcemia severa secundaria a la administración de Denosumab.

Herrera-Aguilar Fernando Emanuel¹, Castro-Gallegos Paulina Estefanía¹, Martín-Nares Eduardo¹, Rubio-Reynoso Ricardo¹, Valerdi-Contreras Lorena¹.

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

Denosumab está indicado para el tratamiento de osteoporosis (OP) en mujeres postmenopáusicas y en la prevención de fracturas en adultos con metástasis óseas de tumores sólidos. Denosumab ofrece una opción terapéutica para individuos con Osteoporosis Inducida por Glucocorticoides (OIPG).

Presentación de caso

Femenino de 60 años con antecedente de Rhupus, OP e HAS. Dos fracturas patológicas previas. Manejo con prednisona 5 mg c/12 hrs. Diez días previos inició Denosumab 60 mg SC. Siete días posteriores presenta parestias y dolor en extremidades inferiores. Al décimo día espasmos musculares en extremidades, disnea, contracción de músculos extraoculares y espasmo carpo-pedal. Signos de Chvostek y Trousseau. EKG con QTc de 0.47 ms. Laboratoriales Cr-S 0.8 mg/dL, TFG 97.1 mL/min, Ca⁺⁺ 3.5, Cac 5.18. Ca⁺⁺ ionizado 0.4. Manejada con Gluconato de Ca⁺⁺ 1.V., Carbonato de Ca⁺⁺ y Calcitriol, con progresivo aumento de los niveles séricos de calcio en tres semanas de hospitalización. Último Ca⁺⁺ de 8.76 al alta.

Discusión

Denosumab es un anticuerpo monoclonal humano que se une a RANKL. Esto previene que RANKL (*Receptor Activator for Nuclear Factor κB Ligand*) se fije a su receptor, RANK (*Receptor Activator for Nuclear Factor κB*), en la superficie de los precursores de osteoclastos y osteoclastos, e inhibe su diferenciación, activación y supervivencia. Denosumab mimetiza los efectos de la Osteoprotegerina, un receptor soluble que compete con RANK al ligar RANKL y neutralizando sus efectos. Los factores de riesgo independientes para hipocalcemia secundaria a la administración de Denosumab son: la no administración previa de ácido zoledrónico y disminución en la tasa de filtración glomerular (<50 mL/min). Las observaciones indican que las concentraciones plasmáticas de calcio disminuyen la primera semana tras la aplicación de Denosumab, alcanzando su nadir en la segunda semana.

Conclusiones

En el caso presentado, el paciente no tenía ningún factor de riesgo para desarrollo de hipocalcemia, por lo que se debe monitorizar el calcio sérico las primeras dos semanas post-exposición. Este es el primer caso reportado de esta complicación en un paciente con OIPG. Con la futura aprobación del denosumab para OIPG en el 2015 podemos esperar mayor incidencia de hipocalcemia secundaria a su administración, sobre todo en pacientes con LES que tienen mayor incidencia de hipovitaminosis D.

Isquemia Mesentérica Aguda secundaria a Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos catastrófico.

Abud-González Mónica¹, Cordero-Estrada Eduardo¹, López-Lizárraga Carlos¹, Navarro-Muñoz Eliseo¹, Gutiérrez-Chávez Carlos¹, Ibarra-Verdugo Luis Alberto¹.

1. Servicio de Cirugía General Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Jalisco, México.

Introducción

El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos es una enfermedad autoinmune caracterizada por trombosis arterial y venosa recurrente, puede ser primaria o secundaria. El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos catastrófico (CAPS) se caracteriza por una trombosis intravascular diseminada que ocasiona isquemia y falla multiorgánica. Es la presentación del síndrome en casi el 60% de los pacientes.

Presentación de caso

Se trata de paciente femenino de 16 años de edad a la cual se le realizó colectomía total con ileostomía, cierre en Hartman, colocación de bolsa de Bogotá, secundario a síndrome de anticuerpos antifosfolípidos catastrófico, con estancia intrahospitalaria de 40 días en UTI y 20 días en piso de cirugía general, realizándose 6 lavados abdominales y cierre de pared con separación de componentes. Se le cataloga con el síndrome antes mencionado por mostrar falla hepática, falla renal, trombosis en la pieza reseca y anticuerpos antifosfolípidos positivos cumpliendo con los criterios de Sidney, los cuales son falla orgánica múltiple, desarrollo de las manifestaciones en menos de una semana, evidencia histológica de trombosis intravascular, presencia de anticuerpos antifosfolípidos en mínimo dos tomas con intervalo de 6 semanas.

Discusión

El objetivo del trabajo es presentar un caso clínico de isquemia mesentérica en una paciente pediátrica, secundario a síndrome de anticuerpos antifosfolípidos catastrófico, además de realizar una revisión acerca de dicha patología. Existen menos de 50 casos reportados a nivel mundial de isquemia mesentérica secundaria a CAPS.

Conclusiones

La isquemia mesentérica se presentó con una clínica súbita en una paciente sin ningún factor de riesgo predisponente, siendo el cuadro típico de presentación del síndrome antifosfolípidos, actualmente la paciente es manejada ambulatoriamente, se encuentra asintomática, con terapia a base de warfarina y vista por el servicio de reumatología, en espera de turno quirúrgico para realizar reinstalación intestinal.

Leptomeningitis en Artritis Reumatoide. Reporte de caso.

Gómez-González Lido José Manuel¹, Martín-Nares Eduardo¹, López-Iniguez Álvaro¹, Ontiveros-Mercado Heriberto¹, Valerdi-Contreras Lorena¹.

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La artritis reumatoide es una enfermedad multisistémica conocida por su afección articular. Raramente involucra al sistema nervioso central. Se presenta el caso de una paciente con artritis reumatoide que desarrolla leptomeningitis, manifestación poco común de la enfermedad.

Presentación de caso

Paciente femenina de 62 años de edad con antecedente de Diabetes Mellitus tipo II de 8 años de evolución manejada con metformina y glibenclamida. Artritis reumatoide de un año de evolución tratada con cloroquina, prednisona y metotrexato. Inicia 3 días previos a su ingreso con escalofríos y diaforesis nocturna. El día de su ingreso, presenta agitación psicomotriz y desorientación temporoespacial, reportándose hipoglucemia atribuyéndose al cuadro a la misma. A su ingreso refiere su familiar disnea de reposo, rigidez matutina de más de media hora, artralgiás y mialgiás generalizadas en los últimos 2 meses. A la exploración física, se encuentra desorientada en sus 3 esferas, con datos de liberación frontal por prensión del abate lenguas, sin focalización ni déficits aparentes. Los campos pulmonares hipoventilados con estertores bibasales en velcro, hiperresonante a la percusión. Se ingresa con impresión diagnóstica de neuroinfección asociado a inmunosupresión farmacológica. La punción lumbar reporta LCR en agua de roca con 459 células predominio linfocitario, eritrocitos 2, glucosa 75, proteínas 90; PCR y ADA para tuberculosis negativo, PCR para Herpes 1 y 2 negativo, el análisis citológico reporta abundantes linfocitos sin evidencia de neoplasia, compatible con proceso inflamatorio crónico agudizado no específico. En la resonancia magnética de cráneo se observó engrosamiento meníngeo a nivel pontino, sugestivo de leptomeningitis asociada a artritis reumatoide. Se inicia manejo con esteroide y posterior punción lumbar a los 15 días posteriores con ausencia de proceso inflamatorio.

Discusión

El involucro neurológico de la artritis reumatoide es raro, lo usual es la neuropatía o afecciones medulares por el proceso articular. Dichas manifestaciones se presentan en la enfermedad avanzada. Este caso se considera relevante por la leptomeningitis en artritis reumatoide de un año de evolución.

Conclusiones

Se sugiere ampliar e incluir dichas manifestaciones neurológicas ante pacientes con artritis reumatoide incluso de reciente inicio. Por topografía incluso, con afección de cisternas de la base nos hizo considerar tuberculosis meningea, siendo esta negativa.

Lesión cutánea asociada a cáncer de testículo.

Reyes-Jiménez Juan Pablo¹, Durán-Suárez Jacqueline¹.

1. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

Los tumores testiculares son la neoplasia sólida más común en jóvenes masculinos de los 15 a los 35 años. La raza hispana tiene una tasa de 4 por cada 100,000 hombres. Dentro de las neoplasias testiculares, se agrupan en procedentes de células germinales y del estroma. Dentro de los germinales que son los más comunes, podemos clasificarlos en seminomas y no seminomatosos.

Presentación de caso

Masculino de 19 años, con el antecedente de lesión en párpado izquierdo de 4 meses de evolución, de color violáceo y rápido crecimiento. Inició su padecimiento con cefalea de intensidad creciente, se agrega vómito gastro-biliar y pérdida del estado de alerta, por lo que en servicios de urgencias se realiza TAC de cráneo en la que se detectan lesiones tumorales, ingresando a este hospital anisocórico y con Glasgow de 6, requiriendo protección de la vía aérea. Pasa a hemirraniectomía, reseándose tumoración con hematoma de 30 cc, e ingresa a unidad de cuidados intensivos, aún con soporte ventilatorio. En UTI se encuentra a la exploración física testículo derecho aumentado de tamaño, de consistencia pétreo, sin cambios en piel, testículo izquierdo de características normales y sin linfadenopatía regional. Se detectan nódulos pulmonares en ambos hemitórax, así como tumoraciones en hígado y riñón derecho. Laboratoriales reportan HGC 175 880, AFP 7.8, DHL 537. Histopatológico reporta anaplasia de alta malignidad histológica de tipo embrionario (no seminomatoso). Se planeó manejo médico a base de quimioterapia con Bleomicina, Etoposido y Cisplatino. Se presentan intentos fallidos de retiro de soporte ventilatorio, posiblemente debido a la afectación de pares craneales bajos.

Discusión

El coriocarcinoma representa menos del 1% de los no seminomatosos, puede manifestarse con síntomas asociados a la enfermedad metastásica. Son características a pulmón, hígado y cerebro; y es extremadamente raro lesiones tumorales en piel, se han reportado metástasis a piel de tumores primarios de testículo alrededor de 0.4%. La presentación nodular es la más frecuente, crecimiento rápido, eritematoso o violáceo.

Conclusiones

Las lesiones cutáneas de brusca aparición y crecimiento rápido pueden estar asociadas a enfermedad metastásica avanzada, siendo el tumor primario testículo poco frecuente, de ahí la importancia para reportar este caso.



Linfoma Angioinmunoblástico de células T asociado a Mielofibrosis.

Martín-Nares Eduardo¹, López-Iñiguez Alvaro¹, Sandoval-Contreras Abril¹, Alvarado-Verduzco Héctor¹, Valerdi-Contreras Lorena¹, Santos-López Óscar Raúl¹, Vélez-Gómez Zequiél¹.

1 Servicio de Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México. 2 Servicio de Hematología Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México. 3 Departamento de Anatómo-Patología Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca, Jalisco, México.

Introducción

El Linfoma Angioinmunoblástico de células T (LAIT) es un raro subtipo de linfoma periférico de células T (LPT). La mielofibrosis (MF) se asocia a síndromes mieloproliferativos y su presencia en linfomas es rara. Presentamos el 9° caso reportado de LAIT asociado a MF.

Presentación de caso

Femenino de 34 años con pérdida de peso y anemia de un año de evolución. Agregándose fiebre y artritis en manos. A su ingreso presentaba fiebre de 38°C; palidez, adenopatía cervical y supraclavicular izquierda; crépitos en bases pulmonares, hepatoesplenomegalia; dermatosis en región periorbital, axilas, pliegues mamarios constituida por ampollas drenadas; rash maculopapular en extremidades; máculas hiperpigmentadas en tronco y extremidades. En los laboratoriales presentaba anemia macrocítica, plaquetas: 132, leucocitos: 2.01, linfocitos: 1.23, neutrófilos: 0.30, hiperglobulinemia. Se ingresa con tratamiento para neutropenia febril y para abordaje. β 2-microglobulina: 11.3 mg/L, reticulocitos bajos, hipocomplementemia; electroforesis de proteínas: componente M policlonal. TAC de abdomen con hepatoesplenomegalia, y múltiples adenopatías, cervicales, axilares, y parahiliares. Radiografías de cráneo, huesos largos y manos: osteoesclerosis cortical difusa. Aspirado de médula ósea (MO): plasmocitosis de 6%. Biopsia de MO con MF moderada grado II. Se realizó biopsia de ganglio cervical en la cual se diagnosticó LAIT.

Discusión

El LAIT es un subtipo raro de LPT; corresponde al 1-2% de los linfomas no Hodgkin y al 15-20% de los LPT; su incidencia es de 0.05/100,000 y afecta personas en la 6^a-7^a década. Se caracteriza por un estadio avanzado al diagnóstico, con sintomatología florida como síntomas B, 76% presenta linfadenopatía, 50% rash cutáneo polimorfo, 30% hipergamaglobulinemia policlonal, además de hepatoesplenomegalia, artritis y disregulación inmune que predispone a infecciones y fenómenos paraneoplásicos autoinmunes. Otras manifestaciones muy raras son hipocomplementemia, osteoesclerosis difusa y MF. La MF es causada por citocinas como el PDGF y el TGF- β , que provocan la proliferación de fibroblastos y la síntesis de colágena.

Conclusiones

El pronóstico del LAIT es sombrío incluso con tratamiento. La MF en LAIT es un fenómeno paraneoplásico causado por citocinas que suele ser reversible. Se debe de buscar intencionalmente MF en presencia de citopenias con ausencia de infiltración tumoral a MO.

Manejo laparoscópico de un endometrioma gigante.

Mondragón-Villa Carlos Eduardo¹, Vaca-Carvajal Gabino de Jesús¹.

1. Servicio de Endoscopia Ginecológica Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

Endometrioma gigante es aquel mayor de 10 cm. El abordaje laparoscópico supone unos retos para el cirujano: la insuflación y la inserción del trocar que no se realizarán de la manera usual, el espacio disminuido por la compresión del quiste y el riesgo de rotura en caso de malignidad.

Objetivo

Presentar caso clínico de una paciente con endometrioma gigante de ovario y su manejo conservador laparoscópico.

Presentación de caso

Mujer de 26 años, nuligesta. Acude a consulta por distensión abdominal con dismenorrea progresiva incapacitante. Antecedente de importancia laparotomía en mayo de 2013 realizándose apendicectomía y hallazgo de endometrioma realizándole ooforectomía izquierda. A la exploración se palpa gran masa poco móvil, dolorosa que ocupa hipogastrio y llega por encima del ombligo. La ecografía transvaginal evidenció gran estructura quística hipoecogénica con ecotextura uniformemente distribuida de baja amplitud en la cavidad del quiste con imagen en vidrio despoluido de 200 mm dependiente de anexo derecho, sugestiva de endometrioma, marcadores tumorales negativos. Se decide cistectomía laparoscópica. Se realizó entrada con neumoperitoneo con aguja de Veress y colocación de trocar supraumbilical de 10 mm para óptica, se inspecciona la cavidad comprobando la presencia de síndrome adherencial severo y endometrioma de aproximadamente 25 cm. Se introduce 2 trocares accesorios de 5 mm en fosas ilíacas, se punciona tumoración y se introduce aspirador extrayendo 2000 ml de líquido achocolatado, se realizó cistectomía con pinza bipolar y tijeras sin complicaciones, extrayendo la cápsula del endometrioma protegido en endobag a través del trocar principal. Alta a las 24 horas. Diagnóstico histológico: endometrioma.

Conclusiones

El manejo adecuado del endometrioma estará determinado por la edad del paciente, el deseo de gestación futura, los tratamientos previos realizados. Los endometriomas gigantes son una patología rara con pocos casos reportados en la literatura que puede realizarse de manera laparoscópica, ya que existe alta probabilidad de éxito sin necesidad de conversión a laparotomía ni ampliación de incisiones y clarísimas ventajas en cuanto a la recuperación de la paciente, con menor pérdida hemática, menos días de ingreso, una incorporación temprana a la actividad cotidiana y mejores resultados estéticos.

Linfoma No Hodgkin primario de ileon con presentación atípica.

Abud-González Mónica¹, Cordero-Estrada Eduardo¹, González-Morales Jaime¹.

1. Servicio de Cirugía General Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca, Jalisco, México.

Introducción

Los linfomas primarios de ileon ocupan el tercer lugar entre las neoplasias malignas de intestino delgado, predominan en el sexo masculino, la mayoría nacen a nivel del tejido linfóide de la submucosa, invaden y ulceran la mucosa y se extienden hacia la serosa. El 70% de los tumores son mayores de 5 cm y pueden ser excavados, ulcerativos, vegetantes o anulares. El tratamiento consiste en resección segmentaria con el mesenterio adyacente junto con terapia adyuvante mediante ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona.

Presentación de caso

Masculino de 30 años de edad quien acude a valoración por presentar síndrome anémico acompañado de tumoración abdominal en fosa iliaca derecha de 30 días de evolución. No tiene antecedentes de importancia. A la exploración física de relevancia, cuello simétrico, sin adenopatías cervicales ni supraclaviculares, área cardíaca con soplo aórtico sistólico, abdomen con presencia de tumoración en fosa iliaca derecha de aproximadamente 15x10 cm de consistencia dura móvil, irregular, dolorosa, adherida a planos profundos, tacto rectal con prueba de guayaco negativo. Estudios de laboratorio reportan hemoglobina 5.8 mg/dl, Antígeno carcinoembrionario 1.8 mg/dl, Ca 19-9 2.3 mg/dl y DHL de 350 mg/dl. La TAC abdominal con doble contraste evidencia proceso ocupativo en fosa iliaca derecha con involucramiento de asa intestinal en su interior y tejido mesentérico, no hay metástasis. Tránsito intestinal no reporta anomalías. Se realiza laparotomía encontrando tumoración en ileon a 60 cm de la válvula ileocecal con implantes mesentéricos diseminados, con extensión a uréter derecho, realizando resección de 25 cm de segmento involucrado con entero-entero anastomosis en 2 capas, se deja remanente tumoral por involucramiento de uréter. Patología reporta linfoma no Hodgkin de células B grandes. Actualmente se encuentra en terapia adyuvante con buena respuesta clínica.

Discusión

Este es un caso de linfoma no Hodgkin intestinal con presentación atípica. El paciente cumplía con los 4 criterios de Dawson para el diagnóstico de linfoma gastrointestinal, que son: ausencia de adenopatías palpables, ausencia de adenopatías mediastínicas en una radiografía de tórax, recuento leucocitario normal y demostración quirúrgica de la limitación de la enfermedad en intestino y ganglios adyacentes, sin afectación hepática ni esplénica.

Conclusiones

A pesar de que existen muchos casos de linfoma de ileon reportados, este caso es de relevancia debido a que se presentó con tumor de crecimiento rápido, con ausencia de sintomatología y sin ningún factor de riesgo.

Melanoma de iris. Reporte de un caso.

Vega-Ceballos Arturo Vicente¹, Sandoval-Contreras Abril¹, Matildes-Mariscal Jessica Berenice².

1. Servicio de Oftalmología Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, México.

2. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil Antiguo Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

Los melanomas uveales son los tumores intraoculares primarios más frecuentes, con una incidencia de 8/1 000 000 al año en la raza blanca. El melanoma de iris representa entre el 5 y 7% de los melanomas de la úvea. Pueden ser amelanícos o pigmentados y por lo general son muy vascularizados. Se conocen dos formas clínicas: circunscrito y difuso, que varían en tamaño, localización, configuración, grado de pigmentación y repercusión sobre las estructuras vecinas.

Presentación de caso

Paciente masculino de 71 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución en tratamiento con metformina y glibenclámda. Acudió a valoración oftalmológica por lesión hiperpigmentada en iris de 5 años de evolución, con aumento del tamaño en los últimos meses. A la valoración de la cámara anterior del ojo derecho se encontró el iris regular con lesión hiperpigmentada de color café, de bordes bien definidos, elevada, con una dimensión de 0.9 x 2.7 mm, localizada en meridianos VII-VIII. Se realizó ultrabiomicroscopia observando en región temporal inferior del iris, meridianos de VII-VIII, masa ovoide, con altura de 0.85 mm y base de 1.98 mm, con ecos de media y alta reflectividad en su interior, e involucro de todo el grosor iridiano, incluyendo el epitelio pigmentario posterior, el cual deforma; asimismo obstruye la zona trabecular en meridianos VII A VIII. Se realizó seguimiento ecográfico semestral.

Discusión

El melanoma de iris es una tumoración maligna que se forma a partir de los melanocitos del estroma del iris con fácil extensión al cuerpo ciliar. En fases iniciales resulta difícil de distinguirlo de un nevus de iris. En términos generales toda lesión melánica de iris con una elevación > 1 mm y una base > 4 mm es sospechosa de melanoma de iris.

La ecografía ocular ha demostrado ser fundamental en el diagnóstico diferencial de estos tumores. Las imágenes por ultrabiomicroscopia son comparables a un corte histopatológico de baja magnificación, siendo posible analizar la relación del tumor con las estructuras adyacentes, así como su forma, superficie y tamaño. Las lesiones bien localizadas sin invasión del cuerpo ciliar, tienen bajo riesgo de metástasis; se sugiere seguimiento ecográfico cada 6 meses.

Conclusiones

El melanoma de iris es una entidad poco común. El diagnóstico oportuno otorga la posibilidad de brindar un adecuado tratamiento a los pacientes, en el caso presentado, siendo únicamente necesario el seguimiento ecográfico.



Metástasis raras de carcinoma papilar de tiroides.

Descripción radiológica.

Jiménez-Ruiz Amado¹, Aldana-Aguilar Paulina¹, Briseño-Bass Paula², Cobián-Machuca Humberto³.

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.
2. Servicio de Radiología Hospital San Javier, Guadalajara, Jalisco, México.
3. Servicio de Radiología Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La neoplasia endocrina maligna más común es el carcinoma tiroideo, la variedad papilar el subtipo histológico más frecuente. El comportamiento biológico de esta neoplasia suele ser indolente, con un buen pronóstico. Rara vez metastatiza fuera de ganglios linfáticos en cuello. El sitio más común extranodal es el pulmón. Las metástasis viscerales, son extremadamente raras.

Presentación de caso

Femenina de 57 años de edad, originaria de Tonalá. Se ingresa por cursar con disnea en reposo y tos de un mes de evolución, sin antecedentes de importancia. A la exploración física glándula tiroidea aumentada de tamaño, de bordes irregulares, a expensas de lóbulo izquierdo, sin adenopatías. Campos pulmonares hipoventilados, disminución de transmisión de voz bibasal, matidez a la percusión desde cuarto espacio intercostal derecho y sexto contralateral, sugestivo de derrame pleural. Estudio de líquido pleural: citoquímico compatible con exudado y estudio citológico reporta carcinoma papilar pobremente diferenciado. Biopsia de nódulo tiroideo con células atípicas morfológicamente compatibles con carcinoma papilar, similares a las observadas en el líquido pleural. Se concluye neoplasia maligna de origen tiroideo con pobre diferenciación.

Nódulo tiroideo izquierdo de 4x4 cm, desplazando tráquea con refuerzo heterogéneo y necrosis. Tórax con derrame pleural bilateral, infiltrado intersticial, engrosamiento pleural con implantes metastásico. Mediastino ocupado por nódulos hipodensos redondeados. Hígado irregular, con lesiones nodulares hipodensas, realizan dos en el lóbulo derecho con necrosis. Conglomerado ganglionar infiltra las estructuras del hilio vascular hepático hasta glándula suprarrenal ipsilateral y contralateral. Múltiples implantes localizados en la grasa epiplóica con necrosis e incremento en la densidad de la grasa y acentuación de estructuras vasculares venosas (*omental cake*).

Discusión y conclusiones

Existen menos de 10 casos en la literatura mundial de carcinoma papilar de tiroides con metástasis viscerales extrapulmonares, confiriéndole un mal pronóstico a una neoplasia de comportamiento regularmente benigno.

Enfermedad de Moyamoya. Reporte de caso.

Sandoval-Contreras Abril¹, Martín-Nares Eduardo¹, Ontiveros-Mercado Heriberto¹, López-Iñiguez Álvaro¹, Alvarado-Verduzco Héctor¹, Matildes-Mariscal Jessica Berenice¹, Valerdi-Contreras Lorena¹, Ramírez-Guzmán María Guadalupe², Ruiz-Sandoval José Luis³.

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.
2. Neuroradióloga, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.
3. Servicio de Neurología Clínica Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La enfermedad de moyamoya es una condición cerebrovascular rara caracterizada por estenosis u oclusión bilateral de las arterias carótidas internas intracraneales y el desarrollo de vasos colaterales en "bocanada de humo" en la angiografía. El patrón angiográfico asociado a determinadas condiciones (neurofibromatosis tipo 1, radiación craneal, síndrome de Down) se denomina síndrome de moyamoya; en su ausencia se nombra enfermedad de moyamoya.

Presentación de caso

Paciente femenino de 38 años con diagnóstico de hipertensión arterial, que se presentó con tetraplejía y afasia global. Se realizó TAC de cráneo encontrándose lesiones compatibles con evento vascular isquémico en ambos lóbulos frontales. Los exámenes de laboratorio a su ingreso se reportaron normales; se descartó neuroinfección, y no presentaba manifestaciones clínicas de desórdenes autoinmunes, vasculopatías ni cromosopatías. En la angioRM se observó estenosis bilateral de la arteria carótida interna distal, con oclusión de ambas cerebrales anteriores y formación de vasos colaterales, lo que se confirmó con la angiografía que reportó el patrón característico en "bocanada de humo" en estadio IV de Suzuki.

Discusión

La enfermedad de moyamoya es una entidad de causa desconocida. La incidencia es mayor en Asia, siendo en Japón de 0.35 por cada 100,000 habitantes y en hispanos de 0.03. Predomina en mujeres a razón de 1:1.8. Las manifestaciones clínicas consisten en eventos vasculares isquémicos y/o hemorrágicos.

El diagnóstico definitivo se basa en la presencia de criterios mayores: estenosis u oclusión de la arteria carótida interna en la RM, red vascular anormal en los ganglios basales en la RM, y cambios angiográficos bilaterales; asimismo deben excluirse arteriosclerosis, enfermedades autoinmunes, neoplasias cerebrales, radiación intracraneal, síndrome de Down, TCE, neurofibromatosis y meningitis. Los hallazgos angiográficos se clasifican conforme a los estadios de Suzuki. La evolución de la enfermedad es variable, con múltiples eventos vasculares o uno solo fulminante. El tratamiento previene eventos vasculares futuros, y consiste en la revascularización quirúrgica utilizando la arteria carótida externa como fuente de flujo. El pronóstico es pobre sin tratamiento.

Conclusiones

La enfermedad de moyamoya debe considerarse como parte del diagnóstico diferencial en todo paciente con déficit neurológico. Su reconocimiento es crítico para el tratamiento oportuno y mejor pronóstico.

Polineuropatía craneal postraumática por herida por arma de fuego. Reporte de caso.

Borrayo-Dorado Sheila MM¹, Núñez-Velasco Santiago¹, Mortola-Rodríguez Fabrizio A², Arellano-Beltrán Macario J¹, Ayón-González Ángel A³, Ochoa-Plascencia Miguel¹, Aguirre-Portillo Leonardo E¹.

1. Servicio de Neurocirugía Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.
2. Servicio de Cirugía General Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

Es común la presentación de polineuropatías policraneales postraumáticas, las cuales comenzaron a describirse desde finales del siglo XIX; siendo clasificadas en grupos específicos, integrando síndromes clínicos ampliamente conocidos.

Presentación de caso

Paciente masculino de 38 años agredido por arma de fuego en cuello, con impacto en mastoides izquierda. Alerta y orientado, por la trayectoria del proyectil y la presencia de un hematoma asociado en cuello, se intuba para proteger vía aérea. La TAC de cráneo muestra fractura mastoidea y petrosa izquierda, así como de la masa lateral de CI izquierda, con esquirlas metálicas en tejidos blandos de base craneal y cuello. Permanece intubado y estable en UCI, descartándose lesión encefálica, raquídea y vascular, progresándose a su extubación. Una vez despierto, se torna evidente que el paciente presenta polineuropatía craneal izquierda con afectación a los Nervios Craneales VII, VIII, IX, X, XI, XII. Valorado por Otorrinolaringología, Foniatría y Maxilofacial, decidiendo todos manejo médico y seguimiento. Durante su estancia hospitalaria, muestra signos leves pero progresivos de mejoría neurológica. Actualmente a 6 meses de seguimiento, la recuperación funcional es notoria, aún con paresia facial HBII, persiste con hipoacusia izquierda, es capaz de deglutir, leve disfonía, con plena recuperación de XI y XII.

Discusión y conclusiones

Esta compleja neuropatía asociada a un trauma de alta energía a la base del cráneo, no es clasificable ni por los nervios involucrados o por la evolución en alguno de los síndromes clásicos ya descritos. En todo caso podría ser clasificado como un Síndrome de Cabeza y Cuello. El impacto en mastoides y la dispersión de la energía en cuello, ocasionó una lesión periférica del nervio craneal VII al XII, sin afectar al tallo cerebral ni estructuras vasculares mayores, con una evolución notoria a la mejoría.

Pancreatitis aguda como presentación inicial de Lupus Eritematoso Sistémico.

Aguirre-Muñoz Manuel Alejandro¹, Blanco-Ornelas Luis Humberto¹, López-Iñiguez Álvaro¹, Martín-Nares Eduardo¹.

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La pancreatitis aguda (PA) asociada a lupus eritematoso sistémico (LES) en un diagnóstico de exclusión y es una entidad muy rara. Presentamos el caso de un LES debutando con PA.

Presentación de caso

Femenina de 21 años, 24 horas previas presenta dolor abdominal en epigastrio irradiado hacia flanco izquierdo de intensidad 10/10, acompañado de intolerancia a la vía oral y vómitos. Antecedente de 2 hermanas gemelas de 16 años con LES. A su ingreso, palidez generalizada, púrpura húmeda, púrpura palpable con ulceraciones en piernas, nódulos de Osler en 1º, 2º, 3º dedos de mano derecha y hemorragias subungueales en astilla, abdomen con dolor a la palpación, los ruidos intestinales ausentes, sin rebote. En los laboratoriales se evidencia anemia, linfopenia, trombocitopenia severa, elevación de las enzimas hepáticas con patrón colestásico sin hiperbilirrubinemia, tiempo de protrombina activado 79 segundos, hipocomplementemia, reactantes de fase aguda elevados, daño renal agudo, con proteinuria de 2.49 g en 24 hrs, Coombs directo positivo, frotis de sangre periférica sin evidencia de esquistocitos. ANAs positivos, con patrón homogéneo 1:1280, perfil para síndrome antifosfolípido (SAF) negativo. Biopsia de piel evidencia vasculitis linfocítica. Amilasa=1992 u/Dl, TAC de abdomen evidencia pancreatitis Balthazar B. Se descartan causas comunes de PA. Se diagnostica con LES debutando con PA.

Discusión

El sistema gastrointestinal se afecta en 50% de los casos de LES, encontrándose pancreatitis solo en 0.2%-4%. Es una manifestación rara, su incidencia se reporta de 0.4-1.1/1000. La pancreatitis en LES ocurre comúnmente en pacientes con SLEDAI altos (>12), SAF y uso de esteroides. Factores de riesgo para PA en LES son hipertrigliceridemia como factor predominante, además de gastritis, anemia, psicosis y pleuritis. El diagnóstico se realiza excluyendo las causas más comunes de PA.

Conclusiones

Aunque el tratamiento con esteroides en PA asociada a LES es controversial, en nuestro caso resultó beneficioso. Recientes estudios reportan que la relación de PA-LES presenta mayor mortalidad que los pacientes con LES sin pancreatitis 45% vs 3%. Se debe considerar PA en un paciente con sospecha o diagnóstico definitivo de LES con dolor abdominal.



Predominio Polimorfonuclear en LCR como presentación temprana de tuberculosis meníngea.

Ramos-Avellaneda Fidel¹, Meyer-Nava Ilse¹, Zúñiga-Quintonez Sergio¹, González-Hernández Luz Alicia¹, Andrade-Villanueva Jaime F¹
1. Unidad de VIH Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La Tuberculosis Meníngea (TBM) es causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis* y es la presentación más frecuente en SNC de Tuberculosis. Su fisiopatología involucra la ruptura de Tuberculosas subependimarios o Subpiales en el espacio subaracnoideo, la cual induce una gran respuesta inmune y la formación de un "Exudado Tuberculoso". La población con mayor riesgo de padecer TBM incluyen niños con TB primaria y pacientes con VIH.

Objetivo

Describir la evolución en las características del LCR en un paciente con Tuberculosis Meníngea.

Presentación de Caso

Masculino de 37 años, diagnóstico de VIH en estadio C3, conteo de CD4 18(4%), naïve a Tratamiento antirretroviral altamente activo. Se presenta por fiebre, pérdida de peso y alteraciones del estado de alerta de un mes de evolución. A la exploración física se encuentra: marcha atáxica, sin datos de lateralización, pares craneales sin alteraciones, signos meníngeos (-). Rx Tórax: Infiltrado intersticial bilateral. TAC cráneo: Sin anomalías significativas. Se realiza Punción lumbar (PL) con tinciones de LCR, determinación de Ag Capsular de *Cryptococcus Neoformans* y GeneXpert MTB/RIF® en LCR, reportándose negativos.

Clinicamente se agregan alucinaciones auditivas y rigidez de nuca además persiste fiebre sostenida. Se decide realizar nueva PL. Se repite GeneXpert MTB/RIF® reportándose positivo. Se inicia Tratamiento modificado para TBM: HRZE (DOTBAL), MFX y Dexametasona. Ante el cual responde favorablemente.

Discusión

La TBM es de las infecciones con mayor letalidad en los pacientes VIH (+). Por lo cual cobra vital importancia el uso de técnicas moleculares como el GeneXpert MTB/RIF® en el diagnóstico oportuno de esta patología. Las estrategias terapéuticas que han mostrado reducción en la mortalidad consisten en incluir fármacos de mayor penetración a LCR y el uso de dexametasona.

Conclusiones

Paciente VIH (+) con diagnóstico TBM, muestra un patrón muchas veces olvidado de la evolución natural en LCR de esta patología, que se presenta hasta en el 16% de los pacientes, iniciando con alta celularidad y predominio de PMN en estadios tempranos virando a la escasa celularidad y predominio mononuclear clásicamente descrito.

Malformación de Arnold Chiari tipo 1 asociado a siringomelia.

Arellano-Beltran Macario¹, Camacho-Herrera Francisco¹, Núñez-Velasco Santiago¹, Borrayo-Dorado Sheila M.M.¹, Mazariegos-Rubi Manuel A.¹, Aguirre-Portillo Leonardo¹
1. Servicio de Neurocirugía Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La malformación Arnold-Chiari tipo 1 (AC1) es una enfermedad rara caracterizada por una anomalía en la base del cráneo propia de la unión craneovertebral, la cual produce una herniación de las amígdalas cerebelosas mayor a 5 mm por debajo del foramen magno y es asociado a siringomelia en el 50-70% de los pacientes con AC1.

Objetivo

Dar a conocer un caso de AC1 asociado a siringomelia de evolución prolongada, sus hallazgos clínicos pocos comunes y su tratamiento neuroquirúrgico.

Presentación de Caso

Paciente masculino de 49 años de edad, que acude a consulta por presentar pérdida de masa muscular en extremidades superiores. Refiere comenzar su padecimiento 20 años previos al notar debilidad de carácter progresivo en extremidad superior derecha, agregándose pérdida de la masa muscular, posteriormente nota sintomatología en la extremidad contralateral, agregándose disminución de la sensibilidad. A la exploración física se encuentra paciente en auto y alopsiquia, pupilas isocóricas normorreflécticas, paresia bilateral de nervios craneales IX, X, XI y XII, fuerza 4/5 en hemicuerpo derecho así como hipotrofia y espasticidad, reflejos +++, Babinski y Chaddock.

En la RM se observa columna cervical con herniación de las amígdalas cerebelosas a través del foramen magno, así como cavitación siringomiélica a nivel de C2 a T1. El paciente fue sometido a una intervención neuroquirúrgica realizando abordaje medial posterior procediendo a realizar craniectomía sub-occipital descompresiva y exéresis del arco posterior de C1, obteniendo adecuada relajación de la unión cráneo cervical.

Conclusiones

La siringomelia es un padecimiento poco común en nuestro país y de difícil diagnóstico, por lo que es indispensable una exploración neurológica exhaustiva ya que tiene buen pronóstico si es abordado de forma inmediata.

Esporotricosis cutánea diseminada como manifestación inicial en un paciente con VIH/SIDA.

Martínez Olmedo José Luis¹, Martínez- Ayala Pedro¹, Amador- Lara Fernando¹, Salazar-Aminda¹
1. Unidad de VIH Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La esporotricosis es causada por *Sporothrix Schenkii*, hongo dimórfico, saprófito, ubicuo, de distribución mundial. La adquisición y desarrollo de la enfermedad ocurre por la inhalación, inoculación o rara vez ingestión de *S. Schenkii*. La forma más común de presentación de la esporotricosis es la linfocutánea, sin embargo en casos de inmunosupresión se puede diseminar hasta la afección multiorgánica.

Presentación de Caso

Se trata de paciente masculino de 33 años de edad originario y residente de Atengo, Jalisco, quien presenta lesiones ulcerosas en piel, con afección diseminada de 8 meses de evolución. El paciente laboró durante 7 años en SEDESOL, como fotógrafo negando historia de traumatismos con lesiones en piel. Al cuadro se agrega pérdida de peso, fiebre y disfonía. Se confirmó el diagnóstico de tuberculosis laríngea e inició tratamiento. Posteriormente se solicitó ELISA para VIH que resultó positivo, además de carga viral con 246,000 copias / ml y CD4 de 10 cel/mm3. Se inició tratamiento antituberculoso a base de Dotbal y 2 semanas después se inició TARAA a base de ATRIPLA.

Respecto a las lesiones de la piel se realizó biopsia la cual reportó granulomas no caseosos. Se realizó tinción de Gram que mostró levaduras en forma de cigarro y el cultivo confirmó la presencia de *Sporothrix Schenkii*. Se inició tratamiento a base de anfotericina B por 2 semanas y posteriormente itraconazol con lo cual se obtuvo buena respuesta.

Discusión

La esporotricosis como forma de presentación inicial en un paciente con VIH/SIDA está descrito en la literatura. A pesar de la experiencia descrita, el esquema óptimo de tratamiento permanece incierto. Nuestro caso muestra la importancia de un diagnóstico etiológico preciso, ya que, el estudio histopatológico de las úlceras cutáneas reportó la presencia de granulomas. Por lo anterior, el primer servicio que valoró el caso, lo clasificó como tuberculosis diseminada (laríngea y piel). Sin embargo al realizar tinciones y cultivo de las úlceras, se evidenció la presencia de *Sporothrix Schenkii*, lo cual cambió de forma radical el abordaje terapéutico y el pronóstico del paciente.

Conclusiones

La esporotricosis es un oportunismo poco común en pacientes con SIDA, presentándose de manera habitual con formas diseminadas. Por lo tanto, se debe sospechar en todos aquellos pacientes con lesiones cutáneas progresivas y polimórficas o con nódulos cutáneos. Es fundamental llegar al diagnóstico etiológico definitivo para lograr un mejor desenlace, ya que en estos pacientes con infección por VIH/SIDA en etapas avanzadas, las co-infecciones casi siempre son la regla.

Perforación Intestinal Tardía Causada por un Catéter Peritoneal en Desuso.

Medina-González Ramón¹, Alcántar-Vallín María de la Luz², Chávez-Iñiguez Jonathan Samuel¹.
1. Servicio de Nefrología Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La perforación traumática intestinal durante la colocación percutánea de un Catéter Peritoneal (CP) es una complicación reconocida del procedimiento, pero, la perforación intestinal tardía (no traumática) es una complicación muy rara.

Presentación de Caso

Masculino de 25 años con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) de origen no determinado, en Mayo de 2013 requirió iniciar de manera urgente terapia de remplazo renal, se colocó CP percutáneo tipo Tenckhoff recto de doble cojinete por técnica de Seldinger y se inicia diálisis peritoneal intermitente con volumen total de 60 litros presentando buena función y es dado de alta de dicha hospitalización sin eventualidades. No acudió a seguimiento y no recibió diálisis ni utilizó el CP durante 5 meses, hasta Octubre de 2013 cuando acude nuevamente por presentar síndrome urémico, anémico y acidosis metabólica severa, no presentaba síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, negando durante todo este tiempo clínica de peritonitis (dolor abdominal, fiebre o diarrea) se prueba catéter infundiendo 2 litros de solución de diálisis y presenta de manera inmediata diarrea acuosa sin obtener líquido de drenado. La tomografía con infusión de contraste a través del catéter peritoneal se observa alojamiento de la punta en el interior de colon Transverso, se retira por cirugía e inicia Hemodiálisis intermitente.

Discusión y conclusiones

Se han reportado perforación traumática intestinal en el 1.3 al 1.6% de las inserciones de catéter peritoneal por técnica percutánea, sin embargo se han reportado solo 22 casos sobre erosión intestinal tardía a causa de un catéter peritoneal en desuso. Se desconoce el mecanismo de la perforación tardía, sin embargo, esto puede ser resultado del catéter envuelto en omento en contacto constante con la cara lateral del colon. En este caso, no hubo manifestaciones clínicas de peritonitis debido a que la perforación del colon selló con su mucosa y con el omento.



Síndrome de Anton reversible secundario a embolización por Endocarditis bacteriana.

Castro-Gallegos Paulina Estefanía¹, Martín-Nares Eduardo¹, Ontiveros-Mercado Heriberto¹, López-Iñiguez Alvaro¹, Rubio-Reynoso Ricardo¹, Herrera Aguilar Fernando¹, Valerdi-Contreras Lorena¹.

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

Las complicaciones cerebrales son las afecciones extracardiacas más severas y comunes de la endocarditis bacteriana. Un 25-35% de los pacientes que presentan con endocarditis sufren de complicaciones cerebrovasculares debido a embolización de vegetaciones del endocardio. La ceguera cortical es la pérdida total o parcial de la visión en presencia de una examinación ocular normal, causado por lesiones bilaterales de la corteza visual primaria del lóbulo occipital. Anton describió una rara forma de ceguera cortical, negada por el paciente a pesar de la completa pérdida de visión.

Presentación de Caso

Masculino de 59 años, con alteración del estado de alerta y fiebre. Presenta síndrome de neurona motora superior, soplo aórtico holodiastólico irradiado a cuello grado III, hemorragias en astilla subungueales y equimosis en pulpejos. Un día posterior presenta anosognosia visual, a la oftalmoscopia hemorragias retinianas en punto y mancha en ambos ojos. Hemocultivo positivo para *S. aureus*. Ecocardiograma reporta válvula aórtica con presencia de endocarditis adosada a la valva derecha de la válvula de 14x10 mm. RMN de cráneo con lesiones isquémicas afectando lóbulos occipitales, hemisferio cerebeloso derecho y frontal izquierdo.

Discusión

Un evento vascular cerebral que ocurre en un paciente con fiebre, manifestaciones cutáneas y en hallazgo de un soplo cardíaco, sugiere fuertemente la presencia de endocarditis infecciosa. Los infartos tromboembólicos bilaterales de las arterias cerebrales posteriores son causas raras de lesiones en lóbulos occipitales y ceguera cortical, que es la pérdida de la visión con reflejos pupilares normales y fundoscopia normal. La ceguera de Anton es usualmente asociada a infartos occipitales bilaterales que son irrigados por arteria cerebral posterior, afectando la corteza visual primaria y área de asociación.

Conclusiones

Características específicas de las vegetaciones (aquellas grandes, móviles o localizadas en la válvula mitral) e infección por *S. aureus*, han sido asociadas con un riesgo incrementado de eventos embólicos. Cultivos positivos y vegetaciones detectadas en ecocardiograma, 2 criterios mayores de Duke, confirmaron el diagnóstico de Endocarditis Infecciosa con afección a sistema nervioso central principalmente en lóbulos occipitales. La sospecha de ceguera cortical y Síndrome de Anton debe considerarse cuando el paciente presenta negación de la ceguera con evidencia de afección de lóbulo occipital.

Síndrome DRESS secundario a uso de fenitoina y sulfonamidas.

Flores-Alatorre María Guadalupe¹, Cárdenas-Sáenz Omar¹, Palafox-Schmidt Diego¹, Landeros-Navarro Ernesto¹.

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción

El síndrome DRESS (Drug Reaction with eosinophilia and systemic symptoms) es una reacción de hipersensibilidad inducida por fármacos, potencialmente fatal, rara en nuestro medio y se presenta con erupciones dérmicas, alteraciones hematológicas, linfadenopatías y afección sistémica. El tratamiento se basa en esteroides y en la suspensión del fármaco sospechoso. En hasta el 80% de los casos, es posible establecer la droga causante del síndrome. Los anticomiciales y las sulfonamidas son de los principales reportados.

Presentación de Caso

Paciente del sexo femenino de 51 años de edad que se presenta al Departamento de Urgencias con rash y edema generalizado. En el principio y evolución del padecimiento refirió 15 días previos a su ingreso alteraciones en la atención y memoria a corto plazo, tratada con DFH. Posteriormente presenta IVU tratándose con gentamicina, levofloxacino y TMP/SMX. Inicia con rash, eritema de predominio en cara, tórax y malestar general. A su ingreso: Leu 17.5, eosinófilos 1.37, linfocitos 3.3, Cr-S 3.9, GGT 728, DHL 428, FA 32. Es manejada con hidratación, Meropenem 500mg c/12 hrs, NUS con salbutamol, Hidrocortisona 100mg IV c/8 hrs, Clorfeniramina 10 mg IV c/8 hrs con una remisión de la afección sistémica y cutánea.

Discusión

En la mayoría de los pacientes, la reacción comienza de 2-6 semanas posterior a la administración del medicamento. La erupción comienza como una erupción morbiliforme que progresa a difusa y confluyente. Anormalidades hematológicas incluyen leucocitosis con eosinofilia y/o linfocitosis atípica. La erupción cutánea y la afección sistémica resuelven gradualmente en 6 - 9 semanas después de retirar el medicamento. La biopsia cutánea puede mostrar infiltrado superficial denso de linfocitos, afección perivascular en dermis papilar y en casos severos, edema, eosinófilos y linfocitos atípicos en epidermis, acompañado de granulomas.

Conclusiones

El reconocimiento temprano de Síndrome de DRESS y el medicamento desencadenante reduce la mortalidad, para poder reducir el riesgo de recaída es indispensable disminuir la dosis de esteroide, siempre vigilando estado clínico del paciente, enzimas hepáticas, y número de eosinófilos. La duración del tratamiento es recomendada por lo menos 15 semanas.

Trombosis del seno venoso transverso en el puerperio mediato.

Cárdenas-Sáenz Omar¹, Flores-Alatorre María Guadalupe¹, Jiménez-Ruiz Pablo Amado David¹, Rentería-Casillas Diana Paulina¹, Anaya-Silva Israel¹.

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La trombosis de los senos venosos (TSV) es una condición rara y potencialmente mortal. Las causas más comunes incluyen estados de hipercoagulabilidad, estados de bajo flujo, procesos infecciosos, anticonceptivos orales, embarazo y puerperio. La sintomatología más común incluye náusea, crisis convulsivas, defectos neurológicos con focalización y cefalea. La anticoagulación es la base del tratamiento de la TSV. El puerperio está asociado a un riesgo muy incrementado de eventos tromboticos; presentándose estos eventos en su mayoría durante las primeras seis semanas. En comparación con un estado no grávido en la población general, el periodo de seis semanas postparto está asociado con un incremento de 3 a 9 veces el riesgo de evento vascular cerebral y de 9 a 22 veces el riesgo de tromboembolismo venoso.

Presentación de Caso

Paciente femenino de 29 años de edad que presenta alteración del estado de alerta y hemiparesia braquio-cubital derecha de 3 días de evolución. En sus antecedentes destaca evento obstétrico (parto vaginal) sin aparentes complicaciones inmediatas. Se realiza tomografía de cráneo en la que se evidencia hipodensidad en región temporo-parietal izquierda; posteriormente se realiza estudio de resonancia magnética y angiorensonancia donde se aprecia trombosis del seno venoso transverso izquierdo; se objetiva foco epileptógeno mediante electroencefalograma por lo que la paciente es manejada con anticomiciales y anticoagulantes.

Discusión

El 60% de los casos de trombosis de seno venoso están asociados a embarazo o puerperio; siendo la probabilidad, de manera general 5-6 veces mayor en relación a la población femenina en edad reproductiva; y de éstos, es el puerperio el periodo de máxima incidencia. La terapia de elección es anticoagulación con heparina no fraccionada o de bajo peso molecular. La mortalidad general por esta causa, incluso con tendencia a la baja, varía de 5-30% en las diferentes series; ya que es un estado que suele no ser diagnosticado adecuadamente.

Conclusiones

En el caso presentado la paciente se encontraba previamente sana, sin estados comórbidos de importancia; contando con el único antecedente de un evento obstétrico 10 días previos a su ingreso; siendo el puerperio un periodo plenamente identificado como estado procoagulable; siendo el riesgo mayor en las primeras seis semanas.

Tumor Desmoide: ¿Hallazgo de origen benigno o maligno?. Reporte de un caso.

Aguirre-Muñoz Manuel Alejandro¹, Tejeda-Partida Steffany del Carmen².

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

2. Servicio de Medicina Familiar, Unidad Médico Familiar #171, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción

El tumor desmoide (TD) neoplasia del tejido conectivo y de aponeurosis de músculos esqueléticos, no posee potencial metastásico, localmente invasivo y sin cápsula, con tendencia a invadir planos vecinos y puede presentar regresión espontánea. Presentamos un caso de TD.

Presentación de Caso

Masculino de 51 años, 96 horas previos presenta dolor hemitórax derecho, es ingresado a hospital de su localidad tratado como neumonía por dos días, egresándose, 24 horas previas a su ingreso, presenta disnea, incrementando el dolor en parrilla costal derecha. Antecedente de DM2, tratamiento metformina/glibenclámda. Pérdida involuntaria de peso 15 kg en 1 año. A su ingreso disminución de amplexación derecha, clínica de derrame pleural desde el 3º arco intercostal derecho y 10º arco intercostal izquierdo, estertores en base pulmonar izquierda, induración de 7 cm de diámetro adherida a plano profunda, del 7º a 12º espacio intercostal, palpación dolorosa en hipocondrio derecho. No organomegalias. En laboratoriales, leucocitosis, dímero D 2930, Alfa feto proteína 1.5 mg/dl, se punciona derrame pleural derecho resultado de trasudado. Tac de tórax con lesión infiltrativa hipodensa de 9 cm de diámetro en lóbulo derecho irregular proveniente de partes blandas de caja torácica. Biopsia de la lesión evidencia elementos compatibles con fibromatosis con musculo aponeurótico, se diagnostica TD.

Discusión

TD es raro, representa <3% de los tumores de tejidos blandos, con tasa de incidencia anual de 0.2 a 0.5/100,000. Predomina sexo femenino 5:1, 66% de los TD asientan en la vaina anterior de los músculos rectos abdominales, los factores asociados embarazo reciente, traumatismos o cirugías, se presentan con masa indolora, dolor local, su diagnóstico es histológico y radiológico, tasa de sobrevida a 5 años de 92%, el dolor lo causa su infiltración. Los TD son agresivos localmente, con margen mal definido sin cápsula, infiltran planos musculares, sin metástasis a distancia, son clasificados como fibrosarcomas de bajo grado. Tratamiento: radioterapia, resección local simple y amplia, estudios refieren recurrencia a 5 años de 50%.

Conclusiones

Nuestro paciente se sometió a radioterapia y cirugía de amplio margen de resección, ofreciendo mayor seguridad en el control local del TD, ofreciéndole sobrevida a 5 años de 92%, recurrencia a 5 años <25%. Ante el hallazgo de masa ocupativa y dolor, sugerimos tener en cuenta el tumor desmoide.



Daño renal agudo por Disección aórtica asociada a poliquistosis renal. Reporte de caso.

Reyna-Raygoza José Raúl¹, Núñez-Gómez Fernando Enrique¹, López-Iñiguez Alvaro², Rubio-Reynoso Ricardo², Chávez-Iñiguez Jonathan Samuel¹

1. Servicio de Nefrología Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

2. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

Introducción

La poliquistosis renal (PR), es una enfermedad sistémica caracterizada por la progresiva dilatación quística de los túbulos renales que conlleva a Enfermedad Renal Crónica y que se asocia a manifestaciones extrarenales cardiovasculares poco conocidas.

Presentación de Caso

Masculino de 54 años con antecedente de Gota sin tratamiento. Inicia 3 días previos a su ingreso con dolor punzante, transictivo, continuo, en epigastrio irradiado a espalda, se agregan vómitos gastrobilíares, evacuaciones diarreas de características disenteriformes y fiebre, además se detecta hipertensión severa. A su ingreso TAC abdominal simple con dilatación de asas intestinales del delgado, múltiples quistes renales y páncreas irregular y con crecimiento de cabeza que sugiere pancreatitis. Se consulta a Nefrología por DRA KDIGO 3, se evidencia deshidratación severa con déficit de agua de 6 litros por Bioimpedancia espectroscópica, anuria y Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) estimada de 9 ml/min (MDRD-4), hipertensión de difícil control (4 normotensores) e hiperaldosteronismo hiperreninémico. Tras manejo conservador inicial, las evacuaciones diarreas y el dolor abdominal disminuyen, sin embargo, la TFG no mejora a pesar de alcanzar euvolesmia, por lo que se inicia hemodiálisis intermitente. Se decide realizar TAC contrastada toraco-abdominal la cual muestra páncreas de características normales, PR, glándulas adrenales normales y DAo tipo A. El cuadro clínico progresa tórpidamente presentando empeoramiento hemodinámico, edema agudo pulmonar secundario a emergencia hipertensiva a pesar de antihipertensivos intravenosos, anuria y deterioro respiratorio requiriendo ventilación mecánica en parámetros altos. Es valorado por cirugía cardiovascular quienes sugieren tratamiento quirúrgico con alta probabilidad de mortalidad por lo que se difiere la intervención quirúrgica. Fallece 18 días posteriores a su ingreso en la unidad de cuidados coronarios. No se realiza autopsia.

Discusión

Dentro de las manifestaciones extra renales, destacan las complicaciones cardiovasculares como aneurismas y disección de la aorta (DAo). Se han reportado pocos casos en los que se ha asociado daño renal agudo (DRA) por DAo en PR, dicha entidad no siempre es reconocida, siendo en ocasiones la primera manifestación de PR.

Conclusiones

Se presenta el caso de un paciente con PR como hallazgo incidental y en quien se detectan 2 asociaciones reconocidas que suelen pasar desapercibidas: PR + DAo y DAo + DRA. La presentación del caso busca alertar de la importancia del reconocimiento temprano de estas condiciones asociadas que tienen consecuencias mortales



Excelencia en oftálmicos







Inés Villaseñor

He sido maestro de dibujo y pintura desde 1981 y es muy raro encontrarse con la facilidad y el talento que posee Inés Villaseñor para las Artes Plásticas, avanza a pasos agigantados siempre dejándome gratamente impresionado y ha sido para mi un regalo el poder tratar de guiarla en tal difícil disciplina, que en casos como el de ella pienso si no sería mejor dejarla andar y que ella solo descubra su potencial, lo cual sucedería sin duda alguna, por que lleva esa sensibilidad de artista que es la materia prima de los grandes, Inés tiene todo para lograr propuestas sorprendentes, ahora todo depende de su compromiso, su dedicación, disciplina y ante todo su amor por su oficio. A través del tiempo que he compartido con ella en el taller le he tomado mucho cariño y me he sentido muy orgulloso de ver sus avances, en verdad le deseo lo mejor en este camino de grandes placeres y sufrimientos, por que la vida del artista solo puede ser así...exaltada y rica en todos los sentidos como lo es ella.

José Fors



Para Ti
Técnica mixta



Punta de Ballet
Técnica mixta



Flor de Piña
Técnica mixta