

Diverticulitis las canas del intestino

Dr. Peter Pappe
Coloproctólogo

Las personas que viven en países industrializados han pagado con su salud el precio de vivir mejor con una elevada incidencia en enfermedad coronaria, cáncer, obesidad, diabetes y osteoporosis. Pero hay un problema frecuente vinculado a "la buena vida", del cual nos cuidamos poco y es probable que con el tiempo se convierta en una enfermedad severa: la diverticulitis.

La enfermedad diverticular se ha hecho más frecuente tanto en la emergencia como en la consulta. "Están en boga las campañas contra la ingesta de comida "chatarra", de los malos hábitos nutricionales que generan algún grado de estreñimiento, y se constituyen en una vía para sufrir de la enfermedad diverticular", afirma el doctor Peter Pappe, coloproctólogo del Centro Médico Docente La Trinidad.

El divertículo es una especie de hernia que se produce en las paredes del colon similar a una pequeña "bolsita" que se visualiza a través de la pared externa de este órgano. Generalmente los divertículos son asintomáticos y se diagnostican durante las exploraciones del colon. Muchas personas que lo padecen ignoran su presencia hasta que estas "bolsitas" se complican con sangramiento, perforación o inflamación que es la denominada diverticulitis.

Apendicitis del lado izquierdo

Los síntomas son popularmente conocidos como "la apendicitis aguda del lado izquierdo" porque la zona más frecuente de localización de los divertículos es en el colon sigmoide, ubicado de ese lado del cuerpo. La persona refiere fiebre, dolor abdominal, náuseas, vómitos e irritación abdominal, lo cual orienta al coloproctólogo a sospechar la inflamación de ese divertículo. En ocasiones —advierte el coloproctólogo— el paciente debe ir a cirugía de emergencia o dependiendo del grado de la diverticulitis, puede ser hospitalizado para ser tratado con antibióticos.

Hoy en día se maneja el criterio de que una sola crisis de diverticulitis no es indicativa de cirugía. Pudiese ser que un paciente con una segunda crisis se indique cirugía, por tener un alto porcentaje de presentar una nueva crisis o algún otro tipo de complicación.

Casos sangrantes o con perforación

Otro grupo de pacientes presentan clínica o síntomas de sangramiento digestivo, que es la denominada "enfermedad diverticular sangrante" y consultan con un sangrado mínimo con las evacuaciones, hasta cuadros de shock hemorrágico severo. Dependiendo de la severidad del mismo se indicará o no cirugía de urgencia. Finalmente, puede ser el motivo de consulta una perforación de uno o varios divertículos siendo esto un cuadro de peritonitis severa que amerita cirugía inmediata.

"En la cirugía hay dos opciones, dependiendo del grado de la diverticulitis o de la peritonitis, y se puede hacer resección del segmento afectado y volver a unir el intestino. Pero cuando la peritonitis es muy severa debe hacerse resección del segmento involucrado y luego hacer una colostomía temporal y al cabo de 2 a 3 meses lo intervenimos de nuevo a fin de restituirle el tránsito intestinal", describe Pappe.

Más fibra, agua y ejercicio

El paciente puede reincorporarse a su vida normal al mejorar el cuadro clínico, pero por su bien debe cambiar sus hábitos alimenticios bajo la orientación del nutricionista, quien le diseñará una dieta rica en fibra y mucha ingesta de líquidos para mantener un ritmo intestinal adecuado. Debemos mantener un ritmo intestinal constante, que se logra cambiando la conducta nutricional, ingesta de agua y ejercicio. Otros malos hábitos como fumar, ingerir alcohol y vida sedentaria, deben ser eliminados.

Entrevista realizada por:
Blanca García Bocaranda, CNP 620

Actividades Educativas

Gerencia del Centro de Extensión del Conocimiento (GCEC)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Cáncer de mamas. Respondiendo a sus preguntas	Dra. Alcira Capecchi	oct, 1	Auditorio Carlos Klemprer
Reuniones discusión de Tumores Gastrointestinales	Dr. Sergio Martinez	Oct,3, Nov. 7, Dic. 5	Sala reuniones Serv. Radioterapia
Rehabilitación cardíaca	Dr. Roberto Curiel	Oct 7,14,21,,28 Nov 4,11,18,25 Dic 2,9	Auditorio Carlos Klemprer
1a Jornadas de Infecciones asociadas a la atención en salud.	Dra. Libsen Rodríguez, Dr. L.M. López Silva	Oct, 8	Auditorio Carlos Klemprer
Programa Haciendo vida	Dr. Freddy González	Oct 4,5,6, 11,12,13,25,26,27 Nov 1,2,3,8,10,15,17,22,24,29 Dic 2,6,8	Auditorio Carlos Klemprer
Espacio Abierto	Dpto Educación, Fondo de desarrollo prof	Oct 5, Nov, 16 Dic, 2	Auditorio Carlos Klemprer
Abordaje de la depresión en las enfermedades médicas	Dra. Cecilia Carvajal	Oct, 22	Auditorio Carlos Klemprer
Programa educación continua en Cirugía Buco-maxilofacial.	Dr. Paul Maurette	Oct, 26 Nov, 30	Auditorio Carlos Klemprer
1er Simposio de Cirugía Cardiovascular y Cardiología	Serv Cirugía cardiovascular / Serv de Cardiología	Oct, 28,29	Auditorio Carlos Klemprer
Reuniones de Cirugía Cardiovascular y Cardiología	Dr. Orlando Moreno	Oct. 28 Nov. 25	Auditorio Carlos Klemprer
Curso "Semiología de las crisis epilépticas"	Dra. Guila Contreras	Nov, 12	Auditorio Carlos Klemprer
Programa de Educación continua para residentes de Oftalmología	Dr. Javier Molina	Nov, 19	Auditorio Carlos Klemprer
Cáncer de esófago	Dr. Dervis Bandres	Dic, 3	Auditorio Carlos Klemprer

Gerencia de Información y Formación Profesional (GIFP)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Pasantías Residentes del 3er año del Postgrado de Medicina Física y Rehabilitación, UCV	Dra. Christine Weber, Dra. Sandra Torres Dra. Ithamar Hernández	Oct, 2011	Servicio Medicina Física y Rehabilitación
Universidad Alejandro Humboldt Pasantías académicas Br. Mariangela Torrealba	Lic. Nelly Terrero	Oct-Nov, 2011	Gerencia Centro Extensión del Conocimiento
UCV - Facultad Medicina Pasantías académicas - Estudiante Sto. Año de Medicina Br. Ricardo Ciliberto Br. Luis E. Baumeister, Br. Patricia E. Manrique N. Br. Manuel A. Medina P.	Dr. José Manuel Sánchez, Dr. Bruno Burger, Dr. Roberto López	Oct, 2011	Servicio Traumatología Servicio de Cardiología
Pasantías académicas ULA - Escuela Bioanálisis Br. María G. Briceño B.	Lic. Mónica Gil	Oct, 2011	Lab. Pruebas Especiales - Fertilidad
IUTIRLA Pasantías académicas. Br. Andrea B. Dias M.	Lic. Catalina Power, Armandina Valente	Oct,-Nov, 2011	Unidad de Admisión - Emergencia
Hospital Oncológico Estado Tachira Lic. Mariana Gomez de la Vega Russo	Lic. Miriam Benarroch, Lic. Alicia Sanoja C.	Oct, 2011	Laboratorio Clínico
UCV - Escuela Salud Pública, Cardiopulmonar, Pasantías Académicas Brs. María Enriquez G., Irene Garrido, María Macía, Álvaro Mendible, Giorsaria Quezada	Dr. Roberto Lopez, TSU Sandra Lopez	10-10-2011 al 01-06-2012	Servicio Cardiología

Gerencia de Medicina Comunitaria y Programas Sociales (GMCPs)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Actualización para el Equipo de Médicos y Enfermeras(os) en Estrabismo Clínica Diocesana Cáritas Barinas	Dr. Alvaro Sanabria, Dra. Manuela Spagarino	Oct, 01, 02	Clínica Diocesana Cáritas Barinas
Día Mundial del Odontólogo	Servicio Odontología	Oct, 03	Centro Medico Docente La Trinidad
Intervenciones Quirúrgicas Oftalmológicas	Dr. Fernando Colombo	Oct, 04	Centro Medico Docente La Trinidad
Espacio Radial en La Emisora Radio Continente "Centro Medico Docente La Trinidad con la Comunidad"	Dr. Roberto López Nouel, Lic. Dollys Hurtado Warrick	Oct, 05,12,19, 26	Centro Medico Docente La Trinidad
Día Mundial de la Visión	Servicio Oftalmología	Oct, 13	Centro Medico Docente La Trinidad
Taller de Educación Sexual para Adolescentes	Dr. Roberto López Nouel	Oct, 19, Nov, 15	Ambulatorio "La Esperanza" Comunidad de Santa Cruz del Este
Redes en Responsabilidad Social de las Instituciones Privadas	Lic. Dollys Hurtado Warrick	Oct, 25, Nov, 22	Centro Medico Docente La Trinidad
Taller de Primeros Auxilios	Dr. Roberto López Nouel	Oct	Centro Médico Docente La Trinidad
Taller "Aprendo a tomar la tensión arterial"	Dr. Roberto López Nouel	Oct, 28, Nov, 29	Centro Medico Docente La Trinidad
Cátedra de Salud	Dr. Roberto López Nouel, Lic. Dollys Hurtado Warrick	Nov, 04	Centro Medico Docente La Trinidad
Reunión con Consejos Comunales	Dr. Roberto López Nouel, Lic. Dollys Hurtado Warrick	Nov, 10	
Plan de Contingencia	Dr. Roberto López Nouel	Nov, 18	Centro Medico Docente La Trinidad
Asistencia y Educación Proyecto La Esperanza	Dr. Roberto López Nouel, Lic. Dollys Hurtado Warrick	Nov, 30	Ambulatorio "La Esperanza" Comunidad de Santa Cruz del Este

Gerencia de Servicios Asistenciales (GSA)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Simposio de Enfermería en Gineco Obstetricia	Lic. Sandra Barreto, Lic. Zamira de la Vega	Oct, 6	Auditorio "Carlos Klemprer"
Bioseguridad	Lic. Alejanira González	Oct, 13	Auditorio "Carlos Klemprer"
1. Protocolo de Enfermería: en el cambio de Turno (entrega y recibida paciente) 2.- Protocolo: de cuidado al paciente con quimioterapia	Lic. Natalia Higuera, Lic. Denise Cabello	Oct, 20	Auditorio "Carlos Klemprer"
Rol de Enfermería; entre Espejismo y Realidad	Lic. Jessica Iannaccio	Oct, 27	Auditorio "Carlos Klemprer"
Protocolos de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos	Lic. Marvis Rangel	Nov, 03	Auditorio "Carlos Klemprer"
Simposio Enfermería Atención al paciente Hospitalizado	Lic. Denise Cabello, Lic. Sandra Barreto, Lic. Jessica Iannaccio	Nov, 10	Auditorio "Carlos Klemprer"
Bioseguridad	Lic. Jhoseline Garzon	Nov, 17	Auditorio "Carlos Klemprer"
Excelencia en el Cuidado Humano	Lic. Alejanira González	Nov, 24	Auditorio "Carlos Klemprer"
Control de Infecciones Intrahospitalarias	Lic. José Caballero	Dic, 01	Auditorio "Carlos Klemprer"
Logros de la Gerencia de Servicios Asistenciales	Lic. Alejanira González	Dic, 08	Auditorio "Carlos Klemprer"

Unidad de Promoción Financiera (UPF)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Observatorio de Riesgo de Salud: Puesto de Toma de Tensión Arterial y Riesgo Global. Programa Cocina Ligera	Lic. Marietta Iturbe, Lic. Dollys Hurtado	Oct, 29	Excelsior Gama Plus La Trinidad

Rehabilitación mágica



Hasta para vivir en nuestros días necesitamos conocer algo de magia y de eso nos habló el arquitecto Gilberto Barnola en "Espacio Abierto". Chistera, conejitos, capas y bastón, a veces los lentes de Harry Potter, son insignias de ese arte más veloz que nuestra visión y que es parte del secreto que jamás pueden revelar, como reza su juramento, el cual cada mago cumple a pie puntillas.

El arte de la magia se basa en no descubrir el misterio de lo ocurrido ante los ojos de los demás porque desde el momento en que se sabe cómo se hace el hecho mágico se pierde el encanto. Más allá del espectáculo, la magia es una forma de vida que amerita investigación y estudio, es la reina del teatro porque tiene todo de este. Ser mago exige orden, disciplina, aplicables a la vida misma. No admite improvisación y obedece a una planificación.

Por ello es exitosa al aplicarla a la rehabilitación de pacientes, como lo demuestra el proyecto iniciado por David Copperfield en 1982 y aplicado en más de un mil centros asistenciales de Europa y Estados Unidos, conjuntamente con otros magos que asumieron ese concepto bondadoso de la magia.

Pacientes que han sufrido ACV o tienen limitaciones físicas por accidentes u otras patologías logran mejorías al distraerse mentalmente mientras tratan de ejecutar un acto de magia y a la vez van soltando sus músculos sin dolor porque piensan en algo tan diferente durante las sesiones de rehabilitación. Recuperaciones prontas y óptimas están demostradas en pacientes pediátricos. "Abre posibilidades de curación en grandes y chicos", asevera el alumno destacado de la escuela de Magia que cumplirá 30 años de fundada en 2012 y forma parte de la "Peña Mágica San Juan Bosco". Para llegar a mucha gente se apoyaría en actividades de medicina comunitaria.

Seguridad a millón en la F1

Con la velocidad de la luz y la emoción de quienes se agolpan en las vías de Mónaco o cualquier otro destino donde la Fórmula 1, a menudo abreviada F1, sea noticia, concurrió el público a la cita de "Espacio Abierto" con el cardiólogo Bruno Burger, especialista además en la estimulante actividad de las cuatro ruedas.

Con toda autoridad, Burger se refirió al concepto sano de la máxima categoría del automovilismo, equipos legendarios Ferrari, Alfa Romeo, Maserati, más otras marcas nuevas como McLaren, Williams, Lotus o Renault. Nos enteramos de esos detalles que intrigan sobre la organización de las carreras, las ganancias de los circuitos, gastos globales de algunas empresas, hasta de la cronología de la seguridad... entre ellas, el alcohol como combustible, se sustituye por la gasolina a partir del año 1958.

Supimos sobre las causas de accidentes, que pueden ser por falla mecánica, error humano o circunstancias imprevistas... Pero, sobre todo Burger hizo hincapié con el aprendizaje que reciben los competidores para resguardar su salud futura y la vida misma cuando el corazón de todos late a millón por hora. Fue muy interesante conocer que durante los últimos años, aunque se han producido accidentes graves, no ha ocurrido ninguna pérdida humana que lamentar, gracias a todas las medidas de seguridad que se han implementado desde la lamentable pérdida de Ayrton Senna.



Experiencia Premiada

No hay docencia sin investigación. Ello lo demuestra la aceptación otorgada a los trabajos presentados sobre abordajes laterales de columna a través de incisiones muy pequeñas realizadas con técnicas laparoscópicas, por vía lateral, cuyos autores son Guillermo Bajares, Alejandro Pérez Oliva y Nelson Cruz, cirujanos de columna del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Centro Médico Docente La Trinidad, en los Congresos brasilero y Latinoamericano de Cirugía de Columna celebrados en fecha reciente.

La columna se operaba hasta no hace mucho tiempo por delante o por detrás. Hoy es posible intervenirla de lado, con una incisión de 4 a 5 centímetros que abarca 4 o 5 cuerpos vertebrales. Personas de 70 a 80 años pueden lograr la estabilización de su columna al ir a esta cirugía, bajo anestesia general, de 2 horas de duración aproximadamente y un promedio de 48 horas de hospitalización.

La pérdida sanguínea con cirugía convencional podría ser de casi 2 litros y con esta innovación, apenas sería de 20 c.c., si fuesen dos espacios vertebrales. Los otros trabajos presentados sobre cirugía cervical, con seguimiento de 5 años, se refieren a discos artificiales que permiten quitar molestias de la columna sin inmovilizarla y preservando siempre el movimiento.

Los resultados venezolanos son iguales a los logrados por grandes series mundiales en las que están las americanas y europeas, pues aún los centros hospitalarios de Latinoamérica tienen poca experiencia en la técnica descrita.

Cirugía ginecológica mínimamente invasiva: Por un puerto único

Cada día aumenta la tendencia a reducir el número de orificios para realizar cirugía por técnica video laparoscópica, así como las incisiones para la extracción de los especímenes provenientes del procedimiento. Esto reduce todavía más la morbilidad del paciente y mejora los resultados cosméticos.

La cirugía por puerto único hace referencia a la técnica de entrada laparoscópica por un solo sitio de incisión cutánea, mediante el uso de un trocar con múltiples puertos de acceso. Varios reportes han demostrado que mediante esta técnica es factible realizar cirugías ginecológicas, tanto mayores como menores, que van desde salpingooforectomías hasta miomectomías e hysterectomías^[1, 2].

Esta técnica quirúrgica a través de un sólo orificio o "Single Port Access" (SPA) surgery, es también conocida como Single Incision Laparoscopic Surgery (SILS) o One Port Umbilical Surgery (OPUS) o Laparo Endoscopic Single Site surgery (LESS), siendo esta última la aceptada mundialmente.

Los primeros procedimientos por un sólo orificio han sido reportados por los urólogos de la Cleveland Clinic Foundation de Ohio, EEUU a partir de mayo de 2007^[3].



Se encuentran disponibles instrumentos especializados, que ayudan a superar algunas de las dificultades técnicas, que utilizan dispositivos fabricados específicamente para este tipo de procedimientos, o con los instrumentos y trocates estándar que se utilizan en la laparoscopia convencional.

Los dispositivos fabricados específicamente que se emplean en cirugía ginecológica, incluyen, pero no se limitan a: puerto SILSTM (Covidien, Norwalk, CT), GelPoint™ (Applied Medical, Rancho Santa Margarita, CA), AirSeal (Surgiquest, Orange, CT), TriPort y QuadPort (Advanced Surgical Concepts, Bray, Condado de Wicklow, Irlanda) y el Single Site Laparoscopic Access System (Ethicon-Endo Surgery).

El sistema del puerto SILS (figura 1) utiliza un polímero elástico en reloj de arena, que puede alojar tres trocates con tamaños que varían entre cinco y doce milímetros. El sistema GelPoint (figura 2) emplea un retractor de heridas Alexis y flota sobre la incisión, y así crea un pseudoabdomen por encima del anillo umbilical. El trocar AirSeal (figura 3) tiene un pasaje abierto desde el exterior hasta el espacio intraabdominal y mantiene el neumoperitoneo mediante una barrera de presión, en lugar de una barrera mecánica. El TriPort (figura 4) y el QuadPort son puertos de tres y cuatro multicanales, que se pueden utilizar con incisiones de la fascia de 12 a 25 mm y de 25 a 65 mm, respectivamente.

Dr. Juan A. Rivero C., Dr. Vicente A. Bosque G, Dr. Juan Rivero S., Dra. Gabriela V. López García (Fellow).

Clínica de Cirugía Mínimamente Invasiva y Piso Pélvico. Servicio de Ginecología y Obstetricia.

El Single Site Laparoscopic Access System (figura 5) es un trocar de bajo perfil de tres canales, que permite además la rotación de 360 grados de los instrumentos sin necesidad de cambiarlos.



Figura 1. Puerto SILS



Figura 2. GelPoint



Figura 3. Trocar AirSeal



Figura 4. TriPort



Figura 5. Single Site Laparoscopic Access System

Estos dispositivos de puerto único por lo general se insertan a través de una incisión umbilical de 1,5 a 2,5 cm, utilizando una técnica abierta. Los trocates laparoscópicos convencionales también se pueden emplear utilizando una sola incisión cutánea, con múltiples incisiones pequeñas de la fascia. Se ha descrito un abordaje aún más básico utilizando un retractor de heridas Alexis (Applied Medical, Rancho Santa Margarita, CA) cubierto con un guante quirúrgico para mantener el neumoperitoneo, con trocates colocados a través de los dedos del guante de látex inflado^[4].



La cirugía por puerto único desafía el concepto de "triangulación", un principio fundamental de la laparoscopia^[5]. Los instrumentos y el laparoscopio compiten por el espacio dentro del abdomen y las manos del operador compiten por el espacio por fuera del abdomen. Los instrumentos articulados pueden ayudar con la triangulación, ya que el operador es capaz de trabajar con dos instrumentos en una localización similar dentro del abdomen, mientras sus manos están separadas en la parte exterior del abdomen.

Triport en tumor de ovario

Varias compañías han fabricado instrumentos articulados, que incluyen, pero no se limitan a estos, el Roticulator™ (Covidien, Norwalk, CT), el Autonomy Laparo-Angle™ (CambridgeEndo, Framingham, MA) y el RealHand™ (Novare, Cupertino, CA), y ofrecen tijeras, pinzas y disectores. Adicionalmente, el uso de un endoscopio flexible o de treinta grados permite una mejor visualización. El uso de instrumentos de longitud variable puede ser de utilidad, en especial el

uso de un laparoscopio o un broncoscopio más largo, ya que este alejará el cabezal de la cámara de los dos instrumentos quirúrgicos, y permitirá una mayor libertad de movimiento por fuera del abdomen.

Aunque estos instrumentos especializados pueden hacer que los procedimientos por puerto único sean más fáciles de realizar, su operación puede ser bastante compleja y generalmente se asocian con un incremento de los costos, en comparación con el instrumental utilizado en la laparoscopia convencional [6].



La muestra se puede extraer mediante una bolsa Endo Catch bag™ (Covidien, Norwalk, CT) insertada a través del trocar umbilical. Dependiendo del tamaño del espécimen, es posible que haya que retirar el puerto y reinsertarlo. La morcelación transcervical también se ha reportado como una alternativa para la extracción de la muestra: se dilata el cuello uterino y se introduce el morcelador a través de este, y al finalizar el procedimiento se sutura el peritoneo sobre el cerviz [7].



El beneficio más evidente de la laparoscopia por puerto único es la mejora estética, con la incisión quirúrgica oculta en el ombligo, en lugar de tener entre tres y cinco incisiones abdominales pequeñas. Las ventajas de los procedimientos por puerto único pueden extenderse más allá de la estética, y otros beneficios proyectados pueden incluir la disminución del dolor, la reducción de las complicaciones quirúrgicas relacionadas con la inserción del trocar y una extracción más fácil del espécimen a través de una incisión más grande. Con un sitio único de incisión a través del ombligo, que puede evitar la posibilidad de penetración al músculo, los pacientes podrían potencialmente sentir menos dolor que el que se experimenta con la laparoscopia convencional.

Los estudios han demostrado que la reducción del tamaño de los puertos accesorios puede disminuir el dolor postoperatorio inmediato, y se podría suponer que al no existir ningún puerto accesorio,

también disminuiría el dolor postoperatorio [8]. Con menos sitios de puertos sería posible reducir la incidencia de infecciones de las heridas, eliminar el riesgo de lesión de los vasos epigástricos y disminuir la herniación de órganos viscerales. Una incisión umbilical más grande podría facilitar el cierre de la fascia y posiblemente disminuir el riesgo de herniación, ya que los pacientes tienen un mayor riesgo de formación de hernias en sitios extraumbilicales cuando se utilizan trocacos de tamaño mayor que 5 mm [9].



Con un mejor conocimiento de los procedimientos laparoscópicos por puerto único es posible que un número cada vez mayor de pacientes solicite estos procedimientos en el futuro. En nuestro centro en la Clínica de Cirugía Mínimamente Invasiva y Piso Pélvico del Servicio de Obstetricia y Ginecología, llevamos una casuística representativa, 29 casos de cirugía ginecológica por puerto único, de las cuales comprenden 7 histerectomías (1 supracervical y 6 totales), 4 miomectomías con sutura con nudos intracorpóreos, 17 masas anexiales (correspondientes a 15 tumores de ovarios y 2 hidrosálpinx) y finalmente 1 caso de liberación uterosacra por dolor pélvico crónico.

Los resultados de anatomía patológica fueron en las histerectomías 6 leiomiomatosis uterinas y un carcinoma in situ. En las patologías de anexos se reportaron 10 cistoadenomas serosos, 2 endometriomas, 3 teratomas y 2 hidrosálpinx.

De todos los casos realizados solo dos fueron convertidos a laparoscopia convencional por complejidad del caso.

El tiempo promedio para las histerectomías fue de 2,5 horas, con sangrado menor a 100 cc y estadía hospitalaria menor a 24 horas, mientras que para el resto de las cirugías fueron 30 minutos promedio de duración y menos de 6 horas de hospitalización. No se observaron otras complicaciones.

Referencias Bibliográficas:

1. Fader AN, Escobar PF. Laparoendoscopic single-site surgery (LESS) in gynecologic oncology: Technique and initial report. *Gynecol Oncol.* 2009 Aug; 114 (2): 157-61.
2. Einarsson JI. Single-incision laparoscopic myomectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010 May-Jun; 17 (3): 371-3.
3. Perlosi MA. Single puncture advance operative laparoscopy. *International Congress of Gynecologic Endoscopy. AAGL, 19th Annual Meeting.* 1990 Nov .
4. Kim TJ, Lee YY, Kim MJ, Kim CJ, Kang H, Choi CH, Lee JW, Kim BG, Bae DS. Single port access laparoscopic adnexal surgery. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009 Sep-Oct; 16 (5): 612-5.
5. Romanelli JR, Earle DB. Single-port laparoscopic surgery: An overview. *Surg Endosc.* 2009 Jul; 23 (7): 1419-27.
6. Ponsky TA. Single port laparoscopic cholecystectomy in adults and children: Tools and techniques. *J Am Coll Surg.* 2009 Nov; 209 (5): e1-6.
7. Yoon G, Kim TJ, Lee YY, Kim CJ, Choi CH, Lee JW, Kim BG, Bae DS. Single-port access subtotal hysterectomy with transcervical morcellation: A pilot study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010 Jan-Feb; 17 (1): 78-81.
8. Ghezzi F, Cromi A, Colombo G, Uccella S, Bergamini V, Serati M, Bolis P. Minimizing ancillary ports size in gynecologic laparoscopy: A randomized trial. *J Minim Invasive Gynecol.* 2005 Nov-Dec; 12 (6): 480-5.
9. Kadar N, Reich H, Liu CY, Manko GF, Gimpelson R. Incisional hernias after major laparoscopic gynecologic procedures. *Am J Obstet Gynecol.* 1993 May; 168 (5): 1493.

Disección aórtica

Orlando Moreno, Luis Cressa, Alfredo Sánchez, Salvatore Bibbo, José Iribarren.

Servicio Cirugía Cardiovascular
Servicio de Cardiología

La disección aórtica es una de las emergencias más frecuentes y de presentación catastrófica, asociada a una elevada morbilidad y mortalidad. Cuando ocurre en la aorta ascendente (Tipo A de la clasificación de Stanford) se asocia a una mortalidad entre el 40 % y 50 % en las primeras 48 horas. En el caso de la aorta descendente, su incidencia es más difícil de precisar pero se estima que es más frecuente que la ruptura de aorta abdominal, aunque menos mortal. (Fig. 1)



Fig. 1

El mecanismo de producción no está del todo claro, pero la secuencia de los eventos que siguen a continuación está bien documentada. Se inicia con una ruptura en la capa íntima de la pared aórtica, que trae como consecuencia una redirección del flujo sanguíneo de la luz verdadera hacia una falsa luz, que puede propagarse dependiendo del caso, en sentido anterógrado y/o retrógrado. Cuando se propaga en sentido retrógrado, puede extenderse hasta el

saco pericárdico, produce un hemopericardio, hacia el ostium coronario lo que trae como consecuencia isquemia miocárdica y si incluye a la válvula aórtica, se produce insuficiencia aórtica. En sentido anterógrado, la disección se presenta como alteración de la perfusión de los órganos. Si afecta a la carótida se presenta como un accidente cerebrovascular (ACVV), cuando disecciona el tronco celíaco los síntomas son de isquemia visceral, si es a nivel renal como insuficiencia renal y cuando afecta a las arterias ilíacas se producen síntomas de hipoperfusión de las extremidades.

Etiología

Se encuentra la hipertensión arterial sistémica, aneurisma torácico, enfermedad aterosclerótica, válvula aórtica bicúspide, enfermedades que afectan la síntesis del colágeno, donde el síndrome de Marfán ocupa un lugar importante y algunas enfermedades inflamatorias que producen fibrosis de la pared aórtica o alteración de su nutrición por daño de la vasa vasorum. Se produce una pérdida de la elasticidad y endurecimiento de la pared arterial, se pierde la capacidad de resistencia a la onda de pulso, que conduce a la dilatación o disección de la aorta. El hábito de fumar y las dislipidemias aumentan el riesgo de estos eventos.

Clasificación

En la actualidad existen dos clasificaciones que toman en consideración criterios anatómicos: la clasificación de DeBakey y la de Stanford. La más utilizada es la de Stanford, en la cual se toma en cuenta el inicio de la disección y su propagación en la falsa luz. Así, el Tipo A comienza en la aorta ascendente y se extiende en sentido distal y el Tipo B se inicia a nivel de la arteria subclavia izquierda, y se extiende en dirección a la aorta abdominal. Tomando en cuenta el tiempo de aparición de los síntomas, se clasifican en: aguda con inicio de los síntomas hasta 2 semanas, la sub aguda dos semanas a dos meses y la crónica de 2 meses en adelante.

Síntomas

En el 90 % de los casos el dolor es el síntoma predominante y cuando ocurre en la aorta ascendente se presenta como dolor retroesternal, que se asemeja a un dolor coronario agudo. Cuando es de la aorta descendente, se refleja el dolor en el dorso y en la región lumbar, casi siempre acompañado de hipertensión sin cambios en el EKG. Otras veces, se presenta con síntomas de hipoperfusión de órganos. Si afecta al sistema nervioso central (SNC) se presenta como ACV o coma, y otras veces como paraplejia o paresia. Si afecta a la válvula aórtica, ocurren manifestaciones de insuficiencia cardíaca o si se afecta los ostium coronarios, como isquemia miocárdica.

Métodos diagnósticos

En la mayoría de los casos el método de elección es la Tomografía de tórax con contraste (90 % de los casos) que se acompaña de alta sensibilidad y especificidad. Otro método diagnóstico es el eco transesofágico, que puede visualizar en forma dinámica la presencia del flujo en la falsa luz. Sin embargo, este método es de uso más frecuente intraoperatorio. El EKG y la Rx de tórax son métodos de sospecha más no de diagnóstico. (Fig. 2-3)



Fig. 2 Caso disección tipo B. CMDLT 2011



Fig. 3 Reconstructión tridimensional caso disección tipo B. CMDLT 2011

Tratamiento

El tratamiento de la disección aórtica cuando es la disección tipo A, es quirúrgico una vez realizado el diagnóstico. Los procedimientos son de reemplazo de la aorta ascendente con preservación o reemplazo de la válvula aórtica e implante de las coronarias en algunos casos. La mayoría de estos procedimientos son realizados en hipotermia profunda con temperaturas de hasta 18°C y paro circulatorio. Todas las técnicas están dirigidas para el cierre de la entrada de la disección y de la falsa luz. (Fig. 4)

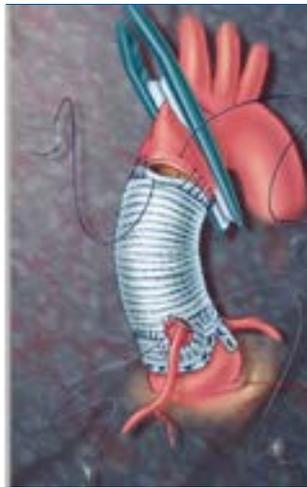


Fig. 4 Reemplazo de aorta ascendente con reimplante de coronarias. Atlas de Cirugía de Raíz Aórtica. Coselli. 2010

En el caso de la disección tipo B, no existe evidencia de que el tratamiento quirúrgico o endovascular sea superior al tratamiento médico. El tratamiento quirúrgico o endovascular está indicado cuando ocurre dolor intratable, ruptura o aneurisma expansivo por encima de 6 centímetros o mala perfusión de órganos. (Fig. 5, 6 y 7)

La controversia existe en cual debe ser el método de elección cuando el tratamiento médico fracasa. En el caso de los métodos quirúrgicos, las técnicas son complejas y están asociadas a morbilidad y alteraciones neurológicas y renales, que ocurre entre 5% y 7 %, en los mejores centros.



Fig. 5 Colocación de endoprótesis y puente carótido subclavio. Caso híbrido CMDLT. 2011

En el caso de la colocación de endoprótesis, son métodos de menor morbilidad en pacientes adecuadamente seleccionados, pero se relacionan a una tasa de migración de la prótesis y de re-disección mayor cuando se compara con los resultados quirúrgicos.



Fig. 6 Endoprótesis Talen

Pareciera que el tratamiento a futuro será de procedimientos combinados, en donde en un primer tiempo se realiza la derivación del flujo de los vasos del cuello, para así en un segundo tiempo la colocación de prótesis endovasculares con mayor seguridad.

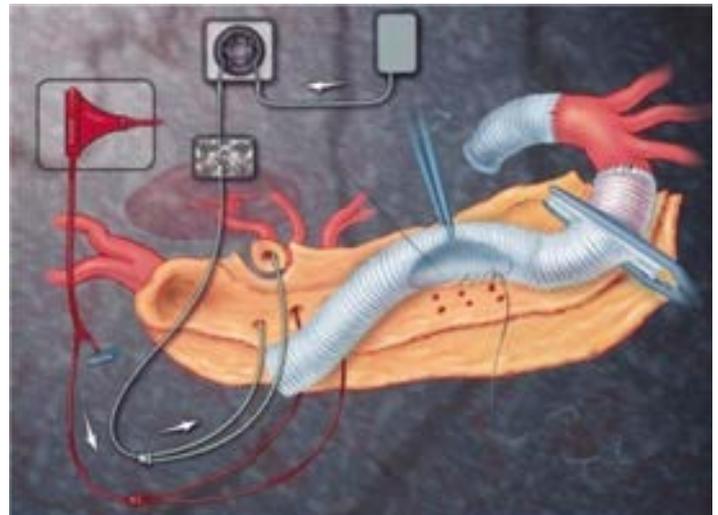


Fig. 7 Corrección de disección aórtica tipo B. Coselli. 2010

Referencias Bibliográficas:

1. Estreza A, Miller CC III et al. Outcomes of acute Type a aortic dissection after previous cardiac surgery. *Ann Thorac Surg.* 2001; 71:1244-1250.
2. Edouard Keffer. Dissection of the descending thoracic aorta. Chapter 93. Rutherford. *Vascular Surgery Fifth edition.* 2000; 1326-1344.
3. Denton Cooley/ Michael Debakey. Open and endovascular approaches to aortic trauma. *Texas Heart Institute Journal.* 2010; 37: 675-680.
4. Joseph Coselli, Scott Lemaire. Acute dissection. *Aortic Arch Surgery.* 2010; 26: 258-265.
5. Driever R, Botsios et al. Long term effectiveness of operative procedures for Stanford type a dissection. *Cardiovascular Surgery.* 2003;11:267-272
6. Glower DD et al. Comparison of medical and surgery therapeutic for uncomplicated descending aortic dissection. *Circulation* 82 (suppl IV): 39-46, 1990.
7. Joseph Coselli et al. Result of contemporary surgical treatment of descending thoracic aortic aneurysms. Experience en 198 patients. *Ann Vasc Surg.* 1996; 10: 131 -137.



Dra. Alcira Capecchi
Radióloga - Mastóloga

Mamografía en tercera dimensión

La mama es una glándula exocrina de gran importancia como centro de la maternidad, la lactancia, la feminidad, la sexualidad y, en el presente, vital como punto focal en la imagen corporal. Basta solo dar un vistazo a la publicidad que involucra a la figura femenina y al boom de la colocación de prótesis mamarias.

La glándula mamaria es única porque desde la menarquia (primera menstruación) hasta la menopausia (cese de la menstruación) responde a las hormonas femeninas. Durante la vida fértil la mujer tiene períodos mensuales de máximo desarrollo que ocurren con los "picos" de estrógeno, así como sus bajos, cuando las concentraciones de estrógeno y la progesterona son mínimas ausentes en el cuerpo.

"Si en nuestro país existieran registros y estadísticas confiables, muy probablemente la incidencia del cáncer de mama sería la primera causa oncológica de muerte como ocurre en el resto del mundo", afirma la doctora Alcira Capecchi radióloga mastóloga del Centro Médico Docente La Trinidad.

Las estadísticas actuales en Venezuela informan que el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte en la mujer, aunque se informa que han disminuido los fallecimientos por esta razón oncológica gracias a las campañas preventivas del Estado con la empresa privada. Esto misma situación no ha ocurrido con el cáncer de mama, aunque ese rol ha quedado en manos privadas y debería promover un plan de pesquisa para éste.

En el mundo el 80 % de los cánceres de mama diagnosticados en estadios precoces son curables. En Venezuela, lamentablemente, el 80 % de los cánceres son detectados en estadio avanzado, y se descubre la enfermedad cuando los tumores son palpables, la mujer se toca "algo" en su mama y es cuando acude al médico pues nunca se había hecho una mamografía.

RADIACIÓN MÍNIMA

La mamografía es el estudio radiológico de la mama, que utiliza una baja dosis de radiación, es seguro desde el punto de vista biológico, no produce ni induce carcinomas en otros sitios por radiación dispersa. La posibilidad de inducir un cáncer por mamografías anuales durante 20 años consecutivos es cercana a cero. Los estudios con mamógrafos digitales se efectúan en pocos minutos y la radiación es mínima. Es un estudio biológicamente seguro.

Un aspecto ineludible para la mamografía es la compresión mamaria, pues todavía es necesaria en la actualidad. Aun los mejores equipos, como el del CMDLT, —el tope de la tecnología Hologic en el mundo, el "Dimension"— amerita comprimir. La ventaja es que la duración del procedimiento se reduce, las paletas se adaptan a la mama y la incomodidad es menor, pero necesaria. La compresión es indispensable porque tenemos una glándula que puede medir 5, 6 o 7 centímetros y esta la adelgaza para obtener excelentes imágenes radiológicas con una mínima dosis de radiación, nítidas, de óptima resolución.

En Venezuela casi el 30 % de los cánceres diagnosticados ocurren en mujeres menores de 40 años, por ello en la última reunión de consenso de la Sociedad Venezolana de Mastología sugirieron realizar la primera mamografía a los 35 años, si hay antecedentes familiares o personales, planificación de cirugías de mamas, signos y síntomas como dolor y nódulos palpables. Recomendaron igualmente realizarla luego anualmente. Sin los síntomas mencionados puede iniciarse la pesquisa a los 40 años y continuarla anualmente.

La mamografía aun en las mejores manos, con los ojos más especializados, tiene hasta un 10 % de probabilidades de error diagnóstico, sobre todo en las mamas acentuadamente fibroglandulares, densas. La tomosíntesis, una herramienta adicional que realiza cortes tomográficos de un milímetro de separación, permite la visualización de las imágenes ocultas por el tejido abundante que las rodea, y las hace evidentes, lo que permite un mejor diagnóstico.

El procedimiento es el mismo sin diferencia en cuanto al posicionamiento o la compresión. En Latinoamérica funcionan 5 equipos de mamografía para realizar tomosíntesis, dos de ellos en Venezuela. El médico radiólogo debe estar especialmente entrenado para la lectura de mamografías y dedicado a su estudio. El radiólogo mastólogo interpreta la mamografía, las proyecciones adicionales y la tomosíntesis guiado por los hallazgos y si es necesario, el ultrasonido complementario. El eco mamario es la herramienta complementaria más útil en la evaluación de la glándula mamaria densa.

El informe del Servicio de Imágenes del CMDLT va más allá de analizar la imagen especial o individual. Sin la presencia de un radiólogo mastólogo, personal técnico especializado y equipos de alta resolución adecuadamente calibrados bajo controles de calidad internacionales no puede funcionar un Servicio que haga mamografías.

Entrevista realizada por: Blanca García Bocaranda, CNP 620