

CARAS y CARETAS

REVISTA SEMANAL ILUSTRADA

JOSE S. ALVAREZ, Fundador

Año XXI

BUENOS AIRES, 2 DE NOVIEMBRE DE 1918

N.º 1048

Profilaxis contra la grippe



REVISTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS

DE LA 1ra CIRCUNSCRIPCIÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

9 DE JULIO 2464 - SANTA FE



Año IV - N.º 7 - Junio 2020

ISSN (Impreso) 2618-4664

ISSN (en línea) 2618-4672

REVISTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS

DE LA 1ra CIRCUNSCRIPCIÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Año IV - N° 7 - Junio 2020

Mesa Directiva del Colegio de Médicos de la
Provincia de Santa Fe - 1ra. Circunscripción

Presidente:

Dr. CARLOS DANIEL ALICO

Vicepresidente:

Dr. DANIEL RAFEL

Secretario:

Dr. JULIO CESAR BEDINI

Tesorero:

Dr. MIGUEL ANGEL APODACA

Vocal:

Dr. JOSE MARÍA ALBRECHT

Editores:

Dr. ARTURO SERRANO

Dr. GUILLERMO KERZ

Dr. ALEJANDRO MANSUR

Dr. FERNANDO TRAVERSO

Dr. ALDO SOLI

Dra. SILVIA MUÑOZ DE BARCELÓ

Director:

Dr. MIGUEL ÁNGEL NICASTRO

manicastrogol@gmail.com

Secretaria de Publicaciones:

Sra. Mariana Montenegro.

Tel: 0342-4520176/77 Interno: 7

revistas@cmsf.org.ar

www.colmedicosantafe1.org.ar

**Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe
1ra. Circunscripción**

9 de Julio 2464 C.P. S3000FBN
República Argentina

(0342) 4520176 - Fax (032) 4520177 Int. 7

Instrucciones para Autores:

<http://www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones>

Edición Semestral

ISSN - 2618 - 4664 (Impreso)

ISSN - 2618 - 4672 (On Line)

CONTENIDOS

Editorial.....	3
Contenido Editorial.....	4
Adaptación Consenso - Aborto habitual ASOGISFE - FASGO.....	5
Estamos ante la emergencia de una nueva mentalidad global?.....	9
Síndrome de Poland.....	11
Lo esencial en la consulta.....	13
La Medicina Integrativa ¿De que se trata?.....	15
Fascitis Eosinofílica.....	17
Síndrome de activación macrofágica como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico.....	20
Frecuencia de patología testicular: Análisis estadístico y revisión bibliográfica.....	23
Posición semisentada en neurocirugía.....	27
Embarazo Adolescente. Características obstétricas y perinatales.....	30
Aspectos generales en la preparación del manuscrito.....	31



Ilustración de la Revista "Profilaxis contra la Gripe" publicada en la Edición N°1048, del 2 de noviembre de 1918 - Tapa de Caras y Caretas

Métodos caseros contra la Pandemia de la llamada Gripe Española, que llegó a asolar a Nuestro País.

Editorial

Una vez más, el Colegio el Médico de la Provincia de Santa Fe primera circunscripción, redobla esfuerzos para elaborar una publicación médica de calidad con un contenido seleccionado que nos permite mostrar el trabajo, la investigación y la dedicación de nuestros profesionales; esta vez con una realidad distinta con un escenario nuevo, impensado, casi de fantasía y la pandemia que atravesamos por el COVID 19 y que nos ha obligado a transitar un camino nuevo.

Seguimos alejados de nuestros hábitos, distante de nuestras costumbres; distanciados, alejados, dependiendo de elementos electrónicos para comunicarnos; la cordialidad y la calidez en el trato con nuestros pacientes la debimos cambiar por el distanciamiento, nos cubrimos la cara con barbijo y láminas de acetato, conversamos poco sólo lo justo, a veces enviamos indicaciones por sistemas digitales, definitivamente un escenario distinto. Sabemos que no es para siempre, no debe serlo. Es imprescindible que esta realidad nos enseñe cosas y que podamos aprenderlas para después aplicarlas, ser más solidarios y comprensibles, aprender a entender y a comprender. En síntesis. Valorar lo importante.

Este Colegio así lo ha entendido y lo practica. La Mesa Directiva, los integrantes de las Comisiones y el personal, todos, trabajando en equipo intentando entregar lo mejor para los médicos, para poder brindar excelencia en la atención de calidad hacia la comunidad.

Dr Carlos Alico
Presidente
Colegio de Médicos

Contenido Editorial

Dice la filósofa estadounidense Martha Nussbaum

"no solo se requerirán paquetes de rescate, que ciertamente serán de mucha ayuda, sino un cambio en la política general". "Hay una sensación de urgencia. Y la filosofía es urgente".

Porque la filosofía se plantea las grandes preguntas, esas preguntas que cualquiera que quiera vivir bien necesita plantearse: ¿qué es una buena vida? ¿Qué es la justicia hacia los demás? ¿Qué es una sociedad justa? ¿Cuáles son nuestras emociones y cómo pueden facilitar o impedir nuestros esfuerzos por ser buenos?

"Ahora tenemos un tiempo para pensar que no esperábamos tener; debemos aprovecharlo", sugiere. Porque "esta crisis podrá ser un tiempo de aprendizaje y resolución".

Estas palabras (rescatadas de La Nación) creo muy motivantes en estos momentos de aislamiento preventivo como defensa ante la pandemia de Covid-19 nos permite bajar un cambio (o dos) en nuestra acelerada vida.

La revista del Colegio de Médicos de Santa Fe saca un nuevo ejemplar en este álgido primer semestre de 2020 y nuestra edición comienza con un muy interesante artículo del Dr. H. Fabián Castriota donde enfoca los problemas psicológicos de la Sociedad en esta crisis.

Nuestro habitual colaborador Dr. del Río ayuda a través de un artículo a comprender la Medicina Integrativa que, a criterio del equipo editorial debería ya transformarse en una especialidad de la medicina actual.

Veremos al síndrome de activación macrofágica como presentación de LES en un caso y actualización premiado en la Sociedad de Medicina Interna de Santa Fe; también el Dr. Carlos Alico nos trae un niño con una patología congénita descrita en el siglo XIX. El servicio de Urología del Hospital J.M. Cullen de Santa Fe colabora con una revisión de la patología testicular.

Recomendamos el artículo del Dr. Juan Carlos Beltramino sobre la consulta médica que fue publicado en los Archivos Argentinos de Pediatría

Un poster sobre el embarazo adolescente, el consenso de ASOGISFE y un artículo sobre una posición neuroquirúrgica completan esta edición

Capaces de seguimos durante este tiempo sin precedentes de una pandemia en rápida expansión, en la que la comunidad médica y la población en general luchan por encontrar información relevante sobre terapias médicas para mitigar el impacto de Covid-19; va nuestro agradecimiento a colaboradores y lectores.

Adaptación Consenso - ABORTO HABITUAL

ASOGISFE - FASGO (2019)

ASOGISFE

Asociación de Obstetricia y Ginecología de Santa Fe

FASGO

Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia

Dirección del consenso

Monasterolo, Patricia

Presentación

Rivera, María Ludmila

Secretaria:

Walpen, Celina

Discutidores:

Minella, Virginia

Salomón, Griselda

Seiref, Samuel

Talin, Eduardo

Participantes:

Agüero, Natalia

Amato, Daniel

Antoniazzi, Samanta

Argento, Cecilia

Barlately, Javier

Bernal, Carlos

Bieri, Javier

Bruna, Juan

Bustos, Mariano

Canetti, Virginia

Cardozo, María A.

Carthery, Cecilia

Castagnola, María C.

Castro, Eugenia

Colla, Juan Carlos

Fain, Luciana

Franco, Pedro

Gervasini, Santiago

Gioffre, Cecilia

González Lowy, O.

González, Lorena

González, Marina

Gregorio, Glaria

Grosso, Jorgelina

Haberkon, Itati

Hilt, Brenda

Kerz, Guillermo

Lanaro Siandra, Diana

León, Mariano

López, María Alejandra

Lorayas, Eliana

Lunghi, Juan José

Marañón, Beatriz C.

Massino, María Agustina

Morcillo, María Virginia

Passarino, Gustavo

Pedrazza, Virginia

Rinesi, Aldo

Robinosa, Florencia

Rodriguez, Erica

Romero, Patricia

Rostai, Melani

Siegel, Rodolfo Antonio

Talamé, Magdalena

Talín, Alejandro

Terenzani, Florencia

Vargas, Eliana

Villano, Juan Pablo

Vivas, Sergio

ABORTO RECURRENTE O HABITUAL

Definición:

Pérdida espontánea de 2 (dos) o más gestaciones clínicas.

Riesgo de ABORTO según pasado reproductivo

Sin aborto previo:	10 15 %
Un aborto previo:	20 25 %
Dos abortos previos:	30 40 %
Tres abortos previos o más:	30 40 %

Factores de riesgo:

- Edad materna.
- Stress.
- Exposición ocupacional y ambiental.
- Antecedentes personales y familiares.

Edad materna:

- Se debe informar que el riesgo de aborto es menor entre los 20-35 años.
- El riesgo de aborto aumenta rápidamente después de los 40 años.

Edad paterna:

- No hay estudios suficientes respecto a la edad paterna.

Stress y exposición a tóxicos ambientales:

- No hay estudios suficientes en humanos que demuestren que la exposición a determinados factores ambientales, ocupacionales y el stress estarían relacionados con el aborto recurrente. Aún así, se sugiere evitarlos.

Causas:

- Genéticas
 - Trombofilias
 - Endócrinas
 - Malformaciones uterinas
- Sin embargo el 50% de los abortos recurrente no presentan etiología definida.

Causas genéticas:

- Edad materna: principal factor para aneuploidías.
- Se sugiere realizar el Cariotipo a ambos progenitores.

CRITERIOS CLINICOS	CRITERIOS DE LABORATORIO
Uno o más episodios de trombosis arterial o venosa	Anticoagulante Lupíco
1 Muerte fetal = 10 sem (feto morfológicamente sano)	Ac Anti Cardiolipinas IgG e IgM (>40U o > Percentil 99)
3 Abortos Espontáneos consecutivos <10sem (excluyendo anomalías anatómicas u hormonales maternas o causas cromosómicas paternas o maternas)	Ac Anti β2-Glicoproteína I (IgG e IgM > Percentil 99)
Parto prematuro < 34 sem debido a preeclampsia, eclampsia o insuficiencia placentaria	Ac antifosfolipídicos en 2 determinaciones separadas por 12 semanas

Adaptado de Miyakis, Lockshin et al. International Consensus statement on an Update of the Classification Criteria for definite Antiphospholipid Syndrome. Jthromb Haemost 2006

Para los criterios de laboratorio tener en cuenta que no se deben realizar ante las siguientes situaciones:

- Episodio agudo de trombosis (mínimo 3 meses para realizar el estudio)
- Embarazo y puerperio
- Uso de heparina
- Postoperatorio
- Durante un proceso infeccioso
- En tratamiento con anticonceptivos orales, hidroxicloroquina, corticoides

No interfieren los antiagregantes plaquetarios.

Para los criterios de laboratorio tener en cuenta que no se deben realizar ante las siguientes situaciones:

- Episodio agudo de trombosis (mínimo 3 meses para realizar el estudio)
- Embarazo y puerperio
- Uso de heparina
- Postoperatorio
- Durante un proceso infeccioso
- En tratamiento con anticonceptivos orales, hidroxicloroquina, corticoides

No interfieren los antiagregantes plaquetarios.

Para los criterios de laboratorio tener en cuenta que no se deben realizar ante las siguientes situaciones:

- Episodio agudo de trombosis (mínimo 3 meses para realizar el estudio)
 - Embarazo y puerperio
 - Uso de heparina
 - Postoperatorio
 - Durante un proceso infeccioso
 - En tratamiento con anticonceptivos orales, hidroxiquina, corticoides
- No interfieren los antiagregantes plaquetarios.

Indicaciones de solicitud de anticuerpos antifosfolipídicos:

- Luego de 2 (dos) pérdidas de embarazo, o 1 (una) pérdida mayor a 10 semanas.
- Recordar que el 5% de los embarazos normales tienen anticuerpos positivos.

Ante el diagnóstico de SAF:

- Indicar aspirina (AAS) a bajas dosis 75mg + heparina de bajo peso molecular (HBPM) 40 mg/día SC desde el test de embarazo positivo.

TROMBOFILIA HEREDITARIA:

- Déficit de Antitrombina
- Déficit de proteína C
- Déficit de proteína S
- Factor V de Leiden
- Factor II (Protrombina G20210A)
- Variante termolábil de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR-C677T).

Se recomienda el estudio en las siguientes situaciones:

- Antecedente de tromboembolismo asociado con un factor de riesgo no recurrente.
- Antecedentes de trombosis con factor de riesgo relacionado a estrógenos.
- Familiares de primer grado con antecedente de trombofilia de alto riesgo.

El tratamiento es de manejo del hematólogo, dependerá del riesgo de trombofilia. Siempre se indica tratamiento en pacientes con antecedentes de tromboembolismo.

Se utiliza HBPM desde el primer trimestre

Causa endócrina:

- Enfermedad tiroidea y Autoinmunidad Valores recomendados de TSH

	Preconcepcional y 1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
TSH	0.1 - 2.5 mIU/L	0.2 - 3 mIU/L	0.3 - 3 mIU/L

Se recomienda el estudio de TSH y ATPO.

Ante niveles anormales de TSH debe solicitarse T4.

Tratar el hipotiroidismo clínico y subclínico.

Pacientes eutiroides con autoinmunidad positiva reevaluar TSH cada 4 semanas por riesgo de desarrollar hipotiroidismo durante el embarazo.

Malformaciones uterinas:

CONGÉNITAS:

- Útero septado es el que con mayor frecuencia se asocia a aborto recurrente.

ADQUIRIDAS:

- Miomas: sólo tienen importancia en aborto recurrente los miomas submucosos e intramurales que distorsionan la cavidad uterina.
- Pólipos endometriales.
- Sinequias.
- Endometritis.

- Se recomienda de manera rutinaria realizar ecografía ginecológica TV e HSG a todas las pacientes con aborto recurrente.

- Ante el diagnóstico de malformaciones congénitas estudiar anomalías renales asociadas.

- Según sospecha diagnóstica realizar otro estudio teniendo en cuenta sensibilidad y especificidad de cada método diagnóstico.

- Histeroscopia (diagnóstica y terapéutica).

CONCLUSIONES

Considerar aborto recurrente ante la pérdida espontánea de 2 o más gestaciones clínicas.

Propuesta de estudio:

- Cariotipo parental.
- Estudio de SAF.
- Función tiroidea y autoinmunidad tiroidea.
- Considerar o descartar causa anatómica.

No intentar solucionar la ansiedad de la pareja mediante estudios y tratamientos innecesarios e

injustificados. A más del 50 % de las pacientes no se les encuentra causa luego de la evaluación de rutina.

Debe informarse la posibilidad de un 60 a 70 % de viabilidad para un próximo embarazo sin ningún tipo de intervención.

La mejor forma de asesorar a una pareja con aborto recurrente es con evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA

- ASRM Practice Committee. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril 2013;99:63.
- Andersen, A.-M. N. (2000). Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ, 320(7251), 1708-1712. doi:10.1136/bmj.320.7251.1708
- RCOG Green Top Guideline. The investigation and treatment of couples with recurrent first-trimester and second-trimester miscarriage. RCOG Green Top Guideline 2011
- "Inherited Thrombophilias in Pregnancy", ACOG Practice Bulletin, 138, vol 122; No. 3, 2013.
- Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology NOVEMBER 2017 ESHRE Early Pregnancy Guideline Development Group.
- Estudio y tratamiento de las pérdidas gestacionales recurrentes, SEGO
- Consenso FASGO aborto recurrente 2018
- Recomendaciones para el manejo del aborto recurrente grupo de trabajo de fracaso Reproductive Antiphospholipid syndrome, ACOG Practice Bulletin, 132, Number 118, January 2011
- Stagnaro - Green, A., Abalovich, M., Alexander, E., Azizi, F., Mestman, J., Negro, R. Wiersinga, W. (2011). Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. Thyroid, 21(10), 1081-1125. Doi:10.1089/thy.2011.0087

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:
www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones

WEBINARIOS

Disertaciones Online
Educación Médica
Continua 2020

Conferencias a través de Internet
60 minutos de duración
Evento sin costo



COLEGIO DE MEDICOS
1ra Circunscripción - Santa Fe
www.colmedicosantafe1.org.ar

¿ESTAMOS ANTE LA EMERGENCIA DE UNA NUEVA MENTALIDAD GLOBAL? ARE WE FACING THE EMERGENCE OF A NEW GLOBAL MENTALITY?

Dr. H. Fabian Castriota

Decano de la Facultad de Psicología de la
Universidad Católica de Santa Fe
fcastriota@ucsf.edu.ar

INTRODUCCIÓN

Los problemas de los procesos de globalización y la hipercomplejidad de la pandemia actual desbordan las formas tradicionales de explicación. Con el advenimiento de la globalización se comenzó a tomar conciencia del cambio climático, la degeneración de la biodiversidad o el alto riesgo de pandemias a escala planetaria.

El informe del Comité de Examen en relación con la pandemia por A(H1N1) -2009- llegó a la conclusión de que el mundo está mal preparado para responder a una pandemia grave de gripe o a cualquier emergencia de salud pública que represente una amenaza semejante de alcance global y sostenida (Guía para La gestión de riesgos ante una pandemia de Gripe, OMS, 2017). Queda en evidencia que los países no estaban preparados para enfrentar la pandemia actual.

El escrito en curso intenta contribuir a generar una mayor conciencia acerca de la necesidad de una nueva forma de pensamiento colectivo. La mentalidad global, siguiendo a los Profesores Graham Pike y David Selby, hace referencia a la comprensión del mundo como un sistema unificado y a la responsabilidad de considerar los intereses de las naciones individuales con las necesidades globales del planeta.

DESARROLLO

El coronavirus es la primera gran epidemia de la globalización, según Frank Snowden, experto en historia de epidemias. Estas permiten entender las fibras más íntimas de la naturaleza humana, nos plantean preguntas de vida o muerte y por nuestra actitud ética hacia ambas.

Snowden sugiere que las epidemias son "como mirarse en el espejo de la humanidad". En las crisis emerge lo mejor y lo peor del ser humano y de las sociedades. Ante esta pandemia se reactivan prejuicios de distinta naturaleza. Por ejemplo el denominar al Covid-19 como "el virus chino", como si hubiera algo en el ADN chino que causó esto. ¿Cuál sería la solución?, ¿construir otro "muro"? Eso puede llevar al colapso de la economía global.

El sociólogo lavoj Zizek ha creído ver en *La guerra de los mundos* una irónica alegoría de la crisis actual; un virus consigue lo que ni imperios, ejércitos, terroristas o férreas campañas ideológicas habían logrado: poner de rodillas a un sistema que se consideraba definitivo e indestructible, en un dominio de acontecimientos catastróficos que nos lleva a un nuevo y enigmático diseño universal.

El advenimiento del Covid-19 dejó al desnudo la insolvencia intelectual y operativa de gobiernos supuestamente sofisticados. Que desoyeron las advertencias científicas, que no se prepararon para una pandemia anunciada y que no hicieron simulaciones económicas para esta eventualidad, afirma Zizek.

Pareciera ser que con la misma negligencia y omnipotencia están atendiendo el calentamiento del planeta. En relación a esto último, si analizamos el fenómeno desde la perspectiva generacional pareciera ser que la generación de los líderes mundiales no logran comprender la gravedad de los problemas del planeta. No sorprende entonces que sea una adolescente, Greta Thunberg, el símbolo de la lucha contra el cambio climático.

Es increíble ver en estos días en China, la gran usina industrial del mundo, cómo mejoró el medio ambiente. ¿Hacia falta una pandemia?, ¿qué otros costos tenemos que padecer para generar cambios sustantivos en la conciencia colectiva acerca de este drama mundial? En distintos sitios del planeta se ha observado una significativa disminución de la contaminación y una mejora en toda la naturaleza viviente.

Son los mejores ejemplos de que se estaba maltratando la vida de la naturaleza, y que los excesos del mercado provocaban una gravísima polución. La encíclica "verde" de Francisco, como es calificada, es un llamado a salvar el planeta para lo cual sirve una "conversión ecológica", "ama al planeta como a ti mismo", sería el principio básico del mensaje papal. Francisco insta a la comunidad internacional a alcanzar acuerdos que fijen la responsabilidad de cada Estado por los daños al medio ambiente. "La crisis ecológica que estamos viviendo es sobre todo uno de los efectos de esta

mirada enferma sobre nosotros, sobre los otros, sobre el mundo", escribe Francisco. En su libro Nuestra Madre Tierra declara que "nuestra generación sea recordada, no por sus errores, sino por la humildad y la sabiduría de haber podido revertir la ruta".

El escritor español Javier Serra señala que esta crisis sanitaria nos va a obligar a un cambio de paradigma. Estamos descubriendo que muchas actividades se pueden hacer por teletrabajo.

Hasta ahora apenas un 5% de los trabajos de España y casi del Occidente civilizado se hacían desde casa. "Ahora, a la fuerza, estamos descubriendo que con la fibra óptica y caudal de información se puede hacer y quizás nos regale convivir más tiempo con la familia". El escritor agrega que en la cumbre de Ginebra de 1987, Reagan y Gorbachov, en los extertores del final de la Guerra Fría, dijeron que bueno sería recibir una amenaza extraterrestre porque desaparecerían las diferencias entre los dos países. Serra afirma que esto es lo que estamos viviendo ahora, extraterrestre entre comillas y es una amenaza común, que no conoce fronteras, ni raza, ni religión o idioma.

"Necesitas asociarte con tu vecino y enemigo tradicional". Esto es interesante desde el punto de vista humano, como un experimento social que nos obliga a reflexionar y cambiar.

Yuval Harari, historiador, sostiene que solo la cooperación global resolverá la pandemia. Los peores riesgos actuales son la hipervigilancia y el aislamiento nacionalista. Agrega que se debe actuar con responsabilidad, dado que las decisiones que tomen los gobiernos y pueblos en las próximas semanas probablemente darán forma al mundo que tendremos en los próximos años. No solo formatearán nuestros sistemas de salud, sino también nuestra economía, la política y la cultura.

Harari sostiene que la tormenta de la pandemia pasará, sobreviviremos pero será otro planeta, dado que muchas de las medidas actuales de emergencia tendrán que establecerse como rutinas fijas: "tal es la naturaleza de las emergencias, aceleran los procesos históricos en fast forward". Las decisiones que en tiempos normales llevan años de deliberación se toman en pocas horas -explica-. "Las tecnologías peligrosas e inmaduras entran rápidamente en vigor porque los riesgos de la inacción son peores". Harari exhorta a que tengamos un plan global.

CONCLUSIONES

Se acuerda con Serra en afirmar que la pandemia actual no es de China o Europa, sino que **es un problema global** y hay casos en 149 países, que son casi prácticamente todos. Debemos recapacitar dónde se invierte la riqueza de este planeta, ¿excesivamente en el fútbol?, ¿en políticas sanitarias de prevención? o ¿en investigación de vacunas?. Esta es la reflexión que muchas sociedades deben realizar. ¿Cuáles son sus prioridades estratégicas? Lo esencial de la inteligencia es la anticipación y la adaptación.

En este sentido sería valioso que hagamos un aprendizaje significativo de esta pandemia. Harari sostiene que solo la cooperación global resolverá la pandemia y esto implica la disposición internacional para producir y distribuir equipamiento médico, como kits de tests y respiradores. Así como los países internacionalizan sus principales industrias durante una guerra, el combate contra el coronavirus requiere "humanizar las industrias comprometidas en el bien común". En "El mundo después del coronavirus", Harari advierte que el primer dilema es entre la vigilancia totalitaria y el empoderamiento ciudadano; el segundo desafío es entre el aislamiento nacionalista y la solidaridad global. Estamos ante la necesidad de un cambio de paradigma, de un nuevo diseño universal y de una **nueva mentalidad global**, comprometida con todo lo que nos rodea, de tal manera de garantizar la supervivencia humana, de todo aquello que tiene vida y del planeta en su conjunto.

BIBLIOGRAFÍA

- Harari Yuval N. (march 20, 2020). The world after coronavirus. Financial Times. United Kingdom.
- Harari Yuval N. (2018) 21 Lecciones Para El Siglo Xxi. Editorial Debate Argentina.
- Papa Francisco y Spadaro Antonio, (2015). Carta encíclica Laudato si`, sobre el cuidado de la casa común. Editorial: Mensajero. Bilbao, España.
- Papa Francisco (2019). Nuestra Madre Tierra. Editorial del Vaticano "Libreria Editrice Vaticana". Estado de la Ciudad del Vaticano.
- Organización Mundial de la Salud (2017). GLOBAL INFLUENZA PROGRAMME. La gestión de riesgos ante una pandemia de gripe.

SINDROME DE POLAND - También Secuencia de Poland o Anomalia de Poland

Poland Syndrome

Dr Carlos Alico
Prof. Dr. Luis del Río Diez.
alicocarlos@gmail.com

DEFINICIÓN

Es un defecto congénito descrito como "ausencia congénita unilateral del músculo pectoral". Puede encontrarse asociado a la aparición de otras anomalías torácicas y/o extremidades superiores (homolateral), las cuales abarcan distinto grado de severidad funcional y de alteraciones estéticas.

Descrito por Albert Poland en 1841.

Están narradas asociaciones con otros síndromes. Es de etiología desconocida aunque la hipótesis más aceptada hace referencia a la disrupción vascular de la región pectoral y sus estructuras adyacentes, durante la embriogénesis.

HIPÓTESIS

Dos posibles mecanismos:

- 1) Sugiere disminución del flujo sanguíneo en la arteria subclavia o alguna de sus ramas por efecto mecánico compresivo.
- 2) Propone la existencia de mutaciones en los genes implicados en la morfogénesis de la arteria subclavia, provocando anomalías estructurales en los vasos generando alteraciones en el flujo sanguíneo.

Embriología: La diferenciación de las arterias subclavias toma lugar entre la cuarta y quinta semana de gestación. Simultáneamente se diferencian los tejidos del músculo pectoral mayor, lo que explicaría la ausencia o hipoplasia del tejido implicado.

Formas clínicas:

- Leves: hasta pueden ser ignoradas estética y funcionalmente.
- Severas: requieren grupos multidisciplinarios de especialistas para su tratamiento.

Incidencia: 1/20.000(a la cuarta) a 1/32.000 (a la quinta) de recién nacidos vivos.

Prevalencia: 2/1 a 3/1 pacientes del sexo masculino sobre el femenino-

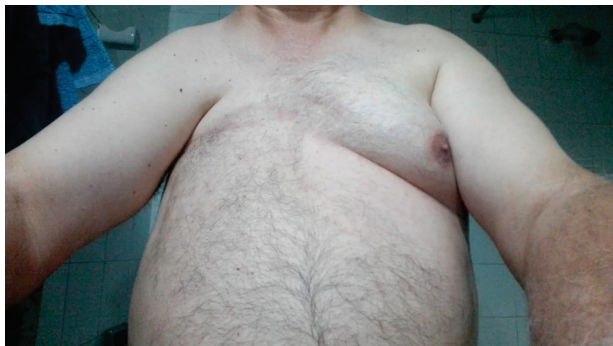
Reportados: 67 a 75% la anomalía tuvo lugar en hemitórax der.

Asociaciones: se puede asociar a defectos homolaterales de hombro que incluyen agenesia o hipoplasia de radio y bradisindactilia. También ausencia o fusión de cartílagos costales, depresiones en la pared torácica, herniación de pulmón, amastia, hipoplasia de tejido celular subcutáneo y agenesia renal unilateral entre otras. Se describe en la asociación con otros síndromes el antecedente de exposición a misoprostol o cocaína, vinculados al evento de disrupción vascular.

Presentación de casos. En la revisión se han encontrado: Asociaciones a agenesia mamaria, a Signo de Sprengel (escápula alata), acortamiento de un miembro, sindactilia y varios con recurrencia familiar orientando el hallazgo a la transmisión de genes.

Esta presentación tiene como propuesta la búsqueda de enfermedades menos frecuentes o raras pero que conducen a informarnos de patologías que pueden presentarse en nuestra consulta y ayudan a orientarnos al diagnóstico.

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:
www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones



Bibliografía

Vazirnia, Aria; Cohen, Philip R (2015). «Poland's Syndrome: A Concise Review of the Clinical Features Highlighting Associated Dermatologic Manifestations» [Síndrome de Poland: una revisión concisa de las características clínicas enfatizando las manifestaciones dermatológicas asociadas]. *Am J Clin Dermatol* (en inglés) (Suiza: Springer International Publishing) **16** (4): 295-301. ISSN 1179-1888. doi:10.1007/s40257-015-0132-x. Consultado el 23 de marzo de 2017.

Dolas, , Shilpy Chauhana; Poovamma, C U; Prema, M; Khandelwal, Rohana; Pais, Anthony Vijaya; Kaul, Ashokb (enero de 2014). «Poland's syndrome: A case report with review of literature regarding management» [Síndrome de Poland: reporte de un caso con revisión de la literatura respecto al manejo]. *Breast Disease* (en inglés) (IOS Press) **34** (3): 121-125. doi:10.3233/BD-130361. Consultado el 23 de marzo de 2017.

LO ESENCIAL EN LA CONSULTA

The essentials of medical consultation

Dr. Juan Carlos Beltramino. Médico Pediatra

Ex director de Docencia e Investigación del Hospital de Niños "Dr. O. Alassia" de Santa Fe

Un editorial de *Intensive Care Medicine* de 2017(1) predice que, para el 2050, los hospitales serán pequeños, con más camas de cuidados intensivos y robots que realicen muchas de las tareas médicas. Los autores auguran que todavía quedarán disciplinas en las que el contacto humano continuará siendo muy importante, como en...pediatría. Esto último nos habilita para seguir recordando pequeños detalles de la consulta.

Primero, hay que saber escuchar. "Los doctores saben hablar, pero no saben escuchar", es lo que sentencia Nanni Moretti en su film *Caro Diario*. Tener oídos abiertos al relato de síntomas, fechas, medicación, "terapias Folklóricas" suele ser la llave que abre la puerta al diagnóstico. Cuando el niño puede hacerlo, debemos dar importancia a lo que cuenta. Y, desde el comienzo, estar atentos a la calidad del llanto, el tono de voz, la respiración quejosa, el timbre la de tos...

Después, hay que mirar. Antes de desenfundar el bajalenguas, debemos observar al niño. Ver si está atento o aletargado, irritable o quejoso. ¿Cómo es su tono muscular? ¿El color? ¿La respiración? Si no se hace esto antes de apoyar el frío estetoscopio, es probable que el lactante lllore y se pierdan datos valiosos para diagnosticar una neumonía. Antes de que aparezca la radiografía con condensación para documentar la neumonía, hay datos que la anticipan y muchos de ellos están a la vista.

Después, tocar. La epidemia de gripe de 2009 dejó como "secuela positiva" la popularización del empleo del alcohol en gel. Nos permite higienizar nuestras manos, aunque el lavatorio del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) se encuentre a veinte metros del consultorio. Actualmente, no hay excusas para evitar tocar al paciente.

Hay que palpar el hígado en un niño que esta recibiendo expansiones rápidas, con líquidos endovenosos, por un shock séptico; dejar que el polo de bazo vaya al encuentro de nuestros dedos en un bebé con una infección congénita; usar las manos para abrir las caderas en cada control y hasta que el lactante comience a caminar o para palpar una dureza bajo un eritema que duele...

Hay que dar vuelta los labios buscando llagas porque, si están, se podrá evitar medicar con antibióticos a un niño con faringitis y fiebre.

Y buscar los testículos en ascensor en un niño, arrodillándolo en posición de sastre, Cuando llegue a la Guardia un lactante con vómitos, no debe omitirse meter el dedo en el recto (Con el meñique alcanza). El tacto rectal es parte del examen y el pediatra no lo debe "tercerizar". Realizarlo permitirá palpar mejor un abdomen que genera dudas.

Y aunque sea evidente que un problema emocional es el motivo de la consulta, no deje de tocar. Sus manos puede tranquilizar a un niño angustiado, sin que ello lo convierta en un "manosanta".

También hay que oler. Usar el olfato permitirá distinguir el aliento cétónico del vomitador frecuente; el olor pútrido del niño que se puso goma espuma en la nariz; el tufo de las heces del que tiene mala absorción; el olor a alcohol, tabaco o marihuana en un adolescente en riesgo y el olor a humo del que carece de calefactor para calentar su casilla.

Sobre gusto. Si bien lo intentamos, reconocemos que nunca pudimos diagnosticar una fibrosis quística de páncreas (FQP) por lo salado del sudor. Pero se puede emplear nuestra lengua para identificar los medicamentos amargos, para reemplazarlos por opciones más tomables y, cuando estas no existan, aconsejar que previamente se apoye hielo sobre la lengua del niño para anestesiar las papilas gustativas.

Emplear las herramientas. A los cinco sentidos hay que ayudarlos. Los pediatras solemos alardear y quejarnos (al mismo tiempo): "¡Nosotros no usamos aparatos!". No se emplearán aparatos complejos, pero no es cierto que no se necesiten instrumentos.

Cuando los residente van a los CAPS, siempre llevan sus estetoscopios y, aun en los lugares más desprovistos, no carecen de un biauricular. Lo que suele faltar son otoscopios con pilas no agotadas, pediómetros adecuados, tensiómetros con mangos

Pequeños, hisopos para faringes, bajalenguas, para romperlos luego de usarlos, recetarios para evitar escribir detrás de cualquier papel de descarte. Algunos de los CAPS que nos tocó transitar mostraban muchas de las privaciones enunciadas. Las mismas que cuando se llamaban “dispensarios”. Por eso, cuando el médico va a atender un consultorio público o privado, no debe olvidar llevar sus propias “herramientas”. Un electricista que no cuente con sus pinzas y “buscapolos” generaría mucha desconfianza...

Al fin, hablar. No hay madres que “no entiendan”; hay médicos que no eligen las palabras adecuadas para ellas. Si la familia no comprende, se debe explicar empleando un lenguaje más accesible, recurrir a ejemplos, a dibujos. No hablar con tonos muy fuertes se logra que una madre humilde mejore su atención; es más probable que le falte instrucción a que sea sorda.

Sin embargo, en el caso de niños con patologías graves, puede suceder que los padres “elijan” no comprender la mala noticia que se les está transmitiendo. Reconocer esta circunstancia es importante para sumar a la charla a otros familiares.

El pediatra debe hablar lo necesario; los padres buscan el mejor consejo, no que se les demuestre lo mucho que el médico sabe. Hay que enseñar los “signos de alarma” para que la familia sepa cuándo debe adelantar la consulta, pero también se debe informar sobre la evolución esperada de la enfermedad para evitar visitas innecesarias a la Guardia.

Antes de emitir un diagnóstico, hay que tomarse un tiempo. Frente a un niño con una patología en la piel, los padres preguntan enseguida: “¿Qué tiene?”. Pareciera que lo que está a la vista se diagnostica rápido.

Ante cualquier exantema dudoso, ¡no caiga en la “trama de la inmediatez”! No hay que apresurarse. Un buen truco es colocar un termómetro en la axila. Ante esta circunstancia, los padres suelen esperar, y usted tendrá cuatro valiosos minutos para pensar.

Muchas veces, es imposible realizar el diagnóstico cuando aparecen los primeros síntomas. Excepto en el paciente crítico, el médico debe permitirse un tiempo para ver la evolución y los padres, por lo general, entenderán si les explica y programa una nueva consulta.

Y no hay que olvidarse de los prejuicios. Los de los pacientes y los propios. Como parte de la consulta, Carlos Gianantonio recomendaba averiguar la hipótesis de la familia sobre lo que le pasaba al niño, Por acertada que sea la presunción diagnóstica del médico, este debe demostrar a los

padres que su hipótesis es mejor que la que ellos traen. De esa manera, serán mejor aceptadas todas las indicaciones.

Los pediatras somos vulnerables a nuestros propios prejuicios. Contaba Lawrence Nazarian, antiguo editor de *Pediatrics in Review*, que los jóvenes recién salidos de la residencia, ante todo cuadro febril en un lactante, pensarían en la posibilidad de sepsis y, en un niño con rasgos algo peculiares, sospecharían un síndrome raro, aunque las mismas características estuvieran presentes en el padre. Esta actitud resulta comprensible en quienes pasan cuatro años viendo a niños que, en efecto, tienen enfermedades serias. A su vez, un pediatra que, durante décadas, ha examinado a pacientes sanos y con enfermedades autolimitadas adquiere el prejuicio de que “probablemente, nada es grave”. La mayoría de las veces será así, pero, en ocasiones, cuando menos se espera, el niño que siempre ha crecido sano debuta con diabetes, cáncer, depresión y encuentra al pediatra experimentado con la guardia baja.

Mezclar pediatras viejos con los jóvenes es, sin dudas, una asociación gratificante y beneficiosa para todos y, especialmente, para el niño.

Resumiendo, lo esencial en la consulta pediátrica es un pediatra capacitado, capaz de utilizar todos sus sentidos. A su vez, resulta primordial promover estrategias para lograr que, en todo el país, los niños sean atendidos por pediatras.

Agradecimiento

Para quienes comenzaron el aprendizaje de la pediatría en el Hospital de Niños de Santa Fe. En memoria de los médicos pediatras Federico Milia, Ángel Spedaletti y Abel Argento.

[Http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.236](http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.236)

Texto completo en inglés:

[Http://dx.doi.org/10.5546/aap02018.eng.236](http://dx.doi.org/10.5546/aap02018.eng.236)

Cómo citar: Beltramino JC: Lo esencial en la consulta. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(4):236-237

Referencia:

(1) Vincent JL, Slutsky AS, Gattinoni L. *Intensive care medicine* in 2050: the future of ICU treatments. *Intensive Care Med* 2017; 43 (9): 1401-2

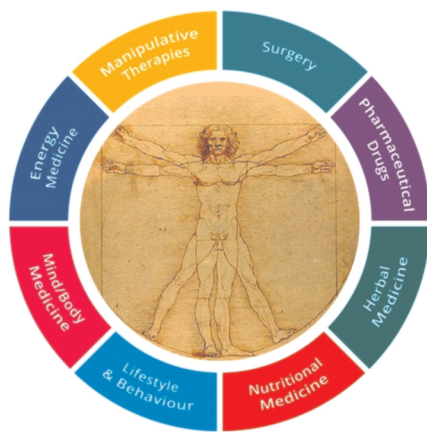
LA MEDICINA INTEGRATIVA ¿De qué se trata?

Integrative medicine what is it about

Autor: Prof. Dr. Luis del Rio Diez*

* Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Dirección General de Promoción y Protección de la Salud, ámbito del I.A.P.O.S., para la Formulación de Programas, Protocolos y tareas de Normalización. Dirección: Francisco Miguens 200. Teléfono: 0800 444 4276

Contacto: drdl@intramed.net



Para comenzar a pensar, deseo mencionar dos citas:

A. "Se encuentra en la práctica clínica diaria que las técnicas utilizadas dentro del área conocida como "medicina integrativa" tienen un resultado terapéutico muy interesante y que la comunidad médica en su conjunto tiene una profunda falta de conocimiento sobre el tema" (1)

B. "El concepto de medicina integrativa todavía no es suficientemente conocido, por la mayoría de los médicos, pese a que su definición aparece hace 25 años atrás" (2)

Ciertamente, la Medicina Integrativa cumple 26 años. Nace en la Universidad de Arizona de la mano del Dr. Andrew Weil allá por el año 1994, quien la definió, como una "**medicina orientada a la salud, que tiene en cuenta a toda la persona, incluidos todos los aspectos de su estilo de vida.**" (3)

La Medicina Integrativa busca dar respuesta a PROBLEMAS NUEVOS, pero mediante el uso y la complementación con TERAPIAS MUY ANTIGUAS, algunas de ellas ancestrales y surge como una necesidad de dar soluciones a profesionales médicos de los EE.UU. que a fines de los '90 comenzaron a reclamar una nueva forma de hacer medicina. Es retomado con mucha fuerza en el año 1998 por el N.I.H (National Institutes of Health), luego de un artículo aparecido en el J.A.M.A de ese

año (4) y se desarrolla tremendamente en Europa, siendo reconocida como tal por los sistemas de salud de muchos de los países de la C.E. (5)

"La medicina integrativa es un área de conocimiento complementario a la medicina convencional, que trata la prevención y el tratamiento de patologías de manera integral e integrada, a partir de una visión holística de la vida humana, teniendo en cuenta sus diversas dimensiones y equilibrio, entre la mente, las emociones, el cuerpo físico y el entorno que nos rodea y dando mayor énfasis, de manera global, a la salud del individuo en su totalidad que a la enfermedad orgánica". (6) siguiendo los lineamientos de OMS y OPS, como así también los O.D.S. de la agenda 2030 de la O.N.U.(7)

La Medicina Integrativa NO RECHAZA, NO DEJA DE LADO Y NO INVALIDA a la medicina Alopática, Convencional, Occidental u "Oficial". Muy por el contrario, PARTE DESDE ELLA Y CON ELLA y le suma, complementa y busca la SINERGIA con otras terapias que hayan demostrado evidencia de su validez.

Se trata de una medicina que centra su trabajo en una estrecha RELACIÓN TERAPEUTA-CONSULTANTE, el cual debe ser EMPODERADO y al cual se le deben dar herramientas para que pase de ser un mero PACIENTE, a ser un verdadero HACIENTE, el cual tiene en su interior todas las capacidades y el PODER para lograr su SANACIÓN. Dejo para el final una definición personal: LA MEDICINA INTEGRATIVA COMBINA LO MEJOR DE LA MEDICINA CONVENCIONAL CON LO MEJOR DE LAS MEDICINAS TRADICIONALES Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS, TENIENDO MUY PRESENTE LA RELACIÓN MENTE-CUERPO-ESPÍRITU Y SU IMPACTO DIRECTO EN NUESTRO ORGANISMO. Ahora, creo, es tiempo que cada uno saque sus propias conclusiones.

BIBLIOGRAFÍA

- Conferencia ofrecida por el Dr. José Francisco Tinao (Director de Clínica Medicina Integrativa) durante el curso de Medicina Psicosomática. Madrid, 8 de marzo de 2014 Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=9KKUxb6xMnY>

- ESTADO DA ARTE DA MEDICINA INTEGRATIVA NO MUNDO. Por Dra. Ana Moreira Disponible em: <http://revistamedicinaintegrativa.com/estado-da-arte-da-medicina-integrativa-no-mundo>

- Centro de Medicina Integrativa Andrew Weil. Universidad de Arizona. Página principal, disponible en: <https://integrativemedicine.arizona.edu>

- Tendencias en el uso de la medicina alternativa en los Estados Unidos, 1990-1997. Resultados de una encuesta nacional de seguimiento. David M. Eisenberg y cols. JAMA 1998; 280 (18): 1569-1575. Doi:10.1001/jama.280.18.1569 Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188148>

- Declaración de Stuttgart sobre Medicina Integrativa. Disponible en: <https://www.change.org/p/stuttgart-integrative-health-medicine-declaration?recruiter=45668362>

- Webinar sobre MEDICINA INTEGRATIVA a cargo de la Dra. Ana Moreira. Transmitido en vivo el 15 mar. 2018 Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=4aoesMNnOdc>

- Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible. O.N.U. Disponible en: <https://www.onu.org.ar/agenda-post-2015>

- Medicina Integrativa. Definiciones. La Rueda de la Medicina Integrativa. Disponible en: <https://we-doctor.com/medicina-integrativa>

- La rueda de la Medicina Integrativa del Dr. William Collinge. disponible en: <http://www.collinge.org/about.html>

- ¿Es posible cambiar la Educación Médica? Rosa María Borrel Bentz OPS/OMS Disponible en: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/ic_fafemp_jun12/rmborrell.pdf

FASCITIS EOSINOFÍLICA: REPORTE DE CASO

Eosinophilic Fasciitis: case report

Autores:

Dra Díaz Ramos Bernardette Isis, médica clínica, Hospital Jaime Ferré, Rafaela, Santa fe, Argentina. Email: bernidr@hotmail.com
Dra Ercole Maria Cecilia, médica clínica, Hospital Jaime Ferré, Rafaela, Santa Fe, Argentina. Email: ceciliaercole@outlook.com.ar
Dr Siegrist Carlos, reumatólogo. Email: carlossiegrist@gmail.com

Reporte de caso: Fascitis Eosinofílica (FE) patología poco frecuente, revisión bibliográfica y descripción de resolución de caso.

Case report: Eosinophilic fasciitis (EF) infrequent pathology, literature review and case resolution description.

RESUMEN

Fascitis Eosinofílica (FE)

Presentamos el caso de una mujer de 43 años que consulta en el Servicio de Clínica por edemas indurados y dolor en los cuatro miembros a predominio inferiores con limitación de movilidad articular. La histopatología informó en fascia y músculo moderado-intenso infiltrado inflamatorio mixto linfocitos, eosinófilos, polimorfonucleares (LF,Eo,PMN) compatibles con FE.

Se revisaron las formas de presentación clínica, sus métodos diagnósticos, diagnósticos diferenciales y posibles tratamientos.

Palabras clave: FE, Síndrome de Shulman, Esclerosis localizada.

Eosinophilic Fasciitis (FE) We present the case of a 43-year-old woman who consults in the Clinic Service for indurated edema and pain in the four lower predominantly limbs with limited joint mobility. Histopathology reported in fascia and moderate-intense muscle mixed inflammatory infiltrate lymphocytes, eosinophils, polymorphonuclear (LF, Eo, PMN) compatible with FE. The clinical presentation forms, their diagnostic methods, differential diagnostics and possible treatments were reviewed.

INTRODUCCIÓN

La Fascitis Eosinofílica fue descrita por Shulman en 1974, se trata de un síndrome esclerodermiforme, de aparición esporádica, poco frecuente y de etiología desconocida. La incidencia real es desconocida (se han descrito en la literatura más de 250 casos). Se caracteriza por induración de la piel con engrosamiento e inflamación de la fascia, afecta

predominantemente extremidades, pudiendo comprometer tronco y se asocia frecuentemente a eosinofilia periférica e hipergammaglobulinemia policlonal.

Se presenta entre los 40-50 años; sin diferencia de sexo. No está claro si la raza y antecedentes familiares son factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad pero se han informado factores asociados a FE como trauma muscular, ejercicio intenso, infecciones (Borrelia, Mycoplasma), fármacos (estatinas, fenitoína, ramipril), enfermedades hematológicas (LLC, MM), cáncer de mama, pulmón, melanoma, cirrosis biliar primaria, enfermedades autoinmunes como LES, y físicos (quemaduras)

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico. Comunicamos un caso de presentación típica de una enfermedad poco común.

Caso Clínico:

Mujer de 43 años ex tabaquista, sin antecedentes patológicos, consulta por cuadro de 5 meses de evolución caracterizado por edemas indurados y dolor en miembros superiores e inferiores con impotencia funcional.

Exámen físico: piel de naranja y signo de Groove (depresión lineal a lo largo del trayecto de las venas superficiales); no presentaba debilidad muscular, eritema, aumento de temperatura, esclerodactilia o Raynaud.

Laboratorio: eosinofilia (GB 9900ml/mm³, Eo 39%), VSG 27, gammapatía policlonal, CPK normal, FAN 1/40, frotis periférico sin células atípicas, seriado parasitológico negativo, VHB, VHC, HIV negativos.

Durante internación se realiza ecografía abdominal y ginecológica normales. TAC torax, abdomen y pelvis que informa adenopatías inflamatorias, edema en tejido celular subcutáneo en miembros y pared abdominal. No se pudo realizar RMN por presentar claustrofobia, por lo que se decide realizar biopsia de antebrazo en cuña que informa en fascia y músculo moderada-intensa infiltración inflamato-

Ria mixta (LF, PMN, Eo), fibrosis en fascia.
Se comienza tratamiento con prednisona 40 mg/día,
calcio. Laboratorio control a los quince días con Eo
1%, disminución de edemas y síntomas. Se realiza

Interconsulta con reumatología que indica
comenzar con metotrexate en dosis crecientes y
reducción progresiva de corticoides y Ac. Fólico
5mg/sem.

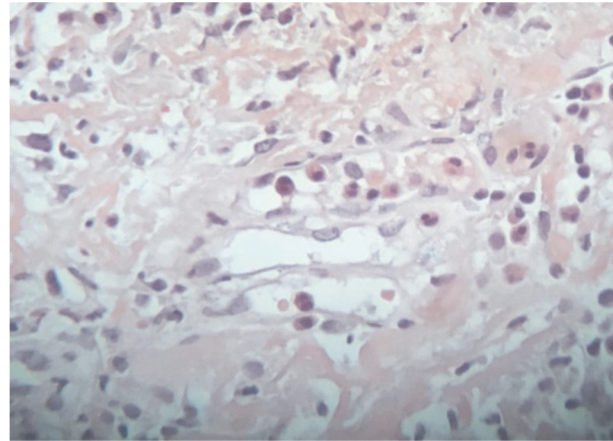
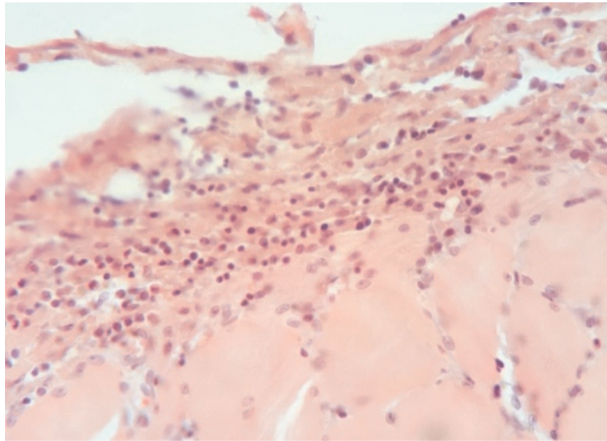


Imagen 15 días posterior al tratamiento

Criterios Diagnósticos

Criterios Mayores

- Edema, induración y engrosamiento de tejido subcutáneo simétrico o no, difuso (extremidades, tronco y abdomen) o localizado (extremidades)
- Engrosamiento fascial con acumulación de linfocitos y macrófagos con o sin infiltración Eosinofílica (determinada por biopsia en cuña de espesor completo de piel clínicamente afectada)

Criterios Menores

- Eosinofilia $>0,5 \times 10^9/l$
- Hipergammaglobulinemia $>1,5 g/l$
- Debilidad muscular y/o niveles elevados de aldolasa
- Signo de Groove y/o piel de naranja
- Fascia hiperintensa en imágenes en T2 en RMN

Criterio de exclusión: diagnóstico de esclerosis sistémica.

Presencia de ambos criterios mayores o 1 mayor y 2 menores, establece el diagnóstico de FE.

Discusión

Nuestro caso no presentó diferencias con la bibliografía, si bien no se pudo realizar RMN llegamos al diagnóstico cumpliendo los criterios. Los diagnósticos diferenciales fueron considerados, descartándose esclerosis sistémica, Polimiositis, dermatomiositis, Síndrome de aceite tóxico, exposición al sílice, administración de gadolinio en pacientes con falla renal, síndrome epidémico eosinofilia-mialgia inducida por L-Triptófano, por falta de compromiso sistémico e inmunológico.

CONCLUSIÓN

Se reporta el caso de una paciente con diagnóstico de FE, sin desencadenante aparente.

Es de destacar la importancia de la FE como diagnóstico diferencial de enfermedades del colágeno, sus posibles asociaciones con enfermedades autoinmunes y desencadenantes; al igual que un diagnóstico precoz y tratamiento para evitar consecuencias a largo plazo y lo necesario e importante que es realizar una biopsia en cuña que incluya fascia y músculo para no tener que rebiopsiar para hacer diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

- Pinal , Diagnosis and classification of eosinophilic fasciitis. Autoimmunity Reviews 13 2014; 379-382.

- Farreras Fascitis Eosinofílica Medicina Interna , XVIII edición 2016: 1042.

- Shulman LE. Diffuse fasciitis with eosinophilia: a new síndrome? Trans Assoc Am Physicians 1975; 88:70-86.

- Khanna D, Verity A, Grossman JM. Eosinophilic Fasciitis complicated with multiple myeloma: a new haematological association. Ann Rheum Dis 2002; 61:1111

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:
www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones

SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Macrophage activation Syndrome as an initial manifestation of Systemic Lupus Erythematosus

Premio Anual de la Sociedad de Medicina Interna de Santa Fe, "Dr. Isidro Gastaldi" 2018, a la mejor presentación de caso clínico en Ateneo.

Autores:

Faria, Julián: julianfaria@outlook.com.ar

Porcel de Peralta, Romanela: romi_pdp3@hotmail.com

Servicio de Clínica Médica. Sanatorio Diagnóstico. Santa Fe.

Resumen:

Introducción: El síndrome de activación macrofágica (SAM) es un cuadro agudo, rápidamente progresivo, potencialmente fatal, se acompaña de falla multiorgánica y se asocia a diversas entidades. La sospecha temprana y diagnóstico precoz genera posibilidades de un mejor pronóstico.

Caso clínico: Mujer 29 años que por presentar artralgias de manos de 3 meses de evolución venía recibiendo tratamiento con meprednisona e hidroxiquina. Consulta por disnea de reposo, tos seca y fiebre de 3 días de evolución, con el antecedente de una internación reciente por una infección respiratoria complicada con derrame pleural. Presenta en el laboratorio de ingreso; pancitopenia, leucopenia y linfocitosis.

Rápidamente evoluciona con hemoptisis, insuficiencia respiratoria y profundización de pancitopenia y requiere el ingreso a UCI. El Servicio de hematología realiza punción de médula ósea (PAMO) e informa hemofagocitos.

Se reciben resultados de anticuerpos: FAN (1/1280, patrón nuclear homogéneo), Anti-DNA positivos, C3 y C4 disminuidos, confirmando el diagnóstico de LES. Se comienzan pulsos de corticoides.

La paciente presenta rápida evolución y fallece.

Motivo de la presentación: la baja frecuencia y la elevada mortalidad de esta entidad ameritan una alerta permanente para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

Palabras clave: Síndrome de activación macrofágica, Lupus

Abreviaturas: Síndrome de activación macrofágica (SAM), Tomografía axial computada (TAC), Lavado

Bronquio alveolar (BAL), Asistencia respiratoria mecánica (ARM), Lupus Eritematoso Sistémico (LES)

Introducción:

El SAM es un cuadro agudo, rápidamente progresivo, potencialmente fatal, (mortalidad 50%), poco frecuente, producido por proliferación excesiva de linfocitos T y activación de macrófagos que producen respuesta inflamatoria excesiva con hemofagocitos en médula ósea. La etiología es desconocida pero se vincula con algunos agentes desencadenantes como infecciones, uso de fármacos y el trasplante autólogo de células madre.^{1,2}

Las formas primarias se relacionan con alteraciones genéticas, descritas principalmente en niños³. Las formas secundarias, pueden aparecer en cualquier etapa de la vida. En la población adulta se asocia a enfermedad de Still, y menos frecuente a LES. La prevalencia del SAM asociada a LES se estima entre 0.9% y 4.6%.

Sus síntomas y signos han sido definidos.⁴ El diagnóstico se basa en criterios clínicos, de laboratorio e histológicos.

En la práctica clínica, el diagnóstico diferencial entre LES activo, SAM e infección es un gran desafío para el médico internista. Los mismos comparten signos, síntomas y datos de laboratorio que hacen muy difícil su diagnóstico y tratamiento oportuno.

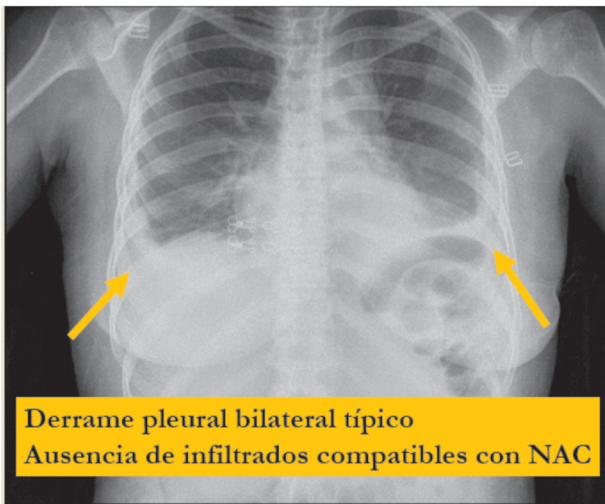
La importancia de este caso radica en la poca prevalencia y la elevada mortalidad que presenta la combinación de estas dos patologías, donde la sospecha clínica debe ser alta, para poder iniciar un tratamiento precoz.

Caso clínico:

Mujer 29 años, antecedente de artralgias de manos de tres meses de evolución, interpretado como probable enfermedad autoinmune (medicada con meprednisona e hidroxicloroquina) que consulta por disnea de reposo, tos seca y fiebre de tres días de evolución. Previamente cursó internación durante once días por cuadro de infección respiratoria bilateral complicada con derrame pleural, recibiendo tratamiento con ampicilina-sulbactam y claritromicina durante diez días. Presentaba en cavidad bucal aftas orales, aisladas, no dolorosas, rales crepitantes e hipo ventilación bibasal en tórax, rash malar, eritematoso, pruriginoso, en dorso, abdomen y muslos y sinovitis en ambas manos.

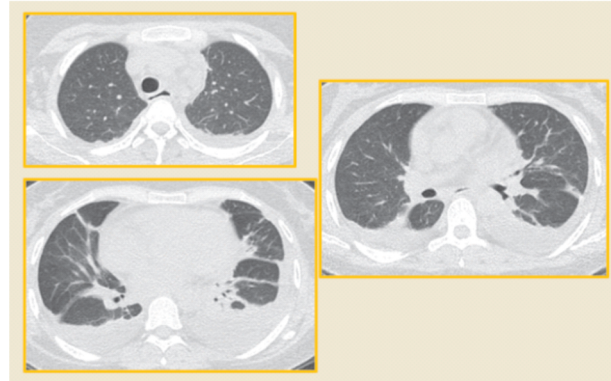
Laboratorio: Hto: 25%, VCM: 79, Hb: 8.8 gr/dl, GB: 3400/ L Neutrófilos: 48 %, Linfocitos: 42 %, Plaquetas/ L:109.000, TP: 15, KPTT: 33, VSG: 30, PCR: (-), FR: (-), Ionograma: normal, GOT: 56 U/L, GPT: 58 U/L, LDH: 776 UI/L, BiT: 1.15 mg/dl, BiD: 0.66 mg/dl.

La radiografía de tórax presentaba derrame pleural bilateral sin infiltrados (Imagen 1), por lo que se realiza toracocentesis con resultado de exudado no complicado. Hemocultivos fueron negativos. HIV negativo. Eco cardiograma normal.



Interconsultado con el servicio de Reumatología e infectología. Por sospecha de LES se solicitan anticuerpos.

Se comienza tratamiento con Piperacilina y Tazobactam. TAC de Tórax informa derrame pleural bilateral, a predominio izquierdo, con colapso de parénquima adyacente y tractos fibro cicatrizales bibasales. (Imagen 2)

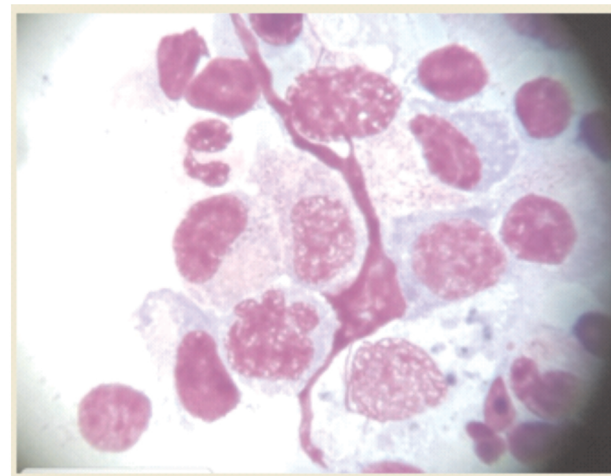


Luego de 24 horas de internación, evoluciona con taquipnea, requerimiento de oxígeno y expectoración hemoptoica. Febril persistente. Agravamiento de la pancitopenia, alteración del hepatograma y coagulograma, e insuficiencia respiratoria con alcalosis respiratoria (GB 1200/mL N 49%, Hb 6,3 mg/dl, Plaquetas 83000//mL, TP 50 s, GOT 210 UI/L, GPT 53 UI/L, FAL 570, BRT 1,2 mg/dl BRD 0,75mg/dl, LDH 1700 UI/L).

Ingres a UTI donde por sospecha de hemorragia alveolar se realiza fibrobroncoscopia, que descarta dicha eventualidad, BAL con cultivos negativos.Y nueva TAC de tórax la cual no presentaba cambios con respecto al estudio previo.

Se reciben resultados de anticuerpos: FAN (1/1280, patrón nuclear homogéneo), ENA, Anti-DNA positivos, C3 y C4 disminuidos. Sedimento negativo. La paciente cumple criterios SLICC 2012 para Lupus Eritematosos Sistémico.

Por sospecha de SAM se completa laboratorio que presenta hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia y ferritina elevada. Se realiza PAMO que evidencia la presencia macrófagos cargados con hemosiderina. (Imagen 3) El ulterior cultivo de medula ósea, resultado negativo.



Se comienza tratamiento con inmunosupresores (pulsos de metilprednisolona). Al tercer día de tratamiento evoluciona con requerimiento de ARM y fallece.

Discusión:

El SAM se caracteriza por una activación inmune patológica; puede presentarse de forma primaria (asociada a mutaciones genéticas, es la más frecuente) o adquirida (relacionado a infecciones, neoplasias, fármacos, enfermedades autoinmunes como AR y LES).^{2,3} Es producido por proliferación excesiva de linfocitos T y activación de macrófagos que producen respuesta inflamatoria excesiva con hipersecreción de citosinas y hemofagocitos en médula ósea y otros sistemas reticuloendoteliales.

Los criterios diagnósticos establecidos por la International Histiocyte Society en el año 2008 son: fiebre, pancitopenia, hepatoesplenomegalia, hipertrigliceridemia y/o hipofibrinogenemia, hiperferritinemia, hemofagocitos en médula ósea o ganglios, sin evidencia de malignidad, elevación del sCD 25, disminución o ausencia de la actividad citolítica de las células NK.^{1,3} A demás, puede presentar anomalías de la función hepática y coagulopatía.³

El diagnóstico del SAM secundario a LES es complicado, ya que ambos comparten algunas características en común como fiebre, pancitopenia, adenopatías, manifestaciones neurológicas, articulares, dermatológicas, renales y cardíacas⁷. En nuestro caso encontramos características de actividad del LES, sin embargo ciertos datos de laboratorio como el aumento de las enzimas hepáticas, hipertrigliceridemia, LDH aumentada, Hipofibrinogenemia y los valores excesivamente aumentados de ferritina excedían lo esperado para un LES activo.⁵ El síndrome febril prolongado nos obliga siempre a descartar infecciones asociadas al SAM. La mortalidad es elevada (50%).³ El tratamiento en el SAM secundario a LES no está bien establecido. El objetivo es detener la excesiva respuesta inflamatoria.

CONCLUSIÓN

El SAM es una entidad poco frecuente y con elevada mortalidad. Pude ser la manifestación clínica inicial del LES. Se debe sospechar en pacientes con síndrome febril prolongado, citopenias, organomegalias, trastornos en la coagulación, alteraciones hepáticas. Las infecciones deberían considerarse como posibles gatillos del SAM. Un diagnóstico precoz cambia el pronóstico de estos pacientes. El tratamiento del SAM secundario a LES consiste en el uso de inmunosupresores: corticoides, inmunoglobulinas, ciclofosfamida, ciclosporina entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

- Botelho, C & Ferrera, F & Franciscob, L & Maiaa, P & Mendesa, T & Aarreira, A (2010). "Acute lupus syndrome: report of a case". Revista nefrología. Vol. 30. marzo de 2010 páginas 143-269
- Jiménez A & Solís Vallejo E & Cruza, M & Céspedes Cruza A & Sánchez Jara, B (2013). "Síndrome de activación de macrófago como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico severo de inicio juvenil. Respuesta favorable a ciclofosfamida". Revista Reumatología Clínica. Vol. 10. Núm. 5. páginas 331-335
- Espinosa Bautista, K & Garcia, D & Fossas, P & León Rodríguez, E. (2013) "Síndrome hemofagocítico. Conceptos actuales". Centro Médico ABC, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Revista Gaceta Médica de México. 2013; 149. Pag 131 137
- Sterba, G & Sterba, Y & Antonio, G. (2016). Síndrome de activación macrofágica en adultos con enfermedad reumática. Revista Colombiana de Reumatología. 23. 10.1016/j.rcreu.2015.12.005.
- Muñoz, S. (2014). Lupus eritematoso sistémico activo, síndrome de activación macrofágica y sepsis. Revista Colombiana de Reumatología. 21. 226
- Rahal, Ahmad K. & Fernandez, J & Dakhil, C. (2015). Undiagnosed Systemic Lupus Erythematosus Presenting as Hemophagocytic Lymphohistiocytosis. Case reports in rheumatology. 2015. 748713. 10.1155/2015/748713
- Síndrome hemofagocítico como manifestación clínica inicial del lupus eritematoso sistémico. Volume, SeptemberOctober 2014, Pages 321-324

FRECUENCIA DE PATOLOGIA TESTICULAR: ANALISIS ESTADISTICO Y REVISION BIBLIOGRAFICA

Frequency of testicular pathology: statistical analysis and bibliographical review

Nava Nicolás: nava.nicolas@hotmail.com (* Primer autor). Médico residente de Anatomía Patológica del Hospital José María Cullen.
María Laura Licheri: licherimarialaura@hotmail.com (Segunda autora). Medica Anatomopatologa y Jefa de residentes del Hospital José María Cullen.

Palabras claves: Tumores testiculares; Anatomía patológica; Tumores mixtos; Seminoma.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las patologías testiculares se pueden clasificar en dos amplios grupos: benignas y malignas. Dentro de estas últimas, los tumores germinales son los más frecuentes, siendo el seminoma el más prevalente de ellos.

Clinicamente son neoplasias sin signos y síntomas característicos. La edad de presentación varía desde 16 a 35 años. Cuando un patólogo se enfrenta a una biopsia testicular es fundamental tener datos clínicos, de laboratorio y características macroscópicas para arribar a un diagnóstico certero. El principal objetivo de este trabajo es conocer la frecuencia de las causas por las cual se envían piezas de orquiepididectomía al Laboratorio de Anatomía Patológica.

MATERIALES Y METODOS: Se estudiaron 227 casos entre 2005 y junio del 2019 del servicio de Anatomía Patológica del Hospital José María Cullen de la Ciudad de Santa Fe. Los criterios de exclusión incluyen biopsias insicionales y pacientes menores de 14 años.

RESULTADOS: De los 227 casos estudiados 117 correspondieron a patología no neoplásica y 110 a patología neoplásica. Los tumores mixtos fueron los más frecuentes. En cuanto al tamaño tumoral, los tumores mixtos presentaron una media de 7,9 cm y los seminomas puros una media de 3,8 cm.

CONCLUSIÓN: La patología no neoplásica abarca un gran porcentaje de la totalidad de las muestras, es decir, que a pesar de ser entidades que con un diagnóstico temprano y correcto tratamiento tienen buen pronóstico, su historia natural no es de curso tan benigno.

Dentro de las neoplasias testiculares, la variante mixta fue la más frecuente a diferencia de la bibliografía citada, seguido por los seminomas puros. Los tumores mixtos son generalmente de mayor tamaño y se acompañan, según el tipo

histológico, de marcadores serológicos distintos del seminoma. Como mencionamos anteriormente la combinación más frecuente fue la de carcinoma embrionario y teratoma maduro.

El primero de ellos generalmente es un tumor con núcleos hiper cromáticos pleomórficos de citoplasma granular que se acompañan de necrosis y hemorragia y su principal dificultad diagnóstica es la de diferenciarlo del tumor de saco vitelino. El teratoma maduro presenta en cambio, tejidos derivados de las 3 capas germinales: ectodermo, mesodermo y endodermo.

Keywords: Testicular tumors; Pathological anatomy; Mixed tumors; Seminoma.

SUMMARY

INTRODUCTION: Testicular pathologies can be classified into two broad groups: benign and malignant. Among the latter, germ tumors are the most frequent, with seminoma being the most prevalent of them. Clinically they are neoplasms without characteristic signs and symptoms

The age of presentation varies from 16 to 35 years. When a pathologist faces a testicular biopsy it is essential to have clinical, laboratory and macroscopic characteristics to arrive at an accurate diagnosis. The main objective of this work is to know the frequency of the causes for which orchiepididectomy pieces are sent to the Pathological Anatomy laboratory.

MATERIALS AND METHODS: 227 cases were studied between 2005 and June 2019 of the Pathology Department of the José María Cullen Hospital of the City of Santa Fe. Exclusion criteria include insitionals biopsies and patients under 14 years of age.

Of the 227 cases studied 117 corresponded to non-neoplastic pathology and 110 to neoplastic pathology. Mixed tumors were the most frequent and within these the variant embryonic carcinoma and mature teratoma. Regarding tumor size, mixed tumors had an average of 7.9 cm and pure seminomas averaged 3.8 cm

CONCLUSION: Non-neoplastic pathology covers a large percentage of all samples, that is, despite being entities that have an early diagnosis and correct treatment have a good prognosis, their natural history is not as benign. Within the testicular neoplasms, the mixed variant was the most frequent unlike the cited bibliography, followed by pure seminomas. Mixed tumors are generally larger and are accompanied, depending on the histological type, of serological markers other than seminoma. As mentioned earlier, the most frequent combination was that of embryonic carcinoma and mature teratoma. The first one is usually a tumor with pleomorphic hyperchromatic nuclei of granular cytoplasm that are accompanied by necrosis and hemorrhage and its main diagnostic difficulty is to differentiate it from the yolk sac tumor. The mature teratoma presents instead, tissues derived from the 3 germ layers: ectoderm, mesoderm and endoderm.

INTRODUCCIÓN

Los testículos son dos órganos encargados de la producción de los espermatozoides y constituyen la glándula endocrina encargada de la secreción de hormonas sexuales (testosterona y dihidrotestosterona).

Están situados en el interior de las bolsas escrotales, inferiormente al pene. El testículo izquierdo tiende a descender un poco más que el derecho, por lo que suele encontrarse en una posición ligeramente más baja.

Las patologías testiculares varían en frecuencia según la edad del paciente. Las mismas se pueden clasificar en dos grandes grupos: benignas y malignas. En primer grupo incluye patologías tales como atrofia, criptorquidia, varicocele, infecciones, torsión testicular, entre otras, que tienen distinta prevalencia según la edad del paciente. En cuanto a la patología tumoral maligna, se sabe que es un tumor poco frecuente que corresponde al 1 % de las neoplasias del adulto, con una incidencia entre los 16 y 35 años, siendo los más frecuentes, según la OMS, los seminomas puros. Dentro de los factores de riesgo podemos mencionar criptorquidia, antecedentes familiares de cáncer testicular, HIV, trauma, neoplasia contralateral y síndrome de Down. Clínicamente se presentan como masas indoloras y aumento de tamaño del testículo. En menor frecuencia, se diagnostican ya por los síntomas metastásicos.

Como mencionamos anteriormente, los seminomas son los tumores germinales más frecuentes. Dichas neoplasias generalmente tiene un tamaño tumoral que varía desde 1 cm hasta 5 cm, de aspecto blanquecino homogéneo, consistencia firme.

Al momento de estudiar un tumor de testículo, las características macroscópicas y marcadores serológicos nos darán una aproximación de lo que se examinará en el microscópico. La gran mayoría de los diagnósticos se arriba con los elementos antes mencionados, en caso contrario, se recurrirá a las tinciones de inmunohistoquímica como método complementario.

El propósito de este trabajo es evaluar la prevalencia de patología testicular por la cual se reciben piezas de orquipectomía en nuestro Hospital a lo largo de 14 años, y en base a eso determinar la frecuencia de neoplasias testiculares en nuestro nosocomio. Se propone además realizar una revisión bibliográfica.

MATERIALES Y METODOS

Se estudiaron 227 casos entre 2005 y junio del 2019 del servicio de Anatomía Patológica del Hospital José María Cullen de la Ciudad de Santa Fe. Se tomaron muestras representativas de las piezas estudiadas, en caso de los tumores un taco por cm, se incluyeron en parafina, y se colorearon tinciones de Hematoxilina eosina. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 20.0 y Microsoft Excel 2010.

Los criterios de exclusión incluyen biopsias incisionales y pacientes menores de 14 años.

RESULTADOS

De los 227 casos estudiados 117 correspondieron a patología no neoplásica y 110 a patología neoplásica (Grafico 1). Dentro del primer grupo se encuentran entidades traumáticas (72 casos) como la torsión testicular, infecciosas (29 casos) entre las que se destaca la orquiepididimitis, y atrofia criptorquidia (16 casos).

Con respecto al segundo grupo, los tumores más frecuentes fueron los mixtos, y la variante predominante fue la combinación de teratoma maduro y carcinoma embrionario. Los segundos en frecuencia fueron los seminomas puros, seguidos por los carcinomas embrionarios (Grafico 2). Cabe destacar la presencia de dos quistes epidermoides puros, un tumor de células de Leyding y un burnout testicular.

Con respecto a la edad de presentación, la patología no neoplásica tuvo una media de 37,6 y la neoplásica de 26,7. En cuanto al tamaño tumoral, los tumores mixtos presentaron una media de 7,9 cm con un rango entre 11,7 cm y 3,6 cm y los seminomas puros una media de 3,8 con un rango entre 1 y 5 cm.

CONCLUSIONES

La patología testicular abarca una amplia variedad de entidades. En coincidencia con la bibliografía

Citada, dentro de las patologías benignas por la cual los laboratorios de patología reciben piezas de orquiopididectomía se encuentran la torsión aguda testicular y las infecciones. Esto nos deja en claro que a dichas patologías no se les debe restar importancia, ya que sino se las detecta y trata energicamente desde su comienzo, la historia natural es la exeresis quirúrgica y con ello, todas sus complicaciones y calidad de vida por delante.

Según la última actualización de la OMS 2016, dentro de las neoplasias malignas de testículo, los tumores germinales son los más frecuentes y de ellos los seminomas de tipo clásico.

En contraposición, en nuestro servicio los tumores más frecuentes son los mixtos. Estos últimos pueden tener muchos componentes, pero lo más habitual como fue en nuestro caso es la combinación de carcinoma embrionario y teratoma maduro.

La edad de presentación de tumores malignos fue una media 26,7 años, como lo indican las guías.

Con respecto a los marcadores serológicos, los tumores no seminomatoso generalmente presentan elevación de la alfafetoproteína, principalmente en tumores del saco vitelino y los carcinomas embrionarios (72 %); la hormona coriónica humana en los coriocarcinomas se detecta en el 100 %. Esta última también puede estar elevada en un 10-20 % en los seminomas, al igual que la LDH.

Macroscópicamente los tumores mixtos son heterogéneos y de mayor tamaño que los seminomas. Estas últimas son neoplásicas pequeñas, únicas y homogéneas, con un tamaño promedio de 3 cm, mientras que los mixtos tienen una media de 6,9 cm.

Histológicamente los seminomas clásicos se caracterizan por nucleos monomorfos, amplios citoplasmas claros cargados de glucógeno que se disponen formando nidos solidos surcados por finos ejes de tejido conectivo con la presencia de linfocitos T en mayor o menor medida.

En un porcentaje no menor se observa adyacente al tumor, el origen del mismo como neoplasia germinal in situ en los túbulos seminíferos. Inmunohistoquímicamente son positivos para OCT3/4, PLAP, SALL 4 y negativos para CD30 y Citoqueratina 20.

Al examen microscópico los carcinomas embrionarios presentan células de aspecto epitelioides con citoplasma abundante basófilo y núcleo vesiculoso de cromatina pulverulenta que se disponen en patrones sólidos, glandulares y papilares entre otros. Generalmente se acompañan de necrosis, hemorragia y mayor atipia nuclear que los seminomas. Son positivos para CD 30, PLAP (más débil que el seminoma), OCT3/4 y SALL 4, y negativos para EMA y Leu M1 y CEA.

Los teratomas pueden presentar cualquier tipo de tejido derivado de las 3 capas germinales: ecto, meso o endodermo. En la mayoría de los casos presentan los 3.

La real importancia de estos tumores es evaluar la existencia de malignidad y tejido inmaduro, ya que les modifica el pronóstico y tratamiento a los pacientes.

El coriocarcinoma puro es una rareza y generalmente se presentan de manera mixta. La presencia en un patrón plexiforme de células atípicas mononucleadas de tipo citotrofoblasto, trofoblasto intermedio y células sincitiotrofoblásticas son requisitos obligatorios para el diagnóstico. Dicha células se disponen en nidos con áreas frecuentes de necrosis y hemorragia. Son positivos para hCG y GLP3.

Con respecto al tumor del saco vitelino presenta múltiples patrones siendo el más frecuente el Microquístico. Solo un 20 % presenta los cuerpos de Schiller-Duval. Son positivos para AFP, CD 117, AE1/AE3, SALL 4 y negativos para CD 30, OCT3/4 y PLAP.

Finalmente, podemos concluir que casi la mitad de la patología testicular que se recibe en nuestro servicio es de origen tumoral. Para arribar al diagnóstico del mismo, debemos tener en cuenta los múltiples elementos a disposición que tenemos, que abarcan desde la Historia Clínica del Paciente hasta los marcadores de Inmunohistoquímica. Dicho diagnóstico se debe llevar a cabo con cautela y siempre teniendo en cuenta que el tipo histológico, junto con la estadificación TNM, van a determinar el pronóstico y la terapéutica del paciente.

AGRADECIMIENTOS

Jefa de residentes de Anatomía Patológica del Hospital J.M. Cullen y residentes.

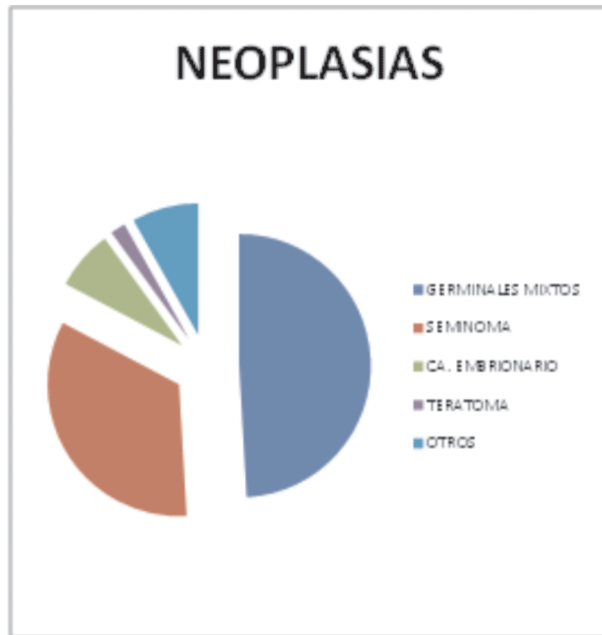


Gráfico 2. Tipos histológicos más frecuentes. El tumor de células germinales mixtos representa un 49% de la totalidad, el seminoma un 34%, el carcinoma embrionario 7%, teratoma 1,8% y otros 8,2%

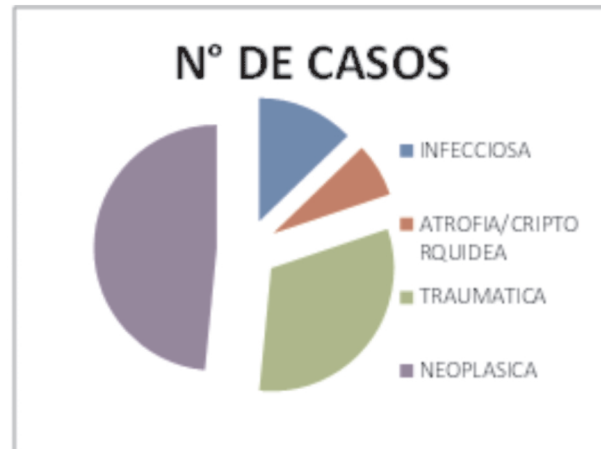


Gráfico 1. Porcentaje de casos por patologías. El color violeta representa la patología neoplásica (48,5%). El verde traumática (31,7%), azul infecciosa (12,7%) y por último el rojo, patología atrofia/criptorquidea (7,1%)

BIBLIOGRAFIA

- O. Predaa; I. Dulceyb; F. Nogalesb. Papel de los nuevos marcadores inmunohistoquímicos en los tumores de células germinales malignos gonadales. Elsevier 2012. Vol. 45. Núm. 4. páginas 195-203.
- M. Idrees; CS.Kao; JI. Epstein; TM. Ulbright. Nonchoriocarcinomatous Trophoblastic Tumors of the Testis: The Widening Spectrum of Trophoblastic Neoplasia. Am J Surg Pathol. 2015 Nov; 39 (11) :1468-78.
- H. Moch; AL. Cubilla; PA Humphrey; VE. Reuter; TM. Ulbright. The 2016 WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs-Part A: Renal, Penile, and Testicular Tumours. M. Holger; P. Humphrey; T. Ulbright; V. Reuter. WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. 4th Edition. Lyon. Eur Urol. 2016 Jul;70(1):93-105.
- A. Stang; B. Trabert; N. Wentzensen; MB. Cook; C. Rusner; JW. Oosterhuis; Gonadal and extragonadal germ cell tumours in the United States. 2012. Int J Androl. Aug;35(4):616-25.
- H. Ye; TM. Ulbright. Difficult differential diagnoses in testicular pathology. 2012. Arch Pathol Lab Med. Apr;136(4):435-46.
- P. Gonzalez. Curso largo: novedades en la clasificación de la OMS 2016 de tumores genitourinarios. 2017. SEAP-AIP Feb Pag. 1-89.
- L. Sobin; M. Gospodarowicz; C. Wittekind. TNM Classification of Malignant Tumours. 2009. UICC seventh edition. Nov; 237-266.
- J. Aparicio; P. Maroto; X. Garcia del Muro; A. Sanchez-Munoz; J. Guma; M. Margeli; A. Saenz; N. Sagastibelza; D.Castellano; JA. Arranz; D. Hervás; R. Bastus; A. Fernandez-Aramburo;J. Sastre; J. Terrasa. Prognostic factors for relapse in stage I seminoma: a new nomogram derived from three consecutive, risk-adapted studies from the Spanish Germ Cell Cancer Group. 2014. Annals of Oncology, Volume 25, Issue 11, November 2014, Pages 2173-2178.

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:
www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones

POSICIÓN SEMISENTADA EN NEUROCIRUGÍA

Semisitting position in neurosurgery

Autores:

Dr Cozzi Gaité Leonardo *, Residente de Neurocirugía 3 Año. *Hospital Provincial Dr José María Cullen, Servicio de Neurocirugía. Drleonardocozzigaite@gmail.com

Dr Román Guillermo, Neurocirujano de Planta, Referente del Departamento de Craneo.

*Hospital Provincial Dr José María Cullen, Servicio de Neurocirugía.

RESUMEN

Introducción: La posición semisentada muestra un debate abierto hasta la actualidad en neurocirugía, más allá de las numerosas ventajas objetivadas en patologías de fosa posterior se han descrito complicaciones atribuibles a este posicionamiento, lo cual motivó el desuso de la misma en la actualidad.

Objetivo: Describir la experiencia del servicio de neurocirugía del Hospital J.M Cullen con este tipo de posicionamiento, beneficios y desventajas comparadas con la bibliografía a nivel mundial a fin de guiar al neurocirujano en formación.

Desarrollo: Se describen indicaciones quirúrgicas, tipos de abordajes realizados, beneficios y complicaciones, tanto para el cirujano como para el grupo anestésico.

Discusión: Se realiza una revisión bibliográfica donde se analiza ventajas y desventajas de la posición semisentada, indicaciones, tipos de abordajes y complicaciones, comparándose las mismas con la experiencia de nuestro servicio.

Conclusión: El posicionamiento semisentado va a depender de la patología a tratar, de la experiencia y gusto del neurocirujano, pero es innegable los numerosos beneficios que ofrece para el tratamiento quirúrgico de lesiones localizadas en la fosa posterior.

Palabras clave: Posición Semisentada, Fosa Posterior, Embolismo Aéreo Venoso.

INTRODUCCIÓN

Desde 1913, cuando se realizó la primera cirugía con el paciente en posición semi sentado, comenzó un debate sobre este tipo de posicionamiento que aún continúa.

En 1928 en los E.E.U.U Frazier y Gaedner publicaron un reporte de caso, de una cirugía del Ganglio de Gasser.

A fines de la década de 1980 se descontinúa el uso de la posición por ciertas reservas de los anestesiólogos. Más recientemente (Misra, 2014) retoman la introducción y el debate de esta posición con un reporte de casos, tratados por patologías de fosa posterior haciendo hincapié en los beneficios de la misma. Se piensa que esta posición es mejor para el acceso quirúrgico a la fosa posterior o a lesiones parietales localizadas dorsalmente.

Entre las ventajas que posee este tipo de posicionamiento sería el efecto de la gravedad la cual facilita el drenaje de sangre y otros fluidos lo que permite mantener un campo quirúrgico limpio en forma constante, descenso de estructuras nerviosas sin la necesidad de retracción, un mejor retorno venoso y un mejor manejo de la presión intracraneal entre otras. Sin embargo, conlleva riesgos significativos, y estos han llevado a una reducción dramática en el número de operaciones en esta posición.

El más temido es la embolia aérea venosa (EAV) debido a la menor resistencia aérea para ingresar al sistema venoso. A su vez en pacientes portadores de foramen oval permeable (FOP), dicha condición predispone al mismo sufrir una embolia aérea paradójica, la cual es el pasaje de aire en el torrente venoso a la circulación sistémica, pudiendo presentar complicaciones cerebrales y cardiopulmonares críticas.

DESARROLLO

El siguiente trabajo nos llevó a una búsqueda bibliográfica, analizar los resultados y compararlos con la experiencia de nuestro servicio.

Se realizó un análisis retrospectivo durante el período 2017-2019, investigando historias clínicas, patologías tratadas y abordajes realizados así como también las complicaciones relacionadas con el posicionamiento del paciente.

En dicho periodo de tiempo se realizaron 12 intervenciones quirúrgicas de diferente índoles en la posición semisentada pero con diferentes abordaje (CUADRO 1)

NÚMERO DE PACIENTE	PATOLOGÍA	ABORDAJE QUIRÚRGICO
3	Schwannoma vestibular	Retrosigmoideo
2	Meningioma del foramen magno	Far Lateral
2	Descompresion Neurovascular 5 y 7 par	Retrosigmoideo
1	meningioma del APC	Retrosigmoideo
1	Cavernoma Mesencefalico	Supracerebeloso InfratrocLEAR
1	Tumor del 4 ventrículo	Telovelar
1	Malformación de Chiari	Descompresión Fosa posterior y C1
1	Hematoma en Fosa posterior	Suboccipital Lateral

En la experiencia del servicio se pudo observar que dicha posición nos permite realizar diferentes abordajes quirúrgicos, dirigidos al tratamiento de patologías localizadas en la fosa posterior y en unión craneo cervical.

En las características del posicionamiento podemos inferir que con un correcto manejo en cada paso, se puede realizar rápidamente (15 minutos promedio), sin agregar comorbilidades, con múltiples de beneficios para el anestesista y el equipo neuroquirúrgico.

DISCUSIÓN

En consonancia con el recorrido temático del trabajo, hasta la actualidad no se ha llegado a un resultado determinado ni una única opinión sobre el tema. Entre las ventajas a nivel quirúrgicas podemos mencionar el campo quirúrgico limpio, menor edema cerebeloso gracias a requerir menor retracción del mismo, mejor drenaje de LCR, disminución del sangrado intraoperatorio, descenso por gravedad de estructuras anatómicas con excelente exposición y orientación, la posibilidad de la disección bimanual.

Además tenemos ventajas anestésicas como fácil acceso del tubo endotraqueal, monitoreo de tórax, catéteres, mínima restricción ventilatoria, riesgo nulo de compresión ocular, control neurofisiológico intraoperatorio si lo requiere.

En las desventajas encontramos un campo quirúrgico alto, posición incómoda para neurocirujano, el riesgo de embolia venosa aérea, hipotensión postural, neumoencéfalo a tensión, lesión medular cervical, lesión de nervios periféricos, isquemia en MMII.

De los riesgos anteriores mencionados la embolia venosa aérea es la más grave, tiene una incidencia en un rango de 16 - 86 % según el método diagnóstico empleado para la detección de la misma (ecocardiograma transtorácico intraoperatorio, parámetros clínicos como la presión arterial sistólica (PAS) y descenso súbito de la PCO₂). Cabe mencionar que la posibilidad de presentación de una EAV puede desencadenarse en cualquier

procedimiento quirúrgico, independientemente de la posición instaurada siendo más frecuente en la semisentada. La embolia aérea venosa clínicamente significativa, es aquella que puede desencadenar una descompensación abrupta en el paciente, la misma es poco frecuente alcanzando cifras de morbilidad del 0.5 al 2 %. Esta se puede sospechar cuando se presenta en forma súbita, un descenso de la PAS de al menos 20 mmhg asociado a una disminución del Co₂ no explicado por otra causa.

CONCLUSIÓN

La posición semisentada es todavía utilizada por los neurocirujanos del mundo entero, con algunas diferencias entre los diversos países. Se conoce numerosos beneficios y riesgos que ya hemos mencionados anteriormente.

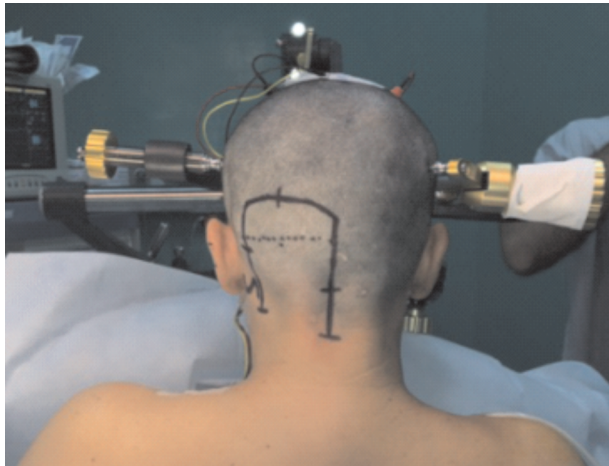
En nuestra experiencia no se presentaron casos de EAV clínicamente significativo ni embolia paradójica. La mayoría de los pacientes desarrollaron ciertos grados de neumoencéfalo, común de este posicionamiento, pero ningún caso a tensión.

Tampoco se han registrado complicaciones, como lesión de médula cervical, lesión de nervios periféricos, isquemia de miembros inferiores, etc.

Hemos notado cierta predisposición a la Hipotensión postural durante el procedimiento siendo más significativo y notable en los primeros pasos del mismo.

Por consiguiente como resultado de la búsqueda bibliográfica y nuestra propia experiencia llegamos a la conclusión de que, el posicionamiento en cuestión no conlleva a riesgos mayores comparándolo con otras posiciones tradicionalmente más aceptadas.

A nuestro entender la posición semisentada junto con un monitoreo específico para la detección de VAE (embolia venosa aérea) con el estricto protocolo anestésico e neuroquirúrgico, es segura y eficaz con mínimas complicaciones.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS SEMISITTING POSITION

1. Misra B. Neurosurgery in the semisitting position in patients with a patent foramen ovale. *Neurosurgery*. 2014;82(1-2):41-2.1.
2. Ammirati M, Lamki T, Shaw A, Forde B, Nakano I, Mani M. A streamlined protocol for the use of the semi-sitting position in neurosurgery: a report on 48 consecutive procedures. *J Clin Neurosci*. 2013;20(1):32-4.
3. Klein J, Juratli T, Weise M, Schackert G. A systematic review of the semi-sitting position in neurosurgical patients with patent foramen ovale: how frequent is paradoxical embolism?. *World Neurosurg*. 2018;115:196-00.
4. Gale T, Leslie K. Anaesthesia for neurosurgery in the sitting position. *J Clin Neurosci*. 2004;11(7):693-6.
5. Rath G, Bithal P, Chaturvedi A, Dash H. Complications related to positioning in posterior fossa craniectomy. *J Clin Neurosci*. 2007;14(6):520-5.
6. Gracia I, Fabregas N. Craniotomy in sitting position: anesthesiology management. *Current Opinion in Anaesthesiology*. 2014;27(5):474-83.
7. Saladino A, Lamperti M, Mangraviti A, Legnani F, Prada F, Casali C, et al. The semisitting position: analysis of the risks and surgical outcomes in a contemporary series of 425 adult patients undergoing cranial surgery. *J Neurosurg*. 2016;127(4):867-76.
8. Fathi A, Eshtehardi P, Meier B. Patent foramen ovale and neurosurgery in sitting position: a systematic review. *Br J Anaesth*. 2009;102(5): 588-96.
9. Gan C, King J, Maartens N. The role and safety of the sitting position in instrumented cervical surgery. *J Clin Neurosci*. 2016;25:75-8.
10. Dallier F, Roio C. Sitting position for pineal surgery: some anaesthetic considerations. *Neurochirurgie*. 2015;61(2-3):164-7.
11. Engelhardt M, Folkers W, Brenke C, Scholz M, Harders A, Fidorra H, et al. Neurosurgical operations with the patient in sitting position: analysis of risk factors using transcranial doppler sonography. *Br J Anaesth*. 2006;96(4):467-72.
12. Choque Velasquez J, Colasanti R, Resendiz Nieves J, Gonzales Echevarría K, Raj R, Jahromi B, et al. Praying sitting position for pineal region surgery: an efficient variant of a classic position in neurosurgery. *World Neurosurg*. 2018;113:604-11.
13. Leslie K, Hui R, Kaye A. Venous air embolism and the sitting position: a case series. *J Clin Neurosci*. 2006;13(4):419-22.
14. Feigl G, Decker K, Wurms M, Krischek B, Ritz R, Unertl K, et al. Neurosurgical procedures in the semisitting position: evaluation of the risk of paradoxical venous air embolism in patients with a patent foramen ovale. *World Neurosurg*. 2014;81(1):159-64.
15. Duke D, Lynch J, Harner S, Faust R, Ebersold M. Venous air embolism in sitting and supine patients undergoing vestibular schwannoma resection. *Neurosurgery*. 1998;42(6):1282-6.

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:
www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones

Embarazo adolescente. Características obstétricas y perinatales.

Canetti, Virginia; Sanchez, Agostina; Rodaro, Flavia
Hospital Dr. Jaime Ferré, Rafaela, 2019



Introducción:

Durante el año 2016 se registraron en Argentina 13,8% de nacimientos de madres menores de 19 años. Existen riesgos físicos para la gestante adolescente, como prematuridad y mayor peligro de muerte, y también diversas implicancias emocionales y psicológicas.

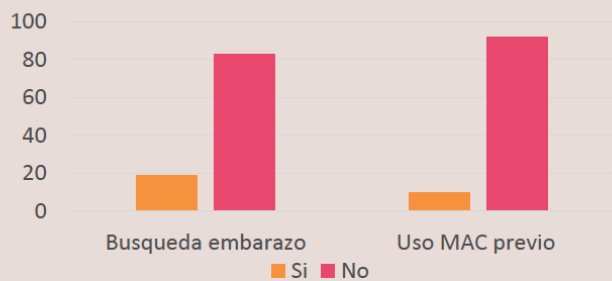
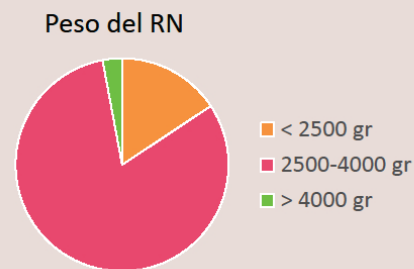
Objetivos:

- 🐦 Evaluar la prevalencia de embarazo adolescente durante el primer semestre de 2019 en el Hospital Dr. Jaime Ferré, de la ciudad de Rafaela.
- 🐦 Caracterizar variables obstétricas y perinatales de los mismos.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, utilizando como fuente de datos las historias clínicas perinatales de 102 pacientes de 10 a 19 años que han parido en dicha Institución desde el 1º de enero de 2019 al 30 de junio del corriente.

Resultados:

Durante el primer semestre hubo 531 nacimientos, de los cuales 19,2% representan nacimientos provenientes de embarazos adolescentes; 52,94% vía parto vaginal y 47% vía parto quirúrgico. Si bien la mayor parte experimentaban la maternidad por primera vez, un 23,5% ya tenía uno o más embarazos previos. 18,6% fueron recién nacidos pretérminos, y 14,7% fueron de bajo peso al nacer.



Contraste entre búsqueda de embarazo y falla en Anticoncepción

Del total de embarazos adolescentes evaluados, 81,4% no buscaban embarazo, y la mayoría, 90,2% no usaba método anticonceptivo al momento de la concepción.

Conclusión:

Se concluye que el embarazo adolescente representa un problema que exige una atención integral, desde la prevención del mismo hasta los cuidados puerperales y perinatales.



ASPECTOS GENERALES EN LA PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

Resumen de las Instrucciones para los autores

ASPECTOS GENERALES EN LA PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

Procesador WORD Doble espacio Fuente Arial 11

Hojas A4 3 cm de margen a cada lado

Primera página o portada

Titulo: castellano e inglés 22 palabras sin abreviaturas o siglas

Autores: nombre(s) y apellido(s) orden correlativo con su grado académico (Dr., Lic., etc.)

Referencia (nº, asterisco) para identificar la Institución correspondiente al primer autor

Dirección y correo electrónico de cada uno de los autores.

Debe señalarse al autor que se contactará con el CE para las notificaciones.

Gramática y estilo

Según reglas generales

Abreviaturas o siglas

Aclarar las abreviaturas y siglas la primera vez que se las usa (entre paréntesis)

Agradecimientos

Al final del texto

Bibliografía o referencias

La revista adscribe a las normas APA o Vancouver
70% de las citas deben ser de los últimos 10 años y el 30% restante entre los trabajos clave de los años anteriores.

Tablas y figuras

En hojas aparte.

Fotografías

Enviar aparte

ARTÍCULOS ORIGINALES

Estudios clínicos aleatorizados, de cohortes, caso-control, transversal, evaluaciones epidemiológicas, encuestas y revisiones sistemáticas

- Título
- Autores
- Registro de ensayos clínicos (si se necesita)
- Financiación
- Conflicto de intereses
- Patrocinador (si lo hubiere)

Característica de los resúmenes

- Extensión : 250-350 palabras
- Palabras clave al pie de cada resumen hasta cinco Términos MeSH de Pub Med y/o Descriptores en Ciencias de la Salud (deCS)
- Estructura
 - *Introducción
 - *Población y métodos
 - *Resultados
 - *Conclusiones

Redacción del manuscrito

- Extensión máxima 2500 - 3000 palabras Excluye : resúmenes bibliografía, tablas o figuras.

Formato:

Introducción

- Población y métodos
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones
- Bibliografía No mayor a 30 citas (Normas APA-Vancouver)
- Tablas y figuras Máximo 5-6
- Fotografías no mayor de 2

Estudios clínicos aleatorizados, de cohortes, caso-control, transversal, evaluaciones epidemiológicas, encuestas y revisiones sistemáticas

- Título
- Autores

COMUNICACIONES BREVES

- Descripción de observaciones
- Presentación de situaciones clínicas
- Resultados preliminares
- Tecnología médica
- Procedimientos
- Otros aspectos de interés.

La redacción y presentación del manuscrito es similar a los "Aspectos generales de la presentación del manuscrito".

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Igual al anterior pero con una serie de pacientes con un cuadro clínico poco frecuente cuya descripción tenga importancia práctica.

Crterios

- Efectos secundarios inusuales de medicamentos
- Presentación inusual de una enfermedad
- Nuevas asociaciones o variaciones en el proceso de una enfermedad.
- Presentación, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad nueva o emergente
- Una asociación inesperada entre enfermedades o síntomas
- Un evento inesperado observado en el curso clínico o el tratamiento.
- Hallazgos que arrojen nueva luz sobre la posible patogénesis de una enfermedad

Estructura

- Resumen en castellano 150-250 palabras. Palabras clave 4-5
- Relato máximo 1.200 - 1.400 palabras (excluye resúmenes, bibliografía, tablas o figuras)
- No más de 4 ilustraciones (gráficos, tablas, fotografías)
- Breve introducción, experiencias publicadas.
- Observación o cuadro clínico del paciente y finalmente discusión y comentario.

Bibliografía

- No más de 15 citas

ARTÍCULOS DE ACTUALIZACIÓN

- "Puesta al día" acerca de un tema de importancia
- Amplia revisión y actualización de una enfermedad
- Generalmente lo solicitan los editores por su actual interés
- Resumen 150 a 250 palabras Castellano - Inglés hasta 5 palabras clave
- El texto: Introducción, desarrollo, apartado de discusión o comentarios si es pertinente 2700-3500 (excluye resumen, bibliografía, tablas o figuras)
- Bibliografía lo más completa posible (hasta 75 citas) Impresas solo 7.

ARTÍCULOS ESPECIALES

- Igual a los artículos de actualización (2500-3000 palabras)
- Artículos que den continuidad a la anterior revista "Colegio y Comunidad"
- Filosofía, Ética, Antropología, Epistemología, Temas medioambientales. Culturales, psicológicos, transdisciplinario, etc.

OPINIÓN Y COMENTARIOS

- Comentarios Editoriales : sobre un artículo tratado en el mismo número de la revista y son por invitación el CE.
- Comentarios de diversos temas de interés
- Ambos máxima extensión 1300-1500 palabras (excluye referencias)
- Citas no serán más de 10.

MEDICINA PRÁCTICA

- Temas que aporten sobre aspectos prácticos de la actividad del médico. Casos pediátricos, clínicos, de la mujer, del anciano, etc.
- 2700-3500 palabras (excluye resumen, bibliografía, tablas o figuras)
- No mayor de 25 referencias

CONSENSOS Y GUÍAS

¿Cuál es su diagnóstico, que hace Ud. Después o cual es su conducta?

Primera parte

- Descripción breve (200-250 palabras)
- Un cuadro clínico con 5 opciones diagnósticas
- Una imagen

Segunda parte

- Descripción del caso clínico (100 palabras)
- Enfermedad o trastorno que corresponde al diagnóstico correcto y sus DD
- No más de 800 palabras
- No más de 2 ilustraciones y máximo de 5 citas bibliográficas.

POSTERS

400 palabras. Fotografía del panel gráfico presentado en Curso, Congreso, etc.

CARTAS AL EDITOR

400-1000 palabras 5 Citas bibliográficas