

Medicina

para y por

Residentes

es una publicación de la Fundación SIIC para el Programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACisE)

Vol. 3, Nº 4, junio 2013

Noticias ACisERA, pág. 6

Artículos originales

Gravedad del hidrops fetal por hemólisis Rh asociado con los resultados perinatales en transfusiones intrauterinas

Luis Javier Ramírez Robles, pág. 7

Pielonefritis xantogranulomatosa: actualización de una enfermedad infrecuente

Francisco Alber Leoni, pág. 11

Extinción diferencial de los acontecimientos vitales en pacientes depresivos

Pilar Sierra San Miguel, pág. 19

Entrevistas

Seguimiento de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides

Lilian Anca, pág. 25

Casos clínicos

Disnea y derrame pleural izquierdo masivo como presentación de la disección de aorta descendente

Alfonso Mateos-Colinos, pág. 27

Red Científica Iberoamericana

Determinantes sociales de salud y caries dental

Natalie Hadad Arrascue, pág. 30

Situación de la infección por *Trypanosoma cruzi* en el oriente de Venezuela

Mariolga Berrizbeitia, pág. 32

Informes seleccionados

Innovador marcador urinario para el diagnóstico de endometriosis

Fertility and Sterility, pág. 34

Los *stents* liberadores de drogas en las estenosis del tronco de la coronaria izquierda

New England Journal of Medicine, pág. 34

Debate acerca del tratamiento más adecuado de los pacientes con diseminación peritoneal del carcinoma colorrectal

Journal of Clinical Oncology, pág. 35

Escasa investigación acerca de la comorbilidad entre la ansiedad y el trastorno bipolar

Journal of Affective Disorders, pág. 35

Complicación de la cirugía bariátrica por bandeo gástrico

Journal of the American Academy of Physician Assistants (JAAPA), pág. 36

Describen variables asociadas con la cronificación de la otitis media aguda

International Journal of Otolaryngology, pág. 37

Resumen las manifestaciones clínicas y las opciones de tratamiento de la dermatitis seborreica

Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology, pág. 37

Cartas al programa ACisE, pág. 38

Eventos científicos para Residentes, pág. 40

Contacto directo con autores, pág. 41

Instrucciones para los autores, pág. 42

Medicina para y por Residentes



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

Dirección Editorial
Andrés Bernal

Coordinación Científica
Leonardo Gilardi

Consejo Editorial

Marcelo Loyato, Secretario, CODEI,
H. Juan A. Fernández, CABA.
Gerardo Perazzo, Director, CODEI, H. Vélez
Sarsfield, CABA.
Nora Castiglia, CODEI, H. B. Rivadavia, CABA.
Nery Fures, Director Ejecutivo,
Región Sanitaria XI, Ministerio de Salud,
Buenos Aires.
Miguel Ángel Falasco, Director, CODEI,
H. Dr. Pedro Fiorito, Avellaneda,
Buenos Aires.
Horacio Repetto, miembro titular del
Comité de Bioética Hospitalaria, H. Prof.
Dr. A. Posadas, El Palomar, Buenos Aires.
Salvador Lizzio, Director, CODEI,
H. Córdoba, Córdoba.
Raúl Costamagna, Presidente, Asociación
Parasitológica Argentina, Buenos Aires.
Roberto Elizalde, Jefe de Ginecología
Oncológica, H. Pirovano, CABA.
José Vázquez, Jefe de Sección Andrología,
H. de Clínicas J. de San Martín, CABA.

Comisión Asesora (2009-)

Gerardo Perazzo, Director, CODEI, H. Vélez
Sarsfield, CABA.
Nora Castiglia, CODEI, H. B. Rivadavia, CABA.
Horacio Repetto, H. Prof. Dr. A. Posadas,
El Palomar, Buenos Aires.
Rubén De Marco, Coordinador,
H. El Cruce, Florencio Varela,
Buenos Aires.
Salvador Lizzio, Director, CODEI,
H. Córdoba, Córdoba.
Roberto Elizalde, Jefe de Ginecología
Oncológica, H. Pirovano, CABA.
José Vázquez, Jefe de Sección Andrología,
H. de Clínicas J. de San Martín, CABA.
María Angélica Lamas, ex Jefa, CODEI,
H. Dr. C. Durand, CABA.
Marcelo Loyato, Secretario, CODEI,
H. Juan A. Fernández, CABA.

Comisión Científica (2010-)

Ana Prosello, H. Dr Pablo Soria, Jujuy.
Gustavo Morales, H. Córdoba, Córdoba.
Laura Ibarguren, H. Subzonal Rawson,
Chubut.
Francisco Paulín, H. J.A. Fernández.
Pedro Nuñez, H. Prof Dr. J.P. Garrahan,
CABA.
Elmita Acosta, H. Río Gallegos,
Santa Cruz.
Federico Parra, H. San Juan Bautista,
Catamarca.
Pablo Panico, H. Angel C. Padilla,
Tucumán.
Laura Francesconi, H. de Niños de
San Justo; Ana Clara Bernal, H. Materno
Infantil, Buenos Aires.
Ricardo Pastre, H. Justo José de Urquiza,
Entre Ríos.
Nicolás Morello, H. de Niños Dr. Alassia,
Santa Fe.

Misión y Objetivos

Medicina *para y por* Residentes contribuye a la formación científica continua de los médicos de habla hispana y portuguesa recientemente egresados de sus respectivas universidades. Es una revista trimestral compuesta por 4 números agrupados en un volumen anual. Los textos de la publicación son seleccionados por la Comisión Científica de Médicos Residentes, con el asesoramiento de la Comisión Asesora, la Dirección Científica y los asesores científicos de la Fundación SIIC.

Los revisores científicos externos (*peer review*) juzgan la trascendencia científica, exactitud técnica, rigor metodológico, claridad y objetividad de los manuscritos. Los revisores no reciben compensación económica por su colaboración científica.

El contenido científico de Medicina *para y por* Residentes es responsabilidad de los autores que escribieron los textos originales.

Medicina *para y por* Residentes adhiere a la Asociación Argentina de Editores Biomédicos (AAEB).

Medicina *para y por* Residentes es indizada por SIIC *Data Bases*.

Suscripción anual

Argentina (pesos argentinos): Institucional, \$280;
Profesionales, \$250. Países de UNASUR: Institucional, US\$130;
Profesionales, US\$100. Iberoamérica: Institucional, US\$180;
Profesionales, US\$150. España y Portugal: Institucional, US\$210;
Profesionales, US\$180. Resto del mundo: Institucional, US\$240;
Profesionales, US\$210.

Los valores de las suscripciones incluyen todos los gastos de envío. Los pagos pueden efectuarse mediante tarjetas de crédito de circulación internacional y por medio de transferencias o giros bancarios. Para mayor información comunicarse con Fundación SIIC., entidad responsable y propietaria de Medicina *para y por* Residentes.

La revista es de distribución gratuita entre los médicos residentes, concurrentes, becados y recientemente egresados de las universidades públicas de la Argentina.

La concepción editorial y contenidos científicos de la revista son producidos por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica. Los médicos que escriben en español los artículos de fuentes colegas no emiten opiniones personales sino que los resumen objetivamente. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio o soporte editorial sin previa autorización expresa de SIIC. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la ley N° 11.723.

La revista Medicina *para y por* Residentes se terminó de imprimir en el mes de junio 2013 en G.S. Gráfica, Charlone 958, Avellaneda, Buenos Aires, Argentina.

Fundación SIIC, Avda. Belgrano 430, 9º Piso, depto. "D" (C1092AAR), CABA, Argentina. Tel.: +54 11 4342 4901.



Presidente
Rafael Bernal Castro

Directora
Rosa María Hermitte

Asesores científicos (*ad honorem*)

Alfredo Buzzi[†], Decano, Facultad de Medicina, UBA, CABA.
Javier Lottersberger, Decano, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, UNL.
Miguel Farroni, Decano, Facultad de Ciencias Médicas, UNR.
Marcelo E. Corti, Jefe de División VIH/Sida, H. Francisco J. Muñiz, CABA.
Olindo Martino, Académico titular, Academia Nacional de Medicina, CABA.

Alberto Monchablón Espinoza, Director, H. Braulio A. Moyano, UBA, CABA.
Amelia Musacchio de Zan, Directora, Comisión de Psiquiatría, Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, CABA.
Berta Roth, Directora, Área Terapia Radiante y Diagnóstico por Imágenes, Instituto de Oncología Ángel Roffo, CABA.

Guillermo Roccatagliata, Director, Dpto. Pediatría, Facultad de Medicina, UBA, CABA.
Miguel Ángel Falasco, Director, CODEI, H. Dr. Pedro Fiorito, Avellaneda, Buenos Aires.
Daniel Campi, Vicedirector, Instituto Superior de Estudios Sociales, San Miguel de Tucumán, Tucumán.



La revista **Medicina para y por Residentes** es una publicación de la Fundación SIIC *para la promoción de la ciencia y la cultura*, integra el programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACiSE) oficialmente respaldado por los ministerios de Ciencia y Tecnología (Resolución N° 266/09), Educación (Res. N° 529SPU) y Salud (Res. N° 1058 y 1258), de la República Argentina. El programa es patrocinado por gobiernos provinciales, universidades nacionales, instituciones científicas y empresas públicas y privadas de la Argentina y América Latina.

Unidades de Coordinación

Buenos Aires: Ministerio de Salud, Dirección General Región Sanitaria XI, Nery Fures; UNLP, Secretaría Académica, María Isabel Medina.
Catamarca: H. San Juan Bautista, CODEI, Guillermo Almendra.
Chaco: H. J. C. Perrando, Coordinador de Gestión Área Médica, Daniel Moscatelli.
Chubut: H. Rural Trevelín, Ricardo Piegara, director.
Ciudad de Buenos Aires: UBA, Facultad de Medicina, Decanato; H. Fernández, CODEI, Marcelo Loyato.

Córdoba: H. Córdoba, Salvador Lizzio;
Entre Ríos: UAER, Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud, Sandra Goncibat; H. Justo José de Urquiza, CODEI, Joaquín Goiburú.
La Pampa: H. Lucio Molas, María Esther Castro.
Mendoza: UNC, H. Central de Mendoza, CODEI, Liliana Aporta.
Misiones: H. de Pediatría Dr. Fernando Barreyro, CODEI, Victoria Cetera.
Neuquén: U.N. del Comahue, Álvaro Oliva.

Río Negro: Ministerio de Salud, Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos Dirección de Capacitación, Silvina Campos; U.N. del Comahue, Álvaro Oliva.
San Luis: UNSL, Secretaría de Ciencia y Tecnología, Nora Debattista.
Santa Cruz: H. Regional de Río Gallegos, CODEI, Fernando Peliche.
Santa Fe: UNR, Facultad de Ciencias Médicas, Decanato; UNL, Decanato.
Tucumán: UNT, Sílvia Petrino.
Hospital Ángel C. Padilla, CODEI, Mario Kahn.

	Página		Página
Noticias ACisERA	6	Red Científica Iberoamericana	
Artículos originales		La Red Científica Iberoamericana (RedCibe) difunde los avances médicos y de la salud de América Latina, España y Portugal que contribuyen al progreso de las ciencias médicas de la región.	
SIIIC publica artículos originales e inéditos escritos por prestigiosos investigadores, expresamente invitados, que presentan sus trabajos de manera rigurosa, desde el punto de vista científico, y amena, desde el aspecto pedagógico.		Determinantes sociales de salud y caries dental	
Gravedad del hidrops fetal por hemólisis Rh asociado con los resultados perinatales en transfusiones intrauterinas		<i>Social determinants of health and dental cavities</i>	
<i>Severe fetal hydrops in Rh hemolysis associated with perinatal results after intrauterine transfusions</i>		Se postula la importancia de los determinantes sociales de la salud propuestos por la OMS en el enfoque de la prevalencia de las caries dentales en la población pediátrica.	
La calificación del grado de gravedad del hidrops que se diagnostica antes del evento de transfusión intrauterina es importante pues establece diferencias del pronóstico en la morbimortalidad perinatal.		N Hadad Arrascue	30
LJ Ramírez Robles, G Gómez Partida, L Velázquez Gómez, S Valencia Santoyo, AB Zavalza Gómez	7	Comentario	
Comentarios		MV Fabeiro, HIGA Pedro Fiorito	31
L Williams, Hospital General de Agudos Dr. T. Alvarez	10	Situación de la infección por <i>Trypanosoma cruzi</i> en el oriente de Venezuela	
T Testa, Hospital Municipal J.E. de la Fuente	10	<i>Trypanosoma cruzi infection in Eastern Venezuela</i>	
Pielonefritis xantogranulomatosa: actualización de una enfermedad infrecuente		Se advierte que, en la región oriental de Venezuela, deben ampliarse los estudios seroepidemiológicos para la enfermedad de Chagas ya que existen todas las variables de riesgo para el establecimiento de la transmisión vectorial de <i>T. cruzi</i> .	
<i>Xanthogranulomatous pyelonephritis: update of an infrequent disease</i>		M Berrizbeitia	32
La pielonefritis xantogranulomatosa es una enfermedad inusual y crónica, más frecuente en mujeres y de difícil diagnóstico clínico. En general se la confunde o asocia con tumores renales y con litiasis.		Informes seleccionados	
FA Leoni	11	Resúmenes de trabajos seleccionados de la literatura médica universal, escritos por médicos integrantes del Comité de Redacción Científica de SIIIC.	
Comentarios		Innovador marcador urinario para el diagnóstico de endometriosis	
A Izaguirre, Sanatorio Sagrado Corazón	16	<i>Fertility and Sterility 95(1):46-49, Ene 2011</i>	34
J Aybar Maino, Hospital Samco Villa Constitución	17	Los stents liberadores de drogas en las estenosis del tronco de la coronaria izquierda	
Extinción diferencial de los acontecimientos vitales en pacientes depresivos		<i>New England Journal of Medicine, Abr 2011</i>	34
<i>Differential extinction of life events in depressed patients</i>		Debate acerca del tratamiento más adecuado de los pacientes con diseminación peritoneal del carcinoma colorrectal	
La pérdida constituye un aspecto central de la mayoría de los acontecimientos vitales que llevan a la depresión.		<i>Journal of Clinical Oncology 30(3):226-228, Ene 2012</i>	35
P Sierra San Miguel, L Livianos, I Gaminde, L Rojo	19	Escasa investigación acerca de la comorbilidad entre la ansiedad y el trastorno bipolar	
Comentarios		<i>Journal of Affective Disorders 137(1):161-164, Mar 2012</i>	35
J Vitienes, Hospital Bernardino Rivadavia	24	Complicación de la cirugía bariátrica por bandedo gástrico	
GN Jemar, Hospital J. Borda-SPF	24	<i>Journal of the American Academy of Physician Assistants (JAAPA) 24(10):82, Oct 2011</i>	36
D Gargoloff, HIEAyC	24	Describen variables asociadas con la cronificación de la otitis media aguda	
Entrevistas		<i>International Journal of Otolaryngology, 2012</i>	37
Reportajes a prestigiosos profesionales del mundo entrevistados por los redactores, corresponsales, columnistas o consultores médicos de SIIIC.		Resumen las manifestaciones clínicas y las opciones de tratamiento de la dermatitis seborreica	
Seguimiento de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides		<i>Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology 6(2):44-49, Feb 2013</i>	37
<i>Management of patients with differentiated thyroid carcinoma</i>		Cartas al Programa ACisE	38
El pronóstico del cáncer diferenciado de tiroides, excluida la variedad medular, es bueno, con una tasa de supervivencia a 10 años que excede el 90%.		Eventos científicos para Residentes	40
L Anca	25	Contacto directo con autores	41
Comentario		Instrucciones para los autores	42
L Honaine, HIGA Gral. San Martin	26		
Casos clínicos			
Descripción de pacientes que por sus características clínicas, de diagnóstico, forma de presentación infrecuente, imágenes radiológicas o estudios histopatológicos demostrativos puedan resultar de interés para nuestros lectores.			
Disnea y derrame pleural izquierdo masivo como presentación de disección de aorta descendente			
<i>Dyspnoea and left massive pleural effusion as presenting signs of descending aorta dissection</i>			
Se presenta el caso de un paciente que acudió al departamento de urgencias por disnea intensa. La historia clínica, la situación de bajo gasto cardíaco y el derrame pleural masivo serohemático llevaron a la sospecha de disección aórtica.			
A Mateos-Colinos, R Golpe Gómez, N González Vidal	27		
Comentario			
C Biagioni, Hospital Británico	29		

Patrocinio exclusivo del Banco de la Nación Argentina



Al término de este primer trimestre de 2013, el programa ACisE Nación superaba ampliamente las marcas previstas de inscripción y participación profesional a nivel nacional. En la actualidad, el programa cubre todas las provincias del país, con beneficiarios en 265 ciudades.

El patrocinio del Banco Nación a este programa alcanza un total de 240 hospitales públicos de la Argentina. Para inscribirse, solicitar formulario de inscripción a acisenacion@siic.info.

Más información, prensa@siic.info.

Con participación de profesionales de todo el país

Actualidad del programa ACisE para Residentes



La Fundación SIIC compartió el informe de gestión 2012 y del primer trimestre de 2013, referido al desarrollo nacional del programa Actualización Científica sin Exclusiones para Residentes de la Argentina (ACisERA). Este programa cubre todo el territorio nacional, beneficiando a más de 6 000 profesionales residentes, concurrentes y becarios de distintas ramas de la salud y de todas las especialidades biomédicas.

ACisE se lleva a cabo con el respaldo de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) y el acompañamiento oficial de los ministerios de Salud, Ciencia y Tecnología y Educación de la Nación. Más información, prensa@siic.info.

Respaldo oficial a la labor de la Fundación SIIC

El Ministerio de Educación de la Nación amplía su auspicio



Con firma del Secretario de Políticas Universitarias de la Nación, el Ministerio de Educación renovó su auspicio y respaldo a los programas ACisE de la Fundación SIIC.

La resolución N° 1891, de fecha 27 de noviembre de 2012, en particular destaca "que dentro del marco de los Programas ACisE se promueven subprogramas dirigidos a jóvenes profesionales, residentes, concurrentes y becarios de hospitales públicos del país y la región (ACisERA); la Red Científica Iberoamericana para la difusión y libre circulación de informes y novedades

biomédicas (RedClbe) y el Ciclo Integración Científica de América Latina, destinado a la realización de teleconferencias para los países integrantes (CICAL)."

Con el patrocinio de Laboratorios Bagó ACisE para Residentes en Tocoginecología

Se encuentran abierta la convocatoria para inscribirse al programa ACisERA en Tocoginecología, dirigida a profesionales residentes, concurrentes y becarios en obstetricia y ginecología.

Este capítulo específico permite a los profesionales de la especialidad el acceso personalizado a los recursos científicos de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), entre los que se destacan los sitios www.siicsalud.com y www.salud-publica.com, los boletines electrónicos y las revistas digitales o impresas Salud(i)Ciencia, Medicina para y por Residentes y Trabajos Distinguidos en Obstetricia y Ginecología, entre otras.

Para registrarse, ingresar a: www.siicsalud.com/acise.php

Jefes de Docencia, Jefes de Servicio y de Residentes pueden contactarse con Fundación SIIC para tramitar la incorporación colectiva de la residencia.

ACisERA en Tocoginecología es patrocinado por Laboratorios Bagó. Más información, prensa@siic.info.

Con el patrocinio de Laboratorios Argentia Comienza ACisERA en Cardiología

La Fundación SIIC tiene el gusto de anunciar el inicio del programa ACisE para Residentes en Cardiología (ACisERA en Cardiología), dirigido a profesionales residentes de la especialidad.

El programa permitirá el acceso de los médicos beneficiarios a las acciones y recursos ACisE; se prevé además la participación de estos profesionales en comités y comisiones científicas de la especialidad, la intervención en entrevistas a profesionales destacados y el acceso a la Biblioteca Biomédica SIIC, entre otras particularidades.

ACisERA en Cardiología es patrocinado por Laboratorios Argentia. Más información, prensa@siic.info.

Tabaquismo y adolescencia Entrevistas ACisE

En el marco de la Red Científica Iberoamericana (RedClbe) y el programa de Actualización Científica sin Exclusiones (ACisE), se llevó a cabo una entrevista científica al Dr. Pablo Gulayin (Hospital San Juan de Dios, La Plata) en las oficinas de la Fundación SIIC en Buenos Aires. Los contenidos permitie-

ron expandir la información del artículo *Tabaquismo en Adolescentes de la Ciudad de La Plata* (revista Epidemiología y Salud del 1 n°3).



El entrevistado Dr. Pablo Gulayin junto al Dr. Leonardo Gilardi (SIIC).

La actividad tuvo una importante repercusión en distintas ciudades de la Argentina, reflejada por la activa participación a distancia de los profesionales de la salud de San Fernando del Valle de Catamarca (Hospital San Juan Bautista), San Salvador de Jujuy (Hospital Pablo Soria) y Salta capital (Hospital Arturo Oñativia).

El enriquecimiento de los contenidos y la posibilidad de compartir la experiencia nacional acerca de esta problemática relevante de salud pública fueron los ejes de la entrevista, entre cuyos objetivos se destaca la difusión de la investigación biomédica de nuestro país.

Crónicas de Autores en inglés, la nueva sección de siicsalud



En el primer bimestre de 2013 se inauguró en el principal medio de SIIC en Internet (siicsalud.com) la nueva sección de Crónicas de Autores en inglés (Author's Reports). Destacados autores de los cinco continentes han sido invitados a comentar sus propias publicaciones efectuadas en distintas revistas biomédicas, con el objetivo de difundir el conocimiento científico en el medio local. En común acuerdo con diversas asociaciones científicas, se planificará además la traducción al castellano de los contenidos de interés regional, con la meta de facilitar su difusión entre los profesionales de la salud de Iberoamérica.



Departamento de Prensa
Fundación SIIC
www.siic.info

Avda. Belgrano 430, Piso 9 «C», (C1092AAR), Buenos Aires, Argentina, Tel.: +54 11 4343 5767, prensa@siic.info.

A - Gravedad del hidrops fetal por hemólisis Rh asociado con los resultados perinatales en transfusiones intrauterinas

Severe fetal hydrops in Rh hemolysis associated with perinatal results after intrauterine transfusions



Luis Javier Ramírez Robles, Ginecoobstetra, Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Gineco-obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, México

Guillermo Gómez Partida, Ginecoobstetra, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México

Leonora Velázquez Gómez, Ginecoobstetra, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México

Susana Valencia Santoyo, Ginecoobstetra, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México

Ana Bertha Zavalza Gómez, Dra. en Ciencias, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Recepción: 3/7/2012 – Aprobación: 16/7/2012
Primera edición, www.siicsalud.com: 26/10/2012
Segunda edición, ampliada y corregida:
18/1/2013

Enviar correspondencia a: Luis Javier Ramírez Robles, Instituto Mexicano del Seguro Social, 44600, Guadalajara, México
lujram@hotmail.com.mx

➤ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

Abstract

Objective: To evaluate the degree of fetal hydrops in maternal RhD alloimmunization and effects on perinatal outcome after intrauterine transfusion. **Methods:** A retrospective, cross-sectional study over a 21-year period of 150 fetuses and 531 intrauterine transfusions, all of which demonstrated severe disease, with hydrops present in 67 (45%) cases. A classification was made according to the ultrasonographic findings at the first transfusion into mild or severe hydrops. We studied secondary variables such as hematocrit and hemoglobin levels, gestational age, number of transfusions, the overall fetal procedure-related complication rate and neonatal conditions. **Results:** This report comprises a total of 123 (82%) live-born. The overall survival rate in relation to the absence of hydrops before intrauterine transfusion in fetuses with mild hydrops was 76%, and 52% in cases of severe hydrops. Intrauterine reversal of hydrops was demonstrated in 81% of fetuses with mild hydrops and 30% with severe hydrops. Better neonatal conditions like Apgar scores at 5 minutes and birth weight were more frequently observed in mild or negative hydrops. **Conclusion:** Survival rates for fetuses are different in those with hydrops and the degree of fetal hydrops is important in predicting poor prognoses.

Key words: Rh alloimmunization, fetal hydrops, perinatal outcome

Resumen

Objetivo: Evaluar el grado de gravedad del hidrops fetal por isoimmunización materna Rh(D) y su repercusión sobre el resultado perinatal en una serie de casos de transfusión intrauterina. **Material y método:** Análisis retrospectivo, analítico y transversal de 150 fetos que recibieron 531 transfusiones intrauterinas en un período de 21 años. Todos presentaban un proceso evolutivo de gravedad y la presencia de hidrops previo al tratamiento se demostró en 67 fetos (45%), los cuales se clasificaron, de acuerdo con los hallazgos ultrasonográficos, como portadores de hidrops moderado o de hidrops grave. Las variables incluyeron edad gestacional, niveles de hemoglobina y hematocrito, número de transfusiones, tasas de supervivencia, la mortalidad acaecida por el procedimiento y las condiciones neonatales y evolutivas de los homigénitos. **Resultados:** Hubo 123 nacidos vivos (82%). Cuando no existió hidrops al inicio de la primera transfusión, la supervivencia global de los fetos que se presentaron con hidrops moderado fue del 76%, en tanto que los casos con hidrops grave fueron 52%. La reversión intrauterina del hidrops se documentó en el 81% de los fetos con hidrops moderado y en el 30% de aquellos con hidrops grave. La pérdida fetal como complicación durante el procedimiento fue baja. Condiciones neonatales pronósticas como el puntaje de Apgar a los 5 minutos y el peso obtenido fueron más favorables entre los fetos sin hidrops o con hidrops moderado que en los grados graves de afección hidrópica. **Conclusiones:** La calificación del grado de gravedad del hidrops que se diagnostica antes del evento de transfusión intrauterina es importante pues establece diferencias de pronóstico en la morbimortalidad perinatal. Los elementos esenciales para condicionar mejores resultados se centran en la captación temprana de los casos, idealmente cuando aún no se ha presentado el hidrops o al menos cuando éste es moderado, así como en el envío oportuno a centros de referencia especializados.

Palabras clave: isoimmunización Rh, hidrops fetal, pronóstico perinatal

Introducción

La enfermedad hemolítica del feto y del neonato fue durante siglos de gran impacto en la morbimortalidad perinatal.¹ Su descripción a través de la historia y el progresivo esclarecimiento de su causa hasta alcanzar finalmente niveles de prevención son realmente pasajes fascinantes de la medicina universal. El abordaje de los casos gravemente afectados por isoimmunización RhD mediante transfusión intrauterina iniciado por Liley en 1963, se considera el primer evento de un tratamiento directo del feto que logra disminuir el pronóstico sombrío de estos

casos. La introducción del ultrasonido en el diagnóstico y en el mismo procedimiento terapéutico constituyó un avance decisivo para mejorar los resultados y posibilitó variantes en la técnica, como el abordaje intravascular, ya fuera umbilical o intrafetal, permitiendo una vía más directa y rápida para lograr revertir casos de afección grave con presencia de hidrops.² Asimismo, el hidrops ha sido considerado como un signo terminal en la fisiopatología fetal hemolítica.

La transfusión intrauterina ha demostrado revertir el hidrops y mejorar sustancialmente las tasas de supervi-

encia, pero el análisis comparativo de resultados entre diversos autores o instituciones es controvertido, ya que se pueden enumerar múltiples factores que pueden sesgarlo, entre los que se citan edades de gestación diferente al inicio del tratamiento, tipo y número de transfusiones, así como estado evolutivo de la enfermedad en cada caso, y aun aspectos no plenamente reconocidos, como la respuesta individual a la anemia.³

Existe un consenso de que el pronóstico fetal y neonatal depende en gran medida de la presencia o ausencia de hidrops en el momento del diagnóstico, variable que ha sido consignada para los resultados perinatales; sin embargo, la definición precisa de hidrops en diferentes épocas y autores ha sido incompleta o irregular y son pocos los que han analizado el grado de gravedad del hidrops como un factor de valor estadístico y de trascendencia epidemiológica. En nuestra experiencia y la de otros autores, la gravedad del hidrops condiciona por sí misma el pronóstico perinatal y su definición puede ser trascendente para el proceso predictivo de la enfermedad hemolítica.

El presente estudio tuvo como objetivo primario investigar si la gradación de un signo fisiopatológico importante, como lo es el hidrops, es significativa en relación con otros parámetros tradicionalmente utilizados como variables pronósticas, y si esta información coadyuva a una evaluación más precisa de los casos.

Material y métodos

El Servicio de Medicina Materno Fetal, a través de su Clínica de Isoinmunización en el Hospital de Gineco-Obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente en Guadalajara, México, es un centro de referencia para casos de hemólisis aloinmune desde el año 1967. Una serie de casos de 531 transfusiones realizadas a fetos con anemia evolutiva grave y riesgo de morbimortalidad fue descrita en una publicación previa de los autores.⁴ En el presente estudio, un total de 150 fetos fueron tratados con transfusión intrauterina por isoinmunización RhD. Existió un embarazo gemelar con un solo feto transfundido, ya que el segundo fue RhD negativo y, obviamente, no afectado. Se seleccionaron 67 (45%) que presentaban hidrops antes de la primera transfusión, documentado por signos ultrasonográficos referidos como ascitis, edema tegumentario generalizado, hidropericardio o hidrotórax. La ascitis y el hidropericardio han sido considerados signos tempranos de hidrops, aunque su reconocimiento en estadio inicial puede ser variable y dependiente de la experiencia del personal que realiza el ultrasonido.⁵

Tradicionalmente, se ha definido hidrops sólo cuando se presenta colección de líquido en dos o más cavidades; sin embargo, en opinión de los autores y según lo consignado por otros, la definición anterior no ha correlacionado con la gravedad en cada caso, por lo que poco se conoce sobre la influencia en la gravedad del hidrops como parámetro para establecer un pronóstico en su reversión y el resultado perinatal. Nuestras observaciones son acordes a lo mencionado por Van Kamp y col.⁶ en una de las más grandes series de casos de transfusión intrauterina por un sólo equipo médico, en lo referente a que en la enfermedad hemolítica aloinmune, la ascitis es el primer signo y generalmente el único en manifestarse durante un tiempo prolongado, por lo que, siguiendo una metodología de clasificación y análisis previamente informada⁷, se categorizaron a los fetos en dos grupos de análisis en función del grado de ascitis. Se definió hidrops

temprano o moderado cuando se presentó un borde o anillo de líquido circulando sobre el contenido abdominal, con presencia de hidrotórax o sin ella. Definimos hidrops grave cuando se consignó un gran volumen de ascitis con asas intestinales u órganos abdominales flotando libremente en él, con edema tegumentario o no, derrame pleural o hidropericardio. En el contexto anterior y de acuerdo con los datos clínicos consignados en el expediente de cada feto, establecimos dos grupos de casos: fetos con hidrops moderado y fetos con hidrops grave. El propósito esencial del trabajo fue verificar la relación entre la gravedad del hidrops y el resultado fetal y neonatal. También se estudiaron otros aspectos secundarios, como edad gestacional, número de transfusiones y valores de hemoglobina y hematocrito previos al procedimiento y al momento del nacimiento, así como la reversión o no del hidrops después de la primera transfusión y la mortalidad debida al evento transfusional.

Para el análisis estadístico, el resultado descriptivo de las variables se presenta como mediana y rango para variables continuas, y en tablas de frecuencias y porcentaje para las cualitativas. Se utilizó las pruebas de Kruskal-Wallis y de la *U* de Mann-Whitney para la comparación entre los grupos y la prueba exacta de Fisher para comparar proporciones. Un valor de $p \leq 0.05$ fue considerado significativo.

Antes de la intervención recibimos un consentimiento bajo información firmado por cada paciente y el trabajo fue registrado en el comité local de investigación del hospital.

Resultados

De una serie de 150 fetos transfundidos se presentaron 67 (44.7%) con hidrops al inicio del tratamiento, de los cuales 21 (31.3%) se clasificaron con hidrops moderado y 46 (68.7%) con hidrops grave.

Los valores de hemoglobina y hematocrito, que reflejarían la gravedad del cuadro anémico, no presentaron diferencias significativas entre los fetos con hidrops moderado o grave previo a la primera transfusión, pero sí se hallaron diferencias significativas entre los valores sanguíneos de ambos grupos de hidrops en relación con fetos que no lo presentaron. Asimismo, no hubo diferencias en relación con la edad gestacional o el número de transfusiones efectuadas.

Las características de los fetos transfundidos se muestran en la Tabla 1.

La supervivencia global para los fetos con hidrops fue del 59.7% (40/67), mientras que fue del 87.9% (73/150) en fetos sin hidrops. De los fetos con hidrops moderado, 76.1% (16/21) sobrevivieron, mientras que en los casos con hidrops grave lo hicieron un 52.2%. No obstante, sí se observó diferencia entre el total de hidrops ($n = 67$) y los que no lo demostraron ($n = 83$), tal como se puede observar en la Tabla 2.

Al nacimiento de los fetos no se encontraron diferencias en cuanto a la edad gestacional (de acuerdo con el método de Capurro) obtenida entre los grupos de hidrops moderado y grave, pero sí se encontró significación estadística, con una edad mayor en el grupo de fetos sin hidrops (36 semanas) que en los de hidrops grave (32.5 semanas) ($p < 0.001$). Si bien las cifras de hemoglobina y hematocrito no reflejaron diferencias, el puntaje de Apgar a los 5 minutos fue mayor en el grupo sin hidrops e hidrops moderado ($p = 0.001$ y $p = 0.003$, respectivamente) en relación con los que presentaron hidrops gra-

ve. El peso al nacer fue mayor en los casos sin hidrops que en los de hidrops grave ($p < 0.001$).

Respecto de la implementación de procedimientos neonatales para mejorar la anemia y disminuir la hemólisis, como la transfusión simple, no hubo diferencias entre los grupos sin hidrops, hidrops moderado y grave. No fue así con la exsanguinotransfusión, la cual se requirió en un mayor número de casos con hidrops grave (32.6%; 15/46) en comparación con el grupo sin hidrops (4.8%; 4/83); asimismo, se observó diferencia entre fetos con hidrops moderado y fetos no hidróticos. Las características de todos los recién nacidos vivos y su manejo neonatal están enumerados en la Tabla 3.

Existió reversión intrauterina del hidrops en el 73.1% (49/67) de todos los fetos hidróticos. El 80.9% (17/21) de los casos de hidrops moderado presentaron reversión, con una supervivencia del 94.1%, a diferencia de la reversión lograda en los fetos con hidrops grave, del 69.5% (32/46), con una supervivencia del 71.8%. En nuestra serie, a pesar del tratamiento, el hidrops persistió en 14 de los fetos con la afección grave, y de estos, 11 fueron óbitos, 2 fallecieron en el período neonatal y sólo uno sobrevivió. En 4 casos de hidrops moderado no hubo reversión, 3 de los cuales fueron óbitos y uno falleció en el período neonatal.

Conclusiones

En nuestra serie se encontró una alta proporción de hidrops antes de iniciar la primera transfusión (44.7%; 67/150), de los cuales el 68.6% (46/67) fueron casos de hidrops; los aspectos anteriores varían con respecto a lo informado por otros autores y pueden constituir un factor que repercute en los resultados perinatales. La alta incidencia de hidrops también refleja, de alguna manera, fallas en la detección de los factores de riesgo para la enfermedad hemolítica fetal y neonatal, lo que, en consecuencia, lleva a un diagnóstico y una derivación tardíos a centros de atención especializada.

En nuestro trabajo, la técnica de transfusión fue tanto intraperitoneal como intravascular, ya fuera esta última umbilical o intrafetal vascular hepática. En 41 casos decidimos, de acuerdo con las condiciones clínicas y para mejorar el resultado, llevar a cabo técnicas combinadas en un mismo evento, aunque se contabilizó como procedimiento transfusional único, de acuerdo con la vía donde se depositó el mayor volumen vascular; de esta forma, la vía intraperitoneal fue la complementaria para reserva, siguiendo lo sugerido por algunos autores. En nuestra serie, de acuerdo con las diferencias en la técnica utilizada, no es posible realizar una comparación idónea para esta variable.

La mortalidad fetal directamente relacionada con la transfusión, definida como la suscitada durante el procedimiento o dentro de las 24 horas siguientes, fue del 7% (10 casos), lo que da por resultado una tasa de mortalidad global por transfusión del 1.9% (10/531). Estos resultados son similares a los informados por otros autores y por Van Kamp, y no se correlacionaron con el evento de hidrops.

La tasa de supervivencia promedio en los fetos sin hidrops en nuestra serie fue significativamente mayor (88%; 73/150) que la de los fetos con hidrops (59.7%; 40/67). Observamos reversión intrauterina del hidrops en el 80.9% de los fetos con hidrops moderado, con una supervivencia del 94.1%, mientras que en aquellos con hidrops grave, la reversión se presentó en 69.5% de los casos, con una supervivencia del 71.8%.

El tratamiento intrauterino en la enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh ha representado un avance notable para disminuir su mortalidad y morbilidad. Antes de la introducción del ultrasonido, las tasas de supervivencia alcanzaban entre el 20% y el 60%. Los progresos en las técnicas de imágenes ecográficas, el muestreo sanguíneo pretransfusión y postransfusión, la parálisis o la sedación fetal y las mejoras técnicas, como la vía intravascular, han generado publicaciones de series de casos con hidrops y supervivencia de un 70% hasta más de un 90%. Sin embargo, en la mayoría no hay una clara definición del término y frecuentemente sólo se menciona "hidrops", "algún grado de hidrops" o se genera confusión al describir fetos con "ascitis/hidrops" como condiciones similares.^{8,9}

Observamos diferencia en la edad gestacional al nacimiento entre fetos con hidrops grave y aquellos que no lo presentaban. No se verificaron diferencias en cuanto al número de transfusiones intrauterinas en los grupos con hidrops y sin hidrops. Existió respuesta favorable en el tratamiento de la anemia al comparar las cifras previas a la primera transfusión con las obtenidas al nacimiento. Nuestro estudio confirma que un pronóstico desfavorable, a pesar del tratamiento adecuado del feto con hidrops, se explica primordialmente por el índice de supervivencia más bajo en los casos de hidrops grave, y que la supervivencia de fetos con hidrops precoz o moderado es comparable con la del feto con anemia grave, aun sin hidrops. De igual manera, un pronóstico favorable puede esperarse después de la reversión del hidrops. Por otro

Tabla 1. Características de 150 fetos tratados con transfusión intrauterina.

	Hidrops		
	Negativo n = 83	Moderado n = 21	Grave n = 21
Edad gestacional* (semanas)	24.0 (18-36)	25.0 (18-34)	26.5 (19-34)
Hematocrito* (%)	25.5 ¶ & (15.9-37.2)	17.7 ¶ (8.7-31.5)	13.5 & (4.8-34.2)
Hemoglobina* (g/dl)	8.5 ¶ & (5.3-11.4)	5.9 ¶ (2.9-10.5)	4.5 & (1.6-8.5)
Nº transfusiones intrauterinas	4 (1-9)	3.0 (1-7)	3 (1-7)

*Valores medidos en la primera transfusión

Los datos en mediana (rangos)

¶ $p < 0.001$; & $p < 0.001$

Tabla 2. Tasa de supervivencia de 150 fetos después del tratamiento con transfusión intrauterina.

	Hidrops			
	Total n = 67	Moderado n = 21	Grave n = 46	Negativo n = 83
Supervivencia (%)	40* (59.7)	16 (76.2)	24 (52.2)	73* (88.0)
Óbitos (%)	20 (29.9)	4 (19.0)	16 (34.8)	7 (8.4)
Muerte neonatal (%)	7 † (10.4)	1 (4.8)	6 (13.0)	3 † (3.6)

* $p < 0.001$; † $p < 0.001$

Prueba exacta de Fisher

Tabla 3. Características al nacimiento de 150 fetos tratados con transfusión intrauterina.

	Hidrops		
	Negativo n = 83	Moderado n = 21	Grave n = 21
Edad gestacional (semanas)	# 36.0 (22-38)	36.0 (22-37)	# 32.5 (19-38)
Hematocrito (%)	42.1 (17-60)	42.9 (31-57)	39.5 (18-54)
Hemoglobina (g/dl)	13.0 (5-20)	13.0 (10-18)	12.7 (6-18)
Puntaje de Apgar a los 5 minutos	# 8.0 (0-10)	8.0 (0-9)	# 7.0 (0-9)
Peso (g)	& § 2 700 (800-3 800)	§ 2 750 (1 000-3 400)	& 2 048 (800-500)
Transfusión simple	14 (17)	3 (14)	4 (9)
Exsanguinotransfusión	¶ & 4 (5)	¶ 6 (29)	& 15 (33)

Datos en mediana (rango)

$p < 0.001$; § $p = 0.003$; & $p < 0.001$; ¶ $p = 0.004$

lado, los fetos con hidrops grave tienen mayor posibilidad de no revertirlo pese al tratamiento instituido.

Sin embargo, no podemos dejar de señalar que existen muchas otras condicionantes que influyen en el resultado perinatal y que es extremadamente difícil homogeneizar datos para un análisis comparativo de resultados, como grado de isoimmunización materna, complicaciones inesperadas en la evolución gestacional, diferentes técnicas en el procedimiento transfusional, aspectos de prematuridad, manejo neonatal, etcétera.¹⁰⁻¹³

Se ha demostrado que el tratamiento efectivo de los fetos gravemente afectados, en especial con hidrops, re-

percute en el pronóstico satisfactorio del neurodesarrollo a largo plazo.¹⁴⁻¹⁶

Nuestros datos confirman que la tipificación del grado de ascitis explica por sí misma diferencias en el resultado perinatal, y que el hallazgo de hidrops grave indica la necesidad de unificar criterios de detección precoz. La prevalencia de la enfermedad hemolítica fetal y neonatal en sistemas sanguíneos aún se mantendrá,¹⁷ por lo que se impone promover centros regionales o nacionales para su canalización y tratamiento óptimo, lo que permitiría mantener experiencia en el manejo multidisciplinario y compliance de estos casos.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013
www.siicsalud.com

Autoevaluaciones de la lectura en *siicsalud.com*

Acceda a las preguntas, respuestas varias y fundamentaciones sobre temas estratégicos de 55 especialidades. Los directores científicos de SIIC seleccionan los temas y las lecturas recomendadas para cada una de las evaluaciones.

¿Qué variables pueden sesgar los resultados de la terapia transfusional intrauterina para la reversión del hidrops?

A, Las diferencias en la edad gestacional; B, La cantidad de transfusiones; C, El estado evolutivo de la enfermedad; D, Todas son correctas.

Verifique su respuesta en: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/129029

Cómo citar este artículo: Ramírez Robles LJ, Gómez Partida G, Velázquez Gómez L, Valencia Santoyo S, Zavalza Gómez AB. Gravedad del hidrops fetal por hemólisis Rh asociado con los resultados perinatales en transfusiones intrauterinas. *Medicina para y por Residentes* 3(4):7-10, Mayo 2013.

How to cite this article: Ramírez Robles LJ, Gómez Partida G, Velázquez Gómez L, Valencia Santoyo S, Zavalza Gómez AB. Severe fetal hydrops in Rh hemolysis associated with perinatal results after intrauterine transfusions. *Medicina para y por Residentes* 3(4):7-10, Mayo 2013.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Comentarios

El objetivo primario de este trabajo fue evaluar si una diferenciación en la gravedad del hidrops fetal por hemólisis Rh podía ser significativa como factor pronóstico, y no sólo la presencia de hidrops. En los resultados, los fetos con hidrops grave tuvieron peor pronóstico en cuanto a la supervivencia y al nacimiento, pero no en lo referido a niveles de hemoglobina o a cantidad de transfusiones requeridas. Resulta claro entonces que, a pesar de la heterogeneidad inevitable de la serie de casos, el nivel de anemia en sí mismo no diferencia el pronóstico, como tampoco define la respuesta al tratamiento, por lo que la investigación tiende no sólo a apuntalar las características diferenciales de cada nivel de hidrops y su significación, sino también a buscar la manifestación clínica, la respuesta y la evolución diferentes de distintos fetos con un mismo nivel de hemoglobina.

Leticia Williams
Residente de Tocoginecología
Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Como médica de un hospital municipal de una pequeña ciudad del interior de la Provincia de Buenos Aires, expresaré el comentario del artículo sobre la base de lo que, en dicho ámbito, podemos realizar en estos casos.

Debemos decir que lo principal en el hidrops fetal, como en tantas otras enfermedades, es el diagnóstico precoz. Éste comienza en la primer consulta obstétrica, estableciendo los grupos sanguíneos de los progenitores y la existencia de antecedentes de isoimmunización en la madre (ya sean obstétricos o transfusionales).

Por suerte, contamos con un buen servicio de ultrasonido, el cual, con controles seguidos, podrá alertarnos sobre un signo de ascitis o de líquido en alguna cavidad, diagnóstico que será compartido con el médico de cabecera de la paciente.

Seguros ya de la presencia de alguna anomalía en las imágenes, el embarazo pasa a ser de alto riesgo, por lo que la madre debe ser derivada a un centro de alta complejidad materno-fetal para su tratamiento.

Que nos queda a nosotros por hacer: tener un buen contacto con el centro especializado, haber hecho los controles de toda madre, con antecedentes o sin ellos, en tiempo y forma, y ejercer la medicina preventiva al llevar a cabo campañas tanto de donación de sangre como de controles prenatales. Con esto evitaremos desenlaces no deseados en muchas entidades patológicas.

Terésita Testa
Hospital Municipal Juan E. de la Fuente
General Belgrano, Buenos Aires

Bibliografía

- Liley H. Rescue in inner space: management of Rh hemolytic disease. *J Pediatr* 131:340-342, 1997.
- Moise KJ Jr. Management of Rhesus alloimmunization in pregnancy. *Obstet Gynecol* 107(1):164-76, 2008.
- Moise KJ Jr. Hemolytic disease of the fetus and newborn. In: Creasy EK, Resnik R. *Maternal-fetal Medicine: Principles and Practice*. 6th. Edition. Philadelphia, WB Saunders, pp. 477-503, 2008.
- Ramírez Robles LJ, Gómez Partida G, Guevara Rubio G, Velázquez Gómez L. Transfusión intrauterina en aloimmunización RhD en México, 1987-2008. *Ginecol Obstet Mex* 78(9):469-477, 2010.
- Van Kamp IL, Klumper FJ, Baccum RS, y col. The severity of immune fetal hidrops is predictive of fetal outcome after intrauterine treatment. *Am J Obstet Gynecol* 185(3):668-73, 2001.
- Van Kamp IL, Klumper FJ, Meerman Rh, y col. Treatment of fetal anemia due to red-cell alloim-

- munization with intrauterine transfusions in the Netherlands, 1988-1999. *Acta Obstet Gynecol Scand* 83(8):731-7, 2004.
- Whitcar PW, Moise KJ Jr. Sonographic methods to detect fetal anemia in red blood cell alloimmunization. *Obstet Gynecol Surv* 55:240-250, 2000.
- Shumacher B, Moise KJ Jr. Fetal transfusion for red cell alloimmunization in pregnancy. *Obstet Gynecol* 88(1):137-50, 1996.
- Grab D, Paulus WE, Bommer A, Buck G, Terinde R. Treatment of fetal erythroblastosis by intravascular transfusions: outcome at 6 years. *Obstet Gynecol* 93:165-8, 1999.
- Farina A, Calderoni P, Simonasi G, Carinci P, Rizzo N. Survival analysis of transfused fetuses affected by Rh-alloimmunization. *Prenat Diagn* 20(11):881-5, 2000.
- Craparo FJ, Bonati F, Gementi P, Noline U. The effects of serial intravascular transfusion in ascitic/hydropsic RhD-alloimmunized fetuses. *Ultrasound*

- Obstet Gynecol* 25(2):144-8, 2005.
- Mesogitis S, Daskalasis G, Pilalis A, Papanioniou N, Antsaklis A. *Fetal Diagn Ther* 20(5):431-6, 2005.
- Yinon Y, Visser J, Kelly EN, y col. Early intrauterine transfusion in severe red blood cell alloimmunization. *Ultrasound Obstet Gynecol* 36:601-606, 2010.
- Hudon L, Moise KJ Jr, Hegemier SE, y col. Long-term neurodevelopmental outcome after intrauterine transfusion for the treatment of fetal hemolytic disease. *Am J Obstet Gynecol* 179:858-63, 1998.
- Sabahattin A, Amre O, Bahadir S, y col. Neonatal outcome of fetuses receiving intrauterine transfusion for severe hidrops complicated by Rhesus hemolytic disease. *Int J Gynecol Obstet* 117:153-158, 2012.
- Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, y col. Births; final data for 2002. *Natl Vital Stat Rep*.
- Moise KJ. Grand Rounds: Rh disease: It's still a threat. *Contemporary Ob/Gyn* 49:34-38, 2005.

B - Pielonefritis xantogranulomatosa: actualización de una enfermedad infrecuente

Xanthogranulomatous pyelonephritis: update of an infrequent disease



Francisco Alber Leoni

Dr. en Medicina y Cirugía, Profesor Adjunto II Cátedra de Infectología, Facultad de Ciencias Médicas de la UNC; Jefe del Servicio de Infectología, Hospital Aeronáutico Córdoba; Jefe de la Sección Infectología, Nuevo Hospital San Roque, Córdoba, Argentina

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Recepción: 12/9/2011 - Aprobación: 17/11/2011
Primera edición, siicsalud.com: 12/12/2011
Segunda edición, ampliada y corregida: 10/9/2012

Enviar correspondencia a: Francisco Alber Leoni, Hornillos 1660, B° Jardín Espinosa, 5014, Córdoba, Argentina
affleoni@hotmail.com



Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.

Abstract

Xanthogranulomatous pyelonephritis (XGP) is a chronic infectious-inflammatory disease involving the kidney. It usually occurs in adults, most commonly in young women and it is associated with lithiasis. It is most frequently unilateral and it is accompanied by partial or total destruction of parenchyma. Physical examination findings are fever, back pain and/or abdominal pain, palpable mass, weight loss and a history of recurrent urinary infections. Diagnosis is confirmed using computed tomography. It is a common mistake to misinterpret it as a tumor. In the laboratory study the following are observed: anemia, high rate sedimentation and leucocytosis and pyuria in the urinary sediment. Certainty diagnosis is by histopathology. Antibiotic treatment prevents septic complications, but the treatment is total or partial nephrectomy. We aim to update this unusual disease in its presentation aspects, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis and treatment.

Key words: xanthogranulomatous pyelonephritis, renal chronic illness, histopathological diagnosis, nephrectomy

Resumen

La pielonefritis xantogranulomatosa es una enfermedad inflamatoria-infecciosa crónica que involucra el riñón. Generalmente se presenta en adultos, más comúnmente en las mujeres jóvenes, y se asocia con litiasis. En la mayoría de los casos es unilateral, se acompaña con destrucción parcial o total del parénquima. Los hallazgos al examen físico más frecuentes son: fiebre, dolor lumbar o abdominal o ambos, masa palpable, pérdida de peso y antecedentes de infecciones urinarias recurrentes. La tomografía computarizada es el método más comúnmente empleado para su diagnóstico. Inicialmente se la puede confundir con un tumor. En los análisis de laboratorio frecuentemente se observa anemia, eritrosedimentación muy acelerada, leucocitosis y piuria en el sedimento urinario. El diagnóstico de certeza es el histopatológico. El tratamiento antibiótico evita las complicaciones sépticas, pero la terapia de elección es la nefrectomía total o parcial. Nuestro objetivo es actualizar esta enfermedad infrecuente, tanto en sus formas de presentación, fisiopatogenia, manifestaciones clínicas, como su diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: pielonefritis xantogranulomatosa, enfermedad renal crónica, diagnóstico histopatológico, nefrectomía

Introducción

La pielonefritis xantogranulomatosa (PXG) es una enfermedad crónica, agresiva y de baja prevalencia. La mayoría de las comunicaciones señalan que representa entre 0.6% al 6%, de las pielonefritis.^{1,2} Su nombre deriva del color amarillo (del griego, *xantho*) que adquiere el parénquima renal y de una reacción granulomatosa que contiene macrófagos rellenos de grasa. Se origina como consecuencia de una respuesta anormal a una infección bacteriana del parénquima renal que se produce en presencia de obstrucción crónica de las vías urinarias. Con frecuencia se asocia a litiasis y supuración, lo que conduce a la destrucción del parénquima renal.³⁻⁸

Fue descrita por primera vez en 1916 por Schlagenhauffer;¹¹ en 1944, Osterlind¹² la denominó xantogranuloma, y Avnet y colaboradores¹³ describieron el primer caso pediátrico en 1963.

Es una enfermedad más frecuente en el sexo femenino (70% a 80%), en personas de mediana edad, en la quinta y la sexta década de la vida. En la mayoría de los casos es unilateral, aunque la afección bilateral es posible. Se presenta con aumento del tamaño renal y se asocia, generalmente, con litiasis renal.^{2,6-9,14,16-18}

Los hallazgos más frecuentes al examen físico son: fiebre, dolor lumbar o abdominal o en ambas localizacio-

nes, masa palpable (generalmente fría), pérdida de peso, síntomas urinarios irritativos y enfermedad de evolución prolongada o excepcionalmente aguda.^{6-10,14-16,19}

La ecografía, la tomografía computarizada (TC) y más aun, la resonancia magnética nuclear (RMN), pueden brindar imágenes muy sugestivas de esta afección. Estas últimas se constituyen en métodos diagnósticos ideales, ya que no sólo permiten determinar la magnitud del compromiso parenquimatoso, sino también su extensión extrarrenal, además de su asociación con otras enfermedades, como las neoplasias.^{2,4,10,13-16,20-23}

En la mayoría de las series, la recuperación de microorganismos en los urocultivos es frecuente, aunque también se ha descrito orina estéril, la cual es factible encontrar debido a uropatía obstructiva asociada. En todos los casos los hallazgos intraoperatorios son los más confiables.^{9,14} Los microorganismos más frecuentemente recuperados son los habituales de las infecciones urinarias, aunque se describen desarrollos de floras polimicrobianas e incluso anaerobios.^{6-9,14,16,24,25}

El empleo de antibióticos no resuelve el problema. El tratamiento es esencialmente quirúrgico y lo más frecuente es la nefrectomía total o parcial, para los casos focales.^{2,4,6-8,14,17} Luego de superada la cirugía, la enfermedad sigue un curso benigno.¹

Esta enfermedad a menudo simula otras enfermedades inflamatorias o neoplásicas, y clínicamente no suele ser sospechada, al menos en forma inicial.^{6,9,10,19,23}

El diagnóstico de certeza es siempre histopatológico.^{2,9,19,21,26} Macroscópicamente es un riñón amarillento, aumentado de tamaño, con presencia de litiasis en su interior. A la microscopía óptica es posible observar lesiones nodulares amarillentas con presencia de histiocitos con núcleos hiper cromáticos y citoplasma cargado de vacuolas grasas, lo que define las llamadas células espumosas (*foam cells*). Además, ocasionalmente es posible encontrar células plasmáticas, linfocitos y polimorfonucleares, los que se acompañan de células gigantes de tipo cuerpo extraño, cristales de colesterol y áreas de fibrosis productiva.

Este proceso puede afectar otros órganos. En orden de frecuencia, los más comúnmente afectados, luego del riñón, son la vesícula biliar,²⁷⁻²⁹ el apéndice,³⁰ el tejido óseo,³¹ los ovarios,³² la vejiga,³³ el recto,³⁴ la próstata,³⁵ el epidídimo³⁶ y el endometrio.³⁷

Se asocia con otras enfermedades tumorales, generalmente, del parénquima renal,^{19,38} y no tumorales como amiloidosis,³⁹ trombosis venosas,¹⁹ psoriasis,⁹ etcétera.

Fisiopatogenia

Esta enfermedad se puede incluir entre las pielonefritis crónicas, aunque se encuentren lesiones características de nefropatía intersticial aguda. En la mayoría de las series publicadas sobre PXG se demuestran dos factores comunes: 1) la presencia de un componente obstructivo, producido fundamentalmente por litiasis, tumores o malformaciones (unión pieloureteral), la litiasis es generalmente coraliforme y con localización en la unión pieloureteral con predominio de fosfatos; y 2) la presencia del componente infeccioso, que es persistente o recurrente. La infección puede ser monomicrobiana o polimicrobiana,^{2,6,8,9,14,17,18,26,40-43} incluso con participación de anaerobios.^{24,25} Los urocultivos pueden ser negativos. Esta circunstancia, junto a la discordancia entre el cultivo del tejido renal y el urocultivo,⁹ puede explicarse por el proceso obstructivo, que actúa como reservorio aislado de la corriente urinaria.

La literatura menciona otros posibles factores,^{2,43} como tratamientos incompletos con antimicrobianos o excesivamente prolongados, manipulaciones urológicas, ulceración del urotelio pielocalicial, alteraciones vasculares isquémicas o trombóticas, bloqueo linfático, alteraciones del metabolismo lipídico, trastornos de la respuesta inmunitaria, necrosis papilar, entre otras. Estas alteraciones se pueden observar en diferentes porcentajes, según las series publicadas. Es probable que en la fisiopatogenia esté involucrado más de un factor. Ejemplo de ello es un defecto en el proceso de degradación de las bacterias en los macrófagos, potenciado cuando se agrega a la infección la obstrucción por litiasis. La hipótesis formulada por Berrah-Bennaceur y Farad,⁴⁴ de que es una inflamación específica del organismo a la inflamación, por predisposición genética, como base teórica inmunitaria, puede ser otra posibilidad. Otra explicación inmunitaria es la local, que afirma la existencia de un déficit transitorio del quimiotactismo de los polinucleares, con anticuerpos anti-leucocitarios específicos, lo que produciría la reacción. Todas ellas son de difícil comprobación.

Es posible proponer varias teorías etiopatogénicas, pero los factores responsables de la acumulación de lípidos y del colesterol en la lesión aún continúan siendo poco claros.

Haq, Israr y Masha,⁴⁵ en una serie que incluyó 63 casos de PXG, describen la hipertrofia del riñón contralateral en el 88.8% de los casos.

Modalidades de presentación

Ballesteros Sampol,^{2,15,19,39,40-43} uno de los profesionales que más ha estudiado la PXG, efectuó una revisión de su propia casuística (39/83 casos [46%]) y de la literatura en general. Sobre 393 artículos analizados,^{2,19} con un total de 2 573 casos, el 20.4%, tuvo formas inusuales de presentación.

Forma clínica oligoasintomática. El diagnóstico se efectúa en forma incidental. Son pacientes que pueden tener antecedentes de lumbalgia postural y algún caso aislado de infección urinaria. Quizás ésta sea la presentación más frecuente.

Forma clínica séptica. Es la infección sistémica con foco renal; se trata de un cuadro grave, con compromiso del estado general, generalmente coexiste con dolor lumbar localizado o extendido a la región abdominal, fiebre elevada que se acompaña con escalofríos, postración, hipotensión, etcétera.

Formas pediátricas y del adolescente. Las comunicaciones de PXG en niños, en su mayoría se refieren a menores de 5 años. Se presenta con fiebre, anemia, masa palpable, leucocitosis, incremento de la VSG, en un contexto denominado por los pediatras de "malnutrición". Las formas difusas se dan mayormente en varones.^{46,47} Se caracteriza por una alta proporción de riñones funcionantes, fundamentalmente porque existe una alta frecuencia de formas localizadas.⁴⁸ Estas presentaciones también se describen en adolescentes,^{49,50} y a menudo se confunden con neoplasias renales. En la actualidad, se han comunicado más de 240 casos de esta forma clínica.⁵⁰

Formas caracterizadas por abscesos, fistulas o ambos. Se observan en los últimos estadios de la enfermedad.^{2,15,19} El proceso supurativo busca salida al exterior a través de alguna cavidad o víscera hueca, constituyendo la fistulización (absceso de necesidad). El músculo psoas es la estructura más frecuentemente afectada. Suponen el 2% de los casos y pueden clasificarse en fistulas *cutáneas*⁵¹ y *viscerales*. Las primeras comprometen la región lumbar, abdominal, inguinal, glútea o las extremidades inferiores.⁵² Las segundas, las diafragmáticas, broncopulmonares,⁵³ pleurales y abdominales (digestivas y peritoneales).^{54,55}

Formas localizadas. Son formas de presentación poco frecuentes. Se confunden con tumores renales. Representan un 7% de los casos, los niños son los más afectados. Generalmente el tratamiento quirúrgico es conservador.^{2,15,19,56,57}

Formas bilaterales. Son muy infrecuentes y su pronóstico es ominoso.^{2,19,58,59}

En el riñón único. Es una excepción y, al igual que con la presentación bilateral, es de mal pronóstico, lleva al paciente a la insuficiencia renal crónica terminal con necesidad de hemodiálisis y nefrectomía.^{2,19,60}

En el riñón trasplantado. Se han comunicado pocos casos en este escenario;⁶²⁻⁶⁶ la forma de presentación clínica es similar a la del paciente con riñón nativo. No en todos los casos es necesaria la nefrectomía.⁶² Se asocia con alta mortalidad, debido al estado de inmunosupresión del paciente.

En el hemodializado. Mencionada escasamente por la literatura. Se presenta luego de varios años hemodiálisis. Mari y col.⁶⁷ presentaron un caso luego de 21 años de hemodiálisis, y Nakatani y col.,⁶⁸ luego de 12 años. Sus

manifestaciones clínicas no difieren de las de los pacientes no dializados.

En rotura renal. Wakasugi y col.⁶⁹ describieron un caso que se presentó con hematoma perirrenal, por lo que inicialmente puede ser confundida con un tumor renal.

Formas enfisematosas. Es una variante rara que se presenta generalmente en pacientes diabéticos y se caracteriza por la comprobación de gas en el espacio intrarrenal o perirrenal. Su pronóstico es grave si no se detecta tempranamente y se efectúa un tratamiento intensivo. Los cultivos involucran asociaciones microbianas que incluyen anaerobios.^{25,70-72}

Asociaciones patológicas

La PXG puede asociarse, en forma infrecuente, con otras enfermedades tales como tumores del urotelio del lado afectado, siendo éstos lo más comunes. Por esta razón clasificamos estas asociaciones en tumorales y no tumorales.

Tumorales

En la revisión de Ballesteros Sampol,^{19,39} del total de la literatura analizada, se encontró esta asociación en un 1.7%. Los cánceres más frecuentes son el adenocarcinoma renal,^{73,74} seguido por tumores uroteliales,⁹ y con menor frecuencia, tumor de Wilms, hamartoma, sarcoma renal, carcinoma de células escamosas queratinizante,⁷⁵ o la coexistencia de más de un tumor con diferentes tipos histológicos (sarcoma osteogénico y de células escamosas) en el marco del riñón con PXG.⁷⁶ Anecdóticamente, Wen⁷⁷ describe la asociación de esta enfermedad con leucemia.

Estos tumores que comprometen el riñón o las vías excretoras son de difícil o casi imposible sospecha diagnóstica inicial, ya que permanecen enmascarados por las características propias de esta afección renal que distorsiona la arquitectura del órgano; por lo general son hallazgos de los estudios histopatológicos.

No tumorales

La amiloidosis secundaria, entre muchas causas, está asociada a infecciones agudas recurrentes y supuraciones crónicas. La coexistencia de amiloidosis con PXG está escasamente descrita en la literatura médica.⁷⁸ Ballesteros Sampol^{12,19} la encuentra en el 0.48% de los casos analizados. El compromiso renal es de regla en casi todos los pacientes afectados por amiloidosis secundaria y se expresa en el 50% de los casos con síndrome nefrótico.

La trombosis de la vena renal con compromiso de la vena cava o sin él, está poco mencionada en la literatura,^{19,79,80} tanto en adultos como en niños.⁸¹ El diagnóstico inicial suele confundirse con el hipernefroma.¹⁹ El proceso clínico y patológico es similar en niños y adultos.⁸¹

La asociación con psoriasis fue descrita por Leoni y col.⁹ en 2/10 casos, y no fue posible hallar otra referencia bibliográfica. La psoriasis es desencadenada o exacerbada por diversos factores ambientales e infecciones, en donde se involucran defectos en el sistema inmunitario. Iguales conceptos comparte la hipótesis sobre el origen de la PXG, por lo cual la asociación de ambas enfermedades parece lógica.

La malacoplaquia renal es una afección con rasgos comunes a la PXG. Se ha postulado que pueden ser etapas de un mismo proceso. En la revisión de la literatura efectuada por Ballesteros Sampol⁸² se incluyen cuatro casos de malacoplaquia urogenital y se destaca que son afecciones diferentes y que se superponen en raras ocasiones.

La asociación de bilharziasis y PXG comunicada por Bazeed, Nabeeh y Atwan⁸³ postula que la bilharziasis urinaria, que se presenta en los países del norte de África, es

un factor etiológico de la PXG, mediante el incremento de la incidencia de obstrucción del tracto urinario, infección y la formación de cálculos urinarios.

La asociación con la tuberculosis renal es descrita en un caso por Dwivedi y col.⁸⁴ en una serie de trece casos de PXG.

Prevalencia

Es claro que no todas las pielonefritis crónicas conducen a la PXG. Los diferentes autores no acuerdan con la prevalencia de esta enfermedad. A modo de ejemplo, Malek¹ encontró que el 0.6% de las pielonefritis estudiadas (más de 3 000) demostraban lesiones características de PXG. Otros autores, aunque en series más limitadas (mencionado por Ballesteros Sampol),² como Koga, Vargas, Watt, D'Costa, Olier, hallaron, respectivamente, un 21,8%, 25%, 35% y 46% de incidencia. En su experiencia personal, Ballesteros Sampol,² sobre 290 casos de pielonefritis crónica, comprobó un 6.2% de PXG.

Estadificación

Malek y Elder¹⁸ proponen la clasificación del proceso inflamatorio de la PXG en tres estadios, según haya compromiso solamente del riñón o invasión de las estructuras vecinas. Estadio 1 o nefrítico: lesión limitada al riñón. Estadio 2 o perirrenal: proceso que se extiende y compromete la grasa de Gerota. Estadio 3 o paranefrítico: proceso extendido al espacio paranefrítico, que afecta el riñón, la grasa perirrenal con una amplia propagación a estructuras vecinas.⁵¹⁻⁵⁵

Diagnóstico Laboratorio

Los hallazgos de presentación más frecuentes en los análisis de sangre son anemia, leucocitosis y el incremento de la eritrosedimentación, generalmente por encima de 50 mm³.^{2,3,6-9,15}

El estudio de orina puede mostrar la presencia de hematuria, bacteriuria y fundamentalmente piuria. La ausencia de piuria y de desarrollo en los cultivos de orina sugiere la presencia de una lesión obstructiva.

Si bien la literatura reconoce a *Escherichia coli* como el agente etiológico más frecuente recuperado de los cultivos, también se han documentado otros microorganismos como *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp, *Enterobacter* spp, *Morganella* spp, *Enterococcus* spp, *Staphylococcus* spp, *Streptococcus* spp, entre otros.^{3,9,16,18,20,26,45} Nosotros,⁹ al igual que Langale y col.,²⁵ comunicamos cultivos con desarrollo polimicrobiano e igualmente con microorganismos infrecuentes, como anaerobios. Estas pielonefritis se denominan enfisematosas debido a la detección de aire en el interior del parénquima renal. Es posible observar discrepancias entre los hallazgos de los urocultivos convencionales (recolectados del chorro medio), con los obtenidos en la cirugía o por nefrostomía.^{9,18}

Se describen alteraciones en el hepatograma, "disfunción hepática", cuadro descrito por Vermillon y col.,⁸⁵ alteraciones que se presentan tanto en los tumores como en estos procesos inflamatorios renales. Puede presentarse con incrementos de las enzimas hepáticas, de los niveles de gammaglobulinas, descenso de la albúmina y del tiempo de protrombina, simulando un proceso colestásico. Ballesteros Sampol¹⁵ relaciona estas alteraciones con fenómenos necróticos renales causados por la inflamación e infección. Estas alteraciones, observadas por diferentes autores,^{2,4,5,9,16,20,26} regresan a la normalidad luego de la nefrectomía.

Histopatología

La PXG es casi siempre una enfermedad unilateral. El riñón, generalmente, puede estar adherido a estructuras vecinas. Al examen macroscópico está aumentado de tamaño y con importantes alteraciones estructurales. El color es amarillento, rodeado de capas de tejido color naranja, con litiasis en su interior, incluyendo cálculos coraliformes (Figuras 1, 2 y 3). El examen microscópico se compone de tres capas, la interior se presenta con necrosis, y un infiltrado compuesto por neutrófilos, linfocitos, células plasmáticas y macrófagos. La zona central presenta tejido de granulación vascularizado, intercalado con hemorragias. Las células inflamatorias, principalmente, son macrófagos cargados de lípidos, que se presentan de color amarillo (Figura 4). La capa externa se caracteriza por la presencia de células gigantes y cristales de colesterol.^{21,26} Los macrófagos cargados de lípidos (histiocitos), que explican su color, se constituyen en las células "espumosas" o "xantomatosas" (Figura 5), características de esta enfermedad.^{20,21,45}

El diagnóstico diferencial incluye el carcinoma renal de células claras, el carcinoma papilar de células renales, el carcinoma sarcomatode de células renales, el leiomioma, la malacoplaquia y la nefritis intersticial megalocítica.⁸⁶

En la citología urinaria, propuesta por Ballesteros Sampol, Serrano, Faus y Gironella,⁴⁰ realizada en el sedimento urinario (con orina miccional u obtenida por punción percutánea); se efectúa coloración de Papanicolaou *oil-red*. Esta prueba de diagnóstico, que según los autores posee una sensibilidad del 69% y una especificidad del 96%,²⁾ es recomendable por su simplicidad, escasa invasividad y bajo costo; pone en evidencia las células espumosas, aunque éstas pueden estar presentes en muestras de orina afectadas por otros procesos inflamatorios.

Diagnóstico por imágenes

La radiología simple de abdomen es de ayuda, ya que permite demostrar un riñón aumentado de tamaño, la presencia de litiasis, comúnmente del tipo coraliforme, y calcificaciones (Figura 6). Cuando existe participación perirrenal del proceso inflamatorio es posible observar el borramiento de los bordes del músculo psoas.

La arteriografía sólo consigue descartar fenómenos de hipervascularización, propios de los tumores.^{2,15} Se presenta con alargamiento de las arterias segmentarias o interlobulares o ambas alrededor de grandes masas avasculares, similares a las observadas en la hidronefrosis.⁸⁷

La ecografía es el examen inicial y una de las exploraciones predilectas y más utilizadas por su inocuidad. Puede demostrar el incremento del tamaño renal, áreas hipodensas o hipoecogénicas, formaciones nodulares hiperecogénicas e imágenes de litiasis con sombra acústica posterior (Figura 7). Esta no es específica, ya que no permite distinguir entre una PXG y tumores renales o abscesos. Aun así, las características ecográficas pueden ser lo suficientemente típicas para sugerir el diagnóstico preoperatorio en un contexto clínico apropiado.^{2,15,87,88} La ecografía es útil como guía en la punción diagnóstica o drenaje de absceso renal,^{2,9,15} pero es menos sensible que otras modalidades en la demostración de la extensión del proceso fuera del riñón.⁸⁷

La tomografía computarizada (TC) es el método de diagnóstico ideal (Figura 8) ya que no sólo permite determinar la magnitud de la afección del parénquima, sino también su extensión extrarrenal y su asociación con neoplasias.^{2,4,13,15,16,20,21,23,26,88,89} Es considerada imprescindible para valorar el grado de compromiso de los tejidos peri-

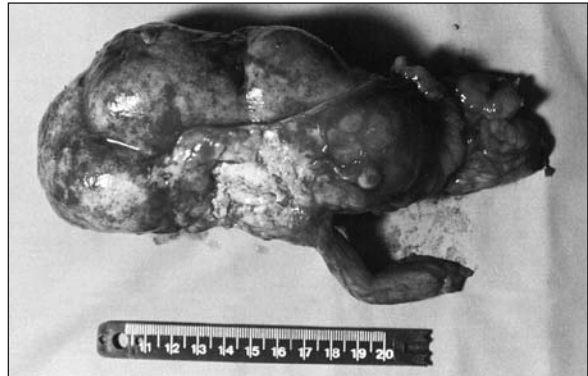


Figura 1. Vista macroscópica externa de la pieza quirúrgica. Muestra un riñón aumentado de tamaño, alterado en su anatomía por el proceso inflamatorio. El tejido necrótico adquiere un color amarillento-anaranjado característico.



Figura 2. Vista macroscópica del interior de una pieza quirúrgica de un riñón con pielonefritis xantogranulomatosa. Presencia de varias cavidades quísticas.



Figura 3. Pielonefritis xantogranulomatosa con cálculos coraliformes.



Figura 4. Vista microscópica (35x y 25x) que muestra la presencia de numerosos histiocitos espumosos agrupados conteniendo lípidos, que se denominan células xantomatoides y se asocian con infiltración inflamatoria difusa con células redondas donde destacan los plasmocitos.

renales. Es la mejor prueba radiológica para el correcto diagnóstico preoperatorio y la evaluación de la PXG.^{87,89}

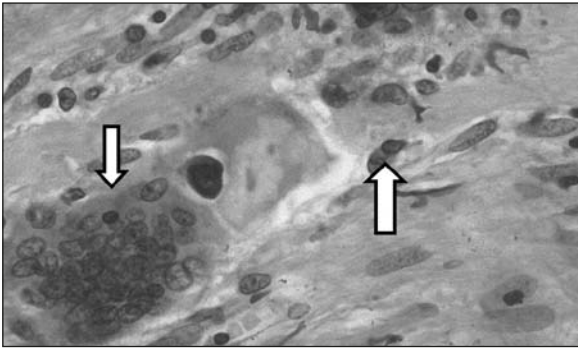


Figura 5. Vista microscópica que muestra células espumosas, gigantes, multinucleadas e infiltrado inflamatorio mononuclear.



Figura 6. Radiografía de abdomen que muestra la presencia de cálculo coraliforme en riñón derecho.

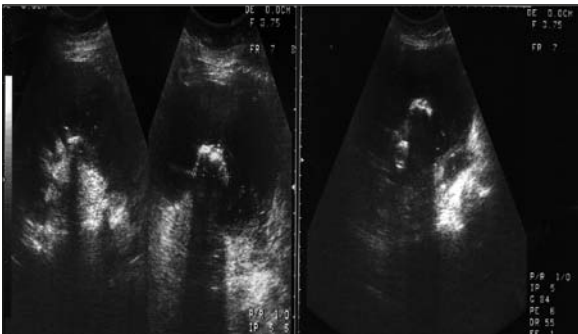


Figura 7. Ecografía, muestra aumento del tamaño renal, mala diferenciación parenquimatosa, hidronefrosis grave con detritos internos (¿pionefrosis?) y múltiples evidencias de litiasis.

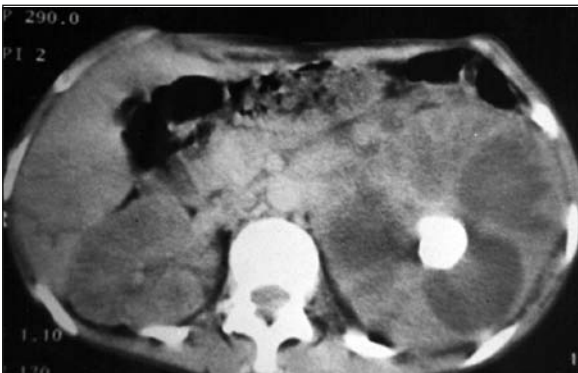


Figura 8. Tomografía computarizada que muestra el riñón izquierdo aumentado de tamaño con notoria alteración de su arquitectura, con la presencia de múltiples imágenes hipodensas de paredes irregulares, aparentemente interconectadas entre sí y un lito coraliforme con dilatación secundaria a la obstrucción.

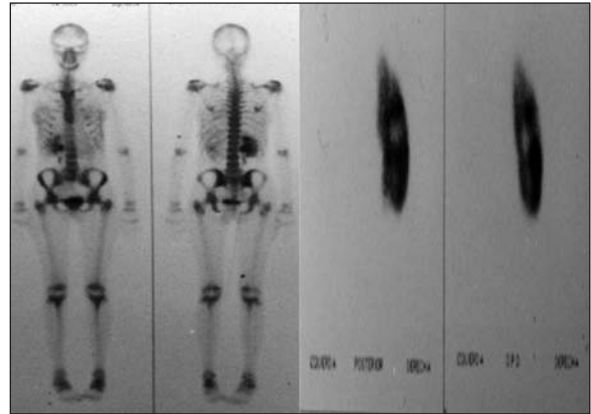


Figura 9. Gammagrafía renal que muestra el riñón izquierdo con captación anormal (riñón con el 9% de su función).

malignas hasta que se demuestre lo contrario. La asociación con otras enfermedades crónicas (por ejemplo: tuberculosis), no siempre puede hacerse con seguridad.⁸⁷

La gammagrafía no es un método útil de diagnóstico, pero sí lo es para valorar la función renal (Figura 9) cuando se contempla la conducta quirúrgica.⁸⁷

La resonancia magnética puede señalar masas multiloculares, abscesos y la propagación extrarrenal del proceso. Los cálculos renales y las calcificaciones se muestran en las señales como huecos. En general, los hallazgos parecen ser incongruentes.⁸⁷

Diagnósticos diferenciales

La PXG puede adoptar diferentes formas. La diferenciación diagnóstica debe establecerse ante la presencia de masas renales difusas y localizadas. Entre las localizadas, fundamentalmente con la hidronefrosis y las neoplasias. Las formas difusas, con la pielonefritis aguda y otras infecciones renales crónicas como la tuberculosis. Esta afección puede aparentar un tumor renal o asociarse a ellos. Cuando existe invasión de la vena renal por un trombo inflamatorio, puede simular un tumor renal. En todos los casos, sólo el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica establecerá el diagnóstico de certeza.^{9,12,21,26,59,90}

Tratamiento

Existen pocos casos en la literatura con tratamiento médico basado en la antibioticoterapia, como única terapéutica. El tratamiento con antibióticos, si bien por sí solo no es capaz de solucionar el problema, es útil en el control del proceso infeccioso y evita las complicaciones sépticas. Generalmente, el tiempo de administración es prolongado.

El tratamiento quirúrgico conservador se propone en pacientes con afección focal y nodular. Se indican diferentes técnicas como la extracción de las litiasis existentes, nefrectomías parciales o enucleaciones de formaciones nodulares granulomatosas.^{2,15} Este tipo de cirugía se practica fundamentalmente en niños. El porcentaje de esta conducta es menor del 15%. Osca y col.,⁹¹ sobre 82 casos de PXG, encontraron once formas localizadas y, de ellas, cinco fueron operadas. La recaída del riñón afectado es inusual.

La nefrectomía es el tratamiento recomendado en la inmensa mayoría de los casos, ya que es eficaz y resolutive. Se constituye en la indicación primaria, ya sea total o parcial. Luego de practicada, se resuelven las alteraciones de laboratorio que usualmente se presentan en este tipo de pacientes. Esta cirugía no está exenta de riesgos, sobre todo aquellas formas que se propagan a las estructuras vecinas. Las técnicas quirúrgicas deben estar en manos de expertos.^{2,4,9,12,16,17,18,20,25,26,44,59}

Cuando la enfermedad es focal no es posible diagnosticarla con seguridad y las lesiones deben ser consideradas



Figura 10. Nefrostomía, muestra drenaje de material purulento con un débito inicial de 400 ml. Se recupera del cultivo flora polimicrobiana: *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus coagulasa* negativo y cocos grampositivos en cadenas (anaerobios).

Leoni y col.⁹ aconsejan, de ser posible, el drenaje percutáneo previo a la nefrectomía como la forma más segura para la comprobación de la flora que compromete el riñón enfermo y permite un mejor acceso quirúrgico para la nefrectomía (Figura 10).

En la era de la laparoscopia existen controversias entre los diferentes autores en cuanto a su utilidad como tratamiento quirúrgico para la PXG. Boublil y col.⁹² describen ésta técnica como eficaz, segura y reproducible. Las tasas de complicaciones son comparables o incluso inferiores a la de la nefrectomía abierta y el curso posoperatorio es más favorable. Otros autores como Guzzo y col.⁹³ comunican que la cirugía laparoscópica requiere habilidades avanzadas y debe ser realizada en pacientes muy seleccionados. Kapoor y col.⁹⁴ refieren mayor tiempo operatorio, pero con recuperación más rápida y menores complicaciones posquirúrgicas. Bercowsky y col.⁹⁵ refieren que los beneficios de la nefrectomía laparoscópica, en la actualidad, no se extienden a los pacientes con PXG; la cirugía abierta convencional es más rápida y se asocia con menos complicaciones.

Conclusiones

La PXG es una enfermedad crónica que altera la estructura renal y tiene baja prevalencia. En su etiopatogenia se mencionan múltiples hipótesis, todas de difícil comprobación.

Este proceso crónico y destructivo del riñón no sólo es privativo del parénquima renal, puede afectar otros órganos como la vesícula biliar, apéndice, huesos, ovarios, endometrio, próstata, etcétera; pero ninguno con la prevalencia y repercusión con la que se presenta en el riñón.

Se asocia a litiasis renal, generalmente coraliforme, y otras enfermedades tumorales que comprometen las diferentes estructuras de dicho parénquima u otras afecciones no tumorales como tuberculosis, amiloidosis, psoriasis, etc.

La forma clínica más usual se presenta con fiebre, dolor lumbar o abdominal o ambos, masa palpable, pérdida de peso y síntomas urinarios irritativos.

La anemia, la leucocitosis y la eritrosedimentación acelerada son los hallazgos más frecuentes en los análisis de laboratorio. En orina, la hematuria y la piuria están presentes y el urocultivo es positivo para gérmenes ureolíticos.

Predomina en el sexo femenino, en la quinta década de la vida.

La presunción diagnóstica preoperatoria, fundamentalmente, se efectúa mediante TC, ya que además de mostrar las alteraciones estructurales renales, también permite comprobar la extensión extrarrenal del proceso. Esta enfermedad debería tenerse en cuenta ante la comprobación de cualquier masa renal difusa o localizada.

El diagnóstico de certeza es histopatológico (*gold standard*), el cual es imprescindible no sólo para confirmar la PXG sino también para detectar su asociación con otras enfermedades renales.

El tratamiento con antibióticos, si bien, por sí sólo no es capaz de solucionar el problema; es útil en el control del proceso infeccioso y para evitar las complicaciones sépticas.

La nefrectomía, ya sea total o parcial, es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos, por su eficacia y poder resolutivo. La cirugía por vía laparoscópica se indica fundamentalmente en pacientes con lesiones limitadas al riñón.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013
www.siicsalud.com

Autoevaluaciones de la lectura en siicsalud.com

Acceda a las preguntas, respuestas varias y fundamentaciones sobre temas estratégicos de 55 especialidades. Los directores científicos de SIIC seleccionan los temas y las lecturas recomendadas para cada una de las evaluaciones.

¿Qué método no invasivo es el ideal para el diagnóstico por imágenes de la pielonefritis xantogranulomatosa?

A, La tomografía computarizada; B, La ecografía renal; C, El centellograma con ciprofloxacina radiomarcada; D, La resonancia magnética nuclear.

Verifique su respuesta en: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/122900

Cómo citar este artículo: Leoni FA. Pielonefritis xantogranulomatosa: actualización de una enfermedad infrecuente. Medicina para y por Residentes 3(4):11-8, May 2013.

How to cite this article: Leoni FA. Xanthogranulomatous pyelonephritis: update of an infrequent disease. Medicina para y por Residentes 3(4):11-8, May 2013.

El autor no manifiesta conflictos de interés.

Comentarios

La pielonefritis xantogranulomatosa (granuloma, por la infección crónica y xanto, por el color amarillento que toma el parénquima renal con macrófagos cargados de lípidos) es una enfermedad crónica, agresiva y de baja prevalencia. Lo infrecuente de esta entidad es lo que nos obliga a mantener una alta sospecha clínica para su diagnóstico. Las manifestaciones clínicas son similares a las de la pielonefritis bacteriana habitual. La presunción diagnóstica puede apoyarse en la presencia de litiasis (generalmente coraliforme), infecciones urinarias crónicas y recurrentes. El tratamiento conservador y la terapia prolongada con antibióticos deben reservarse para

aquellos casos de compromiso focal. Generalmente, la nefrectomía es la piedra angular del tratamiento en los pacientes con compromiso difuso del parénquima renal. En el diagnóstico diferencial deben incluirse los tumores renales, y la histopatología confirma el diagnóstico.

Agustín Izaguirre
Especialista en Clínica Médica
Sanatorio Sagrado Corazón
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

La pielonefritis xantogranulomatosa es una variante inusual de pielonefritis crónica que, en la mayoría de los casos, afecta a mujeres durante la 5ª a 6ª década de la vida. Generalmente existen antecedentes de infecciones urinarias a repetición o presencia de litiasis. El empleo de antibioticoterapia de amplio espectro por tiempo prolongado no resuelve el problema pero controla el proceso infeccioso y evita complicaciones sépticas. La nefrectomía, tanto por vía laparoscópica como a cielo abierto, cumple diferentes funciones; por un lado, confirma el diagnóstico por la presencia de células xantomatosas en las muestras obtenidas para estudio histopatológico, y por otro, es el tratamiento de elección,

ya sea total o parcial. Algunos autores aconsejan el drenaje percutáneo previo para comprobar la flora presente y permitir un mejor acceso quirúrgico para la nefrectomía, ya que el compromiso renal suele ser unilateral en el 90% de los casos. El proceso inflamatorio puede extenderse afectando estructuras vecinas, lo que representa un gran desafío para el cirujano.

Jerónimo Aybar Maino
Residente de Clínica Médica
Hospital Samco Villa Constitución
Villa Constitución, Santa Fe, Argentina

Bibliografía

- Malek RS, Greene LF, De Weerd JH, Farrow GM. Xanthogranulomatous Pyelonephritis. *J Urol* 44:296-308, 1972.
- Ballesteros Sampol JJ. Patologías infecciosas en urología: Puesta al día de la pielonefritis xantogranulomatosa. *JANO. Urología y Humanidades*. Ediciones Doyma (Madrid) N°1, pp. 5-14, 2000.
- Sobel JD, Kake D. Urinary tract infection. Chapter 66. In: Mandell, Bennett y Dolin. Principles and practice of infectious diseases. Sixth edition (Vol.1) Elsevier Churchill Livingstone, pág. 895, 2005.
- Zorzos I, Moutzouris V, Korakianitis G, Katsou G. Analysis of 39 cases of xanthogranulomatous pyelonephritis with emphasis on CT and findings. Disponible en: www.eccr.or.t/ECRO2/sciprg/abs/pc/0378.htm; 2000.
- Van Vlem B, Billiow JM. Xanthogranulomatous pyelonephritis. *N Engl J Med* 342:1572-5, 2000.
- Al-Ghazo MA, Ghalayini IF, Matalka II, Al-Kaisi NS, Khader YS. Xanthogranulomatous pyelonephritis: Analysis of 18 cases. *A J Surg* 29(4):257- 61, 2006.
- García Morúa A, Zavala Elizondo A, Hernández Galván F, Salvador Gómez L. Pielonefritis xantogranulomatosa: Experiencia clínica. *Medicina Universitaria* 10(39):75-78, 2008.
- Roa Saavedra X, Duque Velásquez S, Poveda Matz JL, Rojas Castillo D, Daza Almdendres F. Pielonefritis xantogranulomatosa: Serie de casos y experiencia clínica en el Hospital Universitario de La Samaritana. *Urol Colomb XVIII(N° 1)*:89-94, 2009.
- Leoni A, Kinleiner P, Revol M, Zaya A, Odcino A. Pielonefritis xantogranulomatosa: Revisión de 10 casos. *Arch Esp Urol* 62(4):259-67, 2009.
- Sepúlveda F, Barroso JP, Westendarp M, Patiño F, Catalan G, Marchetti P y col. Pielonefritis xantogranulomatosa: Conceptos actuales en el diagnóstico y tratamiento. *Rev Chil Urol* 74(N°2):117-122, 2009.
- Schlagenhauffer F. Über Eigentümliche Staphylokokken der Niere und des Pararenalen Bindgewebes. *Frankf Z Pathol* 19:139, 1916.
- Osterlind S. Über Pyelonephritis Xanthomatosa. *Acta Chir Scand* 90:369-76, 1944.
- Matthews GJ, McLoire GA, Churchill BA, Stecker RE, Khoury AE. Xanthogranulomatous pyelonephritis in pediatric patients. *Pediatr Urol* 153:483-8, 1995.
- Fallatah A, Tarakji M, Amuesi J. Xanthogranulomatous pyelonephritis: a retrospective study of 10 cases and review of the literature. *Saudi J of Kidney Dis Transpl* 4(12):520-524, 2001.
- Ballesteros Sampol JJ. Actualización de la xantogranulomatosis renal: (Contraste de la experiencia personal en 66 casos y los 720 de la literatura). *Actas Urol Esp XII(1)*:10-18, 1989.
- Lopez de Mesa B, Gomez E, Gomez P. Xanthogranulomatous pyelonephritis: report of 15 cases and revisal of literature. *Urol Colomb* 5(3):15-24, 1996.
- Cabrera G, Fernández Maldonado J, Mijares M, Gallego E, Roa Marquez J. Pielonefritis xantogranulomatosa. *Rev Ven Urol* 29:93-103, 1997.
- Malek, RS, Elder, JS. Xanthogranulomatous pyelonephritis. A critical analysis of 26 cases and of the literature. *J Urol* 119:589, 1978.
- Ballesteros Sampol JJ. Inusuales formas clínicas de presentación y asociaciones patológicas raras de la pielonefritis xantogranulomatosa. *Arch Esp Urol* 55(2):119-130, 2002.
- Chuang, CK, Laim K, Chang PL, et al. Xanthogranulomatous pyelonephritis: experience in 36 cases. *J Urol* 147:337, 1992.
- Tiguert R, Gheiler EL, Yousef R, Tefilli MV, Mills K, Grignon DJ et al. Focal xanthogranulomatous pyelonephritis presenting as a renal tumor with vena cava thrombus. *J Urol* 160:117-8, 1998.
- Navaz Khan A. Xanthogranulomatous pyelonephritis. *Emedicine - Radiology*. Nov 2004. Disponible en: www.emedicine.com/radio/topic749.htm.
- Alam A, Chander BN, Joshi DP. Xanthogranulomatous pyelonephritis: diagnosis using computed tomography. *MJAFI* 60:86-88, 2004.
- Leoni AF, Luque A, Sambuelli RH, Valverde JC. Pielonefritis xantogranulomatosa asociada a flora polimicrobiana. *Rev Panam Infectol* 6(4):23-27, 2004.
- Langale LA, Rice CL, Brown N. Emphysematous pyelonephritis in a xanthogranulomatous kidney. an unusual cause of pneumoperitoneum. *Arch Surg* 123(3):153, 1980.
- Parsons, MA, Harris, SC, Longstaff AF, Granger, RG. Xanthogranulomatous pyelonephritis: A pathological, clinical and etiological analysis of 87 cases. *Diag Histopathol* 6:203, 1983.
- Rogers S, Parsons MA. Xanthogranulomatous cholecystitis: clinicopathological study of 13 cases. *J Clin Pathol* 40:412-417, 1987.
- Reaño G, Sánchez L, Ruiz Figueroa J, Eloy F, Celis Zapata J, Payet Meza E y col. Colectistis xantogranulomatosa: análisis de 6 casos. *Rev Gastroenterol Perú* 25:93-100, 2005.
- Silva O, Aristides F, Órdenes V, Moya P, Edisson Cassalino F. Colectistis xantogranulomatosa. *Rev Chil Cir* 56:178-181, 2004.
- Tardío JC, Burgos F, Riupérez J. Inflamación xantogranulomatosa del apéndice. *Patología* 29:135-137, 1996.
- Cozzuto D. Xanthogranulomatous osteomyelitis. *Arch Pathol Lab Med* 108:973-976, 1984.
- Pace EH, Voet RL, Melacon JT. Xanthogranulomatous oophoritis: an inflammatory pseudotumor of the ovary. *Int J Gynecol Pathol* 3:398-402, 1984.
- Walther M, Glenn FJ, Vellios F. Xanthogranulomatous cystitis. *J Urol* 134:745-746, 1985.
- Davis M, Whitley ME, Haque HK. Xanthogranulomatous abscess of the mullerian duct remnant. A rare lesion of the rectum and anus. *Dis Colon Rectum* 29:755-759, 1986.
- Miekos E, Włodarczyk W, Szram S. Xanthogranulomatous prostatitis. *Int Urol Nephrol* 18:433-437, 1986.
- Wiener LB, Riehl PA, Baum N. Xanthogranulomatous epididymitis: a case report. *J Urol* 138:621-622, 1987.
- Russack B, Lammers RJ. Xanthogranulomatous endometritis. Report of six cases and a proposed mechanism of development. *Arch Pathol Lab Med* 114:929-932, 1990.
- Ballesteros Sampol JJ, Munne A, Rivalta T, Manzano I. Asociación de renal xanthogranulomatous pyelonephritis and urological neoplasia. *Eur Urol* 9:343, 1988.
- Bronsoms JM, Vallés M, Mas H, Sant F y Lobet M. Pielonefritis xantogranulomatosa y amiloidosis sistémica. *Nefrología* XV:371-374, 1995.
- Ballesteros Sampol JJ, Faus R, Gironella J. Preoperative diagnosis of renal xanthogranulomatosis by serial urinary cytology: preliminary report. *J Urol* 124:9, 1980.
- Ballesteros Sampol JJ, Guzman A, Manzano I, Palma C, Ataat S. Riñón excluido y xantogranulomatosis renal. *Estratto da Urologia Anno LII, fasc III*: 346-353, 1985.
- Ballesteros Sampol JJ, Faus R, Gironella J. Preoperative diagnosis of renal xanthogranulomatosis by serial urinary cytology: preliminary report. *J Urol* 124:9, 1980.
- Ballesteros Sampol JJ, Vilaplana M, Carretero P, Benitez C, Rosas S, Guerra C. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas sobre la pielonefritis y pielonefritis xantogranulomatosa. *Rev Quirur Esp* 3:293, 1976.
- Berrah-Bennaceur M, Farad AB, et al. La Piélonéphrité xantho-granulomateuse. Approché étiopathogénique à propos de deux cas. *Seminaires des Hopitaux de Paris* 75(35-36):1367-67, 1999.
- Haq NSK, Israr HSA, Masha KNN. Xanthogranulomatous pyelonephritis due to calculi: report of 36 cases and review of literature. *J Pak Med Assoc* 55:387-89, 2005.
- Matthews GJ, McLoire GA, Churchill BA, Stecker RE, Khoury AE. Xanthogranulomatous pyelonephritis in pediatric patients. *Pediatric Urol* 153(6):1958-59, 1995.
- Quinn FM, Dick AC, Corbally MT, McDermott MB, Guiney EJ. Xanthogranulomatous pyelonephritis in childhood. *Arch Dis Child* 81(6):483-86, 1999.
- González Resina R, Barrero Candau R, Argüelles Salido E, Campoy Martínez P, Rodríguez Pérez A, Pérez Pérez M. Pielonefritis de la infancia: A propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 29(6):587-92, 2005.
- Cooper CS, Turner JW. Focal xanthogranulomatous pyelonephritis in a 12- old Alaskan native. *Pediatr Urol* 157(2):632-33, 1997.
- Gupta S, Araya CE, Dhamidharka VR. Xanthogranulomatous pyelonephritis in pediatric patients: case report and review of literature. *J Pediatr Urol* 6(4):355-8, 2010.
- Srinivasan A, Mowad J. Pyelocutaneous fistula after SWL of xanthogranulomatous pyelonephritic kidney: Case report. *Journal of Endourology* 12(1):13-4, 1998.
- Mendoza Lucio LA, García Morúa A, Gutiérrez García JD, Gómez Guerra LS, Martínez Montelongo R. Pielonefritis xantogranulomatosa con absceso perirrenal extendido a pared abdominal en mujer embarazada. *Rev Mex Urol* 68(4):246-249, 2008.
- Embún Flor R, Rivas de Andrés JJ, Royo Crespo I, Ramirez Gil E, García Tirado FJ, Martínez Valina P, Borque FA. Fistula nefrobronquial secundaria a pielonefritis crónica xantogranulomatosa como causa de absceso pulmonar y hemoptisis persistente. *Cr Esp* 80:340, 2006.
- Fariña Pérez LA, Pesqueira Santiago D, Álvarez Álvarez C, Zungri Telo FR. Pielonefritis xantogranulomatosa difusa con fistula renocolónica inadvertida durante más de dos años. *Acta Urol Esp* 28(7):553-55, 2004.
- Sallami S, Rhouma SB, Rebai S, Cherif K, Gargouri MM, Novira Y, Horchani A. Spontaneous pyeloduodenal fistula complicating a xanthogranulomatous pyelonephritis. *J Med S* 2(6):283-37, 2010.
- Jongchul K. Ultrasonographic features of focal xanthogranulomatous pyelonephritis. *Ultrasound Med* 23:409-416, 2004.
- Rousel B, Daoud S, Gagean MC, Gaillard D, Penaforte F, Fandre M. Localized form of xanthogranulomatous pyelonephritis in a child. Case report. *Helv Paediatr Acta* 36(5):457-63, 2001.
- Husain I, Pingle A, Kazi T. Bilateral diffuse xanthogranulomatous pyelonephritis. *Br J Urol* 51:162-65, 1979.
- Pérez LM, Brantley J, Anderson EE. Successful management of bilateral xanthogranulomatous pyelonephritis by bilateral partial nephrectomy. *J Urol* 149:100-2, 1993.
- Noah M, Schoeneman MJ, Haycock G, Selwyn BL, Bennett B, Greifer I. Xanthogranulomatous pyelonephritis. Presentation as acute renal failure in a child with a solitary kidney. *Nephron* 21:161-64, 1978.
- Ribot S, Campbell AY, Eslami H. Xanthogranulomatous pyelonephritis in a renal allograft. *J Urol* 140(6):1512-3, 1988.
- Elkhammas EA, Mutabagani KH, Sedmak DD, Tesi RJ, Henry ML, Ferguson RM. Xanthogranulomatous pyelonephritis in renal allografts: Report of 2 cases. *J Urol* 151(1):127-8, 1994.
- Hitti W, Drachenberg C, Cooper M, Schweitzer E, Cangro Ch, Klassen D, Haririan A. Xanthogranulomatous pyelonephritis in a renal allograft associated with xanthogranulomatous diverticulitis: report of the first case and review of the literature. *Nephrol Dial Transplant* 22:3344-47, 2007.
- Ribot S, Campbell AY, Eslami H. Xanthogranulomatous pyelonephritis in renal allograft. *J Urol* 140:1512-14, 1988.
- Jones BJ, Nanra RS, Grant ABF, Ferguson NW,

- White KH. Xanthogranulomatous pyelonephritis in a renal allograft: A case report 141:926-7, 1989.
66. Cozar JM, Tallada M, Espejo E, Campos M, Casas A, Belity S, Urrutia J, Vicente J. Pielonefritis xantogranulomatosa en un aloinjerto renal. presentación de un caso y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp* 20:664-68, 1996.
67. Mari B, Peña R, Mendez I, Rodríguez Jornet A, Martín J, Cabezueta MA. Pielonefritis xantogranulomatosa en paciente en hemodiálisis desde hacía 21 años. *Nefrología* 5:472-75, 1999.
68. Nakatani T, Uchida J, Iwai T, Kuratsukury K, Sugimura K. Xanthogranulomatous pyelonephritis acquired cystic disease of the kidney in a haemodialysis patient. *Nephrology* 8:101-03, 2003.
69. Wakasugi E, Kato Y, Yano H, Kanbara N, Kurita T. Spontaneous renal rupture due to xanthogranulomatous pyelonephritis: A case report. *Hinyokika Kyo* 42(1):47-50, 1996.
70. Puneekar SV, Kinne JS, Rao SR, Madiwale C, Karhadkar SS. Xanthogranulomatous pyelonephritis presenting as emphysematous pyelonephritis: a rare association. *J Postgrad Med* 45:125-26, 1999.
71. Ramos LD, Lima M de M, Carvalho M, Silva Júnior GB, Daher EF. Emphysematous and xanthogranulomatous pyelonephritis: rare diagnosis. *Braz J Infect Dis* 14(4):374-6, 2010.
72. Wen YK, Chen ML. Xanthogranulomatous pyelonephritis complicated by emphysematous pyelonephritis in a hemodialysis patient. *Clin Nephrol* 68(6):422-7, 2007.
73. Papadopoulos I, Wirth B, Wand H. Xanthogranulomatous pyelonephritis associated with renal cell carcinoma: report on two cases and review of the literature. *Eur Urol* 18:74-6, 1990.
74. Rizzi A O, Alvarez P D, Muro F y col. Carcinoma de células escamosas de la pelvis renal. Presentación de un caso clínico. *Rev Arg de Urol* 70(4):262-5, 2005.
75. Mardi K, Kaushal V, Sharma V. Rare coexistence of keratinizing squamous cell carci sistémica. *Nefrología* Vol XV:371-74, 1995.
76. Rothschild J, Bhatt S, Dogra VS. Renal collision tumor in association with xanthogranulomatous pyelonephritis. *J Clin Imaging Sci* 1:9-16, 2011.
77. Wen YK. An unusual case of xanthogranulomatous pyelonephritis in a leukemia patient. *Clinical Nephrology* 70(3):255-8, 2008.
78. Bronsoms JM, Vallés M, Más h, Sant F, Llobet M. Pielonefritis xantogranulomatosa y amiloidosis sistémica. *Nefrología* Vol XV:371-74, 1995.
79. Catalano O, Nunziata A, Altei F. A Case of xanthogranulomatous pyelonephritis with venous thrombosis. *Radiol Med* 96:530-34, 1998.
80. Tiguert R, Gheiler EL, Yousif R, Tefilli MV, Mills K, Grignon DJ, Pontes JE. Focal xanthogranulomatous pyelonephritis presenting as a renal tumor with vena caval thrombus. *J Urol* 160(1):117-8, 1998.
81. Gupta G, Singh R, Kotasthane DS, Kotasthane VD, Kumar S. Xanthogranulomatous pyelonephritis in a male child with renal vein thrombus extending into the inferior vena cava: a case report. *BMC Pediatr* 10:47-50, 2010.
82. Ballesteros Sampol JJ. Malacoplauia urogenital. Presentación de 4 casos y revisión de la literatura. *Arch Esp Urol* 54(8):768-76, 2001.
83. Bazeed MA, Nabeeh A, Atwan N. Xanthogranulomatous pyelonephritis in bilharzial patients: a report of 25 cases. *J Urol* 141(2):261-4, 1989.
84. Dwivedi US, Goyal NK, Saxena V, Acharya RL, Trivedi S, Singh PB, Vyas N, Datta B, Kumar A, Das S. Xanthogranulomatous pyelonephritis: our experience with review of published reports. *ANZ J Surg* 76(11):1007-9, 2006.
85. Vermillion SE, Carl GM, Bartholomew LG, Kelalis PP. Nephrogenic hepatic dysfunction: secondary to tumefactive xanthogranulomatous pyelonephritis. *Ann Surg* 171(1):130-35, 1970.
86. Li L, Parwani AV. Xanthogranulomatous pyelonephritis. *Arch Pathol Lab Med* 135(5):671-4, 2011.
87. Nawaz Khan A. Xanthogranulomatous pyelonephritis imaging. Mayo, 2011. Disponible en: Medscape. <http://emedicine.medscape.com/article/382421-overview#a24>.
88. Kim J. Ultrasonographic features of focal xanthogranulomatous pyelonephritis. *Ultrasound Med* 23:409-416, 2004.
89. Al-Ghazo MA, Ghalayini IF, Matalka II, Al-Kaisi NS, Khader YS. Xanthogranulomatous pyelonephritis: analysis of 18 cases. *Asian J Surg* 29(4):257-261, 2006.
90. Watt, I, Kristesen, IB. Xanthogranulomatous pyelonephritis. *Arch Path Microbiol Scand Sect* 89:89, 1098.
91. Osca JM, Piero MJ, Rodrigo M, Martínez Jabalovas JM, Jimenez Cruz JF. Focal xanthogranulomatous pyelonephritis: partial nephrectomy as definitive treatment. *Eur Urol* 32(3):375-9, 1997.
92. Boublil V, Traxer O, Sebe P, Doublet JD, Gattegno B, Thibault P. Laparoscopic nephrectomy for benign kidney disease. Review of a 12-year experience and review of the literature. 14(2):137-43, 2004.
93. noma with Xanthogranulomatous Pyelonephritis in the Same Kidney: Report of Two Cases. *J Cancer Res Ther* 2010; 6(3):339-41.
94. Guzzo TJ, Bivalacqua TJ, Pierorazio PM, Varkarakis J, Schaeffer EM, Allaf ME. Xanthogranulomatous pyelonephritis: presentation and management in the era of laparoscopy. *BJU Int* 104(9):1265-8, 2009.
95. Kapoor R, Vijjan V, Singh K, Goyal R, Mandhani A, Dubey D, Srivastava A, Kumar A. Is laparoscopic nephrectomy the preferred approach in xanthogranulomatous pyelonephritis? *Urology* 68(5):952-5, 2006.
96. Bercowsky E, Shalhav AL, Portis A, Elbahnasy AM, McDougall EM, Clayman RV. Is the laparoscopic approach justified in patients with xanthogranulomatous pyelonephritis? *Urology* 54(39):437-42, 1999.

C - Extinción diferencial de los acontecimientos vitales en pacientes depresivos

Differential extinction of life events in depressed patients



Pilar Sierra San Miguel
Psiquiatra adjunta, profesora asociada de la Universidad de Medicina, Hospital Universitario i Politécnico la Fe, Valencia, España

Lorenzo Livianos, Jefe de Servicio, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario i Politécnico la Fe, Valencia, España

Idoia Gaminde, Técnico en Departamento de Salud, Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Valencia, España

Luis Rojo, Catedrático en Psiquiatría, Hospital Universitario i Politécnico La Fe, Valencia, España

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Recepción: 1/4/2012 - Aprobación: 1/8/2012
Primera edición, siicsalud.com: 20/9/2012
Segunda edición, ampliada y corregida: 19/11/2012

Enviar correspondencia a: Pilar Sierra San Miguel, Hospital Universitario i Politécnico La Fe, Bulevar Sur s/n, 46026, Valencia, España
sierra_pil@gva.es



+ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

Abstract

Background: Loss constitutes a central aspect of most life events (LE) that lead to depression. We investigated if life events that involve an important loss, have a stronger impact on the genesis of the illness and if the extinction of this type of events takes longer than the rest of the events. **Method:** We used a case-control sample of 50 depressed patients diagnosed with a depressive episode in the six months prior to the interview, 50 healthy controls, and a community sample of 609 women from a psychiatric survey. The Life Events and Difficulties Schedule (LEDS) was applied to all the subjects. A statistical method that segregates life events depending on the existence of important loss events was used. **Results:** In both samples, depressed patients presented a significant increase of severe events 52 weeks prior to the onset of the disorder. The best differentiation between the groups corresponded to longer extinction times. The mean difference of the residual threat in the community sample between life events both with and without loss in depressed patients and controls was significantly higher in the case of life events involving loss. **Conclusions:** The differential extinction method that segregates LE depending on the existence of loss allows a better differentiation between depressed patients and control patients. Those LE that involve an important loss will have a stronger impact in the genesis of the disease and a longer extinction time than the rest of the events.

Key words: loss, life events, LEDS, stress, depression

Resumen

Introducción: La pérdida constituye un aspecto central de la mayoría de los acontecimientos vitales (AV) que llevan a la depresión. En este trabajo investigamos si aquellos AV que suponen una pérdida importante generan un mayor impacto en la génesis de la enfermedad y si tienen un mayor tiempo de extinción que el resto de los sucesos. **Método:** Utilizamos una muestra de casos y controles de 50 pacientes deprimidos que habían sido diagnosticados con un episodio depresivo en los 6 meses previos a la entrevista, 50 controles sanos y una muestra comunitaria de 609 mujeres. La *Life Events and Difficulties Schedule* (LEDS) se aplicó a todos los sujetos. Se utilizó un método estadístico de extinción diferencial que segrega los AV según la existencia de acontecimientos importantes de pérdida. **Resultados:** En ambas muestras, los pacientes depresivos presentaban un incremento significativo de AV graves en las 52 semanas previas al desencadenamiento del trastorno. La mejor diferenciación entre grupos se correspondió con los tiempos de extinción más elevados. La diferencia de medias de la amenaza residual en la muestra comunitaria entre AV con pérdida y sin ella en sujetos depresivos y controles fue significativamente más alta en los AV con pérdida. **Conclusiones:** El método de extinción diferencial que segrega los AV en función de la existencia de pérdida o no permite una mejor diferenciación entre pacientes depresivos y controles. Aquellos AV que suponen una pérdida importante generan un mayor impacto en la génesis de la enfermedad y tienen un mayor tiempo de extinción que el resto de los sucesos.

Palabras clave: pérdida, acontecimientos vitales, LEDS, estrés, depresión

Introducción

La implicación de los acontecimientos vitales (AV) en la génesis de las enfermedades mentales es conocida desde la Antigüedad. El riesgo de depresión se incrementa por los AV¹⁻³ atribuyéndole una gran importancia al estrés que precede inmediatamente a su aparición.

El papel de la pérdida y su relación con la depresión también ha sido objeto de análisis. La pérdida no supone únicamente la pérdida de una persona, sino la de una función determinada, recursos o una idea deseada, así como decepciones debidas al retorno de problemas aparentemente solucionados. Hechos traumáticos como el fallecimiento de una pareja sentimental, una ruptura matrimonial o accidentes o asaltos han sido considerados factores de riesgo para la aparición de un trastorno psiquiátrico.⁴⁻⁶

Con respecto a las diferencias individuales en la respuesta a la pérdida, los trabajos se han centrado en el

duelo infantil, por la importancia de las reacciones en la infancia para explicar las diferencias en las respuestas de los adultos. Destacan dos corrientes, la escuela clásica de pensamiento psicoanalítico, que atribuye significación patógena a la pérdida de un progenitor o de amor, pero no relaciona el duelo infantil, ni la tendencia en la infancia de los procesos de duelo de seguir un curso patológico, con los orígenes del duelo patológico en los adultos y de las enfermedades psiquiátricas a las que dé origen, y por la escuela de Klein, que defiende que la forma que un lactante tiene de responder a los procesos de duelo y a las fases depresivas durante el primer año de vida y relacionadas con la lactancia y el destete determinan cómo responderá a las pérdidas cuando sea adulto.

Según Melges y Bowlby,⁷ la desesperanza es el factor clave en la génesis de la depresión, y la pérdida es posiblemente la causa más probable de profunda desespe-

ranza. Los sentimientos de desesperanza pueden generar pensamientos sobre la desesperanza de la propia vida en general. Esta generalización constituye el núcleo central del trastorno depresivo según la teoría de Beck.⁸ Según esta teoría, la autoestima del individuo es crucial para favorecer el desarrollo de la desesperanza; esto explica la acción de los factores de vulnerabilidad para favorecer la depresión ante los acontecimientos graves y las dificultades mayores (pérdida de la madre antes de los 11 años, hogar con 3 hijos o más menores de 14 años, ausencia de una relación de confidencialidad, especialmente con el marido, y falta de un trabajo a tiempo completo o parcial).

Con los años se ha realizado un esfuerzo para cuantificar los efectos estresantes de los AV. Brown⁹ elaboró una entrevista denominada *Life Events and Difficulties Schedule* (LEDS). Es una lista de sucesos que podían ser fechados y que generalmente se seguían de una emoción intensa positiva o negativa. Según Holmes y Rahe,¹⁰ los efectos de los AV son aditivos y asignan a cada sujeto una puntuación de estrés total, suma de las puntuaciones de cada AV. La escala de Paykel¹¹ o la *Review of Life Events* (ROLE),¹² tiene contenidos similares, pero se puntúan según su repercusión cuantitativa.

Varios modelos han evaluado la repercusión de los AV y la variación de su efecto según el tiempo. "El modelo binario" (tradicional) usa la LEDS,¹³ pero plantea dificultades para establecer diferencias entre grupos. Surtees e Ingham¹⁴ propusieron en 1980 el *Decay Model*, un modelo aritmético que considera que el efecto estresante de un acontecimiento decae a un ritmo constante con el tiempo, igual para todos los sucesos; los acontecimientos que suceden independientemente, suman su efecto estresante ("modelo sumatorio"); las dificultades a largo plazo ejercen un efecto constante durante el período en el que están presentes y sumatorio entre ellos. Surtees posteriormente propone el "modelo exponencial o logarítmico", introduciendo dos aspectos: considera todos los acontecimientos para calcular el estrés, independientes y posiblemente independientes, y asume que la mayoría de los procesos de la naturaleza gobernados por leyes biológicas se derivan de leyes logarítmicas.¹⁵

Livianos y col.¹⁶ desarrollan un método que valora el descenso con el tiempo, una evaluación cuantitativa del estrés total sufrido y sus variaciones entre grupos. Atribuyen a las dificultades el mismo papel que a los acontecimientos. Introducen una variación para calcular el mejor tiempo para la vida media de extinción, esto es, el tiempo que transcurre hasta que el acontecimiento de mayor gravedad disminuye hasta la mitad en su nivel estresante.

Resumiendo, el método binario de evaluación de los AV fue mejorado por el sumatorio, éste por el aritmético y éste por el logarítmico. Nuestro estudio pretende contribuir al conocimiento de estos métodos, consiguiendo uno que supere a los anteriores cualitativamente y cuantitativamente. El objetivo es comprobar si calculando diferentes tiempos de extinción para diferentes tipos de AV, se obtiene mejor diferenciación entre pacientes depresivos y controles que con el método de extinción antes citado de Surtees.¹⁴ En concreto, comprobar si los AV que suponen una importante pérdida (≤ 2) según la valoración de Brown,⁹ tienen mayor impacto en la génesis de la enfermedad.

Pacientes y método

Utilizamos dos muestras: de casos y controles y comunitaria.

Muestra de casos y controles

Treinta y ocho mujeres (76%) y 12 hombres (24%) deprimidos según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV),¹⁷ remitidos por psiquiatras desde urgencias y centros de salud mental y por médicos generalistas, mediante análisis secuencial.

Criterios de exclusión. Trastorno depresivo superior a 6 meses de evolución, diagnóstico concurrente de abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias u otra enfermedad psiquiátrica incluyendo un trastorno orgánico.

Grupo control. Cincuenta sujetos de la población general pareados por sexo, edad, estado civil y clase social con los pacientes deprimidos. Sin enfermedad psiquiátrica en ese momento, ni previamente. Los puntajes en la escala de Goldberg (versión de 60 ítems) fueron inferiores a 11.¹⁸

Muestra comunitaria

Obtenida en colaboración con el Departamento de Salud del gobierno vasco.¹⁹ La selección se realizó de cada una de las tres provincias vascas para incluir población rural (Tolosa y Ayala) y urbana (Bilbao). Se realizó una selección aleatorizada de las mujeres de 18 a 65 años del censo para cada área estudiada (Censo de Población y Vivienda, 1981). Se entrevistó a 336 mujeres de áreas rurales y 273 del área urbana (total 609).

Metodología

Muestra de casos y controles. La información sociodemográfica incluyó edad, sexo, estado civil, número y edad de los hijos, ocupación de la pareja, nivel educativo, características del núcleo familiar. En ambos grupos se consideraron los AV de pérdida (entendida como muerte) o separación de uno o ambos padres en la infancia, antes de la edad de 17 años o posteriormente. Los pacientes firmaron el consentimiento informado.

Psiquiatras con experiencia realizaron una entrevista clínica abierta para evaluar el estado mental de los sujetos durante los 6 meses previos. Los sujetos considerados pacientes psiquiátricos fueron provisionalmente diagnosticados, según criterios del DSM-III-R y se les aplicaron las escalas *Symptom Checklist-90* (SCL-90R), autoadministrada, de 90 ítems, que valoran síntomas psiquiátricos y grado de malestar;²⁰ *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D) de 21 ítems, heteroaplicada, que ha demostrado alta correlación interobservadores;²¹ *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS), de 14 ítems que valoran cuantitativamente la intensidad de la ansiedad;²² LEDS,¹³ que permite la valoración de AV y dificultades, realiza una valoración de la amenaza en el contexto de las circunstancias biográficas del individuo. Esta escala contiene 38 tipos de acontecimientos que pueden ser fechados y que es previsible que en la mayoría de las personas se sigan de una emoción intensa positiva o negativa. Tras unas preguntas acerca del acontecimiento, el entrevistador determina qué es un suceso. Mide el grado de malestar ocasionado por cada acontecimiento en dos momentos distintos. La amenaza a corto plazo es la implicada en el día en que ocurre el suceso o poco después, y a largo plazo es la provocada al cabo de una semana o más. Se excluye deliberadamente cualquier consideración sobre el modo de reacción ante el suceso, lo que evita sesgos.

Finalmente se realizó una reunión entre el investigador que había efectuado la entrevista, quien describía el cuadro clínico y, tras plantearse dudas y comentarios por otros tres psiquiatras del equipo investigador, cada uno de ellos planteaba un diagnóstico. El primer investigador

comunicaba su diagnóstico inicial y, si no coincidían, se planteaba una discusión hasta llegar a un acuerdo.

Muestra comunitaria. Para medir la depresión se utilizó la versión reducida del *Present State Examination* (PSE) que ha demostrado una alta fiabilidad interobservador²³ y validez de constructo en la investigación.^{13,24} Se diseñó para mujeres valoradas en ambulatorios como *borderline*. Los entrevistadores fueron entrenados en el uso de su versión reducida por un psiquiatra investigador (Prof T. K. Craig, del Hospital St Thomas de Londres). Todas las entrevistas fueron grabadas y, si existían dudas sobre un trastorno psiquiátrico (incluso *borderline*), la grabación era escuchada de nuevo por un psiquiatra colaborador. El entrevistador identificó los episodios de estrés y usando preguntas estandarizadas del PSE, recogió detalles sobre síntomas para cualquier episodio de enfermedad afectiva, aunque se hubiera resuelto en la entrevista. En los tres subgrupos de la muestra se recogió el período previo de 12 meses antes de la entrevista.

Para medir los AV se utilizó también la LEDS.

Codificación y procesamiento de los datos

Los algoritmos para calcular la extinción de la amenaza sufrieron varias modificaciones para reducir el gran número de códigos a introducir y el tiempo de cálculo. Se realizó un archivo de prueba con datos ficticios que cumplieran criterios ideales para comprobar el método de extinción.

Para el análisis estadístico se utilizó la versión 14 del *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Se realizó un análisis descriptivo de ambos grupos mediante la media y la desviación típica para datos cuantitativos, y se expresaron los cualitativos en forma de porcentaje. Después se compararon los dos grupos mediante un análisis univariado. Si las variables eran cuantitativas se obtuvieron medidas de centralización y dispersión y se estudió el grado de significación estadística mediante la prueba de la *t* de Student para muestras pareadas. Cuando la distribución de la variable cuantitativa tenía anomalías pronunciadas o se vulneraban los supuestos de normalidad, se recurrió a pruebas no paramétricas (prueba de la *U* de Mann-Whitney y *W* de Wilcoxon para datos apareados). La verdadera magnitud de la diferencia entre medias se estimaba mediante el intervalo de confianza. En variables cualitativas, se obtuvieron las frecuencias y se utilizó la comparación de distribuciones según la prueba de *chi* al cuadrado. La importancia de la relación se presentó mediante los *odds ratio* y su intervalo de confianza del 95% (IC), que permite, en estudios de casos y controles, estimar el riesgo relativo.

Resultados

Muestra de casos y controles

Consistió en 50 pacientes deprimidos y 50 controles sanos. Las características sociodemográficas se exponen en la Tabla 1. Los pacientes deprimidos obtuvieron una puntuación media en la HAM-D de 21.36 (desviación estándar [DE]: 6.22) y los controles de 3.4 (DE: 3.096). Las diferencias fueron estadísticamente significativas al comparar ambos grupos para muestras apareadas ($t = 14.34$; $gl = 24$; $p < 0.001$) (IC: 16.230-21.690). Los pacientes deprimidos obtuvieron una puntuación media en la HARS de 21.5 (DE: 7.068) y los controles de 4.25 (DE: 3.449). Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre ambos grupos para muestras pareadas ($t = 13.27$; $gl = 27$; $p < 0.001$) (IC: 14.582-19.918).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra caso-control.

	Grupo casos %	Grupo control %
Sexo		
Mujeres	76%	76%
Hombres	24%	24%
Estado civil		
Casado	68%	68%
Soltero	28%	28%
Divorciado/separado	2%	2%
Viudo	2%	2%
Nivel de estudios		
Sin estudios primarios	12.2%	24.3%
EGB	59.2%	27%
Formación profesional	10.2%	5.4%
BUP	4.1%	10.8%
Carrera media	4.1%	16.2%
Carrera superior	8.2%	16.2%
Otros estudios	2%	0%
Nivel laboral		
Trabajo a tiempo completo	55.1%	64.2%
Ama de casa	18.4%	15.3%
Desempleo	10.2%	6.1%
Trabajo por horas	8.2%	4.2%
Trabajo en casa	2%	1.1%
Estudiante	6.1%	9.1%

Tabla 2. Características de la muestra comunitaria.

	TOLOSA (población rural)	AYALA (población rural)	BILBAO (población rural)
Muestra inicial	200	200	330
Rechazo de la entrevista	17%	15%	17%
Entrevistas	167	169	273
Edad 18-29	33%	20%	30%
30-49	27%	36%	40%
50-65	40%	44%	30%
Trabajo fuera de casa	20%	14%	41%

Tabla 3. Tasa de casos y casos *borderline* en los tres grupos diagnósticos (en un período de 12 meses en las tres poblaciones).

	TOLOSA (población rural) % n	AYALA (población rural) % n	BILBAO (población rural) % n
Casos de depresión	2.4 (4)	10.6 (18)	10.3 (28)
Casos <i>borderline</i> de depresión	3.6 (6)	6.5 (11)	9.9 (27)
Total	6 (10)	17.2 (29)	20.1 (55)

Muestra comunitaria

Inicialmente constaba de 730 mujeres, un 17% rechazó la entrevista. La muestra final fue de 609 (336 de áreas rurales y 273 del área urbana). Las características sociodemográficas se exponen en la Tabla 2 y las tasas de depresión mediante el PSE en la Tabla 3.

En cuanto a los AV con pérdida en la muestra de casos y controles, se detectaron 16 casos identificados como trastornos depresivos con un acontecimiento con pérdida ≤ 2 , y 2 con 2 acontecimientos de este tipo. En los controles, 5 habían sufrido un acontecimiento con pérdida ≤ 2 y 2 contaban con 2 acontecimientos. En la muestra comunitaria, en los 68 pacientes con depresión, 26 habían sufrido un acontecimiento con pérdida ≤ 2 , 5 habían sufrido

2, un paciente 3 y otro, 4. En los controles, 284 no habían sufrido acontecimientos con pérdida; 59, 1, 6 habían sufrido 2 y 3, 3 acontecimientos.

Modelos de extinción

Utilizamos la muestra de casos y controles para poner a prueba el modelo para la elección del mejor tiempo de extinción, y la comunitaria para aplicarlo.

Según los resultados de la extinción conjunta en la muestra comunitaria, el grupo de pacientes depresivos experimentaba un incremento brusco de la amenaza desde la semana 52 hasta la 37, con un aumento más progresivo posteriormente, para alcanzar en la semana 10 el mayor valor (valor de 317.05). En los controles, el incremento fue más gradual, con un ascenso progresivo desde la semana 52 (véase Figura 1).

Seguidamente realizamos el cálculo de la extinción diferencial, para analizar la extinción de los AV segregados según la existencia o no de pérdida. Se encontró un aumento progresivo del valor de *t* hasta la semana 13 en los AV sin pérdida. A partir de este momento, disminuye el valor de *t* de la diferencia de medias entre controles y pacientes depresivos de forma progresiva.

Para calcular la extinción diferencial en los AV con pérdida, las incógnitas fueron *y*: tiempo de extinción en la extinción diferencial, *z*: porcentaje del AV con pérdida que no se extingue, *w*: semana en la cual se inicia la extinción. Aunque no se exponen por razones de espacio, se elaboraron las tablas y los gráficos correspondientes permutando los valores de "z" y "w", y hallando los valores correspondientes de "y" (tiempo de extinción en el caso de AV con pérdida). Como norma general, en todas las tablas la mejor diferenciación entre los grupos se corresponde con los tiempos de extinción más elevados.

Al calcular la evolución semanal de la amenaza de los AV sin pérdida en la muestra de casos y controles mediante la diferencial extinción, como se observa en la Figura 2, a partir de la semana 16 se produce un fuerte incremento en los niveles de amenaza residual en los sujetos depresivos sin pérdida en comparación con los controles sin pérdida. En los AV con pérdida, como puede observarse en la Figura 3, en ambas muestras en la amenaza evoluciona prácticamente de forma paralela, con tasas inferiores a lo largo de toda la evolución en el grupo de controles.

En la evolución semanal de la amenaza en los AV sin pérdida en la muestra comunitaria, en la Figura 4 se observa claramente que el grupo de pacientes depresivos sin pérdida experimentan incrementos progresivos en los niveles de amenaza, que los separan del grupo de controles a partir de la semana 43.

Con respecto a la evolución semanal de la amenaza en los AV con pérdida en la muestra comunitaria, en la Figura 5 se observan los niveles superiores de amenaza a lo largo de la evolución que diferencian ambas muestras.

Después calculamos la diferencia de medias de la amenaza residual en la muestra comunitaria entre AV con pérdida y sin ella. Como se observa en las tablas 4 y 5, la diferencia de medias entre pacientes depresivos y controles es significativamente más alta en los AV con pérdida. En éstos, la diferencia de medias es de 165.99 frente a 78.81 en los AV sin pérdida, con una significación estadística de $p = 0.000$ en los primeros y $p = 0.052$ en los segundos.

Según nuestros resultados, el método de extinción diferencial que segrega los AV en función de la existencia de pérdida o no permite una mejor diferenciación entre pacientes depresivos y controles.

Tabla 4. Estadísticos de grupo entre acontecimientos vitales con pérdida y sin ella en la muestra comunitaria.

	Diagnóstico	n	Media	DE	Error estándar de la media
Acontecimientos vitales sin pérdida	Deprimidos	68	168.9411	314.85247	38.18147
	Sujetos control	352	90.1245	226.70471	12.08340
Acontecimientos vitales con pérdida	Deprimidos	68	255.1468	342.46010	41.52939
	Sujetos control	352	89.1545	230.08735	12.26370
TOTAL	Deprimidos	68	424.0878	506.17476	61.38271
	Sujetos control	352	179.2790	341.51655	18.20289

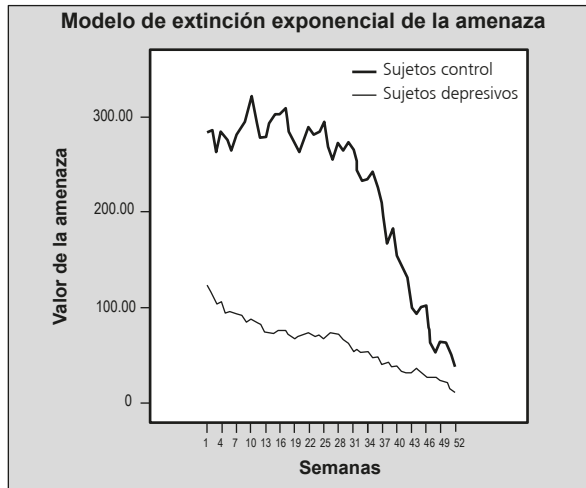


Figura 1. Evolución semanal de la amenaza mediante el modelo de extinción conjunta en ambos grupos diagnósticos.

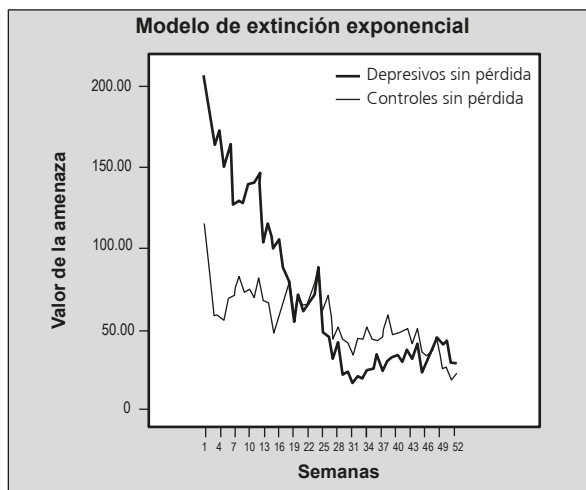


Figura 2. Evolución semanal de la amenaza en la muestra caso-control mediante la extinción diferencial en los acontecimientos vitales sin pérdida.

Discusión

En la investigación de la depresión, el papel de la pérdida ha sido examinado en detalle, puesto que constituye un aspecto central de la mayoría de los AV que generan depresión. Un artículo clave para analizar el papel de la pérdida en los trastornos depresivos es el publicado por Brown,²⁵ en el que se estudiaban dos grupos. Las mujeres que presentaron depresión en una muestra de la población general en Islington, en el norte de Londres, y pacientes deprimidas tratadas en el Servicio Nacional de Salud de la misma área. Las experiencias de pérdida que llevaban asociada humillación y "entrapamiento" (una persona puede estar altamente motivada para salir de una determinada situación pero se siente incapaz), fueron importantes como agentes provocadores de de-

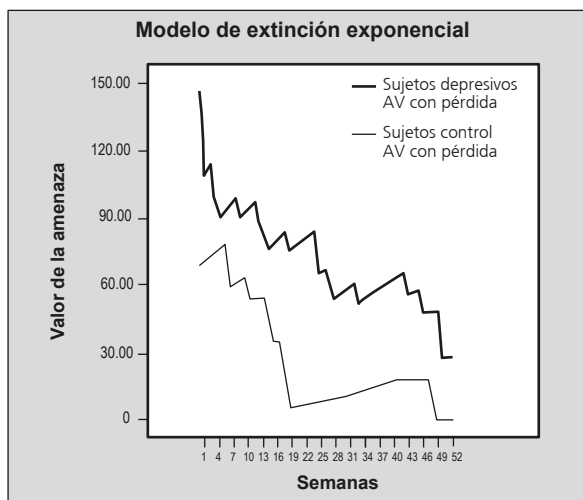


Figura 3. Evolución semanal de la amenaza en la muestra caso-control en ambos grupos mediante la extinción diferencial en los acontecimientos vitales con pérdida.

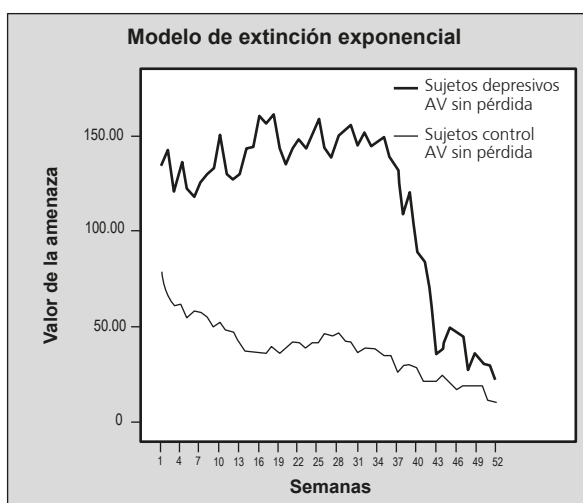


Figura 4. Evolución semanal de la amenaza en la muestra comunitaria mediante la extinción diferencial en los acontecimientos vitales sin pérdida.

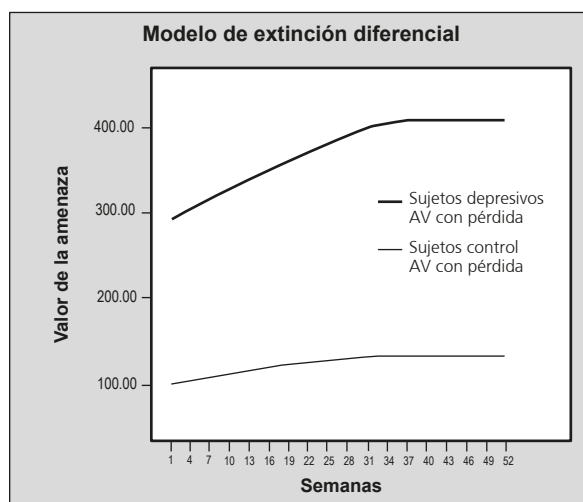


Figura 5. Evolución semanal de la amenaza en la muestra comunitaria mediante la extinción diferencial en los acontecimientos vitales con pérdida.

presión en ambas muestras. En nuestro estudio tratamos de comprobar si los AV que suponen pérdida importante generan un mayor impacto en la génesis de la enfermedad, con un mayor tiempo de extinción. Usamos el

método de Brown, que reúne una serie de ventajas. En la medición y definición de los AV excluye cualquier consideración acerca de las reacciones de los sujetos y con la definición detallada de los sucesos y de las personas que se incluyen, hay un control acerca de los que el investigador puede o no incluir. Además facilita el fechado de los acontecimientos.

Utilizamos una muestra de pacientes y una comunitaria extraída de la población general. En la muestra de casos y controles el número total de sucesos detectados en los pacientes deprimidos fue menor que en los controles, pero en las 52 semanas previas al trastorno se encontró un mayor número de acontecimientos graves en los pacientes, con una diferencia estadísticamente significativa. En la muestra comunitaria, los AV se asociaron significativamente con la aparición de un cuadro depresivo. Resultados similares se han descrito previamente.^{26,27}

Nuestro trabajo coincide con estudios previos en el papel de los AV en la génesis de los cuadros depresivos, pero el estrés no es el único causante de depresión, sino que hace falta la suma de otros factores. Como muestra, las correlaciones entre el estrés y el comienzo de la enfermedad descritas en la mayoría de los estudios están generalmente por debajo de 0.30 y como máximo explican el 10% de la varianza.²⁸ En las muestras de gemelos de Kendler, el mejor modelo que predecía el 50% de la varianza en la tendencia a presentar depresión mayor estaba formado por sucesos estresantes, factores genéticos, antecedentes de depresión mayor y neuroticismo.²⁹

Nuestro estudio coincide con resultados de publicaciones previas, en que la mayoría de los nuevos casos de depresión son provocados por acontecimientos estresantes particularmente amenazantes, que suponen una pérdida o decepción.^{30,31} Es importante enfatizar la relevancia de considerar los agentes provocadores en términos de amenaza a una función o a una relación en su conjunto.³²

Basándonos en hallazgos previos,¹⁶ utilizamos un método que permite una forma personalizada de evaluación del estrés de los acontecimientos considerando el descenso con el tiempo y una evaluación cuantitativa del total de estrés sufrido y sus variaciones entre grupos. Según estos resultados, el período de riesgo previo a la aparición del trastorno es de hasta 7 semanas. Tras conocer el tiempo de máxima discriminación, el método utilizado permite conocer la amenaza residual e investigar cómo evoluciona. Al confluir las adversidades residuales de sucesos que aún no se han extinguido, puede variar la amenaza residual de cada sujeto en cada semana del año previo. Teniendo en cuenta el tiempo óptimo de extinción mediante el modelo exponencial (10 semanas en nuestro caso para AV sin pérdida), calculamos un valor promedio de la amenaza residual resultando las diferencias, entre pacientes depresivos y controles, estadísticamente significativas.

Destaca en los resultados el hallazgo de que la mejor diferenciación entre grupos se corresponde con tiempos de extinción más elevados, lo que confirma que calculando diferentes tiempos de extinción para distintos tipos de AV se obtiene mejor diferenciación entre pacientes depresivos y controles que con modelos previos.¹⁴ El tiempo de extinción que ofrece una mayor diferenciación entre grupos es el que supone que la extinción se inicia en la semana 13, que no se extingue en el año el 50% del AV y que el tiempo de extinción correspondiente es de 5 semanas. En los AV que no suponen pérdida, el nuevo tiempo de extinción corresponde a 13 semanas.

En nuestro trabajo resultó concluyente que los AV que suponen una importante pérdida presentan una amenaza

za residual superior al resto de sucesos. La diferencia de medias entre sujetos depresivos y controles fue significativamente más alta en los AV con pérdida. Por tanto, el método de extinción diferencial que segrega los AV en función de la existencia de pérdida o no permite una mejor diferenciación entre sujetos depresivos y controles.

Calculando diferentes tiempos de extinción para distintos tipos de AV, es posible diferenciar mejor los pacientes depresivos de los sujetos control. Aquellos AV que suponen una pérdida importante, son los que generan un mayor impacto en la génesis de la enfermedad y tienen un mayor tiempo de extinción que el resto de sucesos.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013
www.siicsalud.com

Autoevaluaciones de la lectura en *siicsalud.com*

Acceda a las preguntas, respuestas varias y fundamentaciones sobre temas estratégicos de 55 especialidades. Los directores científicos de SIIC seleccionan los temas y las lecturas recomendadas para cada una de las evaluaciones.

Indique lo correcto acerca de la depresión y los acontecimientos vitales (AV) asociados con pérdidas:

- A, Las reacciones en la infancia ante las pérdidas no influyen en la edad adulta;
B, Los AV con pérdida importante tienen una amenaza residual mayor que otros sucesos;
C, Hay 3 modelos para valorar la repercusión de los AV y su evolución;
D, En el método de Brown en clave la reacción del sujeto ante el acontecimiento.

Verifique su respuesta en: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/128780

Comentarios

Es indudable la relación existente entre un acontecimiento vital, fundamentalmente las pérdidas, y la aparición de depresión. En este sentido, poco se habla del efecto estresante de estos acontecimientos y de cuánto es el tiempo estipulado para transitarlo, lo que los analistas llaman "elaboración del duelo".

Considero fundamental este aporte y lo que la autora destaca como "vida media de extinción", ya que luego de determinado tiempo permanece la "amenaza residual". Ésta es mayor en los acontecimientos vitales con pérdida, los cuales se asocian con factores tales como la humillación y el entrapamiento, que empeoran el pronóstico de la enfermedad. Por todo esto, diferenciar los acontecimientos vitales de aquellos que suponen una pérdida importante es central, dado que tienen mayor impacto en la génesis de la depresión, con un mayor tiempo de extinción.

Jesús Vitiñes
Residente de Psiquiatría,
Hospital Bernardino Rivadavia
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

La pérdida supone un acontecimiento vital que implica en el individuo un recuerdo almacenado en su memoria emocional y, por lo tanto, con fuerte impacto sobre su estado del ánimo. Los mecanismos que se activan desde el comienzo del evento y en las posteriores evocaciones representan compromisos en la emoción, la cognición y la conducta, y su correspondiente impacto sobre las diferentes estructuras participantes en dicho mecanismo (sistema límbico, paralímbico y corteza). El paciente depresivo tiene, además, este procesamiento neurocognitivo comprometido debido a su enfermedad de base, por lo que el impacto es más difícil de sortear, tanto desde el punto de

vista psicoterapéutico como psicofarmacológico. Este artículo demuestra claramente las repercusiones clínicas de lo antes expuesto, y nos predispone a una tarea más ardua y a circunstancias predecibles y esperables a la hora de abordar a estos pacientes.

Guillermo Nicolás Jemar
Psiquiatra
Hospital José T. Borda – SPF
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

A través de este original estudio y modelo estadístico, podemos afirmar con mayor grado de certeza que los eventos estresantes son un componente importante en la aparición de depresión, particularmente cuando los eventos incluyen pérdidas de seres significativos. La amenaza residual superior que se demostró en este grupo merece ser tenida en cuenta para el diseño de intervenciones oportunas, tanto preventivas como terapéuticas. El estudio presenta como limitaciones tanto la falta de evaluadores ciegos como del uso de algún instrumento estandarizado para el diagnóstico de la depresión (como pueden ser la SCID, la MINI o la CIDI), si bien se intentó compensar esto último con la utilización de un método de consenso para resolver diferencias en el diagnóstico. La entrevista LED5 puede ser de mucha utilidad, no sólo en investigación sino también en la práctica diaria, para la detección de estos eventos.

Damián Gargoloff
Psiquiatra
Jefe de Sala
HIEAyC, Alejandro Korn
La Plata, Argentina

Bibliografía

- Lloyd C. Life events and depressive disorder revisited I. Events as predisposing factors. *Arch Gen Psychiatry* 37:529-35, 1980.
- Paykel ES. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 377:50-58, 1994.
- Rojo L, Livianos L, Cervera G, Domínguez A, Reig MJ. The role of stress in the onset of depressive disorders. A controlled study in a Spanish clinical sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37:592-8, 2002.
- Brown GW, Harris TO. Life events and illness. Guilford Press, New York; 1989.
- Dohrenwend BP. Adversity, stress and psychopathology. Oxford University Press, New York; 1998.
- Kessler RC. The effects of stressful life events on depression. *Ann Rev Psychol* 48:191-214, 1997.
- Melges FT, Bowlby J. Types of hopelessness in psychopathological process. *Arch Gen Psychiatry* 20:690-9, 1969.
- Beck AT, Sethi BB, Turthill R. Childhood bereavement and adult depression. *Arch Gen Psychiatry* 9:295, 1963.
- Brown GW, Harris TO, Peto J. Life events and psychiatric disorders. Part II: nature of causal link. *Psychol Med* 3:159-76, 1973.
- Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scales. *J Psychosom Res* 11:213-8, 1967.
- Paykel ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH. Scaling of life events. *Arch Gen Psychiatry* 25:340-7, 1971.
- Hurts MW, Jenkins CD, Rose RM. The assessment of life change stress. A comparative and methodological inquiry. *Psychosomatic Medicine* 40:126-41, 1978.
- Brown GW, Harris TO. Social Origins of Depression: a study of psychiatric disorder in women. Tavistock Publications, London; 1978.
- Surtees PG, Ingham JG. Life stress and depressive outcome: Application of a dissipation model to life events. *Soc Psychiatry* 15:21-31, 1980.
- Surtees PG. Adversity and psychiatric disorder: A decay model. In: Harris T, Brown GW. (Eds), Life Events and Illness. Guilford Press, NY, 1989. pp 161-195.
- Livianos L, Rojo L, Cervera G, Domínguez A. Temporal evolution of stress in the year prior to the onset of depressive disorders. *J Affect Disord* 53:253-62, 1999.
- APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. American Psychiatric Association, Washington, DC; 1994.
- Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J. Spanish adaptation of the General Health Questionnaire (GHQ) of D. P. Goldberg (a method for identifying psychiatric cases in the community). *Arch Neurobiol* 42:139-58, 1979.
- Gaminde I, Uriá M, Padro D, Querejeta I, Ozamiz A. Depression in three populations in the Basque country-a comparison with Britain. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 28:243-51, 1993.
- Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. A preliminary report. *Psychopharm Bull* 9:13-27, 1973.
- Hamilton M. A rating scale depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 23:56-62, 1960.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 32:50-5, 1959.
- Cooper JE, Copeland JRM, Brown GW, Harris TO, Gourley AJ. Further studies on interviewer training and inter-rater reliability of the Present State Examination (PSE). *Psychol Med* 7:517-23, 1977.
- Finlay-Jones R, Brown GW, Duncan-Jones P, Harris TO, Murphy E, Prudo R. Depression and anxiety in the community. *Psychol Med* 10:445-54, 1980.
- Brown GW, Moran P. Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes I: a community survey. *Br J Psychiatry* 165:447-56, 1994.
- Paykel ES, Myers JK, Dienes MN, Klerman GL, Lindenthal JJ, Pepper MP. Life events and depression: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 21:753-60, 1969.
- Bidzinska EJ. Stress factors in affective diseases. *Br J Psychiatry* 144:161-7, 1984.
- Dohrenwend BS, Egri G. Recent stressful life events and episodes of schizophrenia. *Schizophr Bull* 7:12-23, 1981.
- Kendler KS, Neale MC, Kessler R.C., Heath AC, Eaves LJ. Childhood parental loss and adult psychopathology in women. A twin study perspective. *Arch Gen Psychiatry* 49:109-16, 1992.
- Brown GW, Prudo R. Psychiatric disorder in a rural and urban population: aetiology of depression. *Psychol Med* 11:581-99, 1981.
- Bowlby J. La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Paidós. Barcelona; 1983.
- Oatley K, Bolton W. A social theory of depression in reaction to life events. *Psychol Rev* 92:372-88, 1985.

D - Seguimiento de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides

Management of patients with differentiated thyroid carcinoma

(especial para SIIC © Derechos reservados)

Entrevista exclusiva a

Lilian Anca

Médica Endocrinóloga; Presidente Sociedad Endocrinología, Metabolismo y Nutrición Rosario (SEMNRO), Rosario, Santa Fe, Argentina

SIIC: ¿Cuáles son las principales características del cáncer de tiroides?

LA: El cáncer de tiroides es poco frecuente; no obstante, resulta la neoplasia maligna más habitual del sistema endocrino. El cáncer diferenciado de tiroides (CDT), incluidos el papilar y el folicular, comprende el 90% de los cánceres de tiroides. La frecuencia de aparición varía entre 0.5 y 9/100 000 por año, es dos veces más frecuente en las mujeres y se presenta generalmente después de los 40 años. El pronóstico del CDT, excluida la variedad medular, es bueno, con una tasa de supervivencia a 10 años que excede el 90%. Según sus caracteres morfológicos se subdivide en cáncer papilar (CP) y cáncer folicular (CF).

¿Se han definido factores asociados con un peor pronóstico?

Desde el punto de vista clínico, se consideran factores de mal pronóstico para la supervivencia, la edad mayor de 45 años al momento de la presentación de la enfermedad, el tamaño del tumor, la presencia de metástasis a distancia y la resección incompleta del tumor. Desde el punto de vista histológico, se consideran factores de mal pronóstico la diferenciación del tumor (alta, media y baja) y la invasión linfovascular.

¿Cómo se lleva a cabo el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con CDT?

El tratamiento es quirúrgico: tiroidectomía total o semitotal en la mayoría de los casos, con vaciamiento profiláctico de ganglios linfáticos, según corresponda al tamaño, seguida de administración de yodo radiactivo, en dosis según corresponda (ablative o terapéutica). Luego se establece una terapia de reemplazo con hormonas tiroideas, en dosis suficiente para inhibir a la TSH.

El seguimiento de los pacientes con carcinoma diferenciado es controvertido.



¿Podría describir brevemente el diseño del estudio?

La Sociedad de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición de Rosario (SEMNRO) realizó un trabajo cooperativo, retrospectivo, para conocer y analizar el seguimiento del CDT entre los especialistas de nuestra sociedad, para una posterior optimización y unificación de criterios metodológicos.

Los protocolos actuales de tratamiento y seguimiento del CDT han sido establecidos sobre la base de la experiencia de numerosos centros especializados internacionales; sin embargo, existen diferentes puntos de vista que son aún objeto de debate.

Se confeccionó un formulario con preguntas cerradas con alternativas prefijadas, para cumplimentar con un diseño metodológico de tipo descriptivo-retrospectivo.

Dicho cuestionario se envió a todos los miembros activos de la SEMNRO (de 63 profesionales, respondieron

Acceda a este artículo en siicsalud	
	Código Respuesta Rápida <i>(Quick Response Code, QR)</i>
	 + Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de la autora

el 57%) para evaluar el seguimiento de pacientes operados con diagnóstico de CDT no medular, a los que se les realizó dosis ablativa con I^{131} luego de la cirugía y posterior tratamiento supresor con T4. Sobre 213 pacientes informados y tratados entre 1978 y 2005, portadores de CDT, el 15% fueron de sexo masculino y el 85% de sexo femenino, con edades que oscilaron entre 15 y 80 años.

Algunos médicos solicitaron radiografías de tórax anualmente, centellograma óseo si se manifestaba dolor óseo y ecografía de tiroides. En este estudio hubo una leve tendencia creciente a solicitar radiografía de tórax, y se mantuvieron estables los pedidos de ecografías y anticuerpos antitiroglobulina en los diferentes controles.

Setenta y siete pacientes tuvieron dos rastreos corporales totales (RCT) consecutivos negativos, 49 de ellos tuvieron otro RCT, que fue negativo en 47 individuos.

En 9 pacientes se realizó un sexto RCT y en 3 un séptimo, todos los cuales fueron negativos. De los resultados surge que las modalidades de seguimiento que practicaron los endocrinólogos de Rosario (en el lapso que corresponde al estudio) no diferían en general de las recomendaciones establecidas, y presenta algunas modificaciones en relación con los últimos consensos, actualmente en vigencia.

¿Qué terapias quirúrgicas y radiofarmacológicas se efectuaron en estos enfermos?

Se realizó tiroidectomía total en el 80% de los pacientes y hemitiroidectomía al 20%; de estos, el 92% fueron sometidos posteriormente a resección total. El 8% remanente fueron dos mujeres con cáncer folicular de tiroides. El tiempo promedio entre la cirugía y la dosis ablativa fue de 1.8 mes (entre 1 y 2 meses, posoperatorio).

La dosis de I^{131} más utilizada en los distintos estadios fue de 100 mCi. Se realizó RCT luego de la dosis ablativa en el 87%, con resultado positivo en el 48%; los resultados fueron negativos después del primer control en el 54% de los casos.

La determinación de tiroglobulina es un recurso habitual para estimar la masa de tejido tiroideo remanente. ¿Qué aspectos pueden destacarse en relación con este método en la población estudiada?

El seguimiento incluyó RCT y determinación de tiroglobulina (Tg) sérica y de anticuerpos antiTg (Ac antiTg), con TSH estimulada por suspensión del tratamiento supresor o administración de TSH recombinante (rhTSH). La

determinación de Tg se hizo en el 65% de los casos en los primeros 3 controles. La tasa ascendió al 80% en los controles siguientes. Hubo, por lo tanto, una clara tendencia creciente a lo largo de los años a la utilización de estos recursos bioquímicos. Una de las mayores limitaciones de la determinación de Tg es la presencia de autoanticuerpos antiTg endógenos (TgAb). La presencia de estos anticuerpos interfiere en los inmunoensayos utilizados, lo que arroja valores menores que los reales; por lo tanto, siempre que se realiza esta determinación, paralelamente debe evaluarse la presencia de los TgAb por metodología ultrasensible.

Se recomienda que las decisiones en relación con la selección de tratamientos adyuvantes, dosis y esquemas de seguimiento necesitan tanto del conocimiento como de la comprensión profunda de la enfermedad y sus variables, así como de los factores que influyen en su evolución y los efectos colaterales de las terapias.

¿Qué tendencias se verifican en la solicitud de los diferentes métodos de diagnóstico por imágenes durante el seguimiento de los sujetos con CDT?

Los métodos y el tiempo de seguimiento se establecen según el estadio clínico al momento del diagnóstico y el consiguiente riesgo de recurrencia de la enfermedad.

¿Qué recomendaciones se proponen en términos del RCT con I¹³¹, la ecografía cervical y la determinación de Ac antiTg?

Basados en la revisión de los datos que surgen del estudio realizado por los miembros de la SEMNRO se aconseja: realizar RCT a la semana de la dosis ablativa, en todos los casos; efectuar la determinación de Ac antiTg ultrasensible de rutina, conjuntamente con la de Tg; incrementar el pedido de ultrasonografía cervical o ecografía Doppler para evaluar adenopatías, a los 6 meses del posoperatorio y continuar 1 vez al año en el seguimiento, si bien su uso e interpretación deben hacerse con precaución; disminuir la indicación de RCT en pacientes con 2 a 3 barridos negativos consecutivos y con bajos niveles de Tg con TSH estimulada, siempre considerando el riesgo en el cual se haya incluido el paciente y los hallazgos en el seguimiento.

¿Cómo puede definirse el riesgo de recurrencia y mortalidad en el seguimiento de los pacientes con CDT?

Actualmente, para el seguimiento de pacientes con CDT se enfatiza en el riesgo de recurrencia y mortalidad.

Conocer el riesgo permitirá considerar si la dosis de I¹³¹ posoperatoria debe ser ablativa o terapéutica y establecer luego cómo se procederá en el seguimiento del paciente.

El sistema TNM sólo permite una estratificación del riesgo de muerte, pero es débil en el pronóstico de recidivas. Por ello, en los últimos consensos se recomienda, además del TNM, considerar otras variables como a edades > 45 años mayor riesgo, características de la resección (completa o incompleta), captación fuera del lecho tiroideo de I¹³¹ e histología del tumor (histología agresiva: células altas, insulares o columnares).

En función de los resultados del estudio, ¿cuáles son las propuestas para el seguimiento de los sujetos con CDT de riesgo intermedio o elevado de recurrencia y letalidad?

Para planificar el seguimiento se considerará si corresponde al riesgo bajo, intermedio o alto y si ha recibido dosis ablativa de I¹³¹; ésta es recomendada en los casos de riesgo intermedio o alto, si bien aún hoy son poco claros los beneficios adicionales en los microcarcinomas, aunque facilita el seguimiento.

A la semana es imprescindible realizar RCT para detectar si se presentan otros focos de captación fuera del lecho tiroideo.

En cuanto a la Tg y a los Ac antiTg, la primer medición de Tg (con ensayo inmunométrico sensible o radioinmunoanálisis) debe efectuarse inmediatamente antes de la dosis ablativa de I¹³¹, con el paciente en hipotiroidismo. Esta determinación tiene un alto valor predictivo con valores elevados, y siempre con la determinación de Ac antiTg ultrasensible.

Dos a 3 meses después de iniciar la terapia supresora con LT4 se debe efectuar la determinación de TSH para evaluar que la dosis sea la adecuada.

Luego, a los 6 a 12 meses según el paciente, determinar Tg y Ac antiTg bajo tratamiento supresor con LT4 y luego TSH estimulada por supresión de LT4 o con el empleo de rhTSH, con RCT con I¹³¹.

Cada 6 a 12 meses se realizará ecografía de cuello, con el fin de evaluar adenopatías, conjuntamente con el examen clínico.

Así, pacientes con alto riesgo de recurrencia ameritan considerar un seguimiento más agresivo.

Se debe tener en cuenta que el seguimiento será de por vida, pero la frecuencia de éste dependerá si se verifica persistencia o remisión de la enfermedad.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013

Cómo citar este artículo: Anca L. Seguimiento de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides. Medicina para y por Residentes 3(4):25-6, May 2013.

How to cite this article: Anca L. Management of patients with differentiated thyroid carcinoma. Medicina para y por Residentes 3(4):25-6, May 2013.

La autora no manifiesta conflictos de interés.

Comentario

El cáncer diferenciado de tiroides es una de las neoplasias endocrinas más frecuentes, con una supervivencia del 90% a los 10 años. La estadificación TNM es un buen indicador de la mortalidad en esta entidad patológica pero no relaciona la posibilidad de recidiva, que es muy frecuente, motivo por el cual el seguimiento se vuelve muy importante. Para ello, se debe evaluar la edad del paciente, el rastreo posquirúrgico de tejido tiroideo remanente y el componente

histológico de la pieza operatoria (invasión capsular, invasión vascular y multicentricidad del tumor).


Luciano Honaine
Especialista en Clínica Quirúrgica
HIGA General San Martín
La Plata, Argentina

E - Disnea y derrame pleural izquierdo masivo como presentación de disección de aorta descendente

Dyspnoea and left massive pleural effusion as presenting signs of descending aorta dissection

Alfonso Mateos-Colinos

Especialista en Medicina Interna, Hospital Xeral Calde de Lugo, Lugo, España

Acceda a este artículo en siicsalud	
	Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)
	 + Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

Introducción

La incidencia de la disección aórtica varía desde 5 a 30 casos por millón de personas/año. Si bien es una enfermedad poco frecuente, sus consecuencias catastróficas hacen que muchos pacientes fallezcan antes de presentarse en el hospital y ser diagnosticados. El dolor es el síntoma más común, pero hasta un tercio de pacientes presentan síntomas por compromiso de órganos en relación con la disección aórtica. Esto hace que la enfermedad sea proteiforme en su presentación y que sea necesario un alto índice de sospecha para un rápido diagnóstico. Presentamos el caso de un paciente que acudió a urgencias por disnea intensa. La historia clínica, la situación de bajo gasto cardíaco y el derrame pleural masivo serohemático llevaron a la presunción de disección aórtica.

Caso clínico

Paciente varón de 65 años con hipertensión arterial conocida pero no tratada desde hacía unos 10 años. Sin otros antecedentes de interés. La mañana del día del ingreso presentó dolor intenso centrotorácico, con irradiación a espalda, que se acompañaba de sudoración y mareo sin pérdida de conocimiento. Una hora después el dolor cedió en intensidad, por lo que el paciente decidió no solicitar asistencia médica. Unas diez horas más tarde el dolor, que había sido soportable hasta entonces, incrementó su intensidad, nuevamente era centrotorácico, lacerante, opresivo, irradiado a la espalda, acompañado de náuseas y sudoración profusa, así como de caída al suelo con pérdida de conciencia que duró unos segundos. Unas horas después comenzó con disnea intensa en reposo, por lo que el paciente acudió al servicio de urgencias.

A su llegada estaba consciente, orientado, no refería dolor. La presión arterial era 140/80 mm Hg, presentaba taquipnea (frecuencia respiratoria [FR] 32 rpm), sin uso de musculatura respiratoria accesoria, afebril, con frecuencia cardíaca (FC) de 96 lpm. No presentaba ingurgitación yugular; la exploración de cabeza y cuello era normal. Llamaban la atención roncus difusos en hemotórax derecho con algún sibilante espiratorio y una notoria disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo. El

abdomen y las extremidades no presentaban anomalías. La saturación con aire ambiente era del 89%. Se inició tratamiento urgente con oxigenoterapia, broncodilatadores en nebulizaciones, hidrocortisona y diuréticos intravenosos.

Pruebas complementarias realizadas: hemograma: Hg 9.9 g/dl; VCM 91 fl; leucocitos: 14 600/ μ l con 83% de polimorfonucleares; plaquetas 248 000/ μ l; coagulación normal, bioquímica urgente normal que incluía enzimas cardíacas y amilasa; dímero D 1 845 mg/l; gasometría arterial con O₂ 35%, pO₂ 101 mm Hg, pCO₂ 27 mm Hg, pH 7.17, HCO₃ 9 mmol/l; Sat 92%; EKG: ritmo sinusal con ocasionales complejos ventriculares; radiografía de tórax: imagen compatible con derrame pleural izquierdo masivo con desplazamiento de estructuras mediastínicas hacia la derecha (Figura 1). Mientras estaba en la sala de urgencias presentó caída de cifras tensionales. Se perfundieron expansores de plasma y suero, con lo que se logró estabilizar al paciente. Se realizó toracocentesis diagnóstica y se obtuvo un líquido hemático que drenó con dificultad y no se coagulaba.

Bioquímica de líquido pleural: proteínas 4.7 mg/dl, glucosa 90 mg/dl, LDH 256 UI/l, leucocitos 2 300/ μ l e incontables hematíes. No se apreciaban gérmenes patógenos en la tinción de Gram. Ante el cuadro clínico de dolor centrotorácico intenso, la caída de tensión arterial, la anemia normocítica y el líquido hemático se sospechó rotura de aneurisma torácico, por lo que se indicó tomografía computarizada de urgencia (Figura 2).

Discusión

La disección aórtica se clasifica como aguda si el diagnóstico se realiza antes de las dos semanas de comenzados los síntomas.¹ Más de un tercio de los casos se consideran disecciones crónicas ya que el diagnóstico se retrasa más tiempo. Anatómicamente se usa con frecuencia la clasificación de Stanford,² que considera disección tipo A a aquella



Figura 1. Radiografía de tórax: imagen compatible con derrame pleural izquierdo masivo, que desplaza las estructuras del mediastino hacia la derecha.

Participaron en la investigación: Rafael Golpe Gómez, Hospital Xeral Calde de Lugo; Nieves González Vidal, Hospital Comarcal de Monforte de Lemos, Lugo, España

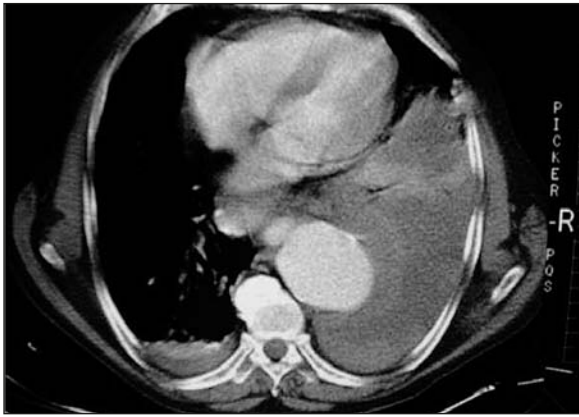


Figura 2. Tomografía computarizada de tórax: imagen sugestiva de aneurisma de aorta torácica.

que afecta a la aorta ascendente, y de tipo B a la disección que afecta a la aorta distal a la salida de la arteria subclavia izquierda. Los hombres se ven afectados con más frecuencia que las mujeres, con una variación de entre 2:1-5:1, según distintas series.^{3,4} La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante en pacientes mayores. En jóvenes, enfermedades del colágeno, incluyendo el síndrome de Marfan, el síndrome de Ehlers-Danlos, las vasculitis y otras malformaciones del anillo aórtico están asociadas con la disección aórtica. Los traumatismos directos sobre la aorta se han descrito tras cirugía o cateterismo. El consumo de cocaína también se ha relacionado con la presencia de disección aórtica en pacientes por lo demás sanos.⁵ La disección aórtica puede presentarse por rotura de la íntima y propagación de la disección hacia la capa media o por la formación de una hemorragia en la capa media, por degeneración de ésta y perforación posterior de la íntima.³ Este último mecanismo es más frecuente en pacientes mayores e hipertensos.

El dolor es el síntoma más frecuente en la disección aórtica. Generalmente es centrotorácico y anterior en las disecciones de aorta ascendente, en tanto que el dolor en la espalda y la zona lumbar es más frecuente en las disecciones de aorta descendente. El dolor inicial puede ser seguido de un tiempo libre de dolor que puede ser de horas a días. El retorno del dolor tiene generalmente un carácter ominoso porque expresa progresión en la rotura aneurismática.⁶ Más de un tercio de los pacientes presentan síntomas y signos por compromiso de órganos por la isquemia que provoca la disección aórtica en alguna de las ramas arteriales que los irrigan. Entre otros cuadros se puede observar

con frecuencia isquemia miocárdica, por oclusión coronaria o déficit neurológico por extensión de la disección en la aorta ascendente a las carótidas. En las disecciones de tipo B se puede verificar isquemia esplénica, insuficiencia renal, isquemia de extremidades inferiores o déficit neurológicos debidos a la isquemia en la arteria espinal.¹

El diagnóstico diferencial de la disección aórtica es amplio, e incluye infarto agudo de miocardio, pericarditis, tromboembolismo de pulmón, dolor musculoesquelético, pleuritis, colecistitis, perforación de víscera hueca, pancreatitis, entre otros. El diagnóstico de la disección aórtica se basa actualmente en pruebas de imágenes. La radiología torácica convencional puede mostrar ensanchamiento mediastínico. La tomografía es la prueba que en la actualidad diagnóstica la mayor parte de casos de disección aórtica. Su sensibilidad varía entre 83% y 97%, con una especificidad del 87%. La resonancia magnética tiene también buena sensibilidad y especificidad, si bien el mayor inconveniente es la realización técnica con un paciente inestable. La ecocardiografía transesofágica tiene buen rendimiento diagnóstico, dada la cercanía entre el esófago y la aorta torácica. Requiere intubación esofágica pero es un método sencillo que se puede realizar junto a la cama del enfermo y que dará un diagnóstico en pocos minutos. Puede ser muy útil en pacientes inestables a los que no se les puede practicar una resonancia.⁷ En la actualidad no se dispone de un marcador específico de disección aórtica pero son esperanzadores los resultados obtenidos con el análisis sérico de la miosina procedente del músculo liso.⁸

El derrame pleural masivo secundario a la rotura aneurismática y posterior vertido en la cavidad pleural ha sido descrito excepcionalmente. Los casos publicados en la bibliografía⁹⁻¹¹ son parecidos al nuestro en cuanto a que afectaban a pacientes mayores e hipertensos y en los que el dolor torácico no fue el síntoma principal. En nuestro paciente, la disnea provocada por el derrame pleural masivo es la que le hizo acudir a urgencias. Inexplicablemente, a pesar de la intensidad del dolor inicial, el enfermo no acudió al hospital al comienzo del cuadro. Es probable que en ese primer momento no existiera el derrame pleural y el diagnóstico diferencial se hubiese realizado en razón del dolor precordial.

Aprovechamos nuestro caso para subrayar la necesidad de pensar en la disección de aorta torácica ante un derrame pleural serohemático no traumático, incluso en ausencia de otras características clínicas típicas de esta entidad, lo cual redundará en un diagnóstico rápido, imprescindible en la lucha con una afección de tan ominoso pronóstico.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013

Cómo citar este artículo: Mateos-Colinos A, Golpe Gómez R, González Vidal N. Disnea y derrame pleural izquierdo masivo como presentación de disección de aorta descendente. Medicina para y por Residentes 3(4):27-9, May 2013.

How to cite this article: Mateos-Colinos A, Golpe Gómez R, González Vidal N. Dyspnoea and left massive pleural effusion as presenting signs of descending aorta dissection. Medicina para y por Residentes 3(4):27-9, May 2013.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Comentario

La disección aórtica es la entidad patológica aórtica fatal que se presenta con más frecuencia. Tiene una tasa de mortalidad inmediata de hasta un 1% por hora durante las primeras 24 horas, por lo cual es imperativo realizar diagnóstico y tratamiento precoces. Sus manifestaciones clínicas son diversas y varían en función de la localización anatómica de la disección, lo que contribuye a que se produzcan errores diagnósticos. El síntoma predominante es la aparición súbita de dolor intenso en el tórax, con irradiación a la espalda, aunque hasta en un 5% de los casos se pueden presentar sin dolor. El derrame pleural hemorrágico, que aparece normalmente en el lado izquierdo, es una complicación rara y se presenta aproximadamente en el 10% de estos pacientes. Debe mantenerse un alto grado de sospecha, sobre todo en

pacientes con factores de riesgo para la aparición de disección aórtica, como son la hipertensión arterial, las enfermedades del tejido conectivo, como el síndrome de Marfan y Ehlers-Danlos, el síndrome de Turner o la arteritis de células gigantes, la aorta bicúspide, el consumo de cocaína, el traumatismo torácico y los factores iatrogénicos. La identificación de estos individuos con riesgo de sufrir una enfermedad de la aorta torácica permite aplicar una cirugía profiláctica y reducir el riesgo de disección aórtica.

Corina Biagioni
Residente de Cardiología
Hospital Británico
Rosario, Argentina

Bibliografía

1. Khan IA, Nair CK. Clinical, Diagnostic, and Management Perspectives of Aortic Dissection. *Chest* 122:311-328, 2002.
2. Daily PO, Trueblood HW, Stinson EB, et al. Management of acute aortic dissections. *Ann Thorac Surg* 10:237-24, 1970.
3. Wilson SK, Hutchins GM. Aortic dissecting aneurysms: causative factors in 204 subjects. *Arch Pathol Lab Med* 106:175-180, 1982.
4. Auer J, Berent R, Eber B, et al. Aortic dissection: incidence, natural history and impact of surgery. *J Clin Basic Cardiol* 3:151-154, 2000.
5. Fisher A, Holroyd BR, et al. Cocaine-associated dissection of the thoracic aorta. *J Emerg Med* 10:723-727, 2002.
6. Meszaros I, Morocz J, Szlavi J, et al. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. *Chest* 117:1271-78, 2000.
7. Cigarroa JE, Isselbacher EM, DeSanctis RW, Eagle KA. Diagnostic imaging in the evaluation of suspected aortic dissection. Old standards and new directions. *N Engl J Med* 328:35-43, 1993.
8. Suzuki T, Katoh H, Watanabe M, et al. Novel biochemical diagnostic method for aortic dissection. Results of a prospective study using immunoassay of smooth muscle myosin heavy chain. *Circulation* 93:1244-9, 1996.
9. Gandelman G, Barzilay N, Krupsky M, et al. Left pleural hemorrhagic effusion. A presenting sign of thoracic aortic dissecting aneurysm. *Chest* 106(2):636-8, 1994.
10. Little S, Johnson J, Moon BY, et al. Painless left hemorrhagic pleural effusion: An unusual presentation of dissecting ascending aortic aneurysm. *Chest* 116(5):1478-80, 1999.
11. Langin T, Kelkel PE, Villemot D. Left hemothorax, a complication of a dissecting aneurysm of the descending thoracic aorta. *Rev Mal Respir* 11(1):74-6, 1994.

F - Determinantes sociales de salud y caries dental

Social determinants of health and dental cavities

Natalie Hadad Arrascue

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Acceda a este artículo en siicsalud	
	Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)
	 + Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de la autora.

SIIC: *Se reconoce que alrededor de las diferentes enfermedades existen factores que las provocan o agudizan. ¿Podría definir los determinantes sociales de salud (DSS)?*

NHA: Los Determinantes Sociales de Salud (DSS) se definen como el conjunto de factores sociales, económicos, políticos y de estilos de vida que van a influir y determinar el nivel de salud de las personas.

¿En qué consiste la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (CDSS)?

La Comisión de Determinantes Sociales de Salud se formó en 2005 por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la finalidad de centrar el enfoque de los DSS mediante datos científicos y así modificar las intervenciones en salud pública que favorezca la equidad sanitaria.

El principal mensaje de esta comisión fue que la atención de salud no es el principal responsable de la salud de las personas, sino que se conceptualiza como un determinante más, considerando de mayor importancia a los factores denominados como DSS que permiten mantener una buena salud.

La caries dental se considera una enfermedad infecciosa endógena de gran repercusión. ¿Cuál es el impacto local e internacional de las caries como problema de salud pública?

Hasta el día de hoy la caries dental es la enfermedad que provoca mayores problemas de salud bucodental en el área de la salud pública a nivel mundial. En países industrializados la prevalencia llega a cifras alarmantes, de entre el 60% y el 90% de la población escolar y adulta.

Existen estudios en los cuales se informa que en países como Venezuela, Ecuador y República Dominicana la prevalencia de caries dental oscila entre el 85% y el 97% de la población. En Perú, en el año 2000, el Ministerio de Salud señaló que en niños de 12 años de edad la prevalencia de caries dental fue del 82%, con un índice CPOD (Dientes Cariados, Perdidos u Obturados) de 3.7.

Asimismo, en 2002, en una población de 6 a 15 años de edad se observó una prevalencia de caries dental del 90.93%, con un valor de CPOD de 5.84.

Las causas a esta enfermedad están asociadas con factores económicos, socioculturales, del ambiente y de la conducta, los cuales se deben abordar con suma urgencia.

Por favor, resume el diseño del estudio efectuado.

La investigación fue de tipo transversal, observacional y analítica. La muestra seleccionada se conformó con 30 escolares de 12 años de edad residentes en el Distrito de Canta, Provincia de Canta, Departamento de Lima, y se efectuó el muestreo por conveniencia.

La variable independiente fue el DSS compuesto por: sexo, ingreso económico, nivel de educación, empleo, condiciones de vivienda, saneamiento ambiental y acceso a servicios de salud. La variable dependiente fue la experiencia de caries dental medida por medio del índice CPOD.

Los instrumentos empleados fueron una encuesta basada en la Cédula Censal del XI Censo Nacional de Población y VI Censo de Vivienda de 2007, y la Ficha Epidemiológica del Departamento Académico de Odontología Social de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Los datos fueron procesados en el programa SPSS 18.0 (*Statistical Program for the Social Sciences*, versión 18.0). Se realizó un análisis univariado del promedio de experiencia de caries dental y un análisis de correlación mediante el coeficiente de determinación para verificar la asociación de los DSS individual y grupalmente con la experiencia de caries dental.

En función de los resultados obtenidos, ¿fue posible confirmar una asociación entre la experiencia de caries dental y los DSS? ¿Por qué?

Sí, fue posible confirmarlo ya que los DSS explican el 50.30% de variación de los valores de la experiencia de caries dental; esto quiere decir que presentaron un nivel moderado de asociación entre ambas variables estudiadas.

En un análisis diferencial, ¿cuáles fueron los DSS con mayor nivel de asociación con la caries dental?

Se encontró el mayor nivel de asociación en el determinante de saneamiento ambiental, con un 21.3%, mientras que el de menor asociación fue el de ingreso económico, con un 3.4%.

Estas diferencias se explican ya que los DSS no interactúan en el individuo de manera aislada sino vinculados entre sí, por lo que su comprensión debe ser global.

En función de su experiencia, ¿se dispone de estudios previos similares a nivel nacional o regional?

En lo que respecta al área de odontología, aún existe muy poca información que vincule a las enfermedades bucodentales más prevalentes con los DSS, por lo que se requiere seguir explorando esta línea de trabajo.

Las condiciones de la vivienda parecen influir sobre la salud bucodental de la población. ¿Qué factores relacionados con la vivienda inciden en esta área de la salud?

En este estudio, los factores que involucraron a las condiciones de vivienda fueron el tipo de material predomi-

nante de paredes y pisos y la condición de la vivienda que se habita. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 56.6% de las viviendas tuvieron como material predominante de las paredes el adobe o tapia y el 43.3% el ladrillo o bloque de cemento; el 73.3% de las viviendas tuvieron como material predominante de los pisos el cemento, el 20.0%, tierra, el 3.3%, losetas o cerámicos y el 3.3%, parquet o madera; el 50.0% de las madres refirió que habita una vivienda alquilada y el 46.6% afirmó que habita una propia.

Existen variables asociadas con la alimentación que parecen influir sobre la prevalencia e incidencia de las caries dentales. ¿Qué consideraciones pueden establecerse para América Latina?

Los alimentos pueden contener azúcares intrínsecos y extrínsecos; los primeros son aquellos que no tiene una fuente externa de azúcar, mientras que a los segundos se les agrega azúcar en su proceso de elaboración.

En la actualidad se sabe que un factor predisponente para caries dental son los alimentos que contienen azúcares extrínsecos, y que existe una alta relación entre el consumo de azúcares extrínsecos y caries dental. Las consideraciones que se deben tener es buscar un cambio en las conductas que involucren hábitos correctos de higiene y alimentación. Esta tarea no se logrará de una manera tan simple ya que primero se necesitan mejorar los DSS en las personas y luego pasar por un proceso de fortalecimiento social; de esta manera, ellas se harán responsables y decidirán sobre su propia salud.

¿Es importante la influencia del aporte de flúor en estos casos?

Definitivamente, el flúor es una medida preventiva que ayudará a disminuir la prevalencia de caries dental, pero es necesario abordar otros aspectos. Se ha visto que la salud bucal o general de una persona no sólo depende de la aplicación de medidas preventivas específicas sino que el problema es más complejo, y más aún si se trata en el contexto de la salud pública.

Si bien los resultados corresponden a población de edad infantil, ¿considera que estos datos pueden extrapolarse a los adultos?

Los resultados expuestos en la investigación no se pueden extrapolar a otra población porque para eso se

necesitan realizar estudios con muestras de mayor tamaño.

En el caso de este trabajo, se incluyeron niños de 12 años por ser una edad de vigilancia universal ya que permite comparar los resultados a nivel internacional. Asimismo, es la edad de finalización de la educación primaria, lo que facilita la recolección de información; también es en esta etapa donde los individuos han finalizado la erupción de piezas dentarias permanentes, salvo los terceros molares, y, por lo tanto, se observa poco daño ocasionado por la enfermedad periodontal y la caries dental.

De acuerdo con su experiencia y con la bibliografía disponible, ¿pueden los DSS generar repercusiones en términos de la salud bucodental en poblacionales especiales, como las embarazadas, las mujeres en etapa de lactancia y los ancianos?

Claro que sí; cada persona presenta distintos factores que interactúan constantemente con ella e influyen en su salud. En los grupos más vulnerables, como las gestantes y las madres de lactantes, se necesita trabajar aún más los DSS ya que se ha comprobado que, de todos los integrantes del núcleo familiar, son ellas quienes más influyen en la salud del niño. Por ejemplo, mientras más alto sea el grado de instrucción de la madre, el niño presentará un menor CPOD.

A modo de conclusión, le sugerimos que nos ofrezca sus recomendaciones para la práctica clínica cotidiana.

Para los que nos dedicamos a la salud pública, los DSS son un punto clave para poder solucionar los problemas de salud y llegar a la meta de una equidad en salud; es por eso que cuando se diseña e implementa un programa se debe tener en consideración estos factores tan importantes; de lo contrario, cualquier acción que se realice fracasará.

En la práctica clínica se debe tener en cuenta que, además de que la caries dental es una enfermedad multifactorial, hoy no sólo nos debemos limitar a ese concepto, sino que ya la OMS menciona a los DSS como factores que participan en el proceso de salud-enfermedad.

Por esto, se debe comprender que la caries dental y otras enfermedades bucodentales presentan una causa subyacente mucho más compleja, además del proceso biológico.

Cómo citar este artículo: Hadad Arrascue N. Determinantes sociales de salud y caries dental. Medicina para y por Residentes 3(4):30-1, May 2013.

How to cite this article: Hadad Arrascue N. Social determinants of health and dental cavities. Medicina para y por Residentes 3(4):30-1, May 2013.

Comentario

El diagnóstico bucal de la salud pediátrica, por ser multifactorial, resulta realmente complejo; para ello es necesario identificar el comportamiento de los Determinantes Sociales de Salud que intervienen, ya sea como factores de riesgo o de protección, y su causalidad.

La salud bucodental es parte fundamental de la salud pediátrica desde edades muy tempranas. Para conseguirla, es necesaria la instauración precoz y el mantenimiento de hábitos que incluyen una dieta saludable no cariogénica, el cepillado dental frecuente con pasta fluorada y la visita periódica a los servicios estomatológicos.

La presencia de caries presenta un claro gradiente social, ya que va en correlato con el nivel socioeconómico. El estado de salud de la población es un reflejo del desarrollo material e intelectual de la sociedad, resulta valioso para evaluar la eficiencia y la eficacia

del sistema de salud y para demostrar la capacidad del estado en garantizar la salud pediátrica.¹

Nuestro fin, como miembros de salud pública, es construir un plan de acción accesible y asequible por lo que la mirada debe ser integral, contemplando a cada niño como un sujeto biopsicosocial.

1. Narey Ramos DB, Aldereguía HJ. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1990. pp. 21-2.

Marisa Valeria Fabeiro
Residente de Fonoaudiología,
HIGA Pedro Fiorito
Avellaneda, Buenos Aires, Argentina

G - Situación de la infección por *Trypanosoma cruzi* en el oriente de Venezuela

Trypanosoma cruzi infection in Eastern Venezuela

Mariolga Berrizbeitia

PhD, MSc, Coordinadora del Postgrado en Biología Aplicada, Universidad de Oriente, Bolívar, Venezuela

Acceda a este artículo en siicsalud	
	Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)
	 Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de la autora.

La enfermedad de Chagas es una zoonosis descrita por primera vez por Carlos Chagas (1909), producida por el parásito flagelado *Trypanosoma cruzi*; sin embargo, se ha encontrado ADN del parásito en momias que provienen del período precolombino al norte de Chile y sur del Perú. *Trypanosoma cruzi* es endémico en Latinoamérica; este parásito afecta aproximadamente entre 10 y 12 millones de personas, ocasionando 15 000 muertes cada año. Esta parasitosis no está confinada al continente americano sino que actualmente se encuentra presente en Europa (principalmente Portugal y España), Estados Unidos, Canadá, Japón y Australia, debido a las migraciones de latinoamericanos infectados hacia esos países, los cuales desconocen su infección y representan un riesgo importante para los bancos de sangre. El parásito afecta al corazón y las vísceras huecas, principalmente el esófago y el colon; estas últimas afecciones se presentan fundamentalmente en los países de Sudamérica ubicados por debajo del Ecuador.

En Venezuela, la enfermedad de Chagas es considerada de riesgo para aproximadamente 6 millones de personas que viven en 198 municipios de 14 entidades federales. Los estados más afectados han sido Trujillo, Lara, Portuguesa, y Barinas, por sus características geográficas de pedemonte, con áreas cafetaleras y viviendas de bahareque y paja, que facilitan la infestación por *Rhodnius prolixus*, principal vector intradomiciliario en Venezuela y Colombia.

El programa nacional para el control de la enfermedad de Chagas iniciado en 1960 en Venezuela logró reducir de forma importante la transmisión vectorial intradoméstica por medio de diferentes acciones: mejoramiento de las viviendas rurales y rociamiento con insecticidas (diel-drín, hexaclorociclohexano, fenitrotión); asimismo, se implementaron programas de educación a la población. Sin embargo, los indicadores epidemiológicos analizados en los últimos 10 años, han mostrado que la transmisión no ha sido interrumpida, sino que puede estar aumentando. Este hecho quedó demostrado cuando en 2008 se informó por primera vez transmisión oral por *T. cruzi* en una escuela municipal de la ciudad de Caracas, donde 103 personas de un total de 1 000 expuestas resultaron seropositivas a la infección, posiblemente al consumir un jugo de guayaba contaminado con el parásito.

Diversos trabajos se han realizado en Venezuela con respecto a la seroepidemiología de la infección por *T. cruzi*. No obstante, estos se han enfocado en estudios en el centro y occidente del país donde se informan seroprevalencias que varían entre 6.9% y 22.8%. Sin embargo, son pocas las investigaciones realizadas en el oriente de Venezuela. Por tal motivo, hemos dirigido estudios enfocados en esta región.

Realizamos un primer trabajo en la comunidad rural de Río Brito, del estado Sucre, ubicado en la región nororiental del país. En esta investigación, se estandarizó una prueba enlazante de múltiples antígenos (MABA), la cual empleó para el diagnóstico antígenos de excreción/secreción de las formas tripomastigotes de *T. cruzi* (antígenos TESA) y una proteína purificada de 85 kDa de los antígenos TESA. De esta forma, utilizando la prueba de MABA estandarizada y una prueba de ELISA estándar con epimastigotes fijados de *T. cruzi*, se determinó una seroprevalencia de la infección del 9% y el 11%, respectivamente, lo que demuestra que deben usarse por lo menos dos pruebas serológicas con principios diferentes para el diagnóstico de la infección por este parásito, como lo propone la Organización Mundial de la Salud. En esta comunidad igualmente se recolectaron 13 triatomíneos, de los cuales 15.38% resultaron positivos para *Trypanosoma* sp. En cuanto a las variables epidemiológicas evaluadas, el 64% de los participantes del estudio manifestó no conocer que la enfermedad de Chagas se transmitía a través de vectores reduvídeos, el 3% manifestó haber sido picados por estos y el 27% informó haber encontrado al insecto dentro de sus viviendas.

Aunque en este estudio* no se detectaron individuos seropositivos menores de 30 años, la elevada seroprevalencia detectada para *T. cruzi*, el poco conocimiento acerca de la enfermedad de Chagas y su principal vector, así como la presencia de flagelados en las heces de los insectos recolectados, sugieren un riesgo importante de la reemergencia de la infección por *T. cruzi* en esta zona.

Asimismo, siguiendo las investigaciones de seroprevalencia en la región oriental de Venezuela, realizamos un estudio en la comunidad rural de Miraflores, estado Monagas. En él se evaluaron 106 individuos utilizando la prueba de ELISA estándar con dos antígenos diferentes, la mezcla de cepas de referencia Tulahuen y Brasil, y un aislado autóctono circulante en la región (aislado RG1). De los individuos evaluados, 3/106 resultaron seropositivos para la infección por *T. cruzi* (2.88%). En cuanto a las características epidemiológicas evaluadas, se encontró que las condiciones de las viviendas de los participantes no eran las óptimas, ya que éstas presentaban espacios reducidos y los techos eran de láminas de zinc. Igualmente, la situación económica era bastante precaria ya que el 39.4% manifestó tener ingresos económicos mensuales que se ubicaron entre 0 y 250 bolívares fuertes (BsF), el 42.3% entre 250 y 500 BsF, el 11.5% entre 500 y 1 000 BsF

y sólo el 3.9% por encima de 1 000 BsF (1 dólar estadounidense = 4.30 BsF, cambio oficial). Con respecto a la escolaridad de los participantes, el 6.9% de la población era analfabeta, el 44.1% había completado la educación primaria y el 36.3% la secundaria, mientras que tan sólo el 2% poseía estudios de cuarto nivel. En cuanto al vector, un gran porcentaje de la comunidad manifestó haber visto al vector dentro de sus viviendas (85.6%) y alrededor de éstas (83.7%). Se recolectaron vectores de la especie *Panstrongylus geniculatus* pero no se encontraron infectados por *T. cruzi* al examen microscópico de sus heces.

El siguiente paso en nuestra investigación fue evaluar la estabilidad de la mezcla de cepas Tulahuen y Brasil utilizadas en la prueba de ELISA estándar. Los resultados demostraron que los antígenos epimastigotes fijados con formaldehído (2%) son bastante estables y pueden utilizarse en el diagnóstico de la infección por *T. cruzi*, manteniendo su misma reactividad hasta 5 años después de su conservación a -80°C. Esto representa una gran ventaja, ya que el cultivo de epimastigotes es relativamente fácil y económico de realizar. Por lo tanto, un laboratorio podría dedicar tan sólo un mes en la producción de los antígenos que podrían utilizarse en los siguientes 5 años, lo cual ahorra tiempo y dinero. Al evaluar la estabilidad de los epimastigotes fijados de la mezcla de cepas Tulahuen-

Brasil, utilizadas en 2003 y 2008, la prueba de la *t* de Student demostró que no hubo diferencias significativas al comparar la densidad óptica de los controles positivos y negativos en los años señalados. Asimismo, en este trabajo se encontró una mayor reactividad entre la mezcla de cepas Tulahuen y Brasil con respecto al aislado autóctono RG1 con los sueros analizados en la prueba de ELISA ($p < 0.05$). Aunque el parásito *T. cruzi* no presenta la variabilidad antigénica característica de los tripanosomas africanos, diversos trabajos han demostrado la variabilidad antigénica, el grado de virulencia, la patogenicidad y la diferencia en cuanto al crecimiento en cultivos axénicos entre cepas de *T. cruzi*. Estas características deben ser tomadas en cuenta para la producción de antígenos para el diagnóstico de esta parasitosis.

Los resultados obtenidos en los trabajos mencionados previamente en la región oriental de Venezuela permiten concluir que deben ampliarse los estudios seroepidemiológicos en esta región, con métodos de diagnóstico estables, sensibles y específicos, ya que existen todas las variables de riesgo para el establecimiento de la transmisión vectorial de *T. cruzi*. Sin un conocimiento claro de esta parasitosis no será posible establecer las estrategias de control de la enfermedad de Chagas en la región oriental de Venezuela.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2013
www.siicsalud.com

***Nota de la redacción:** La autora hace referencia al trabajo publicado en *Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología* 30(1):55-60, 2010. Los lectores que precisen el artículo completo pueden solicitarlo gratuitamente a la Biblioteca Biomédica (BB) SIIC de la Fundación SIIC para la promoción de la Ciencia y la Cultura.

Cómo citar este artículo: Berrizbeitia M. Situación de la infección por *Trypanosoma cruzi* en el oriente de Venezuela. *Medicina para y por Residentes* 3(4):32-3, May 2013.

How to cite this article: Berrizbeitia M. *Trypanosoma cruzi* infection in Eastern Venezuela. *Medicina para y por Residentes* 3(4):32-3, May 2013.

La autora no manifiesta conflictos de interés.

1 - Innovador marcador urinario para el diagnóstico de endometriosis

University of Sydney, Sydney, Australia

Fertility and Sterility 95(1):46-49, Ene 2011

La citoqueratina-19 es una proteína estructural celular que aumenta 12 veces en la orina de las mujeres con endometriosis, por lo que se propone su utilización como biomarcador de la enfermedad.

Descubren que la citoqueratina-19 (CK-19) urinaria es útil como marcador de endometriosis, y afirman que el estudio de esta proteína podría revolucionar el diagnóstico y pronóstico de esta afección.

La endometriosis es una enfermedad ginecológica que puede causar dolor e infertilidad, y es capaz de afectar profundamente la calidad de vida de las pacientes. Tiene una prevalencia estimada del 10% al 15% entre las mujeres en edad reproductiva.

Actualmente, el método diagnóstico de elección es la laparoscopia, e implica la internación de la paciente y el uso de anestesia general. Se cree que el diagnóstico de esta entidad se demora en promedio 8 años a partir del inicio de los síntomas, por lo cual a veces avanza hasta llegar a estadios graves de la enfermedad, complica el tratamiento y empeora la calidad de vida de las mujeres que la padecen. De ahí que sería muy útil encontrar un método diagnóstico rápido y no invasivo para mejorar la detección precoz de esta entidad.

Métodos

Los autores de este trabajo partieron de la suposición de que podría haber proteínas específicas que se eliminen en la orina que indiquen la presencia de endometriosis. Por ello, realizaron un estudio a doble ciego en busca de dichos marcadores.

Se incluyeron 11 mujeres con endometriosis confirmada por biopsia (edad promedio: 32.8 años) y 6 mujeres con diagnóstico de endometriosis descartado por biopsia y por laparoscopia (edad promedio: 38.6 años). Todas las pacientes con endometriosis tenían síntomas característicos, como dolor o distensión abdominal dolorosa, infertilidad o ambos. Se tomaron muestras de orina de todas las participantes en varias oportunidades durante las fases proliferativa y secretoria del ciclo menstrual.

Las muestras de orina fueron debidamente procesadas. Las proteínas se extrajeron y finalmente se sometieron a la prueba de inmunotransferencia. En dicho análisis se observó un aumento de 12 veces en la cantidad presente de 5 proteínas en las mujeres con endometriosis, en comparación con las mujeres sin esta enfermedad. Al estudiar en mayor detalle dichas proteínas, se comprobó que se trataba de diferentes isoformas de la CK-19.

La CK-19 es una proteína estructural celular miembro de la familia de las citoqueratinas

tipo I. Está compuesta por 400 aminoácidos y se expresa en la mayor parte de las células epiteliales y en muchos tipos de cáncer. Las funciones de esta proteína en el contexto de la endometriosis no se conocen con precisión. Aunque esta molécula también puede encontrarse en los líquidos menstrual y peritoneal, en el peritoneo sano y en las lesiones de endometriosis ectópica de las mujeres con endometriosis, tampoco se conoce con exactitud por qué o de qué manera la CK-19 es excretada en orina de esta manera específica.

Resultados y conclusiones

Luego de efectuar el análisis de las 17 muestras de orina, se comprobó que las 11 muestras de las pacientes con endometriosis eran positivas para la CK-19, mientras que las 6 mujeres sin endometriosis tuvieron resultados negativos para dicho marcador.

De acuerdo con estos resultados, los investigadores señalan que este simple análisis podría revolucionar la conciencia y la comprensión de la endometriosis, y facilitar su diagnóstico precoz al permitir evitar los procedimientos invasivos. Destacan que la CK-19 es una proteína que aumenta su concentración en la orina de las pacientes con endometriosis, mientras que no lo hace en las pacientes sanas y que, por lo tanto, es útil para el diagnóstico de esta enfermedad.

Ya que este método es económico y de fácil acceso, podría utilizarse en el primer nivel de atención y, de este modo, llegar al diagnóstico de endometriosis con el tiempo suficiente para prevenir su progresión y el agravamiento de las condiciones clínicas de las pacientes.



www.sicisalud.com/dato/insic.php/121272

2 - Los stents liberadores de drogas en las estenosis del tronco de la coronaria izquierda

University of Ulsan College of Medicine; Catholic University of Korea, Seúl, Corea del Sur

New England Journal of Medicine, Abr 2011

Aunque todavía no se dispone de conclusiones definitivas, las prótesis endovasculares (stents) liberadoras de sirolimus podrían considerarse un tratamiento no inferior a la cirugía de revascularización miocárdica para la resolución de las estenosis del tronco de la coronaria izquierda.

Si bien los resultados no pueden considerarse definitivos como consecuencia de motivos metodológicos, la utilización de prótesis endovasculares (stents) liberadoras de sirolimus se asocia con resultados no inferiores a los de la cirugía de revascularización miocárdica (CRM) en sujetos con estenosis no protegidas del tronco de la coronaria izquierda (ENP-TCI).

Las angioplastias percutáneas se aplican como recurso terapéutico en forma creciente para la resolución de las ENP-TCI. Sin embargo,

en la actualidad la CRM se considera aún como el tratamiento de elección.

Métodos

En este contexto, se presentan los resultados del estudio PRECOMBAT (*Premier of Randomized Comparison of Bypass Surgery versus Angioplasty Using Sirolimus-Eluting Stent in Patients with Left Main Coronary Artery Disease*). En este ensayo multicéntrico, prospectivo y abierto participaron 600 individuos con ENP-TCI, que fueron divididos de modo aleatorio para recibir un tratamiento mediante CRM o bien con un stent liberador de sirolimus. Se eligió un amplio intervalo de no inferioridad para llevar a cabo una comparación entre ambas cohortes en términos de un criterio principal combinado de valoración (mortalidad por todas las causas, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular [ACV], revascularización del vaso responsable como consecuencia de isquemia) durante 1 año. Asimismo, se registraron estos eventos en un seguimiento efectuado durante un período de 2 años.

Resultados

Las características clínicas y demográficas de ambas cohortes eran similares, con una media de edad de 62 años y un predominio de pacientes de sexo masculino (76.5%). Del mismo modo, la proporción de enfermos de alto riesgo quirúrgico, definidos por los criterios del *European System for Cardiac Operative Risk Evaluation* (EuroScore), era semejante en los 2 grupos. De acuerdo con los autores, la tasa acumulada de los eventos incluidos en el criterio principal de valoración fue del 8.7% (n = 26) entre los individuos tratados con angioplastia y del 6.7% (n = 20) entre los pacientes en los que se realizó una CRM. De este modo, la diferencia en el riesgo absoluto fue de 2 puntos porcentuales (p = 0.01 para la no inferioridad del procedimiento bajo un intervalo de confianza del 95% comprendido en -1.6 y 5.6 puntos). Por otra parte, en el seguimiento extendido durante 2 años, el índice acumulado de estos eventos alcanzó el 12.2% para la terapia con angioplastia (n = 36) y el 8.1% para la realización de CRM (n = 24), con un *hazard ratio* (HR) estimado en 1.50 (p = 0.12). Cuando se consideró a la combinación de mortalidad por todas las causas, ACV e infartos de miocardio, las respectivas tasas acumuladas se calcularon en 4.4% y 4.7% (HR = 0.92; p = 0.83), mientras que al analizar en forma exclusiva a la necesidad de revascularización del vaso responsable de aparición de isquemia, los índices se estimaron en 9.0% y 4.2%, en el mismo orden (HR = 2.18; p = 0.02).

Discusión y conclusiones

De esta manera, los expertos señalan que la resolución de las ENP-TCI no fue inferior

mediante la realización de una angioplastia con un *stent* liberador de sirolimus en comparación con la cirugía en términos de eventos cardíacos o cerebrovasculares durante el primer año de seguimiento, con índices similares de mortalidad y de incidencia de infarto de miocardio y ACV. Estos resultados se asemejan a los informados en un subanálisis del estudio SYNTAX, si bien en ese modelo la proporción de eventos durante el primer año de seguimiento fue superior para ambos tratamientos. La menor cantidad de estos eventos en el presente análisis podría atribuirse a la menor complejidad morfológica de las lesiones coronarias de los participantes, así como a un menor promedio de los valores de EuroScore en comparación con los descritos en el estudio SYNTAX.

Si bien los investigadores reconocen que el intervalo elegido para definir la no inferioridad fue amplio, concluyen señalando que la incidencia de eventos graves cardíacos y cerebrovasculares fue similar para ambos grupos dentro del primer año de seguimiento. De todos modos, advierten que estos resultados no pueden considerarse como definitivos.



www.siicsalud.com/dato/insic.php/122778

3 - Debate acerca del tratamiento más adecuado de los pacientes con diseminación peritoneal del carcinoma colorrectal

Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nueva York, EE.UU.

Journal of Clinical Oncology 30(3):226-228, Ene 2012

Si bien se admite que un subgrupo de pacientes con carcinomatosis peritoneal secundaria al cáncer colorrectal parece evolucionar mejor con la indicación de tratamientos locales, se destaca la existencia de debates acerca de la elección entre estas opciones terapéuticas y la quimioterapia sistémica.

El tratamiento de los pacientes con carcinoma colorrectal y carcinomatosis peritoneal es motivo de debate. De acuerdo con los resultados de 2 estudios multicéntricos, la mediana de supervivencia de los pacientes con diseminación peritoneal es menor que la de aquellos sin esta complicación cuando son sometidos a quimioterapia sistémica. Sin embargo, se ha sugerido que ciertos subgrupos podrían tener un pronóstico relativamente más favorable.

Así, en algunos estudios no controlados se ha señalado que los individuos con carcinomatosis peritoneal que son tratados con cirugía de citorreducción y quimioterapia intraperitoneal con hipertermia (QIH) parecen presentar una mejor evolución que los sujetos con carcinoma colorrectal metastásico que

reciben terapia sistémica. Sin embargo, estas casuísticas corresponden a ensayos no aleatorizados con sesgos inherentes de selección.

Datos de ensayos clínicos

Se dispone de 2 estudios prospectivos y aleatorizados en los cuales participaron pacientes con carcinoma colorrectal y carcinomatosis peritoneal, en los cuales, a pesar de sus diferencias, se demostró que una proporción pequeña de pacientes alcanzó una supervivencia mayor a los 5 años cuando eran tratados sólo con quimioterapia sistémica.

No obstante, en uno de estos ensayos se comprobó que la supervivencia específica para la enfermedad fue más elevada cuando se implementó tratamiento con citorreducción quirúrgica y QIH en comparación con el uso de quimioterapia sistémica (22.2 meses contra 12.6 meses, en ese orden).

Los investigadores reconocieron criterios diagnósticos para identificar los pacientes que evolucionaron de modo favorable con la asociación de cirugía de citorreducción y QIH. Por un lado, la magnitud del compromiso del abdomen constituyó una variable intrínseca asociada con pronóstico adverso.

Por otra parte, se menciona que la cantidad de tejido removido durante la cirugía representa otro factor relacionado con la evolución de los pacientes. Se advierte que no se ha definido si la exéresis quirúrgica por sí misma es beneficiosa o, bien, si la posibilidad de remover la totalidad del tejido neoplásico es representativa de una biología tumoral más favorable. Así, se reconoce que aún se discute si la remoción de la masa tumoral en este contexto es una intervención terapéutica o si se trata de una herramienta para la estadificación.

Por otra parte, los autores manifiestan que la morbimortalidad asociada con la cirugía de citorreducción y QIH resulta relevante, con una mediana de duración de la internación de 38 días para los individuos con mayor extensión del compromiso peritoneal. Se informaron 4 muertes atribuidas al procedimiento sobre un total de 49 pacientes que fueron tratados con citorreducción quirúrgica y QIH en condiciones adecuadas.

En otro orden, en un segundo ensayo de publicación reciente se señaló que los individuos con carcinoma colorrectal con compromiso peritoneal y buen estado general se caracterizaron, en general, por peor evolución que los individuos con metástasis en otras localizaciones. No obstante, se admitió que un subgrupo de pacientes presentó un mejor pronóstico, si bien no se determinaron los factores relacionados con esa evolución favorable. Los autores plantearon la hipótesis de que ciertos factores moleculares y genéticos

podrían orientar la elección entre una terapia local o sistémica de estos pacientes.

Conclusiones

Se advierte que, hasta lograr la identificación de esos factores potenciales, la decisión del tratamiento óptimo para los pacientes con carcinoma colorrectal y carcinomatosis peritoneal continúa siendo un motivo de debates.



www.siicsalud.com/dato/insic.php/128824

4 - Escasa investigación acerca de la comorbilidad entre la ansiedad y el trastorno bipolar

Université Laval, Québec, Canadá

Journal of Affective Disorders 137(1):161-164, Mar 2012

Se señala la necesidad de más ensayos para evaluar la comorbilidad de la ansiedad y el trastorno bipolar, que se considera insuficientemente estudiada en la bibliografía actual.

Se destaca la importancia de realizar mayores investigaciones para el enfoque apropiado de la superposición de los trastornos de ansiedad en pacientes con trastorno bipolar.

Se advierte que los trastornos de ansiedad constituyen una afección de elevada prevalencia entre los individuos con trastorno bipolar. En estudios epidemiológicos se informó que hasta el 74.9% de los pacientes con trastorno bipolar presentan al menos un trastorno de ansiedad durante su vida, entre los que sobresalen la ansiedad social, las fobias específicas y el trastorno de ansiedad generalizada.

Asimismo, estas afecciones comórbidas se vinculan con repercusiones sobre la evolución del trastorno bipolar y la respuesta al tratamiento. No obstante, se dispone de escasas investigaciones acerca de la coexistencia de ambas enfermedades, en relación con los procesos subyacentes y de la adaptación de las terapias para lograr una mayor eficacia.

Métodos

Sobre la base de esta información, los autores llevaron a cabo una revisión bibliográfica de los ensayos publicados acerca de la comorbilidad de ansiedad y trastorno bipolar en las bases de datos biomédicas de referencia. Según se verificó en el análisis escalonado de los artículos, se comprobó un incremento creciente del interés acerca de la coexistencia de



Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

estas afecciones a partir de la década de 1990. No obstante, la mayor parte de los ensayos disponibles representaban estudios descriptivos, en los cuales se hacía mención a las características clínicas y las repercusiones de los trastornos de ansiedad en los enfermos con trastorno bipolar. Por el contrario, se reconoció falta de información acerca de los parámetros biológicos, neurológicos, genéticos, cognitivos y emocionales, así como de las alternativas terapéuticas. En este sentido, se advirtió que la mayoría de los ensayos relacionados con el tratamiento correspondían a casuísticas de terapia farmacológica, con muy escasos datos acerca de las intervenciones psicosociales.

Resultados

En este contexto, los investigadores reconocen que, pese a la relativa disponibilidad de contenidos descriptivos acerca de la comorbilidad de la ansiedad y el trastorno bipolar, existen pocos datos en relación con los procesos subyacentes y el enfoque conjunto de ambas afecciones. Se propone la realización de estudios con mayor cantidad de pacientes para el abordaje de estas temáticas.

Se hace hincapié en la necesidad de mayor información vinculada con estrategias psicosociales como las terapias cognitivo conductuales y cognitivas concientes (*mindfulness-based therapies*). Se hace énfasis en que las psicoterapias constituyen una alternativa promisoriosa al tratamiento farmacológico, ya que los fármacos empleados para el abordaje de los trastornos de ansiedad pueden generar interacciones con el trastorno bipolar.

Se señala que los antidepresivos se aplican como terapia principal de los individuos con ansiedad, pero pueden agravar los efectos adversos de los estabilizadores del estado de ánimo y, en algunos casos, constituyen un factor precipitante de episodios de manía.

Por otra parte, la administración de benzodiazepinas para la terapia de la ansiedad se ha relacionado con fenómenos de dependencia, por lo cual se las contraindica en los sujetos con trastorno bipolar con mayor riesgo de adicción.

Conclusiones

Se especula que la próxima aparición de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) podría representar un estímulo para el análisis de la comorbilidad de los trastornos de ansiedad y el trastorno bipolar, ya que el crecimiento de la investigación sobre

la ansiedad en las décadas pasadas se ha atribuido a la publicación de ediciones previas del DSM, en las cuales se propuso la clasificación en subtipos para estos trastornos.

Los autores concluyen señalando que se requieren más ensayos para evaluar la comorbilidad de estas afecciones, que consideran insuficientemente estudiada.



www.siicsalud.com/dato/insiic.php/130043

5 - Complicación de la cirugía bariátrica por bandeó gástrico

Duke University, Durham, EE.UU.

Journal of the American Academy of Physician Assistants (JAAPA) 24(10):82, Oct 2011

La erosión provocada por la banda gástrica es una de las complicaciones posibles de esta técnica de cirugía bariátrica. Se describe la evaluación y la resolución de un caso clínico.

Caso clínico

Se describe el caso de una paciente de 49 años, que consultó por dolor torácico asociado con náuseas. Los síntomas empeoraban con la ingestión de alimentos. El dolor era descrito como agudo y con irradiación al dorso, y se había iniciado unos diez días antes de la consulta, en el marco de la preparación intestinal con laxantes para realizar una colonoscopia. Estas manifestaciones no se relacionaban con odinofagia, disfagia, melena, fiebre, pirosis o sudoración.

Como antecedente relevante, se menciona que se había llevado a cabo una cirugía bariátrica con colocación de una banda gástrica ajustable dieciocho meses antes, cuyo resultado fue una pérdida de peso de 22 kg. Sin embargo, la paciente persistió con obesidad mórbida como consecuencia de la falta de realización de la dieta posterior a la cirugía.

Asimismo, se confirmaron antecedentes de diabetes tipo 2, insuficiencia renal secundaria, hipertensión arterial, dislipidemia, hipotiroidismo, pólipos colónicos displásicos, síndrome de intestino irritable, colopatía diverticular, síndrome de apnea obstructiva del sueño, depresión y ansiedad.

La paciente estaba tratada con amitriptilina, venlafaxina, levotiroxina, metformina, glimepirida, insulina detemir, aspirina y un complejo multivitamínico. Negó el consumo de tabaco y alcohol.

Evaluación clínica

En el examen físico, se verificó un índice de masa corporal de 35.8 kg/m². La presión arterial y la temperatura corporal eran normales. El abdomen era blando y depresible, con ruidos hidroaéreos normales. No se reconocieron organomegalias ni signos peritoneales. Se comprobó una leve molestia a la palpación del tercio distal de la

región esternal, mientras que la evaluación del corazón y los pulmones se consideró normal.

Diagnóstico

Se indicó una prueba radiológica con contraste, en la cual se observó tránsito rápido con adecuada orientación. En la tomografía computarizada, se comprobó la presencia de la banda gástrica en la región superior del fundus gástrico, sin signos de obstrucción.

Se llevó a cabo una endoscopia, en la cual no se distinguieron alteraciones esofágicas o duodenales macroscópicas ni histopatológicas. Por el contrario, la apariencia del estómago era anormal, con signos de la presencia de un cuerpo extraño en el fundus. En las biopsias del tejido gástrico no se reconocieron signos de inflamación, displasia o presencia de infección por *Helicobacter pylori*.

Discusión

Se postula que el trauma desencadenado por los vómitos secundarios al uso de laxantes pudo precipitar la intrusión de la banda gástrica a nivel del fundus. Si bien en algunos estudios se ha mencionado una baja incidencia de esta complicación, en un análisis reciente se mencionó una prevalencia del 28%, con necesidad de remoción de la banda en la mitad de los casos, debido a complicaciones. En esta paciente, se procedió a la remoción endoscópica de la banda gástrica una semana después del procedimiento diagnóstico. Se indicó dieta líquida durante varias semanas, con uso intermitente de ondansetrón en caso de náuseas.


En un control efectuado a los tres meses de la remoción de la banda gástrica, se comprobó un incremento ponderal de 5 kg, por lo cual la enferma solicitó una nueva cirugía bariátrica. La propuesta fue rechazada a las 12 semanas de la remoción de la banda debido a los riesgos asociados con las comorbilidades.

Conclusión

Además de la erosión vinculada con la banda gástrica, otras complicaciones de este procedimiento incluyen la hernia de la incisión, las infecciones y la intolerancia. Dado que se efectúan cirugías bariátricas en una gran cantidad de pacientes todos los años, se hace énfasis en el tratamiento de estos enfermos y de las complicaciones.



www.siicsalud.com/dato/insiic.php/130167

 Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

6 - Describen variables asociadas con la cronificación de la otitis media aguda

University of Minnesota, Mineápolis, EE.UU. y otros centros participantes

International Journal of Otolaryngology, 2012

La otitis media es una de las infecciones más frecuentes en pacientes pediátricos. El 5% a 10% de los individuos afectados pueden evolucionar a la otitis media crónica, con mayor riesgo de secuelas. La patogenia de las formas crónicas o recurrentes de otitis media involucra la participación de múltiples factores, como la metaplasia e hiperplasia de las células de la mucosa.

Introducción

La otitis media es una de las infecciones más frecuentes en los pacientes pediátricos. Se estima que más del 70% de los niños padecerán al menos un episodio hasta los 6 años de vida. Alrededor del 5% al 10% de los individuos afectados pueden evolucionar a la otitis media crónica, con mayor riesgo de hipoacusia y otras secuelas.

Patogenia

Se reconoce que la patogenia de las formas crónicas o recurrentes de otitis media involucra la participación de múltiples factores, entre los que se citan la predisposición genética, la disfunción de la trompa de Eustaquio, la hiperproducción de mucina, la metaplasia y la hiperplasia de las células mucosas y la secreción activa de agua y electrolitos.

Los procesos de hiperplasia y metaplasia de las células de la mucosa tienden a provocar la cronicidad de la otitis media, con acumulación de mucus en la cavidad del oído y formación de derrame mucoso local. Se advierte que estas alteraciones se correlacionan con la aparición de otorrea purulenta en los casos de perforación de la membrana timpánica. Este proceso desencadena otitis media irreversible. De todos modos, no se ha definido la sucesión de eventos que se inician en el contexto de una otitis media aguda y que evolucionan para dar lugar a la forma crónica de la enfermedad.

Perspectivas

A nivel clínico, se destacan en este sentido las investigaciones acerca de la respuesta de los potenciales provocados en el tronco cerebral, así como la estimación del espesor de la mucosa del oído medio mediante técnicas de diagnóstico por imágenes, la emisión de otoemisiones acústicas en los niños con otitis media con derrame y la indicación de la vacuna antineumocócica. Por otra parte, se discute la participación del homólogo de la proteína atonal tipo 1 (Atoh1) en la patogenia de la metaplasia de las células mucosas, así como de la síntesis de mucina en los procesos de hiperplasia.

Asimismo, se señala que los metabolitos bacterianos y la citoquinas inflamatorias

parecen modular el desarrollo de las células de la mucosa del oído medio, con participación de factores de transcripción y otras moléculas en la diferenciación celular. Estos parámetros podrían vincularse con mayor riesgo de metaplasia e hiperplasia de las células de la mucosa, por un lado, y con las vías de señalización que forman parte de las alteraciones de la producción de mucina en el marco de esta enfermedad, por el otro.

 www.siicsalud.com/dato/insic.php/134392

7 - Resumen las manifestaciones clínicas y las opciones de tratamiento de la dermatitis seborreica

Mount Sinai School of Medicine, Nueva York, EE.UU.

Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology 6(2):44-49, Feb 2013

Se describen las características clínicas más relevantes y las alternativas terapéuticas para el abordaje de esta enfermedad dermatológica crónica de elevada prevalencia.

Introducción

La dermatitis seborreica es una enfermedad crónica y recurrente, que se caracteriza por descamación cutánea y eritema. Este proceso se asocia con repercusiones negativas sobre la calidad de vida y con costos directos e indirectos para el sistema de salud.

Se admite que las causas de la dermatitis seborreica no se han definido con certeza; en los pacientes adultos, la enfermedad se describe en las áreas con mayor densidad de glándulas sebáceas, como el rostro, el pabellón auricular, el tórax y los pliegues cutáneos.

Clínica y patogenia

En el 88% de los enfermos se verifica compromiso facial y en el 70% de los casos se reconoce dermatitis seborreica en el cuero cabelludo.

Los brotes de la enfermedad se presentan ante el estrés emocional, la depresión, la exposición a entornos secos, las infecciones sistémicas y el uso de algunos medicamentos. En este contexto, la caspa parece representar una forma limitada y no inflamatoria de dermatitis seborreica.

De todos modos, se admite la posible participación de distintos parámetros en la patogenia de esta afección, entre los que se citan la proliferación de levaduras del género *Malessezia*, la composición química de la secreción de las glándulas sebáceas y la respuesta inmunitaria del hospedero.

Se admite que la dermatitis seborreica puede comprometer distintas regiones de la piel en forma simultánea, con predominio facial y del cuero cabelludo. Por consiguiente, es apropiado el diagnóstico diferencial con otras afecciones

dermatológicas como la pitiriasis versicolor, el eccema atópico, la dermatitis de contacto, la sífilis secundaria y la psoriasis, entre otras. La diferenciación se efectúa en general mediante el examen clínico, sin bien puede descartarse candidiasis, otras micosis superficiales o dermatitis por *Demodex* mediante los resultados negativos de la prueba con hidróxido de potasio.

Tratamiento

La meta del abordaje de la dermatitis seborreica consiste en la eliminación de las manifestaciones visibles de la enfermedad, así como la atenuación de otros síntomas como el prurito.

Se hace énfasis en la importancia de informar a los pacientes acerca de la naturaleza crónica de esta afección, así como la potencial aparición de recaídas. En este sentido, es apropiado asesorar a los enfermos para evitar los factores desencadenantes de los síntomas, así como evitar la irritación motivada por el rascado.

Las alternativas de tratamiento de la dermatitis seborreica comprenden el uso de agentes tópicos y de champúes que contienen productos antimicóticos (cetoconazol al 2%, ciclopiroxolamina en crema al 1%, sertoconazol al 2%), drogas con actividad antiinflamatoria (corticoides de aplicación local, en especial hidrocortisona, en asociación con antifúngicos o sin ellos), productos con acción queratolítica (propilenglicol de aplicación sobre el cuero cabelludo) e incluso inhibidores de la calcineurina.



www.siicsalud.com/dato/insic.php/135786

Cartas al editor

Resonancia magnética en pacientes pediátricos



Medicina para y por Residentes 2(4):23, abril 2012

Sr. Editor:
El artículo *Utilidad de la Sedación Profunda en Resonancia Magnética Pediátrica* resulta muy útil ya que la RMN es un estudio de suma relevancia en ciertas afecciones pediátricas, por sus ventajas en la definición de determinados tejidos y la posibilidad de realizar una valoración funcional, como es el caso de la RMN cardíaca.

La necesidad de estandarizar ciertas prácticas, como la sedación profunda, es fundamental para minimizar la aparición de complicaciones y aprovechar las ventajas del estudio.

Esta publicación cuenta con fortalezas metodológicas destacables, como su diseño y su fundamentación estadística, aunque creo que la ausencia de un grupo control de comparación le quita valor. De todas maneras, la sedación en pacientes pediátricos en este tipo de prácticas es de vital importancia.

Rodrigo Egües Almeida

Residente en Cardiología Pediátrica
Hospital Sor María Ludovica
La Plata, Buenos Aires

Pancreatitis grave



Sr. Editor:

En casi la mayoría de las normativas clínicas publicadas sobre el soporte nutricional del paciente con pancreatitis aguda grave, se incluyen constantemente las indicaciones y formulaciones de la nutrición enteral, si ésta debe administrarse por

vía nasogástrica o nasoyeyunal y el papel que cumple la nutrición parenteral en estos pacientes. Esto ha llevado a que diversas sociedades científicas hayan adaptado y modificado las guías clínicas existentes en un contexto cultural, particular y organizativo con el fin de utilizar los recursos disponibles de manera más rentable. He leído con mucho interés la nota *Nutrición en el Paciente con Pancreatitis Grave: Recomendaciones Basadas en la Evidencia*,¹ en la cual se expresa que, desde el punto de vista quirúrgico, en el caso de que el paciente presente lesiones pancreáticas graves que requieran de intervención quirúrgica y se necesite de una internación prolongada, puede realizarse una yeyunostomía de alimentación en el mismo acto operatorio, creando una vía de acceso segura y eficaz para la administración de nutrientes.

Andrés Lorenzo Paredes

Servicio de Cirugía General
Hospital Escuela San Juan Bautista
Catamarca, Argentina

1 www.siicsalud.com/dato/ensic.php/121059

Sr. Editor:

La nutrición temprana, en cualquiera de sus formas (enteral o parenteral), es un punto fundamental a la hora de mejorar el pronóstico evolutivo de un paciente con pancreatitis grave. Teniendo en cuenta el alto gasto calórico-energético dado por el elevado catabolismo relacionado con esta afección, nace la pregunta (no hasta unos pocos años atrás) que derroca a la teoría del ayuno para la pancreatitis grave: ¿No deberíamos alimentar tempranamente a estos pacientes? Asimismo, resulta evidente que la nutrición temprana genera un papel inmunomodulador necesario para reducir la posibilidad de traslocación bacteriana colónica y la consiguiente infección de los tejidos pancreáticos primitivamente estériles (necrosis estéril o aséptica).

A su vez, la nutrición temprana en la pancreatitis grave evita una complicación muy temida en las Unidades de Cuidados Intensivos que es la desnutrición del paciente crítico. Afortunadamente, este concepto vital se traslada con éxito a diferentes enfermedades como el trauma gra-

ve, los posoperatorios prolongados o las entidades patológicas que requieren evitar la vía enteral por mucho tiempo. Es por ello que comparto mi opinión en referencia al trabajo publicado *Nutrición en el Paciente con Pancreatitis Grave: Recomendaciones Basadas en la Evidencia*.¹

Luciano Honaina

Cirujano General
Miembro Titular de la Asociación Argentina de Cirugía
Hospital General San Martín de La Plata
La Plata, Buenos Aires

1 www.siicsalud.com/dato/ensic.php/121059

Insight y esquizofrenia

Sr. Editor:

El *insight* parece ser un fenómeno multidimensional y complejo, en virtud del gran número de definiciones, teorías etiológicas y formas de evaluarlo.

El estudio *El insight en la esquizofrenia y su relación con variables afectivas, cognitivas y psicopatológicas* plantea, de acuerdo con las correlaciones encontradas entre las evaluaciones utilizadas, una división del *insight* en dos factores: el cognitivo, relacionado con la conciencia de síntomas y consecuencias de la enfermedad, y el psicótico, vinculado con conciencia general de la enfermedad.

Los autores aportan mayor información al complejo problema del *insight* en la esquizofrenia, reducido por mucho tiempo a una simple condición propia de la enfermedad. Entre las limitaciones del estudio se encuentran la falta de un grupo control y de evaluaciones prospectivas, la medición de la depresión con la *Beck Depression Inventory* y no con la escala específica de Calgary, y la determinación de la capacidad de *insight* inespecífica con una entrevista sin una escala validada.

Damián Gargoloff

Especialista en Psiquiatría
Servicio de Consultorios Externos de Psiquiatría
HIEAG Alejandro Korn
La Plata, Buenos Aires



Medicina para y por Residentes 3(1): 14-6, septiembre 2012.

Actividades y jornadas

Opiniones acerca del Programa

Sr. Director:

Quisiera agradecer el material que se me ha entregado en domicilio; me resultó extremadamente útil para la realización del trabajo *Revisión de Fisiopatología y Consecuencias Maternas del Síndrome de Ovarios Poliquísticos*, y su posterior presentación en las Jornadas Universitarias organizadas por la Universidad del Salvador, llevadas a cabo el 29 de octubre de 2012.

Muchísimas gracias.

Ramiro Ignacio Napoli Llobera

Universidad del Salvador
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Sr. Director del Programa ACiSE:

Nos gustaría poder incorporarnos al Programa ya que necesitamos información científica independiente en el tema farmacoterapéutica oncológica, debido a que la actualización en este tema es permanente, amplia y debe ser costeadada por intereses particulares.

Silvana Fontana

Directora del Banco de Drogas Oncológicas de la provincia de Santa Fe
Santa Fe, Argentina

Sr. Director:

Al residir en la Patagonia argentina es difícil capacitarse de modo presencial, dada las

distancias y los costos para movilizarse, entre otras dificultades. Además, la especialidad de Medicina General no tiene bibliografía específica en algunos temas prevalentes, por lo que debemos actualizarnos por medio de trabajos e investigaciones de las especialidades básicas (Clínica Médica, Pediatría, Ginecología, Clínica Quirúrgica), que se encuentran en idioma extranjero, lo cual se transforma en una barrera para el acceso a datos actualizados.

Al recibir información sobre el Programa ACiSE vimos la posibilidad para nuestros residentes y para la comunidad hospitalaria de: acceder gratuita y permanentemente a publicaciones e investigaciones de contenido biomédico en castellano; posibilitar la interrelación con otras instituciones de la salud, universidades o facultades de distintas ciudades y provincias; estimular el vínculo entre los usuarios, favoreciendo el intercambio de conocimiento y experiencias; contribuir a la actividad académico-formativa de la residencia.

Debido a que la Medicina General es una especialidad que se lleva a cabo en las comunidades urbana y rural de nuestra provincia, creemos que este programa puede contribuir con el acceso a la información de calidad para que el equipo de salud pueda capacitarse de modo gratuito, oportuno y accesible en cualquier momento y lugar, favoreciendo a la comunidad toda, que es la usuaria de nuestro sistema.

Arselí Panetta

Jefa de Residentes de Medicina General
Hospital Artemides Zatti
Viedma, Río Negro, Argentina

Sr. Director del Programa ACiSE:

La presente solicitud de vinculación al Programa ACiSE de la Fundación SIIC es muy importante para nosotros, ya que tiene en cuenta la actualización permanente, con base científica y acceso a ella, la cual resulta necesaria para el actuar diario y las actividades de capacitación para los médicos residentes.

Claudia Martijena

Jefa de Servicio de Tocoginecología
Hospital Policlínico Regional Juan D. Perón
Villa Mercedes, San Luis, Argentina

Sr. Director:

Toda forma de acceso a bibliografía nacional e internacional actualizada nos es siempre prioritaria. Nuestras actividades asistenciales figuran en la página web del sitio oficial de nuestro hospital. Cabría agregar que, además, realizamos actividad docente, como por ejemplo el Módulo de Inmunología de la carrera de médicos especialistas en trasplante renal, de la Facultad de Medicina de la UBA, quienes lo cursan y rinden en nuestra unidad.

Carmen Lessa

Jefa del Servicio de Inmunología
Hospital Carlos Durand
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Sr. Director:

La incorporación al programa permitirá a nuestros residentes acceder a información científica

nacional e internacional de vital importancia para nuestro desempeño en las tareas cotidianas de vigilancia epidemiológica, así como la actualización de situaciones que representen una amenaza para la salud pública en sus distintos niveles.

El programa contribuye a reforzar las actividades de los residentes, ya que, al incorporarse al Departamento de Epidemiología, realizan investigaciones científicas (Análisis de Situación de Salud de la Ciudad, Informes de Mortalidad, Boletines con actualizaciones de las Enfermedades de Notificación Obligatoria, entre otras), con lo que serviría para comparación con experiencias de otras ciudades.

La residencia, al funcionar a nivel ministerial, no cuenta con un Comité de Ciencia e Investigación, por lo que no se tiene acceso a bases pagas, con lo cual sería de vital importancia acceder a sus bases de información.

También, la residencia de Epidemiología puede contribuir a las publicaciones de ACiSE, en carácter formativo del residente y en la importancia de la difusión de la información.

Raúl Forlenza

Director del Departamento de Epidemiología
Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Sr. Director del Programa ACiSE:

El Hospital Público Materno Infantil de Salta es una institución de referencia de maternidad y de pediatría, tanto en la provincia como en la región del NOA.

Consta con Residencias de Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Cardiología Infantil, Neurología Infantil, Nefrología Infantil, Cirugía Infantil y Odontopediatría. Por tal motivo, es de nuestro interés mantener todas estas áreas, como el resto de las unidades de gestión del Hospital (Clínica Médica, Traumatología, Gastroenterología, Dermatología, Otorrinolaringología, entre otras), en permanente adelanto científico-técnico, por lo cual nos parece de suma importancia la inscripción al Programa ACiSE.

Cinthia Bastianelli

Presidenta de la Comisión de Docencia e Investigación
Hospital Público Materno Infantil de Salta
Salta, Argentina

Comentarios recibidos en las Jornadas de Infectología Pediátrica

Sr. Director:

Deseo contarles mi experiencia en las Jornadas de Infectología Pediátrica que se realizaron el 14 y 15 de marzo en la Ciudad de Buenos Aires. Realmente fue una experiencia muy productiva. Tuve la oportunidad de participar como oyente de varias de las exposiciones, las cuales creo tendrán utilidad en mi práctica clínica diaria y que, por otro lado, me informaron sobre adelantos tecnológicos del área infectología, principalmente en los EE.UU.

Una de las expositoras que más disfrute escuchar fue la Dra. Mejías. Sus charlas fueron muy didácticas, la exposición sobre Kawasaki fue muy buena, ya que aportó información sobre estudios que se encuentran aún en investigación sobre la posible etiología de dicha enfermedad, y una nueva tecnología utilizada llamada *micro race*, que utiliza el genoma humano para determinar los efectos de esta entidad en los niños y poder orientar el diagnóstico. También fueron interesantes la charla sobre el uso de palivizumab contra el virus sincitial respiratorio y la exposición de la Dra. Englund sobre el virus de la influenza. La charla sobre enfermedad meningocócica fue buena y me pareció interesante saber que se encuentra en desarrollo una vacuna contra el meningococo del grupo B. Los casos clínicos interactivos de fiebre sin foco también me gustaron y parecieron interesantes. Particé además de las charlas so-

bre nuevos y viejos antibióticos y sobre infecciones ambulatorias, las cuales tuvieron momentos interesantes.

Estas jornadas fueron muy productivas y espero puedan tenerme en cuenta para próximas becas. Agradezco desde ya la oportunidad otorgada de participar en ellas en carácter de asistente.

María Soledad Caram

Médica
Sanatorio de la Trinidad de Palermo
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Sr. Director del Programa ACiSE:

Agradezco la participación como becada en estas jornadas, las cuales me resultaron muy provechosas. Es de destacar la presencia de invitados internacionales, y la información brindada sobre las infecciones respiratorias altas y bajas, así como las actualizaciones en vacunas.

Nuevamente agradezco la invitación.

Sofía Bastons

Residente de Pediatría
Hospital Ricardo Gutiérrez
La Plata, Buenos Aires, Argentina

Sr. Director:

Gracias por brindarme la posibilidad de asistir a estas jornadas.

Este evento llenó mis expectativas en cuanto a la información y los participantes. Varias fueron las notas para destacar, entre ellas la mesa con la Dra. Rossanova sobre nuevos avances en terapéutica en VIH en niños. Estoy en contacto para seguir participando de programas ACiSE patrocinados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).

Paula Saddi

Servicio de Pediatría
Hospital Italiano, Córdoba, Argentina

Sr. Director:

Quería agradecer la enorme oportunidad de participar de estas Jornadas. Viajé desde Río Negro y me voy feliz; asistí a grandes mesas de expertos internacionales y nacionales, así como a puestas en común de casos clínicos, junto con médicos de Paraguay, Uruguay y Argentina.

Recibí información actualizada acerca de los nuevos tratamientos del VIH/sida en niños, con nuevas propuestas de inicio de terapia.

Una vez más, le agradezco profundamente la beca de inscripción.

María Laura Villablanca

Clínica Roca
General Roca, Río Negro, Argentina

Sr. Director del Programa ACiSE:

La concurrencia a estas jornadas fue muy satisfactoria. Fue una experiencia muy fructífera y, a mi juicio, la conferencia sobre virus fue la más destacada.

Gracias.

Natalia Libertad Salto

Médica
Hospital Nacional Alejandro Posadas
El Palomar, Buenos Aires, Argentina

Comentarios recibidos en el XX Congreso Argentino de Hipertensión Arterial

Sr. Director del Programa ACiSE:

Le escribo para agradecerles la beca recibida y contarles que fue muy interesante asistir al XX Congreso Argentino de Hipertensión Arterial. Asistí a las Mesas Redondas: La obesidad y la HTA: una sociedad no anónima, y Hábitos e HTA. Ambas fueron didácticas y muy relacionadas con mi profesión. También concurrí a

la Mesa Redonda: Los cambios en el estilo de vida ¿Misión imposible?, de la cual rescato la charla de la Dra. Díaz, tema muy vinculado con la nutrición.

Desde ya estoy plenamente satisfecha y he cumplido ampliamente mis expectativas con respecto al congreso, ya que pude actualizarme en una enfermedad tan actual y que crece demasiado rápido en la población argentina. Muchas gracias nuevamente.

Sofía Zagaglia

Licenciada en Nutrición
Obra Social Elevar
Rosario, Santa Fe, Argentina

Sr. Director:

Le agradezco la beca para asistir al XX Congreso Argentino de Hipertensión Arterial, el cual fue, en mi opinión, muy satisfactorio, ya que cumplió con mis expectativas.

Participé de los cursos 10 Tópicos imprescindibles en atención primaria de la salud Dr. Miguel Arnolt y Oratoria para médicos (muy interesante y práctico).

Asistí también a las mesas redondas: Aspectos fisiopatológicos en hipertensión arterial 2, El riñón en la HTA (a pesar de ser un tema tan complejo, fue accesible, fácil de comprender y muy importante para nuestra actualización en el tema), La HTA resistente, Síndrome Metabólico e HTA (muy interesante y fácil de comprender). Las conferencias fueron: Aspectos psicosociales y antropológicos del paciente hipertenso y HTA en el embarazo.

Entre los simposios, participé en: Conjunto Sociedad Argentina de Lípidos-Sociedad Argentina de obesidad y trastornos alimentarios - SAHA (muy interesante, con información muy actualizada); ELEA: Un paciente problemático; MENARINI: La función protectora del óxido nítrico en la enfermedad cardiovascular.

Nuevamente le agradezco, fue una gran experiencia y espero me tengan en cuenta para próximos eventos.

María Cecilia Cruzado

Nutricionista
Instituto de Capacitación Especializada Cabo Juan Adolfo Romero, Gendarmería Nacional Mercedes, Buenos Aires, Argentina

Sr. Director del Programa ACiSE:

Excelente la organización y el nivel de las charlas del XX Congreso Argentino de Hipertensión Arterial al cual asistí becado. Muy buenos los disertantes. El tema del que más provecho obtuve para mi formación como pediatra fue hipertensión arterial (HTA) y lactancia e HTA en niños y adolescentes.

¡Muy buenas las actualizaciones!

Maximiliano Gatti

Residente de Pediatría
Hospital de Niños Víctor J. Vilela
Rosario, Santa Fe, Argentina

Sr. Director:

Concurrí al XX Congreso Argentino de Hipertensión Arterial, cuya beca me fue otorgada por Uds. y fue una experiencia muy enriquecedora. El tema en el que me desempeñé, la hipertensión gestacional, tuvo un espacio importante ya que se dedicó una mesa redonda sobre el tema. En ella se concluyó que aún no hay marcadores de elección para su diagnóstico precoz. Asimismo, tampoco hay acuerdo sobre la prevención y tratamiento.

Me gustó la charla del decano de la Universidad Favaloro sobre fractales, un abordaje muy interesante sobre el estudio de la complejidad, y también la exposición del Dr. Pirola sobre la genética de la hipertensión, esclarecedora e inteligente.

Muchas gracias por la beca.

Ana Corominas

Bioquímica
Hospital Nacional Prof. A. Posadas
El Palomar, Buenos Aires

► Los acontecimientos científicos recomendados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) se destacan por la utilidad para la actualización de los jóvenes profesionales de la Argentina e Iberoamérica.

- ➔ **2° Congreso Argentino de Neonatología**
Sociedad Argentina de Pediatría
Buenos Aires, Argentina
26 al 29 de junio de 2013
sap@sap.org.ar/congresos@sap.org.ar
www3.sap.org.ar/congresos
- ➔ **XII Congreso de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General**
Federación Argentina de Medicina Familiar y General
Salta, Argentina
11 al 14 de septiembre de 2013
www.famfyg.org
- ➔ **XXXVI Congreso Anual de Alergia e Inmunología AAAeIC**
Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica
Buenos Aires, Argentina
15 al 17 de agosto de 2013
secretaria@aaaic.org.ar
www.alergia.org.ar/congreso13/index.html
- ➔ **6° Congreso Mundial de la Sociedad Internacional para la Hemodiálisis (ISHD)**
Sociedad Internacional de Hemodiálisis
XVIII Congreso Argentino de Nefrología
Una especialidad multidisciplinaria
Buenos Aires, Argentina
11 al 14 de septiembre de 2013
www.ishd-can2013.com.ar/index.php
- ➔ **XV Congreso Argentino de Neuropsiquiatría y Neurociencia Cognitiva**
Asociación Neuropsiquiátrica Argentina
Buenos Aires, Argentina
21 al 23 de agosto de 2013
info@neuropsiquiatria.org.ar/congreso@neuropsiquiatria.org.ar
www.neuropsiquiatria.org.ar
Auspicio SIIC: www.siicsalud.com/scripts/detallecongreso.php/13114002
- ➔ **VII Congreso Internacional de Anticoncepción**
Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA)
Buenos Aires, Argentina
19 y 20 de septiembre 2013
www.amada.org.ar/index.php
- ➔ **2013 World Mental Health Congress**
World Federation for Mental Health
Buenos Aires, Argentina
25 al 28 de agosto de 2013
info@wmhc2013.com
www.wmhc2013.com
- ➔ **XXI Congreso Anual de la Sociedad Argentina de Medicina Interna General**
Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG)
Buenos Aires, Argentina
19 y 20 de septiembre de 2013
congresosamig.com.ar
- ➔ **5° Congreso Internacional de Controversias en Obstetricia y Ginecología**
Asociación Argentina de Controversias en Obstetricia y Ginecología
Buenos Aires, Argentina
28 al 30 de agosto de 2013
info@acog.org.ar/ ahakim@fibertel.com.ar
www.acog.org.ar
- ➔ **Simposio Argentino de Osteoporosis**
Sociedad Argentina de Osteoporosis
Rosario, Argentina
19 al 21 de septiembre de 2013
osteoporosis@fibertel.com.ar
www.osteoporosis.org.ar
- ➔ **GASTRO 2013 -Congreso Argentino de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva**
Federación Argentina de Gastroenterología (FAGE), Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE) y Federación Argentina de Asociaciones de Endoscopia Digestiva (FAAED)
Córdoba, Argentina
5 al 7 de septiembre de 2013
info@iescalada.com
www.gastro2013.com.ar

► Los lectores de Medicina para y por Residentes pueden establecer contacto directo con los autores de la sección Artículos originales, Entrevistas, Casos clínicos y Red Científica Iberoamericana remitiendo las correspondencias a los domicilios indicados. En caso de necesitar otros datos (número de teléfono, fax o dirección de e-mail) solicitarlo a **Mensajes a SIIC** <www.siicsalud.com/main/sugerencia.php>, explicando la causa del pedido. El editor requerirá autorización de los autores para proporcionar los datos correspondientes a los símbolos e-mail (@), teléfono (☎) o fax (📠).



<p>A - Gravedad del hidrops fetal por hemólisis Rh asociado con los resultados perinatales en transfusiones intrauterinas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. L. J. Ramírez Robles, Instituto Mexicano del Seguro Social, 44600, Guadalajara, México @ ☎
<p>B - Pielonefritis xantogranulomatosa: actualización de una enfermedad infrecuente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. F. A. Leoni, Hornillos 1660, B° Jardín Espinosa, 5014, Córdoba, Argentina @ ☎
<p>C - Extinción diferencial de los acontecimientos vitales en pacientes depresivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. P. Sierra San Miguel, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Bulevar Sur s/n, 46026, Valencia, España @ ☎ 📠
<p>D - Seguimiento de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. L. Anca, Hospital Español de Rosario, Sarmiento 3150, S2001SBL, Rosario, Argentina @
<p>E - Disnea y derrame pleural izquierdo masivo como presentación de disección de aorta descendente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. M. Colino, Hospital Xeral Calde de Lugo, San Cibrao S/N, 27004, Lugo, España @
<p>F - Determinantes sociales de salud y caries dental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Od. N. Hadad Arrascue, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Av. Honorio Delgado 430, Urb. Ingeniería, S.M.P., Lima, Perú @
<p>G - Situación de la infección por <i>Trypanosoma cruzi</i> en el oriente de Venezuela</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. M. Berrizbeitia, Universidad de Oriente, Av. Gran Mariscal, Cumaná, Venezuela @

Artículos originales recientemente publicados por SIIC que abordan temáticas afines a los publicados en esta edición de Medicina para y por Residentes. Para acceder a sus resúmenes en castellano, abstracts y textos completos (en castellano e inglés) diríjase a **Buceador SIIC** <www.siicsalud.com/buceador/> de SIIC Data Bases.

<p>Resultados de un programa de pesquisa prenatal de la talasemia grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. A. G. Radhika, University College of Medical Sciences & Guru Teg Bahadur Hospital, Nueva Delhi, India @
<p>Diagnóstico prenatal de triploidía 69XXX. Informe de caso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. F. Ruiz Botero, Cra 90 #16-49 Cali, Valle del Cauca, Colombia @ ☎
<p>El abordaje de las adicciones desde una perspectiva humanística</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. R. L. Mølbak, Duquesne University, 600 Forbes Ave Pittsburgh, PA 15219, EE.UU. @
<p>Un instrumento para la evaluación de las condiciones psicosociales de trabajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. J. M. Blanch, Universidad Autónoma de Barcelona, S/N 08290 Cerdanyola del Vallès, Barcelona, España @
<p>Actualización acerca de los tumores neuroendocrinos bien diferenciados en estadio avanzado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. D. Reidy-Lagunes, MS Memorial Sloan Kettering Cancer Center, 1275 York Avenue, Room H-917, New York, NY 10065, EE.UU. @ ☎ 📠
<p>Tiroides ectópico lingual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. E. Sánchez Legaza, Hospital de Punta Europa, Ctra. Getares, S/N 11207, Algeciras, Cádiz, España @
<p>Pleuresía tuberculosa como manifestación de reconstitución inmune en un paciente con sida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. A. Boschi, Hospital de Infecciosas F. J. Muñoz, Uspallata 2272, 1282, Ciudad de Buenos Aires, Argentina @
<p>Actualizan la clínica, el diagnóstico y la terapia de los pacientes con angiosarcoma cardíaco</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. A. Murinello, Av. Eng. Ant. Azev. Coutinho, Lt 8, r/c-dt, 2750-644, Cascais, Portugal @ ☎
<p>Estudio de la incidencia de gingivitis en gestantes del primer y tercer trimestre por medio del índice de sangrado gingival</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. J. E. Baudo, Calle 11 e/ 531 y 532 N° 28, La Plata, Argentina @ ☎
<p>Describen las características epidemiológicas de los accidentes laborales en odontología</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. M. R. Gatto, University of Bologna Alma Mater Studiorum, Via Zamboni, 33, 40126, Bolonia, Italia @
<p>Comparan el uso de marcapasos definitivo en pacientes con cardiopatía chagásica y con enfermedad coronaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. A. Baranchuk, Queen's University, 99 University Ave, Kingston, ON K7L 3N6, Canadá @
<p>Confirman la utilidad de la quimioterapia específica en la enfermedad de Chagas crónica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. D. Fabbro, 25 de Mayo 1524, 3000, Santa Fe, Argentina @ ☎ 📠

- La Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) creó y desarrolló el Sistema SIIC de Edición Asistida (SSEA) con el objetivo de facilitar la publicación de artículos científicos en colecciones periódicas de calidad. La utilización del SSEA es únicamente autorizada a los autores que presentan artículos para su evaluación y posterior publicación. Estos autores acceden a SSEA mediante contraseñas privadas creadas por ellos mismos.

Instrucciones para los autores

Solicitud de presentación

Los autores interesados en presentar un artículo para su evaluación y posterior edición en las publicaciones de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) deberán acceder a

www.siic.com/presentacionpreliminar.php donde completarán un formulario llamado **Presentación Preliminar**.

Inmediatamente luego de completar y enviar el formulario recibirán una **Carta de Invitación**.

Procesos de la edición

Proceso 1 – Aceptación de la invitación

El autor acepta la invitación para presentar un artículo sobre el tema de su interés. Este proceso de una sola etapa solicita unos pocos datos profesionales y otros relacionados con el artículo que el autor se compromete concluir en una fecha determinada.

Estos datos permitirán difundir anticipadamente el trabajo y su probable fecha de publicación. Se le aclara al autor que ello ocurrirá al obtener su aprobación.

Proceso 2- Remisión del artículo

Los autores remitirán sus artículos en línea en www.siic.info/ssea

Proceso de Remisión Usted ha ingresado al **Proceso de Remisión** de su artículo.

Importante: Usted puede completar este formulario en una vez o guardarlo y completarlo en etapas durante 7 días contados desde la fecha en que concluyó la Etapa 1. En ese lapso puede corregir los campos que considere necesario.

Recomendamos **Guardar** la información de cada paso para evitar reescribirla en caso de interrupciones involuntarias o previstas.

Si desea realizar consultas o solicitar ayuda hágalo mediante Mensajes a SIIC

Etapa 1 – Identificación

1A. Al entrar al sistema por primera vez escribirá su Nombre de Usuario (dirección de correo electrónico del autor) y su Número de Referencia ICE que figura en la invitación recibida como columnista experto. Luego pulse el botón **“Acceso a SSEA”**. Si no posee un Número de Referencia ICE, contáctese con Mensajes a SIIC (www.siic.com/main/sugerencia.php).

La siguiente pantalla contiene la Introducción al Sistema SSEA y sus pasos. Léala atentamente. Luego pulse **“Ingreso”**. Escriba sus datos y siga las sencillas indicaciones del sistema y de estas Instrucciones.

1B. El autor designará a la persona que asumirá el seguimiento del proceso. Esta persona, Responsable del Proceso (RP), garantizará la comunicación con SIIC y viceversa, centralizará el vínculo con los eventuales coautores y facilitará la fluidez del vínculo con los supervisores que iniciarán su labor al concluirse la Remisión del Artículo. Durante los procesos Remisión del Artículo y Evaluación del Artículo, el/la RP se relacionará con el Coordinador Editorial de SIIC y con los supervisores que correspondan según el tema en análisis: normas de edición, científico, inglés biomédico, estilo literario, imágenes, informática y referatos externos. Aconsejamos mantener el/la RP mientras el artículo se encuentre en evaluación.

La tarea editorial culmina con la publicación del artículo aprobado o cuando se notifica al autor su desaprobación.

Etapa 2 – De los autores

2.A. Datos Personales

Autor/es

Incluya los datos completos del autor principal (nombre completo, dirección postal y electrónica, título académico, la función y el lugar donde se desempeña profesionalmente, etc.).

Breve CV

Redacte un breve CV de alrededor de 100 palabras donde conste su nombre, título académico, posición actual, especialidad y los temas de investigación que le interesan.

2.B. Complementos

Fotografía personal

Agregue su fotografía personal digitalizada en por lo menos 300 dpi (*“dots per inch”*) en archivo JPG o TIFF. Comuniquenos si le interesaría participar como revisor externo.

2.C. Coautores

De contar con coautores, por favor, incluya también los datos completos respectivos. Pueden incluirse hasta diez autores.

2.D. Artículos Editados

Artículos registrados en SIIC

Si ya es Columnista Experto de SIIC nuestra base de datos registra artículos suyos editados anteriormente en SIIC o en otras publicaciones. Si precisa corregir alguna cita puede hacerlo en ella.

Otros artículos de su autoría

Registre aquí y en los subsiguientes sectores de *Artículos editados* las citas de cada uno de los trabajos del autor principal que mejor expresen su especialización. Puede indicar hasta 10 artículos editados. Recomendamos que

sean lo más recientes posible.

Esta información, como la recogida en otras partes de SSEA, contribuirá a que el lector profundice el conocimiento del autor principal. Los trabajos editados en las colecciones virtuales de SIIC enlazan a las páginas de sus respectivos autores, elaboradas sin cargo alguno para ellos por el Departamento editorial de la institución.

2.E. Carta de presentación

Podrá presentar el artículo mediante una carta amena, escrita en tono coloquial, en la que tendrá la posibilidad de sintetizar las principales conclusiones del estudio y describir brevemente situaciones especiales acontecidas durante la investigación.

Si el autor lo desea, incluirá el nombre de los coautores y los reconocimientos que considere adecuados. Por favor, diríjela a *Director Editorial de SIIC*.

Etapa 3 - Del artículo

Tipos de Artículos

El autor elegirá el formato apropiado para el contenido que intenta difundir. Los artículos de publicaciones científicas se distribuyen en los siguientes tipos principales (**Artículos originales, artículos de revisión y metanálisis, informes de opinión**, artículos descriptivos [casos clínicos, estudios observacionales, informes breves, comunicaciones especiales, etc.], artículos de consenso y normas clínicas prácticas, correspondencia, reseñas de libros o de artículos publicados en otras fuentes).

En estas Instrucciones consideramos los tres primeros.

Artículo Original

Los artículos que describen los resultados de investigaciones originales, por ejemplo estudios aleatorizados y controlados, estudios de casos y controles, estudios observacionales, series de casos (clínico o preclínico [*in vitro*, *in vivo*, *ex vivo*, *in silico*]), deben constar de Resumen, Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Conclusiones. La Introducción es una breve referencia a las generalidades del tema por abordar y a su importancia. La última frase de la Introducción debe estar referida a lo que los autores van a presentar o describir.

...

Instrucciones completas en:

www.siic.info/ssea/instrucciones_sic_web.php

Ante cualquier inquietud, comuníquese por medio de Mensajes a SIIC: www.siic.com/main/sugerencia.php, al teléfono 0054-11-4342-4901 o por Fax: 0054-11-4331-3305. (Versión SSEA, D12)

SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA (SIIC)

Instruções para os autores

Pedido de apresentação

Os autores interessados em apresentar um artigo para avaliação e posterior edição nas publicações da Sociedade Iberoamericana de Informação Científica (SIIC) deverão acessar www.siic.com/presentacionpreliminar.php onde preencherão um formulário chamado **Apresentação Preliminar**.

Inmediatamente após o preenchimento e envio do formulário receberão uma **Carta-Convite**.

Processos da edição

Processo 1 - Aceitação do convite

O autor aceita o convite para apresentar um artigo sobre o tema de seu interesse. Este processo de uma só etapa pede alguns poucos dados profissionais e outros relacionados ao artigo que o autor se compromete a concluir em uma determinada data.

Estes dados irão difundir antecipadamente o trabalho e a provável data de sua publicação. Esclarece-se ao autor que isso acontece quando obtiver a aprovação.

Processo 2 - Envio do artigo

Os autores enviarão seus artigos on line em www.siic.info/ssea

Processo de Envio

Você entrou no **Processo de Envio** de seu artigo.

Importante: Você pode preencher o formulário de uma vez ou salvá-lo e concluí-lo em etapas ao longo de 7 dias a partir da data de conclusão da Fase 1. Nesse lapso de tempo pode editar os campos conforme necessário.

Recomendamos **Salvar** a informação a cada passo para evitar ter que reescrever no caso de interrupções involuntárias ou previstas.

Se você tiver dúvidas ou quiser pedir ajuda faça-o por meio de Mensajes a SIIC

Etapa 1 - Identificação

1A. Ao entrar no sistema por primeira vez escreva o seu Nome de Usuário (e-mail do autor) e o número de referência ICE que está no convite recebido como colunista especialista. Em seguida, pressione o botão **“Acesso a SSEA”**. Se não possuir um Número de Referência ICE, entre em contato com Mensajes a SIIC (www.siic.com/main/sugerencia.php).

A próxima tela contém a Introdução ao Sistema SSEA e seus passos. Leia atentamente. Em seguida, pressione **“Entrada”**. Introduza os seus dados e siga as indicações simples do sistema e das Instruções.

...

Instruções completas na:

www.siic.com/instruccoes_sic_web.htm

Caso surja qualquer dúvida, comuníque-se com expertos.siic@siic.com, ou por telefone 0054-11-4342-4901; Fax: 0054-11-4331-3305 (Versão SSEA, D12).

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

Guidelines for authors

Presentation requirement

Those authors who wish to submit an article for evaluation and publication in the Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) should access www.siic.com/presentacionpreliminar.php and fill in the form called **Preliminary Presentation**.

Immediately after completing and sending the form, you will receive an **Invitation Letter**

Editing Processes

Process 1 - Invitation Acceptance

The author accepts the invitation to write an article about a subject of his/her interest. This one-stage process requires certain professional details and others related to the articles that the author pledges to provide by a stipulated date.

These details will allow the paper to be disseminated in advance with its probable date of publication, while ensuring the reader that that will only occur upon obtaining approval.

Process 2 - Submission of the Article

Authors will submit their articles on line at www.siic.info/ssea

Submission Process

You have accessed the **Submission Process** of your article

Important:

You can complete this form at a time or save it and complete it at different moments along 7 days. This period starts when the author finishes Stage 1. During this period you can make those corrections you consider necessary.

We recommend you to Save the information at each stage to avoid having to enter it again in case of involuntary interruptions.

If you wish to ask for help or you have any questions, please, write to Mensajes a SIIC (www.siic.com/main/sugerencia.php).

Stage 1 - Identification

1A. When you first access the System you will write your User Name (email address of the author) and your Reference ICE Number that appears in the invitation received as expert columnist. Then, please, click the button **“Access to SSEA”**. If you do not have a Reference ICE Number contact Mensajes a SIIC (www.siic.com/main/sugerencia.php). The next page contains the Introduction to SSEA System and its stages. Read it carefully. Then click **“Enter”**. Write your personal data and follow the easy instructions of the system and these Guidelines

....

Complete guidelines in:

www.siic.com/guidelines_sic_web.htm

For further information or inquiries, please contact expertos.siic@siic.com or call to telephone number (0054 11) 4342-4901; Fax: (0054 11) 4331-3305.

(SSEA version, D12).

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).