



Año VI | N° 6 | Julio de 2016

Actas Médicas Santafesinas

Revista para hacer Ciencia, escribiendo Ciencia.



COLEGIO DE MÉDICOS
1ª CIRCUNSCRIPCIÓN. SANTA FE

EMANUELE CAMO

Año VI | Nº 6 | Julio de 2016

ACTAS MÉDICAS SANTAFESINAS

MESA DIRECTIVA DEL COLEGIO
DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA
DE SANTA FE
1º CIRCUNSCRIPCIÓN
PERIODO 2015 - 2017

Presidente

Dr. Carlos Daniel Alico

Vicepresidente

Dr. Daniel Raúl Rafel

Secretario

Dr. Julio Cesar Bedini

Tesorero

Dr. Miguel Ángel Apodaca

Vocal

Dr. José María Albrecht

EDITORES

Director

Dr. Miguel Ángel Nicastro

Dr. Arturo Serrano

Dr. Guillermo Kerz

Dr. Fernando Traverso

Dr. Alejandro Mansur

SECRETARIA COMISIÓN DE EDUCACIÓN
MÉDICA DE POST-GRADO.

Mariana Montenegro

0342 - 4520176 int. 219

marianam@cmsf.org.ar

www.colmedicosantafe1.org.ar

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Juan Pablo Villarreal

vjuanpa08@gmail.com

Marcelo Exequiel Pico

exequielpicopico87@gmail.com

SUMARIO

- Pág. 4 Embarazo y salud bucal
- Pág. 8 Metástasis pancreática metacrónica de carcinoma renal *Reporte de 4 casos*
- Pág. 12 Síndrome bpes (*blefarofimosis, ptosis y epicanto inverso*) y anomalías estructurales en snc. presentación de familia afectada
- Pág. 16 La ecografía: un estudio imagenológico como complemento en la urgencia. Un recurso aplicable bajo criterio médico.
- Pág. 20 Tendinitis Calcificada del supraespino en un triatleta Senior
- Pág. 24 Abordaje videolaparoscópico en complicaciones de la colecistectomía
- Pág. 27 De la generación bisagra a la eroadolescencia
- Pág. 30 Derecho a la alimentación y obesidad



Emma Cano. "Un ángel"

Esta obra forma parte de la exposición realizada por la artista española Emma Cano "Luz en Hipocratia", retrato de la humanidad en los hospitales.

Artículo de Investigación

Embarazo y Salud Bucal

Dra. Josefina Botto

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue indagar sobre el grado de promoción y prevención de la salud bucal por parte del equipo de salud encargado de controlar el embarazo y sobre las creencias y actitudes de las mujeres embarazadas y puérperas respecto a los cambios orales producidos durante la gestación.

Los datos fueron obtenidos a través de encuestas realizadas a 200 embarazadas y puérperas que concurren a la Maternidad del Hospital J. B. Iturraspe durante los meses de setiembre y octubre de 2013.

...

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the degree of promotion and prevention of oral health by the health team responsible for monitoring pregnancy and about the beliefs and attitudes of pregnant women and new mothers about oral changes during pregnancy.

Data were obtained from surveys of 200 pregnant and postpartum women who attend the Maternity Hospital J. B. Iturraspe during the months of September and October 2013.

...

INTRODUCCIÓN

La enfermedad materna periodontal es una condición con alta prevalencia que ha sido estudiada intensamente en relación a sus consecuencias adversas durante el embarazo, incluyendo parto pretérmino, preeclampsia y bajo peso al nacer.

Aproximadamente un 40% de las mujeres embarazadas tiene alguna forma de enfermedad periodontal y la incidencia es mayor en las minorías raciales y en mujeres con bajo nivel socioeconómico.

Entre las enfermedades más comunes que pueden tener impacto en el embarazo se incluyen: caries dental, gingivitis y periodontitis.

Si no es tratada, la enfermedad periodontal implica pérdida progresiva del tejido alveolar alrededor del diente, lo que puede derivar en la pérdida de la pieza dental.

Existen en el imaginario colectivo, creencias y mitos sobre los cambios que se producen en la cavidad oral durante el embarazo. Muchas mujeres creen que «con cada embarazo, se pierde un diente» o que «la mujer embarazada no puede recibir atención odontológica por el sangrado, la medicación, la anestesia, las posibles complicaciones, etc.». Sin embargo, la mayoría de los estudios reportan que el tratamiento periodontal es seguro para la mujer embarazada. El cuidado preventivo oral es la mejor manera de prevenir enfermedades bucales y sus consecuencias en el embarazo.

El objetivo de éste trabajo fue investigar sobre la actitud del equipo de salud encargado de llevar a cabo los controles de embarazo con respecto a la promoción y prevención de la salud bucal y sobre las creencias de las mujeres embarazadas y puérperas en relación a los cambios orales producidos durante la gestación.

Palabras Clave

Embarazo, puerperio, control, salud bucal, enfermedad periodontal, riesgos, creencias, actitudes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: analítico de corte transversal

Población: la investigación se realizó en embarazadas y puerperas que consultaban y/o cursaban internación de la Maternidad del Hospital J. B. Iturraspe, en la ciudad de Santa Fe, Provincia de Santa Fe, Argentina, durante los meses de setiembre y octubre de 2013.

Todas las pacientes se incorporaron en forma voluntaria al estudio luego de una explicación acerca de las características y objetivos del mismo firmando un consentimiento informado donde otorgaban su conformidad.

Recolección de datos: fue a través de una encuesta estructurada de respuestas cerradas y de administración indirecta, que consistió en 12 preguntas agrupadas que posibilitaron conocer:

1. *Tiempo de gestación, nivel de educación alcanzado, número de hijos previos.*
2. *Derivación por parte del médico obstetra al control odontológico.*
3. *Factores que contribuyen al deterioro de piezas dentales.*
4. *Prácticas realizadas por el odontólogo durante el embarazo.*

RESULTADOS

Con respecto a las características de las entrevistadas (ver tabla 1), el 54% se encontraban cursando el puerperio inmediato, mientras que el resto cursaban la segunda mitad del embarazo. El 52% tenía estudios secundarios incompletos y el 60% tenía 1 o más hijos previos al embarazo actual. El 80% eran embarazos con más de 5 controles.

Según los datos referidos por las entrevistadas en relación a la atención odontológica durante el curso de la gestación (ver tabla 2), un 45% de las mujeres habían recibido un control odontológico durante el embarazo. Sólo un 43% del total había recibido una orden de derivación por parte de su ginecólogo/obstetra. Un 27% no asistió al control odontológico a pesar de haber recibido la derivación. De este grupo, a un 65% no se le explicó la importancia del control odontológico ni se le habló de salud bucal.

Un 59% del total de las entrevistadas refiere que no se le habló salud bucal en ninguna de las consultas con su ginecólogo/obstetra.

De aquellas embarazadas que asistieron al control odontológico, sólo un 20% debió recibir algún tipo de tratamiento o práctica invasiva.

Con respecto a los hábitos higiénico-dietéticos (tabla 3), un 77% refiere cepillar sus dientes dos o más veces por día, un 15% lo hace una vez al día y un 8% confesó no cepillarse nunca los dientes. Del grupo que no cepilla nunca sus dientes, el 41% tenía estudios secundarios incompletos y el 35% poseía estudios primarios incompletos.

Un 13% del total de las entrevistadas refirió sentir algún tipo de temor durante el embarazo al cepillarse los dientes causado en la mayoría de los casos por sangrado de las encías.

Con respecto a los hábitos dietéticos, un 71% de las entrevistadas aumentó el consumo de dulces y bebidas azucaradas durante el embarazo.

Un 18% del total refirió haber perdido piezas dentales durante el embarazo.

Con respecto a los mitos y creencias respecto a la salud

bucal de la embarazada (tabla 4), un 21% afirmó creer que cada embarazo cuesta un diente, y un 46% no cree que los problemas odontológicos puedan afectar al bebé durante el embarazo.

Con respecto a los cuidados de la boca del recién nacido, sólo un mínimo porcentaje considera necesario higienizar la boca del bebé desde el nacimiento, mientras que la mayoría cree que debe hacerlo cuando sale el primer diente o el niño ya tiene la dentadura completa. El 85% sabe que los microbios que se encuentran en su boca pueden pasar a la boca del niño.

DISCUSIÓN

La Salud Bucal es un componente de gran importancia dentro de la salud en general. Influye no solo el bienestar físico de las personas sino también en el bienestar psicológico (autoestima) y social (comunicación y relaciones sociales).

Es conocida la alta prevalencia de la enfermedad periodontal en el embarazo y sus consecuencias. Sin embargo vemos que los agentes sanitarios no son conscientes de esto, lo cual queda demostrado en este trabajo por el bajo porcentaje de derivaciones por parte del ginecólogo/obstetra al control odontológico. Sólo un mínimo porcentaje de mujeres que habían sido derivadas no asistió al mismo. Sin embargo vemos que la mayoría de los profesionales extiende una derivación si hablar con la paciente de hábitos saludables ni se le explica la importancia que tiene este control. La comunicación implica un proceso de retroalimentación, donde el emisor transmite un mensaje y el receptor decodifica y responde. Si el médico es el único que habla o el que predomina enviando mensajes, no hay comunicación o esta es deficiente. El enfermo tiene derecho a un trato digno y amable, a que se le explique su condición. La sola actitud del médico influye en la respuesta de la paciente a los consejos y recomendaciones brindadas y puede generar confianza y positivismo o rechazo y negativismo. A pesar de que se reconoce la importancia de éste tipo de diálogo, aún no se le da la relevancia necesaria a la formación comunicativa de los médicos. La mejora de la comunicación interpersonal entre el médico y el paciente, no sólo beneficiaría a ambos sino que también repercutiría en la administración de la sanidad pública, evitando complicaciones y reduciendo gastos.

Si bien la mayoría de las mujeres encuestadas refieren hábitos de higiene saludables, es preocupante que exista un grupo minoritario que aún desconoce las pautas mínimas de limpieza y cuidado bucal. En el presente estudio se evidencia la relación entre este déficit y la falta de escolarización y muy probablemente la falta de programas de educación para la salud. Los hábitos de higiene deben adquirirse desde la infancia y tanto pediatras como odontólogos, padres y docentes deben trabajar en conjunto para lograrlo.

Así mismo se evidencia en éste estudio la falta de hábitos dietéticos saludables, ya que se ha encontrado un alto porcentaje de mujeres que confesaron un mayor consumo de azúcares durante el embarazo. Los azúcares y otros carbohidratos fermentables, luego de ser hidrolizados por la amilasa salival, proveen el sustrato para la actividad de las bacterias orales. Como resultado se produce la desminera-

lización del diente. Una dieta saludable, baja en hidratos de carbono simples, contribuye a la integridad dental.

También se advierte la presencia de mitos y creencias erróneas con respecto al embarazo y su impacto en la salud bucal. Un porcentaje minoritario pero significativo atribuyó al embarazo la pérdida de piezas dentales y una gran cantidad de mujeres desconocen el impacto que tiene la enfermedad periodontal en el embarazo. La enfermedad materna periodontal es una condición con alta prevalencia que ha sido estudiada intensamente en relación a sus consecuencias adversas durante el embarazo, incluyendo parto pretérmino, preeclampsia y bajo peso al nacer. Algunas mujeres embarazadas consideran que no es seguro concurrir al odontólogo durante el embarazo y posponen el control y el tratamiento para luego del nacimiento. Pero a ese punto, el acceso al cuidado odontológico se encuentra limitado debido al cuidado del niño y a la falta de tiempo o de posibilidades económicas. El mito de que ocurre descalcificación de los dientes de las gestantes

para suplementar minerales en el crecimiento fetal, parece no tener soporte científico.

También se evidencia en este trabajo la falta de conocimiento sobre cuándo se debe comenzar la higiene bucal del recién nacido, lo que evidencia que la educación y la promoción del cuidado odontológico no debe quedar en el control prenatal, sino que debe extenderse en el puerperio y en el control de salud del recién nacido.

CONCLUSIONES

Esta investigación tiene como finalidad que los profesionales encargados del control y el cuidado perinatal tomen conciencia de la importancia de la salud y el control odontológico y trabajemos en conjunto con odontólogos, pediatras, docentes y agentes del estado encargados de la promoción y prevención de la salud para crear redes de trabajo comunitarias que permitan mejorar la calidad de vida y modificar aquellas situaciones que atentan contra la salud y el bienestar de la población.

BIBLIOGRAFÍA

Antonio Cecilio Pérez Oviedo, Miriela Betancourt Valladares, Nelia Espeso Nápoles, Madelín Miranda Naranjo, Beatriz González Barreras. **Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo.** *www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol48_2_11/est02211.htm* [en línea].

David A. Albert, DDS, MPH, Melissa D. Begg, ScD, Howard F. Andrews, PhD, Sharifa Z. Williams, MPH, Angela Ward, RDH, MA, Mary Lee Conicella, DMD, Virginia Rauh, ScD, Janet L. Thomson, RPh, and Panos N. Papapanou, DDS, PhD. **An Examination of Periodontal Treatment, Dental Care, and Pregnancy Outcomes in an Insured Population in the United States.** *Am J Public Health.* 2011 January; 101(1): 151-156. [Pubmed]

González Sanz AM, González Nieto BA, González Nieto E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutr Hosp.* 2013 Jul;28 Suppl 4:64-71. doi: 10.3305/nh.2013.28.sup4.6798 [Pubmed]

Haydée C. de Casaretto- Karina Mayocchi. **Limpieza bucal en el primer año de vida.** *http://www.omi.org.ar/profesionales_publicacion6.html.* [en línea]

Jean-Noel Vergnes, Monique Kaminski, Nathalie Le-long, Anne-Marie Musset, Michel Sixou, Cathy Nabet, and for the EPIPAP group. **Frequency and Risk Indicators of Tooth Decay among Pregnant Women in France: A Cross-Sectional Analysis.** *PLoS One.* 2012; 7(5): e33296. Published online 2012 May 7. [Pubmed]

J. Paulander, P. Axelsson, J. Lindhe. **Association between level of education and oral health status in 35-, 50-, 65- and 75-year-olds.** *Journal of Clinical Periodontology* Volume 30, Issue 8, pages 697-704, August 2003 [Pubmed]

María S. Outes, Beatriz Fernández Iriarte y Mariano Trungadi. Prevención y control: subprograma de salud bucal para embarazadas. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, vol. 23, núm. 4, 2004, pp. 161-162 [Redalyc.org]

O. Huck, H. Tenenbaum, and J.-L. Davideau. **Relations-**

hip between Periodontal Diseases and Preterm Birth: Recent Epidemiological and Biological Data. *J Pregnancy.* 2011; 2011: 164654. [Pubmed]

Sindhu K. Srinivas, M.D., MSCE and Samuel Parry. **Periodontal Disease and Pregnancy Outcomes: Time to Move On?** *J Womens Health (Larchmt).* 2012 February; 21(2): 121-125. [Pubmed]

S.L. Russell, J.R. Ickovics and R.A. Yaffee. **Parity & Untreated Dental Caries in US Women.** *J Dent Res.* 2010 October; 89(10): 1091-1096. [Pubmed] S. Sahoo, D Singh, V Khanna, and A Agrawal. **Oral Health in Pregnancy: Old problem, New Findings Yet More Predicaments.** *Ann Med Health Sci Res.* 2013 Jul-Sep; 3(3): 467. [Pubmed]

Riva Touger-Decker and Cor van Loveren. **Sugars and dental caries.** *Am J Clin Nutr* October 2003 vol. 78 no. 4 881S-892S [Pubmed]

.....
Tablas

Tabla 1. Antecedentes Obstétricos y Características Generales de las Entrevistadas.

Edad gestacional	n	%
>20 semanas	97	46
Puerperio inmediato	107	54
Estudios	n	%
Ninguno	1	<1
Primario incompletos	15	7
Primario completos	28	14
Secundario incompleto	103	52
Secundario completo	43	22
Terciario o univ. incompleto	6	3
Terciario o univ. completo	4	2
Nº de hijos previos	n	%
Ninguno	80	40
1 o más	120	60
Nº de controles de embarazo	n	%
Ninguno	1	<1
1 control	5	2
2 a 4 controles	35	18
5 o más controles	159	80

Tabla 3. Datos referidos a los hábitos higiénico-dietéticos de la mujer embarazada.

Frecuencia de cepillado	n	%
Nunca	17	8
A vez por día	29	15
2 o más veces por día	154	77
Manifestaron sentir temor al cepillado de dientes	n	%
Sí	27	13
No	173	87
Causas de temor al cepillado dental	n	%
Sangrado	15	55
Dolor	10	37
Aumento de la sensibilidad	1	4
Otras	1	4
Refirieron aumento del consumo de dulces y bebidas azucaradas	n	%
Sí	71	199
No	29	81
Refirieron pérdida de piezas dentales durante el embarazo	n	%
Sí	37	18
No	163	82

Tabla 2. Datos referidos a la atención odontológica durante el curso de la gestación.

Realizaron control odontológico	n	%
Sí	91	45
No	109	55
Recibieron orden de derivación de su ginecólogo/obstetra	n	%
Sí	86	43
No	114	57
Mujeres derivadas que:	n	%
Asistieron al control odontológico	63	73
No asistieron al control odontológico	23	27
Se les habló de salud bucal en los controles prenatales	n	%
Sí	78	41
No	114	59
Mujeres derivadas que no asistieron al control odontológico	n	%
A las que se le habló de salud bucal	8	35
A las que no se les habló de salud bucal	15	65
Debieron recibir algún tipo de práctica o tratamiento odontológico	n	%
Sí	40	20
No	160	80

Tabla 4. Datos referidos a los mitos y creencias respecto a la salud bucal de la mujer embarazada.

Mujeres que creen que cada embarazo cuesta un diente	n	%
Sí	42	21
No	158	79
Mujeres que creen que los problemas odontológicos de la madre pueden afectar el bienestar del bebé durante el embarazo	n	%
Sí	109	54
No	91	46
A partir de cuándo cree que es necesario limpiar la boca de su hijo	n	%
Desde el nacimiento	25	12
Desde que sale el primer diente	71	36
Cuando tiene la dentadura completa	60	30
Cuando el niño tenga la habilidad para realizarlo solo	44	22
Los microbios que se encuentran en la boca de los padres no pueden pasar a la boca de los hijos	n	%
Verdadero	31	15
Falso	169	85

Metástasis pancreática metacrónica de carcinoma renal

Reporte de 4 casos

Dr. Ángel L Pierini
Jefe de Servicios M.A.A.C.
Dr. Leandro Pierini
Cirujano De planta M.A.A.C.
Dr. Guillermo Ruiz
Instructor de Residente M.A.A.C.
Dr. Francisco Aguilar (H)
Jefe de Residentes M.A.A.C.
Dr. Mariano G. Etcheverry
Residente 3º año M.A.A.C

Servicio de Cirugía General Mixta
Hospital Iturraspe | Santa Fe - Argentina

RESUMEN

La enfermedad metastásica en el páncreas es una entidad rara, y el tumor primario más común que la produce es el Carcinoma renal. Se realizó un estudio retrospectivo multivariado observacional en un Hospital de tercer nivel de complejidad, durante el período comprendido entre enero del 2005 y diciembre de 2014. Se analizaron los registros anatómo-patológicos y clínicos de los pacientes que luego de haber sido intervenidos por una neoplasia renal, hayan sufrido posteriormente una cirugía sobre la glándula pancreática. De 177 nefrectomías se obtuvieron 4 pacientes con esas características, de los cuales todos resultaron ser metástasis pancreática de Carcinoma renal (2,25%). En todos los casos se realizó cirugía como único tratamiento. Hasta la fecha 3 de los 4 pacientes permanecen vivos y libres de enfermedad. La resección pancreática por metástasis de un tumor de células claras renal puede realizarse con una morbi-mortalidad aceptable, teniendo un beneficio comprobado en términos de supervivencia del paciente.

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía radical es la piedra angular del tratamiento para el carcinoma unilateral de origen renal, contando con un riñón contralateral funcionando⁶⁻⁷. Sin embargo es importante tener en cuenta que del 20 al 30% de los pacientes con enfermedad localizada tendrán una recaída después de la nefrectomía radical Ro⁶⁻⁷, siendo el 5% a nivel local y un 50-60% a nivel pulmonar.⁷ El desarrollo de metástasis de dicho tumor se manifiesta más frecuentemente en pulmones⁶⁻⁷ y a nivel pancreático es una entidad poco frecuente.¹⁻²⁻⁹

La mediana de tiempo antes de una recaída a nivel pancreático después de la nefrectomía es aproximadamente de 8,6 a 13,3 años según la serie¹⁻⁵⁻⁶, y cuando es menor a 2 años presenta un pronóstico desfavorable¹⁻²⁻⁷⁻¹¹.

La enfermedad metastásica en el órgano pancreático representa aproximadamente el 2% de todas las lesiones neoplásicas pancreáticas¹⁻²⁻⁵, siendo el Carcinoma renal (CR) el más frecuente¹⁻¹¹⁻¹⁴

Si bien la resección de la metástasis pancreática por CR tiene un beneficio comprobado en términos de supervivencia del paciente¹⁻²⁻³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁸⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹⁵, la quimioterapia, la inmunoterapia y la radioterapia no poseen efectividad comprobada para este tipo de tumores¹⁻⁵⁻⁷⁻⁸⁻¹¹.

El objetivo del presente trabajo es reportar 4 nuevos casos de metástasis pancreática metacrónica de CR describiendo cada caso particular y su posterior resolución.

MATERIALES Y METODOS

En un Hospital de tercer nivel de complejidad, durante el período comprendido entre enero del 2005 y diciembre de 2014, se analizaron retrospectivamente los registros anatómo-patológicos y clínicos de los pacientes que luego de haber sido intervenidos por una neoplasia renal, hayan sufrido posteriormente una cirugía sobre la glándula pancreática. Se obtuvieron un total de 4 pacientes, de los cuales todos se trataban de metástasis de CR.

Se recopiló información referente a la edad, sexo, comorbilidades, diagnóstico, tiempo de aparición de la metástasis luego de la nefrectomía, biopsias de las piezas quirúrgicas, tratamiento realizado, morbi-mortalidad y seguimiento.

Palabras Clave

Riñón, páncreas, carcinoma, metástasis.

MATERIALES Y METODOS

En un Hospital de tercer nivel de complejidad, durante el período comprendido entre enero del 2005 y diciembre de 2014, se analizaron retrospectivamente los registros anatómo-patológicos y clínicos de los pacientes que luego de haber sido intervenidos por una neoplasia renal, hayan sufrido posteriormente una cirugía sobre la glándula pancreática. Se obtuvieron un total de 4 pacientes, de los cuales todos se trataban de metástasis de CR.

Se recopiló información referente a la edad, sexo, comorbilidades, diagnóstico, tiempo de aparición de la metástasis luego de la nefrectomía, biopsias de las piezas quirúrgicas, tratamiento realizado, morbi-mortalidad y seguimiento.

RESULTADOS

En nuestro centro, durante el período analizado, se realizaron 177 nefrectomías radicales por CR de las cuales 4 han recidivado a nivel pancreático (2,25%), siendo todas metástasis metacrónicas.

La edad promedio fue de 58,7 años (45-72) y predominó el sexo femenino (3:1). Uno de los casos presentó sólo HTA, otro de ellos HTA asociada a depresión, el tercer caso sólo depresión y el restante HTA y CA de Ovario (Tabla 1).

En los 4 casos presentados se realizó nefrectomía radical por Carcinoma de Células Claras. En todos, la cirugía fue RO y el riñón afectado fue el izquierdo en 3 casos y el derecho en el restante. Tres de los pacientes presentaron Estadío II al momento de la nefrectomía y Estadío I el restante.

El diagnóstico de la recidiva pancreática fue durante el Follow-up en 2 pacientes y por dolor abdominal en los restantes. El promedio del tiempo que transcurrió entre la nefrectomía y la aparición de la metástasis pancreática fue de 84 meses (41-148).

Los métodos de imágenes empleados fueron la ecografía y la TAC; y en ninguno de los casos se obtuvo muestra histológica previa a la cirugía. Las lesiones se localizaron en cabeza, cuerpo y cola pancreática (Fig. 1)

En todos los casos se realizó cirugía: en 1 caso duodeno pancreatectomía cefálica, el cual falleció en el posoperatorio inmediato, en otro caso pancreatectomía corporo-caudal + esplenectomía, la cual no sufrió morbilidad alguna, en el tercer caso pancreatectomía central + pancreato-yeyuno anastomosis, la cual sufrió una fistula de bajo débito en el posoperatorio y por último se realizó enucleación de la formación en el caso restante (Fig. 2), la cual tampoco sufrió morbilidad. Todas las biopsias evidenciaron metástasis pancreática de Carcinoma de Células Claras (Fig. 3). Tres de ellas con metástasis única y la restante con metástasis múltiple.

Tras la resección de la metástasis ningún paciente recibió adyuvancia y hasta la fecha los 3 pacientes que soportaron la cirugía permanecen vivos y libres de enfermedad, si bien el seguimiento es de muy corto tiempo (un caso 9 meses, otro 3 meses y el restante 6 meses pos resección pancreática).

DISCUSIÓN

La enfermedad metastásica en el órgano pancreático es una enfermedad poco frecuente ya que representa en estudios clínicos, sólo el 2-3% de todos los tumores a dicho

nivel¹⁻²⁻⁵⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹⁵. El foco primario más frecuente de esta enfermedad es el CR, seguido por el Cáncer Colo-rectal, el Melanoma, el Cáncer de Mama, el Carcinoma de Pulmón y el Sarcoma (el orden de frecuencia cambia según la serie)¹⁻⁸⁻¹⁰⁻¹¹.

La metástasis pancreática se puede presentar de forma sincrónica (15-27%¹⁻⁴⁻⁶) o más frecuentemente, metacrónica¹. Se han descrito largos intervalos desde la nefrectomía hasta la aparición de la metástasis (hasta 27-29 años¹⁻²⁻⁵), esto indica un patrón biológico de crecimiento lento¹⁻¹⁰, lo que implica la realización de un follow-up prolongado, no menor a 10 años¹⁻²⁻⁶⁻¹⁰⁻¹¹. No existe evidencia que la localización y el estadío del tumor primario influyan sobre su comportamiento metastásico⁶⁻¹¹, pero sí está demostrado que un intervalo libre de tumor menor a 2 años implica un peor pronóstico¹⁻²⁻⁷⁻¹¹.

Si bien no hay consenso, en general es una enfermedad que se diagnostica como metástasis única y asintomática a pesar de que pueden ser múltiples y existir síntomas inespecíficos o indistinguibles de otros tumores pancreáticos¹⁻²⁻⁵⁻⁶⁻⁸⁻¹¹.

Ante la presencia de un tumor pancreático en un paciente con antecedente de una enfermedad maligna, se debe sospechar enfermedad metastásica.

Con respecto a las imágenes, la ecografía abdominal es un método donde se puede identificar correctamente los nódulos bien delimitados e hipoeoicos respecto al parénquima pancreático, característicos de esta enfermedad⁴⁻⁵⁻⁶. La Tomografía Axial Computada (TAC) Multislice también permite un adecuado acercamiento diagnóstico. En ella, las metástasis pancreáticas de CR aparecen como lesiones hipervascularizadas que si bien no es patognomónico de esta entidad, difiere del adenocarcinoma de páncreas que típicamente se encuentra como un tumor hipovascular¹⁻²⁻⁴⁻⁵⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹⁵. La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) no brinda información adicional a la TAC⁶. El rol del FDG/PET puede ser de utilidad para descartar metástasis insospechadas⁴⁻⁵⁻¹¹ y el OctreoScan[®] no siempre puede diferenciar entre un tumor neuroendocrino y un tumor de otra etiología¹⁻⁶. Por último el uso de la Ecoendoscopia es otro método que posee una alta sensibilidad para el diagnóstico de tumores pancreáticos, especialmente pequeños⁸⁻¹⁰⁻¹¹. Brinda la posibilidad de obtener muestra histológica, la cual en general no es necesaria para el diagnóstico y sólo es útil en casos controversiales¹⁻⁵⁻¹¹⁻¹⁵.

A pesar de que la metástasis pancreática del CR presenta un buen pronóstico con respecto a otros tumores metastásicos pancreáticos, la cirugía resectiva está indicada en todos los casos que no exista extensión extrapancreática, en los que técnicamente la lesión sea resecable y cuando no existan comorbilidades que la contraindiquen¹⁻²⁻³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁸⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹⁵.

La quimioterapia, la inmunoterapia y la radioterapia no han demostrado efectividad en este tipo de tumor¹⁻⁵⁻¹¹. Existen trabajos donde anticuerpos monoclonales como el bevacizumab, el sorafenib o el sinitinib han mostrado resultados alentadores¹⁻⁸⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴, siendo este último de elección asociado a Interferón (IFN) como primera línea terapéutica en pacientes con pronóstico favorable.¹¹

BIBLIOGRAFÍA

1. Cosimo Sperti, Lucia Moletta, Giuseppe Patanè. «**Metastatic tumors to the pancreas: The role of surgery**». World J Gastrointest Oncol 2014 October 15; 6(10): 381-392.
2. Ricardo Espinoza G, Ricardo Rossi F, Ricardo Rossi M, Helmar Rosenberg G. «**Metástasis pancreática metacrónica de un carcinoma de células renales. Tres nuevos casos**». Rev.Méd.Chile. Vol.129 Nro.1- Jan. 2001
3. Dr. José Carlos Montero y Mota, Dr. Jaime Macedo Ramírez, Dr. Teodoro González Díaz. «**Metástasis pancreática que se presenta 10 años después de nefrectomía por cáncer renal**». Asoc. Mex. Cir. Gral. Vol. 26 Nro.2 - Abril-Junio 2004.
4. J. M. Ramia, K. Muffak, J. Villar, A. Mansilla, D. Garrote y J. A. Ferrón. «**Metástasis pancreática tardía de cáncer renal**». Rev. Esp. Enferm. Dig. 2004; 96(6): 428-431.
5. Inmaculada Ruiz Montesinos, Sara Arévalo Lobera, Raúl Jiménez Agüero, Adelaida La Casta Muñoa, Xabier Arteaga Martin, Larraitz Egaña Otaño, Miguel Angel Medrano Gómez, Ane Areizaga Albusua, Adolfo Beguiristain Gómez, Izaskun Markinez Cordobil. «**Metástasis pancreáticas por carcinoma renal. Nuestra casuística y revisión de la literatura**». Donostia Oncology Vol. 1, Núm.1 Mayo 2014 pp. 61 71
6. Matthias Schauer, Holger Vogelsang And Joerg Ruediger Siewert. «**Pancreatic Resection for Metastatic Renal Cell Carcinoma:A Single Center Experience and Review of the Literature**». Anticancer Research 28: 361-366 (2008)
7. Robert J. Motzer, M.D., Neilh. Bander, M.D., and David M. Nanus. «**Renal-Cell Carcinoma - Review Article**». The New England Journal Of Medicine. Volume 335 Number 12: 865-875 – 1996.
8. Norman Oneil Machado, Pradeep Chopra. «**Pancreatic Metastasis from Renal Carcinoma Managed by Whipple Resection. A Case Report and Literature Review of Metastatic Pattern, Surgical Management and Outcome**». JOP. J Pancreas (Online) 2009 Jul 6; 10(4):413-418.
9. Nakamura E, Shimizu M, Itoh , Manabe T. «**Secondary tumors of the pancreas: clinicopathological study of 103 autopsy cases of Japanese patients**». Pathol Int. 2001 Sep; 51(9):686-90.
10. Abdallah Moussa, Emmanuel Mitry, Pascal Hammel, Alain Sauvanet, Tania Nassif, Laurent Palazzo, David Malka, Jean-Charles Delchier, Catherine Buffet, Stanislas Chaussade, Thomas Aparicio, Philippe Lasser, Philippe Rougier, Gilles Lesur. «**Pancreatic metastases: a multicentric study of 22 patients**». Gastroentérologie Clinique et Biologique. Vol 28, N° 10 - octobre 2004 - pp. 872-876
11. Roberto Ballarin, Mario Spaggiari, Nicola Cautero, Nicola De Ruvo, Roberto Montalti, Cristina Longo, Anna Pechi, Patrizia Giacobazzi, Giuseppina De Marco, Giuseppe D'Amico, Giorgio Enrico Gerunda, Fabrizio Di Benedetto. «**Pancreatic metastases from renal cell carcinoma: The state of the art**». World J Gastroenterol 2011 November 21; 17(43): 4747-4756.
12. Fishman MN, Tomshine J, Fulp WJ, Foreman PK (2015) «**A Systematic Review of the Efficacy and Safety Experience Reported for Sorafenib in Advanced Renal Cell Carcinoma (RCC) in the Post-Approval Setting**». PLoS ONE 10(4):e0120877. doi:10.1371/ journal.pone.0120877
13. Luis Chara, Beatriz Rodríguez, Esther Holgado, Natalia Ramírez, Isabel Fernández-Rañada, Nicolás Mohedano, Alberto Arcediano, Inés García, Javier Cassinello. «**An Unusual Metastatic Renal Cell Carcinoma with Maintained Complete Response to Sunitinib Treatment**». Case Rep Oncol 2011;4:583–586 DOI: 10.1159/000335016
14. Salvatore Lauro, Elisa Concetta Onesti, Riccardo Righini, Francesco Carbonetti, Antonio Cremona, and Paolo Marchetti. «**A Synchronous Pancreatic Metastasis from Renal Clear Cell Carcinoma, with Unusual CT Characteristics, Completely Regressed after Therapy with Sunitinib**». Hindawi Publishing Corporation. Case Reports in Medicine Volume 2014, Article ID 473431, 6 pages.
15. Hussein Hassan Okasha, Emad Hamza Al-Gemeie, and Reem Ezzat Mahdy. «**Solitary Pancreatic Metastasis from Renal Cell Carcinoma 6 Years after Nephrectomy**». Endosc Ultrasound. 2013 Oct-Dec; 2(4): 222–224.

Declaración de conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses

.....
Tabla y figura

Tabla 1

Caso	1	2	3	4
Edad (Nefrectomía)	60 años	45 años	58 años	72 años
Sexo	Masculino	Femenino	Femenino	Femenino
AM	HTA (Enalapril)	HTA (Enalapril) - Depresión (Fluoxetina)	Depresión (Paroxetina)	HTA (Enalapril) - CA Ovario
AQ	Colecistectomía convencional	Histerectomía	Ninguno	Anexohisterectomía
Nefrectomía	Nefrectomía radical Ro (09/2007)	Nefrectomía radical Ro (01/2011)	Nefrectomía radical Ro (03/2005)	Nefrectomía radical Ro (06/2002)
Estadio (Nefrectomía)	II	II	II	I
Riñón afectado	Izquierdo	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Intervalo de aparición MTT	42 meses	41 meses	106 meses	148 meses
Diagnóstico de la MTT	Follow Up	Follow Up	Dolor epigástrico	Dolor hipocondrio derecho
Localización de la MTT	Cabeza Pancreática	Cuerpo y Cola Pancreática	Cuerpo Pancreático	Cuerpo Pancreático
Cirugía de la MTT	Duodenopancreatectomía Cefálica (03/2011)	Pancreatectomía corpo-ro-caudal (05/2014)	Pancreatectomía central (01/2015)	Enucleación (10/2014)
Tamaño de la MTT (cm)	2,3	3,4 - 1,1 y 0,4	2,5	2,5
MTT única o múltiple	Única	Múltiple	Única	Única
Morbilidad	PCR en el posoperatorio	Ninguna	Fístula pancreática de bajo débito	Ninguna
Seguimiento	Fallecido	Alta al 5° DPO	Alta al 9° DPO	Alta al 4° DPO

AM: Antecedentes Médicos, AQ: Antecedentes quirúrgicos, HTA: Hipertensión Arterial, MTT: Metástasis, PCR: Paro Cardio-Respiratorio, DPO: Día pos-operatorio, CA: Cistoadenocarcinoma

Figura 1. TAC de caso numero 3 (Corte Axial).
 Flecha: formación pancreática.

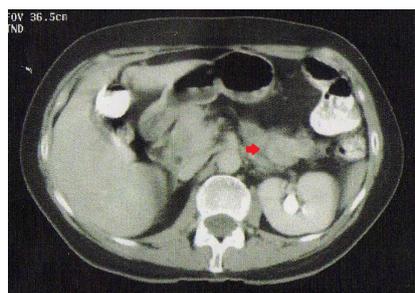


Fig 2. Pieza quirúrgica de enucleación de formación pancreática.

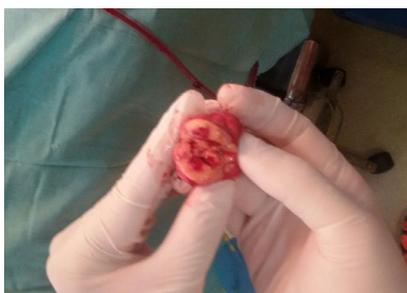
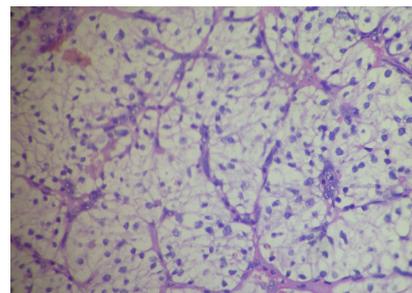


Fig 3. Carcinoma de Celulas Claras (40x).



Síndrome BPES (blefarofimosis, ptosis y epicanto inverso) y anomalías estructurales en snc. presentación de familia afectada

BPES syndrome (blepharophimosis, ptosis and epicanthus inversus) and structural failure in cns. presentation of family involved

José Alberto Angemi: Médico Especialista Jerarquizado en Psiquiatría. Magister en Psicoimmunoneuroendocrinología. Psiquiatra del Hospital Santa Rosa. Chajarí. Entre Ríos. Director médico Clínica Psiquiátrica San José. Concordia. Entre Ríos. Ex Vicepresidente y actual Vocal del Capítulo de Psiquiatría Infanto-juvenil. APSA.

Carlos Casal: Médico concurrente servicio de Internación, Clínica San José de Concordia y de consultorios externos de Psiquiatría, Hospital Santa Rosa, Chajarí.

Información para contacto:
José Alberto Angemi.
Rivadavia 547 - Concordia|Entre Ríos (3200)
TEL/FAX: 0345-4226479.
Mail: jangemi@gmail.com

Palabras Clave

Agenesia del cuerpo calloso, FOXL2, Síndrome BPES, Trastorno del desarrollo intelectual.

Agenesia del cuerpo calloso, FOXL2, Síndrome BPES, Trastorno del desarrollo intelectual.

RESUMEN

El Síndrome de blefarofimosis, ptosis y epicanto inverso (BPES) es una condición genética rara, de presentación esporádica y transmitida genéticamente de forma autosómica dominante (gen FOXL2).

Incluye cuatro criterios obligatorios: blefarofimosis, ptosis, epicanto inverso y telecantho.

Existen dos tipos: I (que incluye los casos con insuficiencia ovárica prematura) y II (sin esa característica).

Casos clínicos: Se describen tres miembros de una familia afectados de BPES (padre y dos hijos), con trastornos del desarrollo intelectual y agenesia del cuerpo calloso con dilatación ventricular en el paciente de siete años.

Conclusiones: El Síndrome BPES es poco común (prevalencia no establecida en forma certera) y menos aún las alteraciones concomitantes en SNC y cognitivas registradas en la bibliografía.

Considerando la búsqueda realizada en bases de datos Medline, Plos One, Lilacs, Google Scholar y Scopus, nuestro caso de BPES más agenesia del cuerpo calloso cuenta con un solo antecedente en la literatura médica mundial.

Se destaca la importancia de realizar diagnósticos médicos integrales en las consultas psiquiátricas de atención primaria.

...

SUMMARY

Blepharophimosis-ptosis-epicanthus syndrome (BPES) is a rare genetic condition occurring sporadically and transmitted by autosomal dominant inheritance (FOXL2 gene).

Includes four mandatory criteria: blepharophimosis, ptosis, epicanthus inversus and telecanthus.

There are two types: I (including cases with premature ovarian failure) and II (without this feature).

Case Reports: Three members of a family affected BPES (father and two children) with impaired intellectual development and agenesia of the corpus callosum with ventricular dilatation in patients seven years are described.

Conclusions: BPES Syndrome is rare (prevalence not established as accurate) and even less concomitant alterations in CNS and cognitive recorded in the literature.

Whereas the search in Medline, Plos One, Lilacs, Google Scholar and Scopus, our case BPES more agenesia of the corpus callosum has only one precedent in the medical literature.

The importance of comprehensive medical psychiatric diagnoses in primary care is emphasized.

Key words: agenesia of the corpus callosum, BPES, FOXL2, Impaired intellectual development

...

INTRODUCCIÓN

El Síndrome BPES es una malformación palpebral compleja que incluye cuatro criterios obligatorios: blefarofimosis, ptosis, epicanto inverso y telecanto.

La primera descripción en la literatura data de 1875, realizada por Von Galezowski.¹

Zlotogora et al (1983)² lo clasifican en dos tipos: I (que incluye los casos con insuficiencia ovárica prematura, POF por sus siglas en inglés) y II (sin esa característica).

Puede asociarse a anomalías en el ductus lagrimal, ambliopía, estrabismo, anomalías refractarias, puente nasal ancho, orejas de implantación baja y surco nasolabial corto.

Su herencia es autosómica dominante de penetrancia completa en el tipo I e incompleta en el II, involucrando al gen FOXL2, detectándose translocaciones y deleciones en región cromosómica 3q23, siendo un 50% mutaciones de novo.³

Otras supresiones fuera del gen FOXL2 representan alrededor del 5% del defecto genético de BPES.⁴

Para realizar el diagnóstico bastan las características clínicas principales.

Su prevalencia es desconocida.

Con respecto al aspecto endocrinológico, Lim et al⁵ especificaron que la entidad BPES I descansa en la tríada: a) valores altos de gonadotropinas endógenas; b) presencia normal y habitual de folículos ováricos y c) hiporreactividad de los ovarios a las gonadotropinas exógenas.

El gen FOXL2 codifica un factor de transcripción (Forkhead), que induce una transdiferenciación somática de ovario en testículos en ratones adultos (función antitestículo). Esto cambia la visión sobre el ovario y testículo como órganos terminales diferenciados en mamíferos adultos, lo que podría tener implicancias para la comprensión y tratamiento de condiciones tales como insuficiencia ovárica prematura (POF) y el síndrome de ovario poliquístico.⁶

Además FOXL2 es fuertemente expresado en células foliculares adultas lo que sugiere no sólo un papel en la diferenciación de células somáticas de ovario sino también en la vida fértil femenina en el desarrollo y mantenimiento folicular. La expresión FOXL2 también se ha demostrado en la pituitaria en desarrollo y en células gonadotróficas y tirotróficas de la pituitaria de adultos, lo que sugiere una participación en la organogénesis pituitaria.⁷

Alteraciones en la expresión de FOXL2 está involucrada en los tumores de células de la granulosa (que representan menos del 5% de todos los cánceres de ovario), hirsutismo y queloides (regulando la expresión del GNRH, metabolismo del colesterol y esteroideogénesis).⁸

CASOS CLÍNICOS

Se presenta a consulta un niño de 7 años de edad, diestro, derivado por dificultades de aprendizaje, sin alteraciones conductuales. Al examen físico presenta blefarofimosis bilateral, ptosis palpebral (también bilateral), epicantus inverso y telecanto. Estas características están presentes en su padre de 60 años de edad y su hermano de 15 años. También, según relato, en un abuelo paterno fallecido por accidente, peón de campo y analfabeto, no pudiendo obtenerse otros datos del mismo. (Ver Genograma en fig 1 y fascies descriptas en fig 2).

Se evalúa motricidad, atención, memoria, funciones ejecutivas, empatía, teoría de la mente, no encontrándose patología al ajustar valores según CI. Sí alteraciones leves en lenguaje expresivo.

Sin antecedentes patológicos durante el embarazo ni el parto, con peso adecuado al nacimiento.

Padre analfabeto, trabajador en zona rural.

El hermano con dificultades académicas, cursando primer año de escuela media, con adaptaciones curriculares.

Se evalúa coeficiente intelectual resultando disminuido en el paciente (60, Trastorno del desarrollo intelectual leve) y límite en el hermano de 15 años (70).

Se realiza RNM a los tres integrantes, encontrando en el paciente agenesia total de cuerpo caloso, leve interdigitación de surcos y circunvoluciones hacia región frontal anterior y dilatación ventricular a predominio derecho. (Figura 3). El resto de los integrantes de la familia no presentan alteraciones estructurales de significación.

Debido a la alta comorbilidad entre agenesia del cuerpo caloso y epilepsia, se realiza EEG, resultando normal. Tampoco presentó clínica compatible.

CONCLUSIONES

El Síndrome BPES es poco común (prevalencia no establecida en forma certera) y menos aún las alteraciones concomitantes en SNC y cognitivas registradas en la bibliografía.

Perez Caballero Macarrón et al⁹, describen el caso de un niño varón de 11 años de edad, con sordera neurosensorial bilateral y retraso mental leve, con macrocefalia y estereotipias (no aclara si es secundaria a TEA), cuyo padre también estaba afectado de BPES y sordera neurosensorial bilateral, estenosis de ambos conductos auditivos y retraso en la adquisición del habla.

Ambos presentaban una inversión pericéntrica del cromosoma nº 9, con puntos de rotura a nivel 9p113, q22.2.

Otros 3 casos de jóvenes con retraso mental (no consiguen edad ni CI) y BPES fueron publicados en Dinamarca¹⁰ y un solo caso registrado de un niño de 9 años de edad con dificultades graves de aprendizaje, con disgenesia del cuerpo caloso y ventrículos laterales agrandados, con un solo diente incisivo, sugiriendo que la holoprosencefalia parcial puede ser parte de la BPES.¹¹

Considerando la búsqueda realizada en bases de datos Medline, Plos One, Lilacs, Google Scholar y Scopus, nuestro caso de BPES más agenesia del cuerpo caloso cuenta con un solo antecedente en la literatura médica mundial.

Es relevante tener en cuenta diagnósticos diferenciales de otras entidades que cursan con blefarofimosis, a saber: fetopatía por valproato, síndrome alcohólico fetal, displasias craneofrontonasales, CHARGE, síndromes de Waardenburg, Freeman-Sheldon, Möbius, Rubinstein-Taybi, Treacher-Collins, Saethre-Chotzen, Turner, neurofibromatosis de Von Recklinghausen, Edward o trisomía 18 y Noonan.¹²

Se destaca la importancia de realizar diagnósticos médicos integrales en las consultas psiquiátricas de atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vignes NI. Epicanthus héréditaire. Rev Gen Ophtal 1889;8:438-42.
 2. Zlotogora J, Sagi M, Cohen T. The blepharophimosis, ptosis, and epicanthus inversus syndrome: delineation of two types. Am J Hum Genet. 1983;35:1020.
 3. De Baere E, Dixon MJ, Small KW, Jabs EW, Leroy BP, Devriendt K et al. Spectrum of FOXL2 gene mutations in blepharophimosis-ptosis-epicanthus inversus (BPES) families demonstrates a genotype-phenotype correlation. Hum Mol Genet. 2001;10:1591-600.
 4. D'Haene B, Attanasio C, Beysen D, Dostie J, Lemire E et al. Disease-causing 7.4 kb Cis-regulatory deletion disrupting CNCS and their interaction with the FOXL2 promotor: implications for the concept of mutation screening. PLoS Genet. 2009;5 (6) e1000522.
 5. Lin HT, Meiders AE, De Haan LD, Bronkhorst FB. Anovulation presumably due to the gonadotrophin-resistant ovary syndrome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1984; 16:327-32.
 6. Verdin H, De Baere E. FOXL2 Impairment in Human Disease. Horm Res Paediatr 2012;77:2-11.
 7. Cocquet J, Pailhoux E, Jaubert F, Servel N, Xia X, Panetier M et al. Evolution and expression of FOXL2. J Med Genet 2002; 39: 916-921.
 8. Geetha P, Nair MK: Granulosa cell tumours of the ovary. Aust NZ J Obstet Gynaecol 2010; 50: 216-220.
 9. Pérez-Caballero Macarrón C, Quintana Castilla A, Aparicio Meix J.M. Blefarofimosis, ptosis, epicanto inverso y telecanto asociado a sordera naurosensorial. An Esp Pediatr 1999;51:530-532.
 10. Warburg M, Bugge M, Brondum-Nielsen K. Cytogenetic findings indicate heterogeneity in patients with blepharophimosis, epicanthus inversus, and developmental delay. JMed Genet 1995;32:19-24.
 11. Harrar H, Jeffery S, Patton M. Linkage analysis in blepharophimosis-ptosis syndrome confirms localisation to 3q21-24. JMed Genet 1995;32:774-777.
 12. Kanski JJ, Nischal KK. Los párpados. En: Kanski JJ, Nischal KK, editores. Atlas de oftalmología. Signos clínicos y diagnóstico diferencial. Madrid: Harcourt, 1999; p. 1-41.
- Los autores declaran que no poseen conflictos de intereses relacionados al presente artículo.

Figura e Imágenes

Figura 1. Genograma de familia afectada de BPES

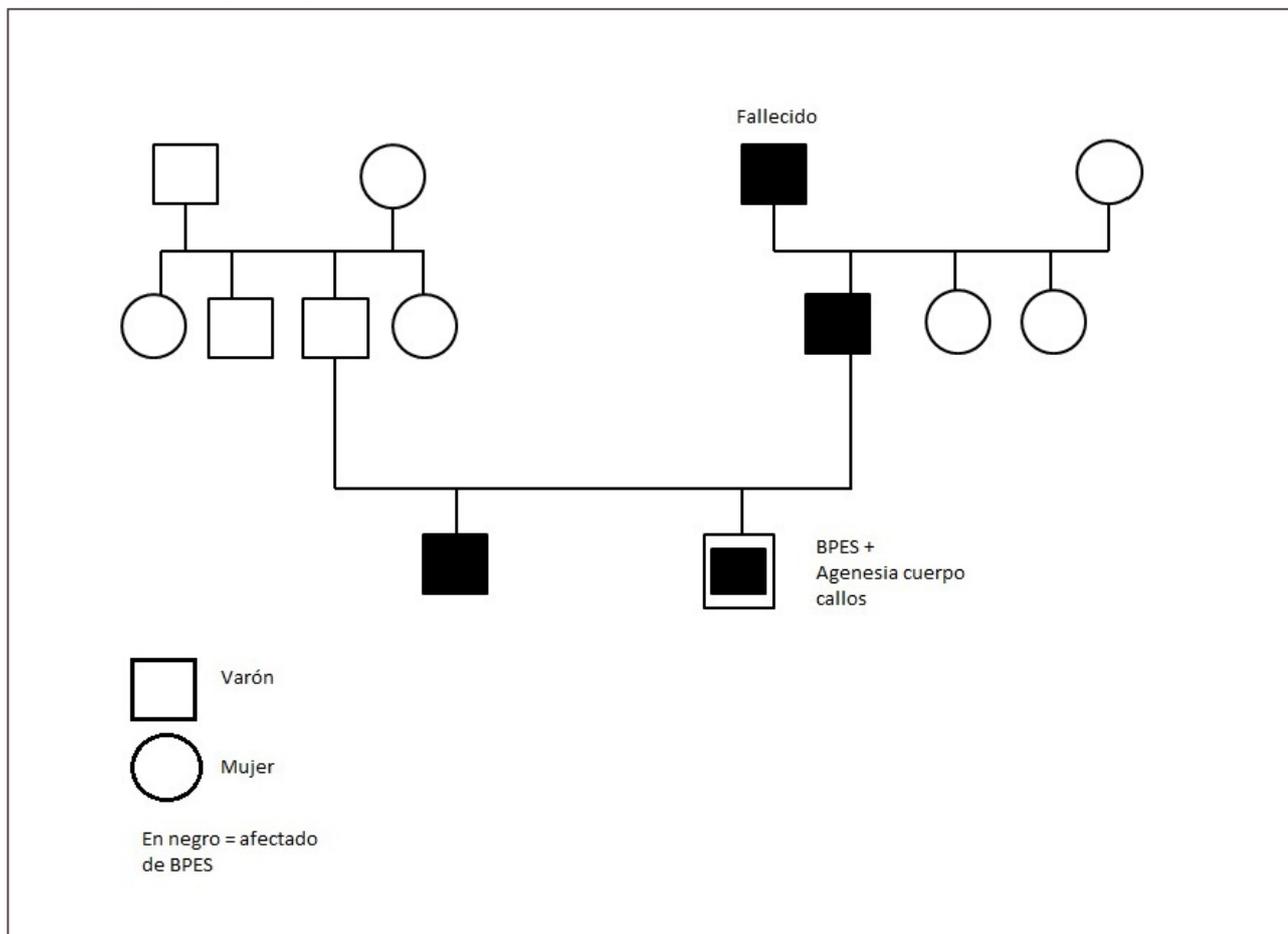
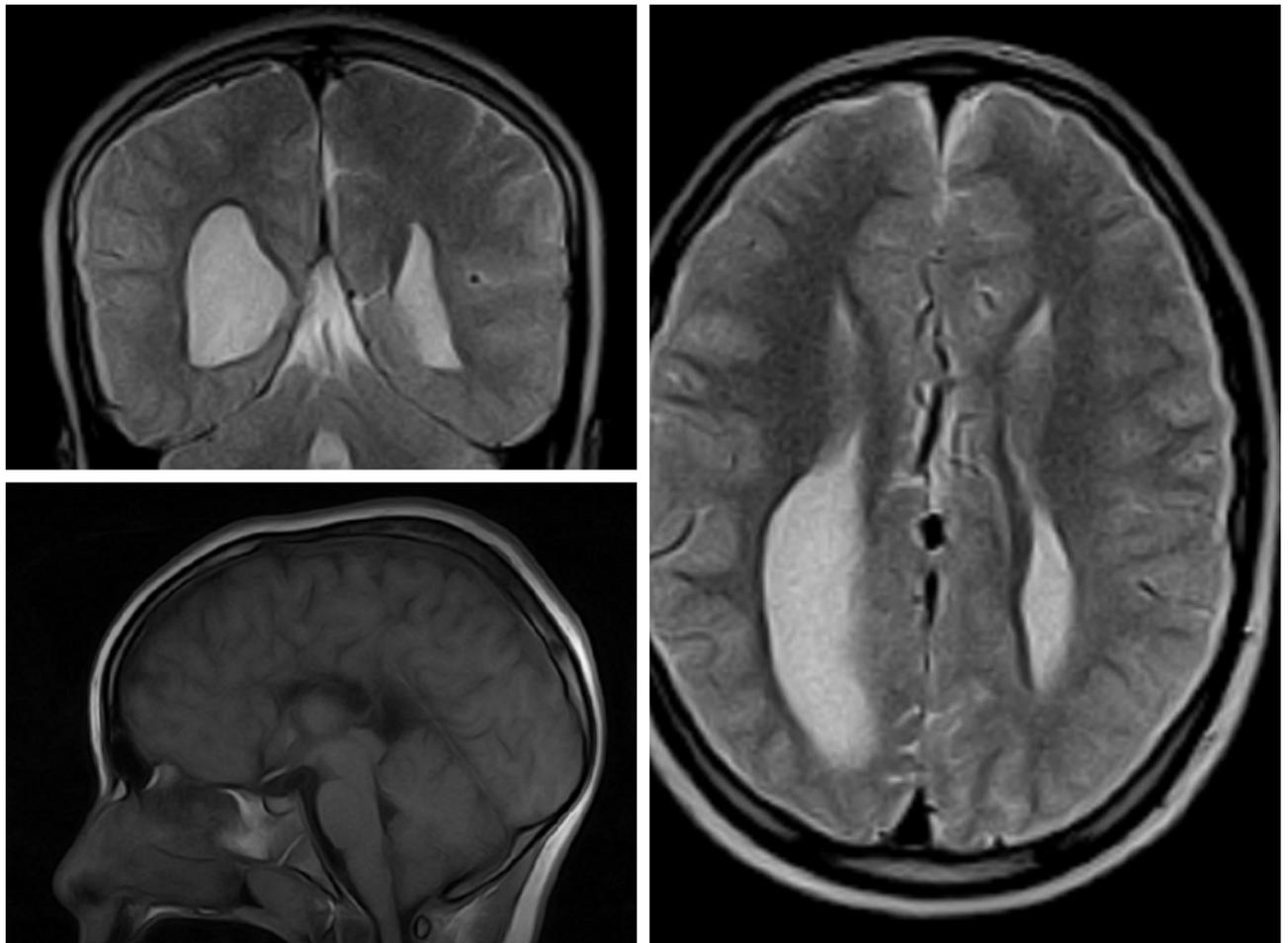


Figura 2. Ptosis palpebral bilateral, epicanto inverso bilateral y telecanto en familia afectada.



Figura 3. Agenesia de cuerpo calloso y dilatación ventricular en paciente de 7 años de edad afectado de BPES (cortes axial, sagital y coronal)



La ecografía: un estudio imagenológico como complemento en la urgencia

Un recurso aplicable bajo criterio médico

Trabajo realizado en el samco
Dr. Ricardo Nanzer (Santo Tomé)
Sección Ecografía
Año 2015

Autor
Dr. Salvadores Martínez
Pablo Javier (pablosal_92@hotmail.com)

Colaboradores
Dr. Romano, Emilio
Dr. Cabrera, Alberto

RESUMEN:

Introducción: Últimamente se ha evidenciado un aumento del pedido de ecografías, sin una disminución del pedido de estudios ionizantes. Este estudio surge a partir de la hipótesis de una marcada cantidad de ecografías pedidas con urgencia sin criterio para tal.

Objetivos: Determinar la cantidad de ecografías pedidas con urgencia. Estadificar las causas más frecuentes de pedido de ecografías de urgencia. Determinar el porcentaje de ecografías pedidas como urgencia que cumplan con criterio para tal.

Materiales y métodos: Investigación descriptiva transversal realizada entre los meses de Septiembre y Noviembre en el SAMCO Dr. Ricardo Nanzer de la Ciudad de Santo Tomé. La muestra está formada por 78 ecografías elegidas al azar.

Resultados: De la entrevista con el Dr. Alberto Cabrera, se determinó la cantidad de ecografías que tenían criterio de urgencia: concluyendo que la mayoría (62,5%) no reunía criterio.

Conclusiones: No se encontraron las posibles causales de la pobre optimización de recursos en el SAMCO de Santo Tomé con respecto a las ecografías pedidas con urgencia. Se cree que podría estar relacionada con la demanda insistente de los pacientes por la larga lista de espera que tienen los turnos programados o con una baja capacitación de los médicos solicitantes (que también podrían estar sobrecargados de trabajo, generando una disminución de la calidad de atención y una pobre anamnesis sobre el motivo de consulta).

...

SUMMARY

Introduction: Lately it has shown an increase of the order of ultrasounds without a decrease in the number of ionizing studies. This study arises from the assumption of a marked number of ultrasounds urgently requested with no criteria for such.

Objectives: Determine the amount of ultrasounds requested urgently. Staging the most frequent causes of Emergency Sonograms. Determine the percentage of ultrasounds ordered as Urgency with criteria for that.

Materials and Methods: Cross-sectional descriptive study carried out between September and November in SAMCO Dr. Ricardo Nanzer from Santo Tomé. The sample consists of 78 randomly chosen cases.

Results: From the interview with Dr. Alberto Cabrera, the percentage of ultrasounds requested urgently without criteria was 62.5%.

Conclusions: It is believed that the big quantity of ultrasounds requested urgently without criteria could be related to the insistent demand of patients for the long waiting list that have scheduled shifts or with low training of applicants doctors (who may also be overworked, causing a decrease in the quality of care and a poor interview on the reason for consultation).

...

Palabras claves:

Ecografía, urgencia, Santo Tomé.

INTRODUCCIÓN

La ecografía es un estudio barato, rápido, fiable e incruento cuando se indica como método de diagnóstico, por lo que constituye una exploración inicial excelente en muchos casos. La debe realizar un especialista en ecografía que, pese a su experiencia, quizá no obtenga imágenes perfectas en cada paciente. Por ejemplo, la ecografía puede ser difícil e insatisfactoria en pacientes obesos, con meteorismo y mala preparación como es la distribución de los gases intestinales que enmascara detalles ecogénicos importantes. Sin embargo, hay que destacar aquellas ventajas que posee la ecografía sobre otros métodos:

1. Se trata de un estudio no invasivo
2. No es ionizante
3. Permite una rápida obtención de resultados
4. Barato
5. Transportable

APLICACIONES

La ecografía es de primera elección para el control de embarazo y para la exploración de órganos y formaciones superficiales como músculos, abscesos, quistes y hernias. Además el uso de la ecografía sirve para explorar diversos órganos como son:

- | | | |
|------------------|-------------------|----------------|
| 1. Mamas | 6. Aorta | 11. Útero |
| 2. Hígado | 7. Apéndice | 12. Ovarios |
| 3. Vías biliares | 8. Fondo de sacos | 13. Próstata |
| 4. Páncreas | 9. Riñones | 14. Testículos |
| 5. Bazo | 10. Vejiga | |

Forma adecuada de solicitar estudios de ecografía:

- Abdominal completa (Hígado, Vías biliares, Bazo, Páncreas, Aorta)
- Hepatobiliopancreática (Hígado, Vías biliares y páncreas)
- Renovesical con o sin post residuo miccional (Riñones y vejiga)
- Vesico prostática (Vejiga y próstata)
- Testicular (Testículos)
- Ginecológica (Útero y ovarios)
- Obstétrica (Antropometría embrionaria o fetal)
- Partes blandas (Músculos, Abscesos, Quistes, Hernias)
- Mamaria (Mamas)

Como la ecografía no se sirve de la radiación ionizante y es relativamente barata, suele recomendarse en casos en los que exploraciones más caras (por ejemplo, TC) no están justificadas, o cuando los recursos son limitados. A la inversa, es difícil no acceder a una petición de ecografía por su carácter invasivo o del gasto, con lo que se corre el riesgo de sobrecargar en demanda. Los servicios de ecografía se encuentran con límites en respuesta, por ello su pedido debe ser apropiado.

La obligación profesional es clarificar cuidadosamente si todas sus solicitudes de ecografías están justificadas, y además si el resultado del estudio complementario tendrá repercusiones en la actitud terapéutica. Como por ejemplo: la confirmación de colelitiasis.

En los últimos años se evidenció un aumento del pedido de ecografías, pero a diferencia de lo que se creía, no se acompañó de un descenso del pedido de estudios ionizantes.

Un estudio de la comisión europea sobre la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen, plantea los principales errores en su incorrecta utilización:

1. Repetir pruebas que ya se habían realizado: por ejemplo, en otro hospital, en consultas externas o en urgencias.
2. Pedir pruebas complementarias que seguramente no alterarán la atención al paciente.
3. Pedir pruebas con demasiada frecuencia: concretamente, antes de que la enfermedad haya podido evolucionar, o resolverse, o antes de que los resultados puedan servir para modificar el tratamiento.
4. Pedir pruebas inadecuadas.
5. No dar la información clínica necesaria, o no plantear las cuestiones que las pruebas de diagnóstico por imagen deben resolver. Estas carencias u omisiones pueden tener como consecuencia que se utilice una técnica inadecuada.
6. Exceso de pruebas complementarias.

Este estudio surge a partir de la hipótesis de que en el área programática del SAMCO de Santo Tomé existe una gran cantidad de ecografías que se solicitan con carácter de urgencia y no tendrían un criterio para tal.

OBJETIVOS

1. Determinar la cantidad de Ecografías pedidas con Urgencia que se realizaron en el SAMCO de Santo Tomé entre los meses de Septiembre y Noviembre del año 2015.
2. Estadificar las causas más frecuentes de pedido de Ecografías de Urgencia.
3. Determinar el porcentaje de Ecografías pedidas como Urgencia que cumplían con criterio para tal.

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Diseño del estudio: Investigación descriptiva transversal realizada entre los meses de Septiembre y Noviembre en el SAMCO Dr. Ricardo Nanzer de la Ciudad de Santo Tomé. Se entrevistó a los pacientes que acudieron al consultorio de ecografía con pedido del estudio de forma urgente para determinar el motivo y condición médica que justificase el pedido, y lugar donde fue atendido en primera instancia.

Entre los meses antes mencionados se realizaron 216 ecografías pedidas con urgencia, con un promedio de 4 ecografías de urgencia diarias. Se seleccionaron al azar 78 casos, se excluyeron de la investigación 2 casos que fueron pedidos por médicos que no pertenecían al área programática del SAMCO de Santo Tomé y 12 casos que eran derivados de la sala de internación del SAMCO, donde actualmente existe un plan de formación de profesionales.

2. Entrevista con el Dr. Alberto Cabrera (Médico Cirujano - Ecografista) para determinar cuáles de las Ecografías solicitadas con Urgencia tenían criterio para tal.
3. Base de Datos: Se recopilarán los datos en fichas estandarizadas y luego transferidos a Excel para el análisis estadístico.

RESULTADOS

Los motivos que generaron el pedido de Ecografías de Urgencia fueron clasificados (Gráfico 1):

1. Gineco-Obstétrico: Control mamario, control de embarazo normal, sospecha de patologías de embarazo (retardo de crecimiento intrauterino, rotura prematura de mem-

branas, aborto, embarazo ectópico), polimenorrea, amenorrea, control de colocación de DIU, ginecorragia, sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria.

2. Urológico: Hematuria, dolor testicular, prostatismo, cólico renal, infección urinaria.

3. Traumatológico: Traumatismo de miembro, tumefacción en miembro, traumatismo abdominal, artrosis, tendinitis, lumbalgia, artritis crónica de rodilla.

4. Gastrointestinal: Dolor abdominal de comienzo agudo, dolor abdominal de más de 2 semanas de evolución, cólico vesicular, distensión abdominal, vómitos, control de litiasis vesicular, sospecha de hernia, hepatopatía crónica,

5. Endocrinológico: Tiroiditis, control de nódulo tiroideo.

6. Otros: Anorexia, quiste cebáceo, fiebre, absceso perianal, lipoma, celulitis.

Tomando como base guías y consensos de expertos, se consideraron solo como urgentes aquellas patologías de comienzo agudo y que requerían de un diagnóstico precoz para tomar una conducta inmediata. No se consideraron como necesariamente urgentes aquellas patologías que no requirieran de un estudio ecográfico para tomar una conducta terapéutica ni tampoco aquellas de más de 14 días de evolución o con estudios previos.

De la entrevista con el Dr. Alberto Cabrera, se determinó la cantidad de ecografías que tenían criterio de urgencia: concluyendo que la mayoría (62,5%) no reunía criterio (Tabla 1).

Se realizó la prueba de Chi Cuadrado para determinar si existía relación entre el motivo de pedido de ecografía y si tenía criterio de urgencia, obteniéndose un p valor=0,069. Con respecto a los lugares donde los pacientes fueron atendidos y derivados al consultorio de ecografía, se realizó el test de Chi Cuadrado para determinar si existía relación entre el lugar de donde fue efectuado el pedido de ecografía y si tenía criterio de urgencia, obteniéndose un p valor=0,128 (Gráfico 2).

CONCLUSIONES

La mayoría de las Ecografías con pedido de Urgencia no reunían criterio para tal. Esto generó un aumento de la carga horaria de trabajo para el médico especialista en ecografía, que podría significar una disminución de la calidad de atención de los pacientes con turno programado y por consiguiente aumentar la posibilidad de errores.

Hay que destacar que los motivos más frecuentes fueron los gineco-obstétricos y los gastrointestinales, sumando entre ambos el 64% de las ecografías de urgencia realizadas en el SAMCO de Santo Tomé.

No se encontraron las posibles causales de la pobre optimización de recursos en el SAMCO de Santo Tomé con respecto a las ecografías pedidas con urgencia. Se cree que podría estar relacionada con la demanda insistente de los pacientes por la larga lista de espera que tienen los turnos programados o con una baja capacitación de los médicos solicitantes (que también podrían estar sobrecargados de trabajo, generando una disminución de la calidad de atención y una pobre anamnesis sobre el motivo de consulta). Se concluyó también que la mayoría de las ecografías de urgencia procedían de consultorios externos y no de guardias centrales.

Finalmente, con el uso del algoritmo (anexo) se pretende orientar hacia un correcto pedido y aumentar el porcentaje de ecografías de urgencia con buen criterio médico, optimizando el uso de recursos y aumentando la eficacia y eficiencia de la práctica médica.

BIBLIOGRAFÍA

1. CATÁN F., VILLAO D., ASTUDILLO C.. 2011. Ecografía Fast en la evaluación de pacientes politraumatizados. Rev. Med. Clin. CONDES. 22; 633-639.

2. American College of Radiology. 1995. Appropriateness Criteria for Imaging and Treatment Decisions. Reston, VA: American College of Radiology.

3. Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido junto a Comisión Europea y expertos europeos en radiología y medicina nuclear. 2000. Criterios de Remisión de pacientes a los servicios de diagnóstico por imagen.

4. Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen. 2001. Comisión Europea. Protección Radiológica 118.

Gráfico y tablas

Gráfico 1. Distribución según motivo de consulta.

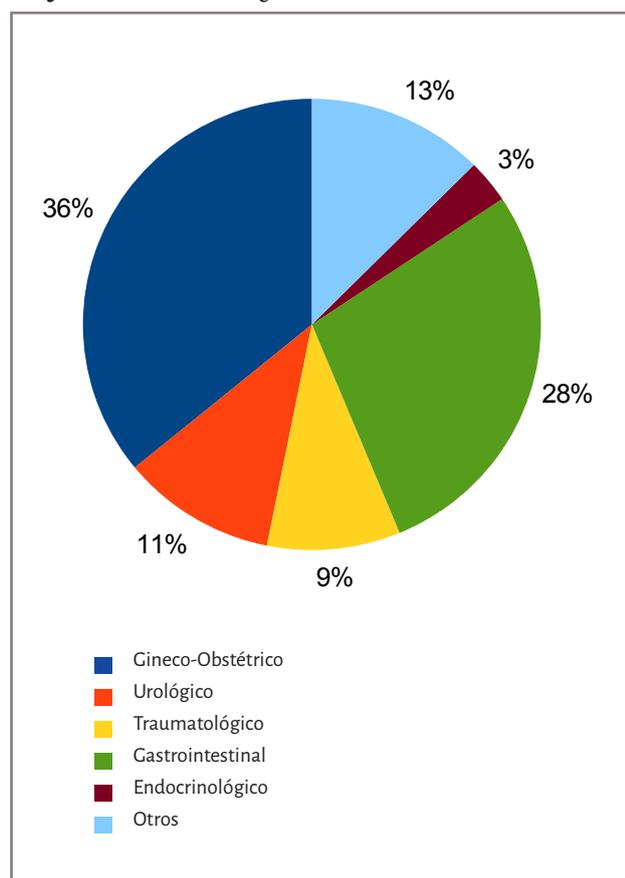
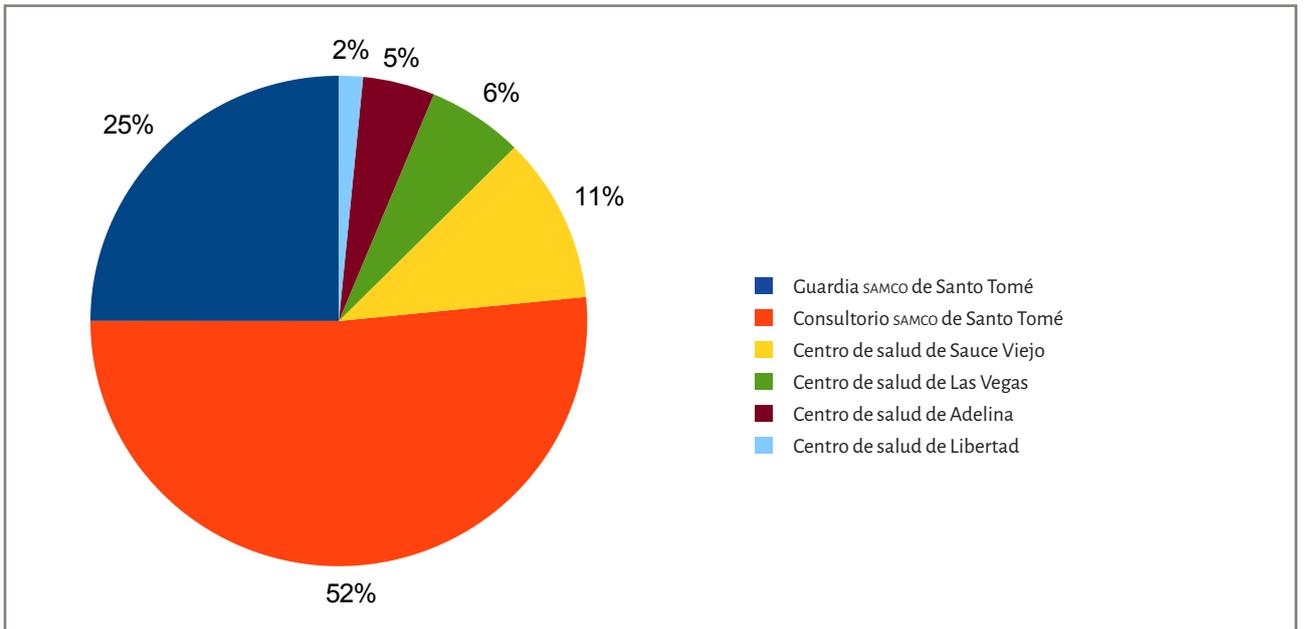


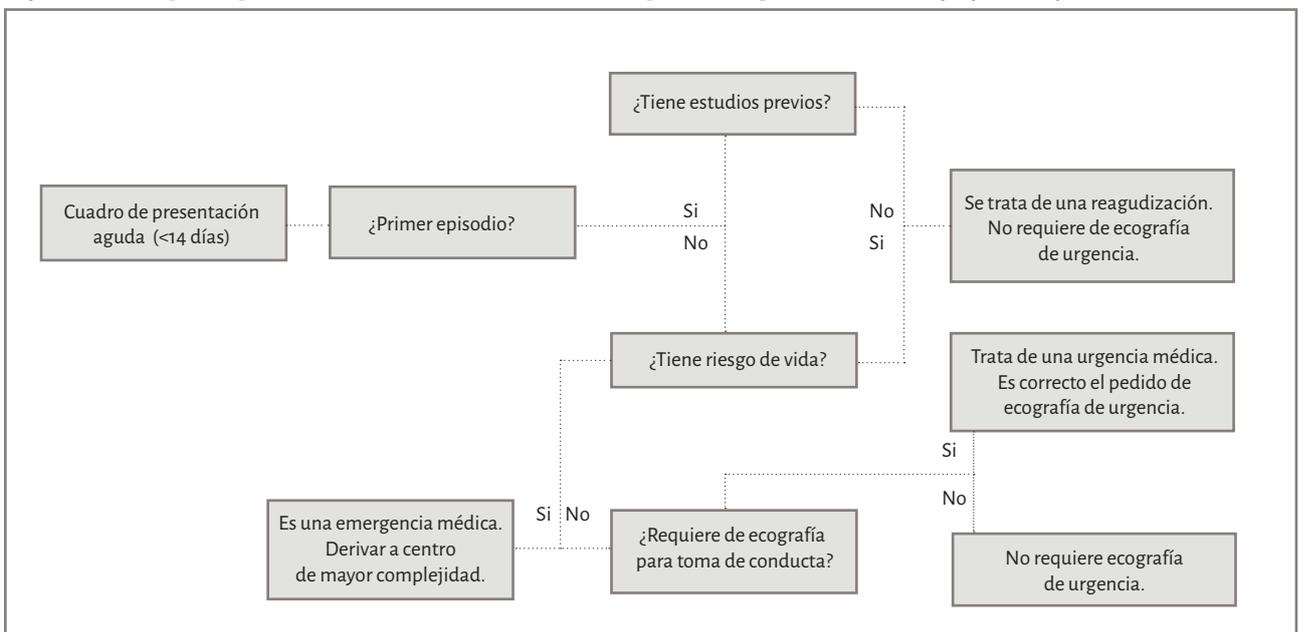
Tabla 1. Clasificación del motivo de consulta según si tenía o no criterio médico para pedido de ecografía de urgencia.

Motivo	Con criterio	Sin criterio	Total
Gineco-Obstétrico	12	11	23
Urológico	4	3	7
Traumatológico	0	6	6
Gastrointestinal	7	11	18
Endocrinológico	0	2	2
Otros	1	7	8
Total	24	40	64

Gráfico 2. Distribución de derivaciones por lugar.



Algoritmo 1. Propuesta para resolución de clásicos clínicos con sospecha de requerimiento de Ecografía de urgencia.



Tendinitis Calcificada del supraespinoso en un triatleta Senior

Dr. Dallo Ignacio
Dr Adrian Monti

Unidad de Terapia Regenerativa
Sanatorio Garay

RESUMEN

Presentamos el caso de un hombre de 62 años de edad, que practica triatlón con tendinitis calcificada del hombro tratada con inyección de plasma rico en plaquetas.

...

ABSTRACT

We report the case of a 62 year old practicing triathlon with a calcified tendinitis of the shoulder treated with injection of platelet-rich plasma.

...

PRESENTACIÓN DEL CASO

En agosto del 2013 un hombre triatlonista de 62 años de edad que compite a nivel internacional en la categoría senior se presentó en consultorio con intenso dolor en el hombro derecho de 1 año de evolución. Con imposibilidad de la abducción por encima de los 90°. Había sido tratado con fisiokinesioterapia, consistente en ultrasonido, magnetoterapia y ejercicios de Codman. AINES vía oral y una infiltración con corticoides en el espacio subacromial. El paciente manifestaba que la omalgia le impedía nadar por lo que se hallaba limitado en su entrenamiento.

Las radiografías mostraron calcificación en el manguito rotador distal en el área de la inserción del supraespinoso (Fig. 1). En la imagen de Ecografía se observan las calcificaciones del supraespinoso (Fig. 2) y en las imágenes de Resonancia Magnética se observaba tendinosis en la inserción distal del Supraespinoso, sin ruptura (Fig. 3).

El paciente fue tratado mediante dos infiltraciones con guía ecográfica de plasma rico en plaquetas según los estándares de la Asociación Argentina de Hemoterapia e Inmunohematología para la obtención y preparación. Separadas por 4 semanas una de la otra. Si bien este método ha sido utilizado con éxito y cuenta con abundante bibliografía que lo respalda para el tratamiento de las lesiones del cartílago, desgarros musculares, fracturas no consolidadas, y tendinopatías. Fue pensado como un tratamiento sintomático.⁷

El paciente comenzó a referir una mejora progresiva del dolor después de 2 semanas de la primera aplicación, a partir de lo cual se lo sometió a un protocolo específico de rehabilitación fisiokinesica y a ejercicios en pileta en forma progresiva. A los 6 meses, el paciente no solo se encontraba totalmente asintomático sino que además tenía una resolución completa, en las radiografías, de la tendinitis calcificada (Fig. 3). Con más de un año de seguimiento, el paciente se encuentra libre de dolor, con rango completo de movimiento, habiendo retomado todas sus actividades deportivas al nivel previo a la lesión.

DISCUSIÓN

La tendinitis calcificante del hombro se produce debido al depósito de calcio en los tendones del manguito rotador especialmente en el tendón supraespinoso, causando a menudo dolor agudo. Este proceso de mediación celular puede ser de naturaleza crónica, pero es generalmente autolimitado. La tendinopatía del tendón supraespinoso generalmente se desarrolla en la «zona crítica» entre 1,25 y 2,5 cm proximal al sitio de inserción^{1,2}, debido al déficit de vascularización cuando el brazo está en abducción, en particular en particular en su cara articular.^{2,3,4,5,6}

Palabras claves:

Tendinitis calcificada; plasma rico en plaquetas; triatlón.

El tratamiento no quirúrgico sigue siendo la elección, con una tasa de éxito de hasta el 90%. Cuando este falla y los síntomas lo justifican, la punción o la extirpación quirúrgica, por artroscopia, está indicada. La acromioplastia no está indicada excepto signos radiográficos de pinzamiento. Si se deja un defecto grande del tendón luego de la eliminación del material caseoso, se debe suturar para prevenir la progresión de la rotura y estimular la curación.

Los tratamientos para la tendinitis calcificada implican fisiokinesioterapia, terapia de ondas de choque extracorpóreas, e infiltraciones con corticosteroides. El plasma rico en plaquetas no se ha difundido para esta condición. La bioactividad de plasma rico en plaquetas se basa en la liberación progresiva y equilibrada de un grupo de proteínas para estimular la cicatrización de los tejidos, incluyendo el factor de crecimiento derivado de plaquetas, factor de crecimiento transformante- β 1, el factor de crecimiento insulino similar, entre otros.^{7,8}

La incidencia de tendinitis calcificada en pacientes asintomáticos es de aproximadamente 2,7% a 20%¹⁰⁻¹³. Alrededor de un 35% a 45% de estos pacientes pueden evolucionar a la omalgia con el tiempo.^{10,11}

La incidencia de tendinitis calcificada en pacientes con hombros dolorosos es aproximadamente 6,8%.¹² Casi el 90% de las calcificaciones se producen en el supraespinoso y el infraespinoso.^{10,11,14,15} El calcio tiende a depositarse en 1,5 a 2 cm de la inserción del tendón en el troquíter en la «zona de estrés»^{16,17} siendo más frecuente en mujeres (60 a 77%) de edad media.^{10,11,12,15} El calcio tiende a depositar en fibras tendinosas degeneradas, el proceso es mediado por las células en un micro ambiente propicio, no habiéndose encontrado correlación entre la tendinitis calcificada y el trauma.^{19,20,21,22,23}

La tendinitis calcificada se desarrolla en 3 etapas. La etapa de pre-calcificación, donde los tenocitos sufren una metaplasia transformándose en condrocitos y luego en fibrocartilago. La etapa de la calcificación, donde el fosfato de calcio se deposita y luego es reabsorbido, aumentando la vascularización regional. Por último la etapa de post-calcificación, donde el calcio se reabsorbe y el área se remodela.^{17,24}

El principal síntoma de tendinitis calcificada es el dolor, que aumenta en el inicio de la etapa de resorción, el aumento de la vascularización eleva la presión intratendinosa que se relaciona con el agravamiento del síntoma. Por su parte la acumulación de calcio puede conducir a la compresión del ligamento coracoacromial, el cual se encuentra ricamente innervado. Los síntomas generalmente

duran de 2 a 3 semanas de la fase aguda, 8 semanas en la fase subaguda y pueden extenderse por más de 3 meses en la fase crónica.²⁵

Los depósitos de calcio se forman en el tejido del tendón, no afectando la unión tendón-hueso. Su extensión y densidad son visibles en las radiografías.²⁶ El patrón tipo I tiene un aspecto aterciopelado con una periferia mal definida y por lo general se ve en casos agudos. En el tipo II, la densidad es homogénea y los límites de la lesión están mejor definidos.¹⁵ En las etapas crónicas, el depósito es denso y bien definido, con una densidad homogénea. En la etapa de resorción o aguda, el depósito es brumoso, e indefinido, y muestra la densidad irregular. La ecografía también es útil para visualizar tendinitis calcificada, con un rendimiento diagnóstico superior al 90%.²⁷

Los pacientes con tendinitis calcificada no presentan alteraciones metabólicas asociadas a las concentraciones de calcio o fósforo en sangre u orina. Sin embargo, tienen una alta incidencia de genotipo HLA-A1 (50%) en comparación con los pacientes con desgarros del manguito de los rotadores (27%) y controles (26%).²⁸

Los tratamientos conservadores y quirúrgicos tienen resultados comparables, la evolución natural de la tendinitis calcificada, es la desaparición espontánea de los depósitos de calcio en el 9% de los pacientes en un periodo de 3 años. El 90% de los pacientes son tratados de forma conservadora.³¹ El tratamiento con ondas de choque logra una resolución radiográfica de los depósitos de calcio de un 75% a los 6 meses.²⁹ La infiltración con corticoides + anestésicos locales lograr resultados favorables en el 70% de los pacientes.^{33,34} El lavado mediante punción con guía ecográfica con 1 o 2 agujas presenta similares resultados que los corticoides a los 6 meses, incluso para los depósitos de calcio de > 5 mm.^{36,37,38} La cirugía está indicada en el 10% de los pacientes que no responden al tratamiento conservador.

CONCLUSIÓN

En nuestro caso, no podemos atribuir el éxito exclusivamente al uso del plasma rico en plaquetas, ya que la tendinitis calcificada tiende a recuperarse de manera espontánea. Sin embargo, nuestro paciente logra un alivio completo del dolor, la resolución radiográfica de los depósitos de calcio y el retorno a la actividad deportiva de competencia en 6 meses, luego de haber fracasado durante un año con el tratamiento conservador e incluso infiltraciones con corticoides.

BIBLIOGRAFIA

1. Codman EA. The Shoulder. Boston: Thomas Todd; 1934.
2. Moseley HF, Goldie I. The arterial pattern of the rotator cuff of the shoulder. *J Bone Joint Surg Br* 1963;45:780-9.
3. Rothman RH, Parke WW. The vascular anatomy of the rotator cuff. *Clin Orthop Relat Res* 1965;41:176-86.
4. Brooks CH, Revell WJ, Heatley FW. A quantitative histological study of the vascularity of the rotator cuff tendon. *J Bone Joint Surg Br* 1992;74:151-3.
5. Rathbun JB, Macnab I. The microvascular pattern of the rotator cuff. *J Bone Joint Surg Br* 1970;52:540-53.
6. Lohr JF, Uthoff HK. The microvascular pattern of the supraspinatus tendon. *Clin Orthop Relat Res* 1990;254:35-8.
7. Anitua E, Sanchez M, Orive G, Andia I. The potential impact of the preparation rich in growth factors (PRGF) in different medical fields. *Biomaterials* 2007;28:4551-60.
8. Wildemann B, Schmidmaier G, Brenner N, Huning M, Stange R, Haas NP, et al. Quantification, localization, and

- expression of IGF-I and TGF-beta1 during growth factor-stimulated fracture healing. *Calcif Tissue Int* 2004;74:388-97.
9. Wildemann B, Schmidmaier G, Ordel S, Stange R, Haas NP, Raschke M. Cell proliferation and differentiation during fracture healing are influenced by locally applied IGF-I and TGF-beta1: comparison of two proliferation markers, PCNA and BrdU. *J Biomed Mater Res B Appl Biomater* 2003;65:150-6.
 10. Bosworth BM. Examination of the shoulder for calcium deposits. *J Bone Joint Surg* 1941;23:567-77.
 11. Bosworth BM. Calcium deposits in the shoulder and subacromial bursitis: a survey of 12,122 shoulders. *JAMA* 1941;116:2477-82.
 12. Welfling J, Kahn MF, Desroy M, Paolaggi JB, de Seze S. Calcifications of the shoulder. II. The disease of multiple tendinous calcifications [in French]. *Rev Rheum Mal Osteoartic* 1965;32:325-34.
 13. Ruttimann G. Über die Häufigkeit rontgenologischer Veränderungen bei Patienten mit typischer Periarthritis humeroscapularis und schultergesunden. Inaugural Dissertation, Zurich, 1959.
 14. Plenck HP. Calcifying tendinitis of the shoulder; a critical study of the value of x-ray therapy. *Radiology* 1952;59:384-9.
 15. De Palma AF, Kruper JS. Long-term study of shoulder joints afflicted with and treated for calcific tendinitis. *Clin Orthop* 1961;20:61-72.
 16. Bateman JE. The neck and shoulder. Philadelphia: WB Saunders; 1978.
 17. Hurt G, Baker CL Jr. Calcific tendinitis of the shoulder. *Orthop Clin North Am* 2003;34:567-75.
 18. Macnab I. Rotator cuff tendinitis. *Ann R Coll Surg Engl* 1973;53:271-87.
 19. McLaughlin HL. Lesions of the musculotendinous cuff of the shoulder. III. Observations on the pathology, course and treatment of calcific deposits. *Ann Surg* 1946;124:354-62.
 20. Uththoff HK, Dervin GF, Loehr JF. Tendinitis calcificante. In: The shoulder, 3rd Ed. Rockwood C Jr, Matsen FA III, Wirt MA, Lippitt SB, editors. New York: Elsevier; 2006.
 21. Mohr W, Bilger S. Basic morphologic structures of calcified tendopathy and their significance for pathogenesis [in German]. *Z Rheumatol* 1990;49:346-55.
 22. Siegal DS, Wu JS, Newman JS, Del Cura JL, Hochman MG. Calcific tendinitis: a pictorial review. *Can Assoc Radiol J* 2009;60:263-72.
 23. Uththoff HK. Calcifying tendinitis, an active cell-mediated calcification. *Virchows Arch A Pathol Anat Histol* 1975;366:51-8.
 24. Rizzello G, Franceschi F, Longo UG, Ruzzini L, Meloni MC, Spiezia F, et al. Arthroscopic management of calcific tendinopathy of the shoulder: do we need to remove all the deposit? *Bull NYU Hosp Jt Dis* 2009;67:330-3.
 25. Lippmann RK. Observations concerning the calcific cuff deposit. *Clin Orthop* 1961;20:49-60.
 26. Uththoff HK, Sarkar K, Hammond I. Significance of density and demarcation of calcifications in calcifying tendinitis [in German]. *Radiologe* 1982;22:170-4.
 27. Hartig A, Huth F. Neue Aspekte zur morphologie und therapie der tendinosis calcarea der schultergelenke. *Arthroskopie* 1995;8:117-22.
 28. Sengar DP, McKendry RJ, Uththoff HK. Increased frequency of HLA-A1 in calcifying tendinitis. *Tissue Antigens* 1987;29:173-4.
 29. Moseley HF. The results of nonoperative and operative treatment of calcified deposits. *Surg Clin North Am* 1963;43:1505-6.
 30. Gartner J, Heyer A. Calcific tendinitis of the shoulder [in German]. *Orthopade* 1995;24:284-302.
 31. Gschwend N, Scherer M, Lohr J. Tendinitis calcarea of shoulder joint [in German]. *Orthopade* 1981;10:196-205.
 32. Rompe JD, Rumler F, Hopf C, Nafe B, Heine J. Extracorporeal shock wave therapy for calcifying tendinitis of the shoulder. *Clin Orthop Relat Res* 1995;321:196-201.
 33. Pfister J, Gerber H. Chronic calcifying tendinitis of the shoulder-therapy by percutaneous needle aspiration and lavage: a prospective open study of 62 shoulders. *Clin Rheumatol* 1997;16:269-74.
 34. Aina R, Cardinal E, Bureau NJ, Aubin B, Brassard P. Calcific shoulder tendinitis: treatment with modified US-guided fineneedle technique. *Radiology* 2001;221:455-61.
 35. Patterson RL, Darrach W. Treatment of acute bursitis by needle irrigation. *J Bone Joint Surg* 1937;19:993.
 36. Yoo JC, Koh Kh, Park WH, Park JC, Kim SM, Yoon YC. The outcome of ultrasound-guided needle decompression and steroid injection in calcific tendinitis. *J Shoulder Elbow Surg* 2010;19:596-600.
 37. Farin PU, Rasanen H, Jaroma H, Harju A. Rotator cuff calcifications: treatment with ultrasound-guided percutaneous needle aspiration and lavage. *Skeletal Radiol* 1996;25:551-4.
 38. Serafini G, Sconfienza LM, Lacelli F, Silvestri E, Aliprandi A, Sardanelli F. Rotator cuff calcific tendonitis: short-term and 10-year outcomes after two-needle US-guided percutaneous treatment: nonrandomized controlled trial. *Radiology* 2009;252:157-64.

.....
Imágenes
.....

Figura 1.

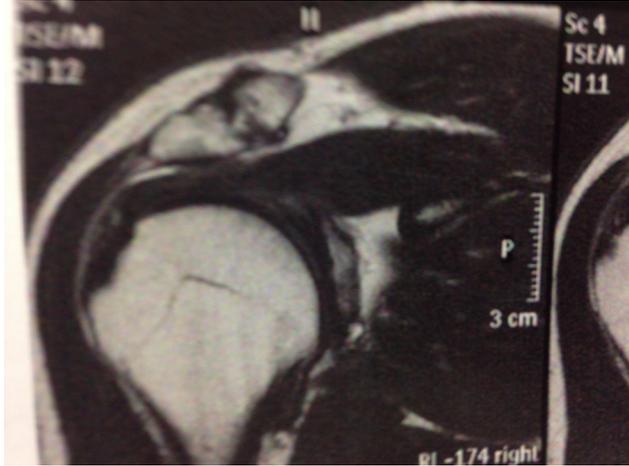


Figura 2.



Figura 3.



Abordaje videolaparoscópico en complicaciones de la colecistectomía

Alfredo Guala
Luis Moulin
Diego Juarez
Juan Cruz Púsula

Cátedra de Clínica Quirúrgica
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional del Litoral

aguala@intramed.net

INTRODUCCIÓN

En 1882, Carl Langebuch (1846-1901) de Alemania realizó la primera colecistectomía. En 1985 (103 años después), el Prof. Dr. Erich Mühe de la misma nacionalidad realizó la primera colecistectomía laparoscópica (CL). Efectuó 94 de estos procedimientos antes de que otro cirujano, Phillipe Mouret de Lyon, Francia, realizara la primera colecistectomía video- laparoscópica (VLC) en 1987, seguido por Francois Dubois de París en 1988; meses después J. Barry McKernan y William B. Saye realizaron la primera colecistectomía laparoscópica en los Estados Unidos (el 22 de junio de 1988) en Marietta, Georgia difundida luego en todo Estados Unidos por Eddie Reddick y Douglas Olsen a partir del año 1989.^{1,2,3}

La cirugía videolaparoscópica revolucionó el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular, así como de muchas otras patologías, habiendo extendido sus indicaciones prácticamente a todas las intervenciones abdominales. Sin embargo la colecistectomía laparoscópica fue inicialmente catalogada como una cirugía con un número mayor de complicaciones y más graves.^{4,5}

Su utilidad hacia las reintervenciones es notoria ya que agrega a una visión magnificada, los beneficios de toda cirugía mínimamente invasiva, siendo considerada por muchos la vía de elección para el abordaje de las complicaciones de la colecistectomía tanto abierta como laparoscópica.⁶

OBJETIVOS

Nuestro objetivo fue establecer la utilidad del abordaje videolaparoscópico en las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica, analizar su factibilidad y eficacia para el diagnóstico y tratamiento de las mismas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, analítico con revisión de historias clínicas de 16 pacientes consecutivos que cursaron con complicaciones de la colecistectomía y que fueron abordados por vía videolaparoscópica.

RESULTADOS

Se analizaron 16 casos en total, 5 (31%) varones y 11 (69%) mujeres con un rango etario de 19-62 años.

En ellos la primer cirugía fue videolaparoscópica en 14 casos (con 3 exploraciones transcísticas) y abierta (conversión) en 2, el nivel de dificultad operatoria en la operación inicial fue clasificado según la escala de Cuschieri y Berci⁷: Grado I (colecistectomía sencilla) 5 casos (31%) Grado II (dificultad mediana: ligera pericolecistitis, triángulo de Calot con adherencias o mucha grasa) 6 casos (37.5%) Grado III (colecistectomías difíciles, c. gangrenosas, fibróticas, abscesos subhepáticos, etc.) 3 casos (19%) y Grado IV (conversión) 2 casos (12.5%). La complicación se presentó entre 1 y 50 días. Clasificadas según Clavien⁸ como IIB (requieren reintervención sin secuelas) 94 % (N =15), III (secuelas tipo estrictura u otras complicaciones) 6 % (N =1). Presentación clínica: abdomen agudo 79 % (N =13) y síndrome coledociano en 19% (N =3). Se realizó el abordaje videolaparoscópico inicial en todos los casos, requiriéndose la conversión en el 31 % (N =5).

Las complicaciones fueron: Coleperitoneo 9 ptes. 56%(2 con lesión de VBP), hemorragia-hematoma en 4 ptes.25% y Síndrome coledociano en 3 casos 19% (Una lesión de VBP con clipado alto, un clipado parcial de VBP sin lesión y una litiasis residual) Se realizaron 6 lavados y/o hemostasia y drenajes solamente, 3 sutura y/o clipado de conducto acesorio, 1 recolocación de clip en el cístico, 1 re-

tiro de clip de la vía biliar principal y 1 exploración de la vía biliar con extracción de lito. En los 16 casos se inició la reexploración por laparoscopia en los casos de coleperitoneo se realizó como primera maniobra la colangiografía, 11 casos fueron resueltos por ésta vía (69%) en uno de ellos la persistencia de la bilirragia obligó a un procedimiento endoscópico complementario 7 días después otro desarrolló una estenosis 12 meses después. En 5 pacientes fue necesario una conversión a cirugía abierta, en 3 (20%) debido a lesiones de la VBP altas y completas que requirieron una reparación a lo Couinaud-Hepp; en 2 enfermos se convirtió a cirugía abierta por sangrado que no fue posible controlar o detectar con certeza el origen y finalmente en 1 la conversión fue debida a inseguridad de haber solucionado una pérdida biliar del lecho. En 12.5 % (N =2) fue necesario un procedimiento videoendoscópico adicional, en ambos casos con colocación de endoprótesis en la VBP (uno por estructura y 1 por bilirragia persistente ya mencionado).

Mortalidad 0 % de esta serie.

DISCUSIÓN

Las complicaciones postcolecistectomía constituyen un verdadero desafío para el cirujano. La cirugía videolaparoscópica es en la actualidad el Gold Standard indiscutible del tratamiento de la litiasis biliar. Los reportes iniciales sobre su utilización afirmaban una incidencia de complicaciones mayor a la cirugía abierta, sin embargo publicaciones más recientes subrayan que la colecistectomía laparoscópica posee una menor morbimortalidad que la cirugía abierta.⁹

Precisamente un estudio comparativo señala una morbilidad de 7.7% para cirugía abierta y apenas 1.9% para la laparoscópica y una mortalidad de 5% y 1% respectivamente.¹⁰ Sin embargo algunas complicaciones postoperatorias se presentan con más frecuencia en la cirugía laparoscópica especialmente la bilirragia que algunos atribuyen a ciertos detalles técnicos como la sutura de lecho vesicular.¹¹

Las complicaciones que encontramos en orden de frecuencia fueron:

a) *Bilirragia y Coleperitoneo*: la causa más frecuente es la existencia de conductos biliares accesorios que se encuentran en el lecho vesicular, estarían presentes en un 3 a 5% de los pacientes como lo demuestran estudios realizados post-mortem.^{12,13} Sin embargo la frecuencia de bilirragia y coleperitoneo no es tan alta como debería suponerse según éstos hallazgos, es probable que la coagulación del hook en la colecistectomía logre obtener muchos de ellos, no obstante en cuatro de nuestros pacientes fue necesario el clipaje o la sutura de los mismos y en uno la papilotomía endoscópica con colocación de un stent biliar para resolver definitivamente el problema, procedimiento recomendado como ideal para éstos casos ya que conlleva el cese de la bilirragia y evita la reoperación, sin embargo ésta posibilidad es aplicable en aquellos casos en los que se deja drenaje postoperatorio que nosotros no utilizamos de rutina, por lo que sería necesario un drenaje percutáneo previo que muchas veces puede resolver el problema cuando la bilirragia no es importante y se agota en pocos días.^{12,13}

b) *Hemorragia*: es, por lejos, mucho más frecuente en la co-

lecistitis aguda, en pacientes con vesículas esclero-atróficas y en cirróticos. En estos casos es frecuente que la disección del lecho vesicular sea dificultosa y se comprometa tejido parenquimatoso hepático, pocas veces se debe a un incorrecto manejo de la arteria cística ya sea porque no se la identifica adecuadamente o porque se confunde una rama como el tronco y se deja la rama posterior (más frecuentemente) pobremente coagulada con el hook y con posibilidades de sangrado profuso en el postoperatorio inmediato.

c) *Abscesos*: tanto la bilirragia como el sangrado predisponen al desarrollo de «coleciones» subhepáticas que sin manifestarse inicialmente por ser, quizás, escasas pueden dar lugar a una colección supurada que se manifiesta una semana después de la operación. El dolor en hipocondrio derecho asociado a fiebre y leucocitosis debe llevarnos a una ecografía que evidenciará la colección y además nos brindará la oportunidad de realizar un drenaje percutáneo.

d) *Litiasis residual de VBP*: no siempre es detectada en forma precoz en el postoperatorio sin embargo cuando hay una bilirragia asociada por conducto accesorio o por mal clipaje del cístico o por lesión biliar puede condicionar la persistencia de la misma, igualmente si se produce un enclavamiento del mismo se desarrollara un ictericia obstructiva. Para nosotros es una condición muy poco frecuente puesto que practicamos colangiografía transcística de rutina. En nuestra experiencia tuvimos un solo caso en quien no se pudo realizar la colangiografía intraoperatoria por déficit técnicos (no funcionamiento del arco en C).

e) *Uso de la relaparoscopia*: como la mayoría de los autores apoyamos el uso inicial de la laparoscopia ante situaciones que exigen una reintervención, la mayoría de éstos enfermos pueden ser resueltos por ésta vía sin necesidad de llegar a la cirugía abierta, en esta experiencia, que coincide con otros autores se logró un éxito en el 75% de los casos.^{3,14}

CONCLUSIÓN

El abordaje videolaparoscópico exclusivo pudo completarse en el 67 % de los casos. Como abordaje único se considero exitoso en el 75 %, ya que dos de los casos requirieron un segundo gesto para solucionar la patología. En los casos que se debió convertir a cirugía abierta, la videolaparoscopia fue diagnóstica. Por tanto, consideramos al abordaje videolaparoscópico inicial de elección siempre que este disponible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Litynski GS. Highlights in the History of Laparoscopy. Frankfurt, Germany: Barbara Bernert Verlag; 1996:165-168.
2. Mühe E. Long-term follow-up after laparoscopic cholecystectomy. Endoscopy 1992; 24:754-758.
3. Litynski GS. The American Spirit Awakens. In: Litynski GS, editor. ed. Highlights in the History of Laparoscopy. Frankfurt, Germany: Barbara Bernert Verlag; 1996:227-270
4. Reddick EJ, Olsen DO, Span A, et al. Safe performance of difficult laparoscopic cholecystectomies. Am J Surg. 1991;161:377-381.
5. De Santibañes E, Sívori J, Pekolj J, Sendín R, Mazza O,

- Grondona, Beveraggi E. Lesiones de la vía biliar secundaria a colecistectomía laparoscópica Argent. Cirug 1996; 70: 208-219
- 6.**Wainstein D., Cataldo J., Tur H., Rainone J, Geraghty M.A. Complicaciones de la cirugía laparoscópica, tratamiento por relaparoscopia, a propósito de tres casos Rev. Argent. Cirug., 1995; 68: 153-157
- 7.**Cuschieri A.,Berci G. Laparoscopic Biliary Surgery. Oxford London,Edimburgh, Blackwell Scientific Publication,1992,96-116,134-142
- 8.**Clavien P.A.,Sanabria J.R., Strasberg S.M. Proposed classification of complications of surgery with examples of utility in cholecystectomy Surgery, 1992,111:518-526
- 9.**Deziel D., Millikan K., Economou S., Doolas A., Ko S., Aïran M., Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4,292 hospitals and an analysis of 77,604 cases. Am J Surg. 1993 Jan;165(1):9-14.
- 10.** Jatzko GR, Lisborg PH, Pertl AM, Stettner HM. Multivariate comparison of complications after laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy. Ann Surg. 1995 Apr;221(4):381-6.
- 11.**Duca S.,Iancu C.,Bala N. Al-Hajjar,Graur F.,Puia I.C.,-Munteanu D. «Mini-invasive treatment of complications following laparoscopic cholecystectomy» Acta chir belg, 2004,104,309-312
- 12.**Juarez D.G. «Manejo multidisciplinario de la billiragia» Trabajo Final de Carrera de especialista en Cirugía General Fac. Cs. Medicas UNR 2006
- 13.**Klotz H., Schlump F., Largiader F. Injury to an accessory bile duct during laparoscopic cholecystectomy. Surg Laparosc Endosc, 1992,2:317-320
- 14.**De Salas S., Iribarren C., Maurette R., Castagneto G., Porto E., Cerutti R.,Mihura M. Rol de la Relaparoscopia en las complicaciones postoperatorias de procedimientos laparoscópicos Rev. Argent. Cirug., 2001; 80 (1-2): 1-15

Artículo de Investigación

De la generación bisagra a la geroadolescencia

Desde los 45 años hasta los 65 transcurre un período de tiempo en nuestras vidas que incluye dos procesos muy significativos y con características particulares, que anteceden y nos preparan para la vejez o para la antigüedad, para la decadencia o para el crecimiento.

Hugo Valderrama

Médico geriatra y gerontólogo

La importancia de la edad cronológica es relativa, debido a que la edad por sí misma no es un factor causal, explicativo o descriptivo, ni una variable organizadora de la vida humana. Es menos importante el tiempo que pasa, que lo que ocurre durante ese tiempo. Así tiende a perder importancia cualquier clasificación de la vida por etapas, dado que los hitos culturales y biológicos son cada vez más inexactos e inesperados.

(Dulcey Ruiz, E. Uribe Valdivieso, C. 2002)

LA GENERACIÓN BISAGRA

Se denomina generación bisagra a la integrada por personas entre 45 y 55/60 años aproximadamente. Mientras nos toca transitar este período de tiempo, suelen vivir aún nuestros padres, e inclusive puede estar vivo algún abuelo. Ellos han envejecido lo suficiente como para que el paso del tiempo o las enfermedades les hayan provocado discapacidades, o deterioros de algún tipo.

Con el avance de los años, la fragilidad con la consecuente vulnerabilidad, se apodera de sus cuerpos y/o mentes. Así, nos guste o no, debemos ocuparnos de «los abuelos» de alguna forma (controlando como se alimentan, la higiene personal y de la casa, la seguridad por los riesgos de accidentes, de agresiones o robos y del manejo del dinero, entre otros).

Por otra parte, nuestros hijos han dejado la adolescencia atrás y están comenzando a trabajar, culminando sus estudios o ya son profesionales, se han casado o formado pareja y es muy posible que ya haya nacido nuestro primer nieto.

Nuestros hijos parecen y desean ser independientes de la tutela que, de alguna forma, continuamos ejerciendo. Sin embargo a pesar de que tienen edad para serlo, en la práctica no es del todo así, ya que ellos también están en plena crisis por la búsqueda del primer empleo, la reciente paternidad o por el manejo del propio hogar. Lo concreto es que no podemos despreocuparnos y, por supuesto, allí también estamos presentes intentando ayudarlos. A medida que se avanza en el tiempo, con altibajos, van encaminando sus vidas y si bien tienen problemas no resueltos, poco a poco van siendo más independientes, de alguna forma se arreglan solos o ya tienen herramientas como para poder manejar las crisis que la adultez les impone.

Nosotros somos entonces la bisagra de la que penden por un lado nuestros hijos y a veces primeros nietos y por el otro nuestros padres y/o suegros. Nosotros quedamos en el medio de este conjunto de personas y personitas, no pudiendo evitar el tener que sostener y ocuparnos de todo y de todos, aunque nadie nos pida ayuda. Justo cuando comenzábamos a creer que nos merecíamos el relajarnos un poco después de tantos años de trabajo intenso.

Es un período de gran presión psicosocial y desgaste, tanto en lo físico, como en lo psicológico y económico. Pues, como si fuera poco, no alcanza con apoyar y contener a la familia, sino que el dinero se hace más que necesario y pasa a ser prioritario para la solución de algunos de los obstáculos que enfrentamos (alquileres, créditos, personal de cuidados, medicamentos, etc.).

LA SEGUNDA ADOLESCENCIA (*gero adolescencia*)

Nacha Guevara escribía que había adoptado un gato de la calle, que según cálculos de su veterinario tendría en ese momento 7 u 8 años, de bastante edad para los felinos; pero que luego de un tiempo de convivencia con los otros gatos que ella tenía, había comenzado a adquirir las costumbres de estos, inclusive lo que se considera muy difícil para un «gato viejo», había aprendido a jugar. Ella sostenía que el animalito lo hacía porque no solo se había sentido aceptado como un igual, sino que él ignoraba que era viejo. (Guevara, N. 60 años no es nada. Buenos Aires. Planeta. 2002.).

Cuando parece que todo se encamina en nuestras vidas, lenta pero progresivamente, vamos ingresando a nuestra segunda adolescencia, la gero adolescencia. Así, de vez en cuando, comenzamos a preguntarnos con recelo y con un poco de temor, cómo será nuestra vida después de los 60, los 65 o los 70.

¿Quién nos puede dar un consejo y a qué modelo de envejecimiento vamos a adherir?. Habitualmente ya no están nuestros padres y no es fácil encontrar ancianos que objetivamente nos guíen en este camino hacia la vejez, como en otras etapas de la vida en las que todos nos anticipaban lo que nos podía pasar. Quizás porque nadie acepta ser viejo... Los viejos son siempre los otros, o los que tienen diez años más que uno, sea cual sea nuestra edad.

Entonces tomamos conciencia de que sólo nosotros podemos decidir lo que deseamos que nos pase en la vejez y que debemos luchar para lograrlo. No hay otra persona a quien consultar, porque en la punta de la pirámide de esta vida vamos a estar nosotros, los que tal vez lleguemos, los que se supone vamos a tener la experiencia y el conocimiento como para ayudar a encaminar a los que vienen atrás y mientras tanto... avanzamos.

La adolescencia se define como una etapa en el desarrollo biológico, psicológico, social y sexual, posterior a la infancia, que comienza con la pubertad. Su duración generalmente se enmarca entre los 11 ó 12 años y los 19 ó 20.

Según Erikson, este período entre los 13 a los 21 años es el de la búsqueda de la identidad y define al individuo para toda su vida adulta, quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de entonces. Por supuesto que esta definición es muy general, ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico de cada individuo en particular.

La que denominamos segunda adolescencia o gero adolescencia, se caracteriza también por ser una etapa en la que se producen cambios en las esferas biopsicosociales y sexuales de las personas. Es un período de transición que transcurre aproximadamente entre los 55 y 65/70 años y cuya característica fundamental es la presencia de una crisis de despersonalización transitoria por los cambios previos a la llamada tercera edad.

La ausencia de los hijos (nido vacío) es difícil de superar, si no construimos proyectos personales o en conjunto y estimulamos permanentemente el amor en la pareja, podemos entrar en conflicto aunque tengamos una saludable unión matrimonial. Juegan a favor la pérdida del temor a los embarazos en las mujeres y un nuevo sentido de libertad, madurez, experiencia y hasta una nueva forma de gozar la sexualidad de la pareja.

Los éxitos y fracasos de nuestros hijos pueden percibirse como nuestros éxitos y fracasos y surgirnos la necesidad de constituirnos en modelos y guías de los jóvenes, transmitiendo nuestras experiencias.

A esta altura de la vida nos comenzamos a preocupar por la salud, por vernos más jóvenes y sentirnos mejor. El temor a la viudez, se da más en las mujeres y a la enfermedad, más en los hombres.

El tiempo se estructura más en términos de lo que falta por vivir que de lo vivido... Importa más el cuantos años me quedan que el cuantos tengo.

El trabajo de tantos años pesa y provoca cansancio o aburrimiento, pero si dependemos de otros, el temor al desempleo se hace sentir como un fantasma que sabemos que está y continúa presente. Llegamos a esta etapa con una gran experiencia profesional o laboral, pero las motivaciones y las opciones para llevar adelante proyectos, que en otros momentos nos hubiesen entusiasmado mucho, ya no son las mismas. La realidad nos hace ver que no aspiramos a que se produzcan grandes cambios en nuestras vidas y que aquí estamos, por ahora en la cima de la lúcida madurez, pero con dudas, temores e incertidumbres sobre nuestro futuro... cómo nuevos adolescentes.

Cada vez se va haciendo más fuerte el deseo de compartir más tiempo con los seres queridos y el poder hacer alguna de esas cosas como viajar, aprender a pintar o a cantar, que siempre anhelamos, pero que por el trabajo, la crianza de los hijos o las actividades de la vida diaria, no se pudieron concretar.

Sabemos que la juventud se acabó y que tenemos teóricamente un buen tiempo por delante, por eso hay que comenzar a ocuparse del cómo vivir lo que queda. Pensar cuantas veces «matamos» o «perdimos» el tiempo y hoy le damos el valor que antes no percibíamos que tenía.

Nos cuestionamos también el desgaste, el rendimiento físico y sexual, las enfermedades, las discapacidades que podemos padecer algún día y la muerte, más aún cuando nos enteramos del fallecimiento de algún conocido de nuestra edad, o lo que es peor, de alguien más joven.

Las pausias, la meno o la andro, nos hacen sentir distintos y comenzar a mirar los cambios en nuestros cuerpos casi con susto. Cuesta cada vez es más difícil mantenerse en peso, poder dormir muchas horas, recuperarse después de trasnochar, evitar el uso de un cepillo de baño para enjabonarse la espalda o el ponerse en cuclillas sin sentir el esfuerzo al incorporarse.

Las dietas se transforman en parte de nuestra vida cotidiana para controlar la presión, los rollitos, el colesterol o la glucemia y comenzamos a notar que en la calle ya no nos miran los jóvenes o los no tan jóvenes. Los que nos miran, incluso con simpatía, son personas que a nuestros ojos son ancianas. La pregunta inevitable es si nosotros nos veremos como ellas y de hecho, el espejo deja de ser un amigo, si alguna vez lo fue.

Los niños que conocimos y que hemos dejado de ver hace tiempo, de golpe son adultos y es entonces, es en esas imágenes en las que tomamos real conciencia del paso del tiempo o lo que resulta más chocante, cuando alguien por

primera vez nos dice don o doña o nos pregunta, sin más vueltas, que edad tienen nuestros nietos.

No es en los más viejos en los que vemos nuestra vejez, ellos envejecen más lentamente... De allí el «siempre estás igual». El paso del tiempo cambia más a los chicos y a los jóvenes que a los que llegaron a la vejez.

Lo extraño es que, a pesar de todo, no nos sentimos viejos, pero todo demuestra que no falta mucho o que lo somos para la sociedad aunque nos cueste aceptarlo... Somos los más viejos entre los adultos y los más jóvenes entre los viejos. Estamos transitando la pre vejez.

Muchos buscamos o nos acercamos a lo que deseamos sea nuestro futuro grupo social de referencia, otros planifican envejecimientos compartidos en algún lugar deseado y con un proyecto edilicio. Lo importante es sanamente integrarnos para envejecer como debe ser, sin aislarse y compartiendo.

El proceso que describo, se acompaña de sensaciones contradictorias como angustia, tristeza, euforia, sensación de éxito o de logros; porque también, si se ha sembrado honestamente se comienza a cosechar y se hace sentir el respeto de la gente. Algo así como que se ha demostrado capacidad para enfrentar exitosamente las situaciones impuestas por el devenir y que por lo tanto, se está apto para transmitir, para enseñar o ayudar a los más jóvenes.

A pesar de que es una etapa conflictiva para con nosotros mismos, esta segunda adolescencia es la llave, la oportunidad para entrar a la siguiente etapa sin sorpresas, para pensar en la construcción de la vejez que todos esperamos, plena y con sentido, sin desesperanza y con alegría, pero para ello es esencial «no dejar nada en el tintero». Es tiempo de arreglar las desprolijidades que hayamos cometido en la vida, de limar asperezas con los seres queridos y de aprovechar nuestra lucidez para perdonar y pedir que nos perdonen.

No todos los que transitan este período de la vida lo analizan, lo vivencian o lo reflexionan como está descrito, porque es tan personal como personas e historias de vida hay. Pero, como en cada momento de nuestras vidas, las oportunidades están para que se las identifique y aproveche para seguir creciendo cada día un poco más. Agradecemos a Dios la posibilidad y disfrutemos de esa opción.

«Las personas no envejecen; se vuelven viejas cuando dejan de crecer»... (Chopra D. y Simon D. 2002. pp. 88)... El consejo es que nunca debemos dejar de crecer.

Derecho a la alimentación y obesidad

Ana María Bonet de Viola

RESUMEN

Este texto intenta explicar los alcances del derecho a la alimentación adecuada desde la perspectiva de los derechos humanos en relación con la problemática de la obesidad. El rol del Estado Nacional así como de la Comunidad Internacional en la temática serán a su vez analizados.

INTRODUCCIÓN

En cuanto el derecho a la alimentación tiene que ver con el acceso a los alimentos, parecería en primera instancia que no abarcaría la cuestión de la obesidad. Al contrario, ésta podría ser vista una «sobrerealización» del derecho a la alimentación, si se considera que tiene que ver con un elevado acceso a los alimentos. En cambio, dos argumentos pueden poner esta idea en cuestión. Por un lado la obesidad no se relaciona necesariamente con la sobreabundancia de alimentos. De hecho ella tiene que ver con una mala alimentación, y muchas veces incluso es reflejo de una alimentación deficiente. Por el otro, y en relación con eso, el derecho a la alimentación es sobre todo un derecho a alimentarse adecuadamente y no sólo a no morir de hambre. Por lo tanto y en cuanto la obesidad implique una alimentación inadecuada, será abarcada por este derecho.

Esta relación *derecho a la alimentación – obesidad* es la que se analizará en este trabajo, poniendo en primer lugar el acento en el desglose del concepto de derecho a la alimentación. En segundo lugar se abordará la cuestión del rol del Estado en la realización de este derecho, en especial relación con la obesidad. Por último se planteará el papel de la globalización y la internacionalización de las costumbres alimenticias en la problemática de la obesidad para dar lugar por un lado a repensar el rol de la comunidad internacional en la realización de este derecho y por el otro a plantear el papel de las decisiones personales en la conformación de los futuros escenarios globales y locales.

1. Aspectos del derecho a la alimentación adecuada

El derecho a la alimentación está reconocido como derecho humano en diferentes instrumentos del Derecho Internacional, siendo su principal fuente el Artículo 11 del Pacto de los derechos económicos, sociales y culturales, que como tratado vinculante lo consagra dentro del catálogo de los Derechos Humanos.¹

Ese artículo 11 desglosa el derecho humano en dos aspectos.² En su primer párrafo reconoce el derecho a la alimentación como parte de un nivel de vida adecuado. En su segundo párrafo introduce el derecho a no morir de hambre. Estos dos párrafos establecen así dos niveles de protección: en primer lugar el derecho a la alimentación implica el derecho básico -elemental- a no morir de hambre, es decir, a consumir una ración mínima de alimentos que permita a la persona sobrevivir (Art.11.2).³ El segundo nivel en cambio es mucho más

Palabras claves:

Derecho humano a la alimentación adecuada, Obesidad, Nutrición, Alimentación.

1. Krennerich, *Soziale Menschenrechte*, p. 249; Haugen, *The right to food and the TRIPS agreement*, p. 8; González, *La Unión Europea y la Crisis Alimentaria*, p. 35.

2. Colay, *The right to food and access to justice*, p. 11; Alston, en: Eide/Eide/Goonatilake/Gussow, o., *Food as a human right*, 162, (p. 166–167).; Craven, *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, p. 306.

3. Craven, *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, p. 307; Fricke, *Intellectual Property versus soziale Interessen von Entwicklungsländern*, p. 30.

abarcativo y se refiere a la alimentación adecuada, que va mucho más allá del consumo de un mínimo de calorías, sino que tiene que ver con el acceso a alimentos suficientes para llevar adelante una vida sana y activa (Art.11.1).⁴

Es este segundo aspecto especialmente el que se relaciona con la cuestión de la obesidad, en cuanto que ésta, en efecto, tiene que ver - en principio - con una alimentación inadecuada.

2. LA NORMATIVA NACIONAL

La Ley argentina 25.754/03 que establece el Programa de Nutrición y Alimentación Nacional reconoce en su Artículo 1 el derecho a la alimentación de toda la ciudadanía así como el *indelegable* deber del Estado de garantizarlo. Si bien no se refiere explícitamente a la problemática de la obesidad (como así tampoco nombra expresamente a la desnutrición) pueden identificarse algunas disposiciones de la Ley que pueden influir pasivamente en el abordaje de ella.

El Artículo 5.f consagra el deber del Estado de Promover una alimentación adecuada adjudicando por un lado a la Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación (creada por la misma Ley, Art.4) la función de «implementar un Programa de educación alimentaria nutricional como herramienta imprescindible para estimular el desarrollo de conductas permanentes que permitan a la población decidir sobre una alimentación saludable» y por el otro a los municipios la función de capacitar a las familias en nutrición.

De especial relevancia y sobre todo en relación con el afianzamiento de la *soberanía alimentaria* y la *aceptabilidad cultural*, es la función de las Comisiones Provinciales de «estimular el desarrollo de la producción alimentaria regional a fin de abastecer de insumos necesarios a los programas de asistencia alimentaria locales, respetando y revalorizando la identidad cultural y las estrategias de consumo locales».⁵

3. EL ROL DEL ESTADO COMO GARANTE

El Estado es el principal garante de los derechos humanos y por lo tanto el principal responsable de la realización del derecho a la alimentación.⁶ Esta responsabilidad se ma-

nifiesta en los deberes de *respetar*, *proteger* y *garantizar* los derechos humanos y en este caso en particular el derecho a la alimentación.⁷

De todos modos que el Estado sea garante no implica que deba dar de comer a todos los habitantes. Aquí rige el así llamado principio de «*autoabastecimiento*» que significa que cada uno tiene el derecho de alimentarse a sí mismo y a la propia familia.⁸ Por ello la primera obligación del Estado es de generar una situación adecuada en la que cada uno pueda alimentarse correctamente a sí y a la propia familia.⁹ Sólo en casos de necesidad -como una emergencia social o una catástrofe natural-, así como en casos de imposibilidad -como discapacidades físicas o sociales- está el Estado obligado a otorgar directamente alimentos para garantizar una alimentación adecuada a las personas imposibilitadas.¹⁰

Que el derecho a la alimentación adecuada abarque la problemática de la obesidad quiere decir que el Estado debe no sólo velar para que las personas tengan acceso a alimentos suficientes, sino además que puedan alimentarse adecuadamente. Obviamente que el Estado no está obligado -y tampoco tiene derecho- a decidir y elegir la dieta de cada persona. Pero sí puede y debe a través de políticas públicas de promoción velar para que las personas se alimenten adecuadamente.

Es decir que el Estado debe:

- *Promover* una alimentación adecuada tanto a través de planes específicos así como a través de la educación formal e informal. Esto implica tanto la prevención de la desnutrición como de la obesidad, fomentando una alimentación equilibrada. En este sentido es fundamental el rol de la educación de padres y niños en una alimentación balanceada y saludable para prevenir tanto carencias como abusos (ya que es evidente que muchas veces y sobre todo en países de recursos abundantes como Argentina las carencias alimenticias en situaciones de pobreza no tienen que ver con la falta de recursos sino con una inadecuada inversión de aquellos, lo cual puede mejorar considerablemente a través de la educación).
- *Prestar asistencia* frente a casos de alimentación inadecua-

4. Breining-Kaufmann, Hunger als Rechtsproblem, p. 62; Alston, en: Eide/Eide/Goonatilake/Gussow, o., Food as a human right, 162, (p. 167); Clapham, Human rights, p. 121; FAO (Ed.), The right to adequate Food, p. 3.

5. La *soberanía alimentaria* se refiere a la potestad de los pueblos de poder alimentarse a sí mismos, así como controlar los propios recursos para la alimentación y decidir sobre ellos. Es por ello que es muy importante la producción local de alimentos como base de la soberanía alimentaria (Hoering, en: Gruber, Wie wir überleben!, 71, (p. 83); Anderson/Bellows, Agriculture and Human Values, 177, (p. 178); Engel, Fünf Jahre später, 10, (p. 10); Beuchelt/Virchow, Agriculture and Human Values, 259, (p. 259); en: Sebastián, Documentación social, 177, (p. 189); Kommer, Kritische Justiz, 170, (p. 171). La *aceptabilidad cultural* tiene que ver en cambio con la adaptación de los alimentos a las costumbres alimenticias locales, lo cual está en estrecha relación con la identidad cultural y los hábitos de consumo locales (FAO (Hrsg.), The right to adequate Food, p. 4).

6. Köster, Die völkerrechtliche Verantwortlichkeit privater (multinationaler) Unternehmen für Menschenrechtsverletzungen, p. 21; United Nations, Norms on the Responsibilities of Transnational Corporations and Other Business Enterprises with Regard to Human Rights, U.N. Doc. E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev.2

(2003), p. Par. A.1; Krennerich, Soziale Menschenrechte, p. 101; Eide, en: Eide/Eide/Goonatilake/Gussow, o., Food as a human right, 152, (p. 154); Alston, en: Eide/Eide/Goonatilake/Gussow, o., Food as a human right, 162, (p. 169).

7. SIM (Ed.), The Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.; Committee on Economic, Social and Cultural Rights (Hrsg.), Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights, p. Par. 6; Haugen, The right to food and the TRIPS agreement, p. 111-112.

8. Cullet, Les Cahiers du Ribios, (p. 8); Haugen, The right to food and the TRIPS agreement, p. 17. En este sentido el principio de autoabastecimiento está en estrecha relación con el concepto de *soberanía alimentaria*, ya que la capacidad de autoabastecerse depende en gran medida del control de los medios de producción de los alimentos.

9. Rott, Patentrecht und Sozialpolitik unter dem TRIPS-Abkommen, p. 90.

10. FAO (Ed.), Guide on legislating for the right to food, p. 143; Alston/Eide, en: Eide/Eide/Goonatilake/Gussow, o., Food as a human right, 249, (p. 254); Committee on Economic, Social and Cultural Rights, The right to adequate food, p. Par. 15.

da cuando se lo requiera, lo que abarca tanto la desnutrición como la obesidad. (Aquí puede incluirse la obligación de incluir el tratamiento de la obesidad y la desnutrición dentro de planes de asistencia sanitaria como las obras sociales o seguros de salud.)

• *Fomentar* la disponibilidad y el acceso a alimentos suficientes y adecuados, es decir que sean inocuos y respondan a las condiciones culturales, religiosas y de salud de la población. Concretamente podría implicar esto la disponibilidad en el mercado (supermercados y comercios en general) así como en restaurantes y casas de comida de alimentos saludables y variados que respondan a diversas situaciones y necesidades alimenticias. *La aceptabilidad cultural* implica por ejemplo que personas vegetarianas o veganas puedan encontrar alternativas adecuadas a sus necesidades. *La aceptabilidad religiosa* tiene que ver verbi-gracia con que judíos o musulmanes que no comen cerdo, o hindúes que no comen res puedan también alimentarse según sus principios. *La aceptabilidad sanitaria* se relaciona con la situación de hipertensos, obesos, celíacos, diabéticos que deberían poder encontrar en el mercado alimentos adecuados *accesibles* para su situación de salud.¹¹ El Estado debe velar no solo para que estos alimentos estén disponibles en cantidad suficiente y calidad (que incluye inocuidad) sino también para que sean accesibles, ya que de nada sirven que estén en una góndola o menú si, por ejemplo, económicamente son -incluso para ciertos sectores sociales- inaccesibles.¹²

4. EL ROL DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL

Si bien la problemática de la obesidad es muy compleja y abarca tanto *aspectos internos* (psicológicos) como *externos* (condicionamientos sociales) a la persona, pueden identificarse ciertos factores externos que tienen que ver con la globalización y la internacionalización de las costumbres alimenticias.¹³ Este apartado se referirá a ellos sin dejar de tener en cuenta que no son los únicos responsables de la obesidad, sino solo un aspecto más de esta compleja cuestión.

La globalización no sólo genera intercambio cultural, implica también homogeneización,¹⁴ en cuanto trae consigo la expansión de un estilo de vida, el de los países indus-

triales, lo cual puede actuar en desmedro de las culturas alimenticias locales. El creciente aumento del consumo de productos animales (carne y lácteos) en Asia, implica un aumento del consumo de grasas que, según algunos autores conllevará en pocos años al aumento de la obesidad. El magro arroz y las verduras son cada vez más reemplazados por hamburguesas, tortas y quesos, que en gran medida eran desconocidos para una buena parte de la población.¹⁵ En este sentido se afirma que la obesidad puede encontrar otro factor causante en la modificación de las costumbres alimenticias tradicionales a favor de un estándar de vida fundado en nuevos modelos económicos imperantes.

Esto tiene que ver, según los críticos, con la promoción de un modelo de vida¹⁶ occidental a través de los medios de comunicación, pero también a través de la educación. Propagandas, artículos de prensa, documentales e investigaciones sobre la temática no son «neutros». Incluso los resultados de investigaciones científicas respecto a la alimentación no son ingenuos: responden a una determinada racionalidad, van dirigidos -tanto sea a favor o en contra- a sustentar determinados modelos de vida. La promoción de ciertos productos (y eso es evidente por ejemplo en casos como la soja, la carne o la leche) tiene que ver muchas veces con la necesidad de colocar un producto en el mercado. No significa que el producto no tenga ciertas características enumeradas, -ciertamente las tiene-, pero esas características son «descubiertas» y resaltadas -muchas veces incluso silenciando sus riesgos- para imponerlos en el mercado.¹⁷

5. EL ROL SOCIAL, POLÍTICO Y ECONÓMICO DE LOS NUTRICIONISTAS Y GESTORES DE LA SALUD Y SU FORMACIÓN

Así como la globalización tiene cada vez más efectos en las costumbres alimenticias locales, las decisiones locales (sociales y personales) sobre lo que se consume tiene efectos globales. Es decir que el hecho de que la gente compre alimentos locales o importados va a influir en la economía local y global. Y en este sentido cocinar es un acto *político*,¹⁸ porque la forma en que se cocine, los ingredientes que se utilicen y a dónde se los adquiera influirá de alguna manera en el mercado local y global así como en el medio am-

11. FAO (Ed.), *Guide on legislating for the right to food*, p. 21; *Mechlem*, en: Max Planck Institut for Comparative Public Law and International Law, *Max-Planck-Encyclopedia of Public International Law*, (par. 4); *Fricke*, *Intellectual Property versus soziale Interessen von Entwicklungsländern*, p. 14; Haugen, *The right to food and the TRIPS agreement*, p. 120; FAO (Ed.), *The right to adequate Food*, p. 4; Shiva, *Stolen harvest*, p. 21.

12. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *The right to adequate food*, par. 7-13; González, *La Unión Europea y la Crisis Alimentaria*, p. 37.

13. Desde un punto de vista sociológico pueden identificarse diversas situaciones que se relacionan con diferentes causas de la obesidad, desde la *carencia* hasta la *sobreaabundancia*. Respecto a la carencia, en muchos casos la obesidad tiene que ver, al contrario de lo que se cree habitualmente, con la falta de alimentos suficientes. Es decir justamente, con la falta de alimentos adecuados. En situaciones de pobreza se consumen a veces por ejemplo demasiados azúcares (gaseosas, golosinas, azúcar en el mate) o grasas insanas (papas fritas, bizcochos), faltando suficientes vitaminas, fibras y proteínas. Respecto a la

sobreaabundancia, sobre todo en los países desarrollados la obesidad puede relacionarse justamente con la sobreaabundancia de alimentos disponibles, así como con su forma de presentación y promoción (marketing), que conlleva a un consumo excesivo.

14. *Bauman*, *La globalización*, p. 8.

15. Shiva, *Erd-Demokratie*, p. 63-64; *Aranguren*, *El negocio del hambre*, p. 12.

16. *Shiva*, *Erd-Demokratie*, p. 51-ss.

17. Tal es el caso de la carne, cuyo consumo puede ser muy bueno por el hierro por ejemplo, pero que su abuso puede conllevar problemas con el colesterol. De hecho afirman especialistas que con un consumo de carne roja de una o dos veces por semana se cubren las necesidades de hierro, e incluso puede ser suplantado por una dieta variada en semillas, legumbres y cereales integrales.

18. El término *política* es utilizado aquí en su concepción más amplia, como *ejercicio del poder* - como acto humano de poder y no en referencia necesaria a la política pública ni partidaria. Las consecuencias sociales de los actos humanos pueden ser entendidas en este sentido como consecuencias políticas.

biente.¹⁹ Es por ello que los nutricionistas y gestores de la salud cumplen un rol político-social, pues en ellos está el poder de promover ciertos hábitos de consumo u otros. El fomento de alimentos frescos, locales y de estación por ejemplo puede significativamente incentivar la economía local y de esta manera los hábitos de consumo y alimentarios locales, así como evitar afectar el medio ambiente a través de sistemas de traslado y conservación (refrigeración). El incentivo del consumo de alimentos procesados, importados o fuera de estación, que impliquen procesado, transporte y/o refrigeración afectará en cambio el medio ambiente y actuará en desmedro de la industria local y costumbres alimentarias locales.²⁰

CONCLUSIÓN

El derecho a la alimentación implica no sólo no morir de hambre, sino también poder alimentarse adecuadamente llevar adelante una vida sana y activa. En este sentido abarca también la problemática de la obesidad, como resultado de una alimentación inadecuada. El Estado como garante de este derechos debe promover la alimentación balanceada, para evitar la tanto la desnutrición como la obesidad, así como brindar asistencia cuando estas situaciones ya se encuentran consumadas.

En el estudio de las causas de la obesidad y para saber hacer frente a ella, deben tenerse en cuenta no sólo los aspectos internos (psicológicos) de la persona afectada, sino también los factores sociales, culturales y económicos que

pueden conllevar a favorecerla. Entre éstos últimos factores (los externos) es de resaltar uno que muchas veces pasa desapercibido: la estandarización (de la mano de la globalización) de un estilo de vida opulento y de consumo, surgido principalmente en los países industriales. Este consumismo es impulsado principalmente por el marketing que resaltan ciertos beneficios y prometen ciertos resultados con fines económicos, es decir, para colocarse en el mercado, de manera que el consumo es cada vez más determinado por la oferta antes que por la necesidad. En el caso de la alimentación esto puede tener consecuencias, pues lleva a consumir alimentos en exceso, lo cual luego -en esta lógica del mercado- deberá ser compensado con otros productos -como alimentos dietéticos o suplementos dietarios- que en última instancia terminan siendo parte de la misma estrategia de mercado.²¹

En este sentido, y en relación con la implementación de mecanismos para hacer frente a la obesidad, es de resaltar el rol de las decisiones políticas -tanto a nivel institucional como personal-. No se trata aquí necesariamente de proponer posiciones extremas ni de preestablecer un estilo de vida determinado, sino de repensar los sistemas alimenticios imperantes, para volver conscientes las decisiones que se toman, de manera que si se promueven determinados alimentos o formas de alimentarse, sea sabiendo las consecuencias sociales, ambientales, políticas y económicas que ello tiene.²²

BIBLIOGRAFÍA

El derecho a la alimentación es urgente, Campaña Derecho a la alimentación, en: Sebastián, Luis de (Hrsg.), Documentación social 2007, S. 177-197.

Alston, Philip, International law and the right to food, in: Eide, Asbjørn/Eide, Wenche Barth/Goonatilake, Susantha u. a. (Hrsg.), Food as a human right. 2. Aufl., Tokyo, Japan 1988, S. 162-183.

Alston, Philip/Eide, Asbjørn, Advancing the right to food in international law, in: Eide, Asbjørn/Eide, Wenche Barth/Goonatilake, Susantha u. a. (Hrsg.), Food as a human right. 2. Aufl., Tokyo, Japan 1988, S. 249-259.

Anderson, Molly D./Bellows, Anne C., Introduction to symposium on food sovereignty, Expanding the analysis and application, in: Agriculture and Human Values 2012, S. 177-184.

Aranguren, Felipe L., El negocio del hambre, La especulación con alimentos, Barcelona 2012.

Bauman, Sygmond, La globalización, Consecuencias humanas, Buenos Aires 2008.

Beuchelt, Tina D./Virchow, Detlef, Food sovereignty or the human right to adequate food, Which concept serves better as international development policy for global hunger and poverty reduction?, in: Agriculture and Human Values 2012, S. 259-273.

Breining-Kaufmann, Christine, Hunger als Rechtsproblem, Völkerrechtliche Aspekte eines Rechtes auf Nahrung, Zürich 1991.

Clapham, Andrew, Human rights, A very short introduction, Bd. 163, Oxford, New York 2007.

Committee on Economic, Social and Cultural Rights, The right to adequate food, E/C.12/1999/5 (General Comments), Geneva 1995, <http://www.srfood.org/images/stories/pdf/backgrounddocuments/2-esp-gc12-1999-1.pdf>.

Committee on Economic, Social and Cultural Rights (Ed.), Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights, Maastricht; aktualisierter Nachdruck, 1997, http://www1.umn.edu/humanrts/instree/Maastrichtguidelines_.html.

Craven, Matthew, The International Covenant on Eco-

19. Mazzei, La Nación, Argentina. En este sentido es de destacar, ejemplificativamente, el rol de los boicots de consumidores, que con el sólo hecho de no comprar un producto pueden lograr la retirada de un producto del mercado.

20. Shiva, Cosecha robada, p. 12; Shiva, Erd-Demokratie, p. 35-ss.

21. Aranguren, El negocio del hambre, p. 85.

22. Torres/Santoni en: Alvarez/Pinotti, Procesos socioculturales y alimentación, 61, (p. 62).

conomic, Social and Cultural Rights, A perspective on its development, Oxford 1995.

Cullet, Philippe, Food security and intellectual property rights, in: Les Cahiers du Ribios, Geneve 2004.

Eide, Asbjørn, The international human rights system, in: Eide, Asbjørn/Eide, Wenche Barth/Goonatilake, Susantha u. a. (Hrsg.), Food as a human right. 2. Aufl., Tokyo, Japan 1988, S. 152–161.

Engel, Astrid, Ernährungssouveränität noch immer ein unbekannter Begriff?, in: Fünf Jahre später, Eine Bilanz von NRO fünf Jahre nach dem Welternährungsgipfel in Rom 2002, S. 10–15.

FAO (Ed.), Guide on legislating for the right to food, Roma; aktualisierter Nachdruck, 2009, <http://www.fao.org/docrep/014/i0815e/i0815e.pdf>.

FAO (Ed.), The right to adequate Food, Fact Sheet No. 34, Geneva; aktualisierter Nachdruck, 2010, <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34en.pdf>.

Fricke, Claudia, Intellectual Property versus soziale Interessen von Entwicklungsländern, Das Patentrecht und seine Auswirkung auf die Ernährungssicherheit, Bd. Nr. [20]11,2Bd., Darmstadt 2011.

Golay, Christophe, The right to food and access to justice, Examples at the national, regional and international levels, Rome 2009.

González, Enrique, La Unión Europea y la Crisis Alimentaria, Impactos de la Política Agraria Común en el derecho a una alimentación adecuada, Barcelona 2011.

Haugen, Hans Morten, The right to food and the TRIPS agreement, With a particular emphasis on developing countries' measures for food production and distribution, Bd. 30, Leiden, Boston 2007.

Hoering, Uwe, Ernährungssouveränität oder Agrar-kolonialismus in Afrika?, in: Gruber, Petra (Hrsg.), Wie wir überleben!, Ernährung und Energie in Zeiten des Klimawandels, Opladen 2010, S. 71–85.

Kommer, Steffen, Agroenergie und das Recht auf Nahrung, in: Kritische Justiz, Vierteljahresschrift für Recht und Politik, Baden-Baden 2011, S. 170–177.

Köster, Constantin, Die völkerrechtliche Verantwortli-

chkeit privater (multinationaler) Unternehmen für Menschenrechtsverletzungen, Bd. Band 191Bd., Berlin 2010.

Krennerich, Michael, Soziale Menschenrechte, Zwischen Recht und Politik, Bd. 70, Schwalbach/Ts 2013.

Mazzei, Marcela, Michael Pollan: "Cocinar hoy es un acto político", LA NACIÓN, Argentina (10.05.2014), <http://www.lanacion.com.ar/1689228-michael-pollan-cocinar-hoy-es-un-acto-politico>.

Mechlem, Kerstin, Right to food, International Protection, in: Max Planck Institut for Comparative Public Law and International Law (Hrsg.), Max-Planck-Encyclopedia of Public International Law, Heidelberg, Oxford.

Rott, Peter, Patentrecht und Sozialpolitik unter dem TRIPS-Abkommen, Bd. Bd. 40Bd., 1. Aufl, Baden-Baden 2002.

Shiva, Vandana, Stolen harvest, The hijacking of the global food supply, Cambridge, MA 2000.

Shiva, Vandana, Cosecha robada, El secuestro del suministro mundial de alimentos, Buenos Aires 2003.

Shiva, Vandana, Erd-Demokratie, Alternativen zur neoliberalen Globalisierung, Zürich 2006.

SIM (Ed.), The Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, UN Document E/CN.4/1987/17; aktualisierter Nachdruck, 1987, <http://www.uu.nl/faculty/leg/NL/organisatie/departementen/departementrechtsgelerdheid/organisatie/onderdelen/studieeninformatiecentrummensenrechten/publicaties/simspecials/20/Documents/20-10.pdf>.

Torres, Graciela/Santoni, Mirta Elsa, Los efectos de la conquista: modificación en los patrones alimentario de la región del NOA, siglos XVI als XVIII, in: Alvarez, Marcelo/Pinotti, Luisa V. (Hrsg.), Procesos socioculturales y alimentación, Buenos Aires, Argentina 1997, S. 61–98.

United Nations, Norms on the Responsibilities of Transnational Corporations and Other Business Enterprises with Regard to Human Rights, U.N. Doc. E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev.2 (2003), UN.Doc E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev.2, Geneva 2003, <http://www1.umn.edu/humanrts/links/norms-Aug2003.html>.



ACTAS MÉDICAS SANTAFESINAS

Colegio de Médicos

1ª Circunscripción. Santa Fe