

Alergias que no perdonan

Dr. Fernán Caballero
Alergólogo - Inmunólogo

Para los alérgicos a ciertos alimentos, el motivo de esas respuestas exageradas no está flotando en el aire, sino reposando encima de la mesa, en el plato. El "enemigo" puede ser el huevo, el pescado, la leche, las avellanas o el trigo, dentro de una lista que crece a tenor de las estadísticas. De momento, la solución es eliminar de la dieta al alimento culpable de la alergia.

Aunque las alergias por ingerir ciertas comidas son menos frecuentes de lo que la gente piensa, éstas no deben descuidarse porque pudieran generar anafilaxia, de riesgo vital, casi mortal. En el hemisferio norte es usual la alergia al maní. Según el doctor Fernán Caballero, alergólogo inmunólogo del Centro Médico Docente La Trinidad, "las reacciones alérgicas son frecuentes principalmente a los pescados, mariscos y nueces, capaces de producir respuestas catastróficas, tanto así que aún se reportan entre 20 y 40 muertes anuales en Estados Unidos por la ingesta de los alimentos mencionados".

Los síntomas de alerta para recibir atención inmediata son la aparición de ronchas, hinchazón (labios o lengua) y súbita dificultad respiratoria. Quienes han tenido episodios catastróficos saben que al sentir esa dificultad deben recibir atención médica de inmediato. Vale saber que el shock anafiláctico es una reacción severa que involucra no sólo el tracto respiratorio sino una baja de tensión, dolor abdominal, pérdida de conciencia. Es producido por factores externos alérgicos que pueden ingresar al organismo por diversas vías: inhalados, ingeridos o por vía parenteral (inyectados).

Medicamentos de cuidado

La penicilina puede generar shock anafiláctico, así como otros antibióticos. Existe la falsa idea de hacer una prueba en el brazo antes de aplicar el medicamento para corroborar si la persona es alérgica. La prueba para la penicilina aunque existe, es laboriosa y no está totalmente perfeccionada. Otros medicamentos de riesgo para el shock anafiláctico son antiinflamatorios conocidos como AINES, como lo son el ibuprofeno y la aspirina.

En un trabajo de investigación realizado por Caballero conjuntamente con sus colegas Mario Sánchez y Arnaldo Capriles, también del CMDLT, describen una población muy grande de pacientes con reacciones a la toma de esos medicamentos o su aplicación parenteral. El mismo grupo de especialistas describe la anafilaxis inducida por la ingestión de ácaros en ciertas comidas y esa investigación ha merecido premios en el ámbito científico. La administración de medios iodados debe ser muy cuidadosa porque es otra fuente de morbilidad considerable. Puede evitarse tal evento con el pre tratamiento establecido desde los años 70'.

Las picaduras de abeja o de hormigas de fuego pueden causar el indeseable shock y lamentablemente no se llevan registros de los fallecimientos por esta razón. Hay vacunas definidas de venenos para esos casos, no así para alimentos y antiinflamatorios no esteroideos, quedando la opción de usar medicamentos sin reactividad cruzada.

Entrevista realizada por:
Blanca García Bocaranda, CNP 620

Actividades Educativas

Gerencia del Centro de Extensión del Conocimiento (GCEC)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Programa Haciendo Vida	Dr. Freddy González	Ene 10,12,17,19,24,26,31 Feb 2,7,9,14,16,28 Mar 1, 6,8,13,15,20,22,27,29	Auditorio "Carlos Klempner"
Rehabilitación cardiaca	Dr. Roberto Curiel	Ene 13,20,27 Feb 3,10,17,24 Mar 2,9,16,23,30	Auditorio "Carlos Klempner"
Diabetes: problema de todos.	FADI	Ene, 14	Auditorio "Carlos Klempner"
Espacio Abierto	Dr. Juan Pérez González	Ene 16, Feb 29, Mar 27	Servicio de Anestesiología
Ciclo de Educación continua en cirugía buco-maxilo-facial	Dr. Paul Maurette	Ene 25, Mar 28	Auditorio "Carlos Klempner"
Disgrafía	Lic. Adriana Blanco	Ene, 28	Auditorio "Carlos Klempner"
6to Encuentro Residentes de Oftalmología	Dr. Javier Molina	Feb, 11	Auditorio "Carlos Klempner"
Congreso Miami Children's Hospital	Dr. José Levy	Feb 13,14,15,16	Auditorio "Carlos Klempner"
Curso Incontinencia Urinaria	Dr. Vicente Bosque	Feb, 25	Auditorio "Carlos Klempner"
Jornadas de Emergencias Pediátricas	Dr. Nicolás Cárdenas R.	Mar, 03	Auditorio "Carlos Klempner"
Curso para pacientes	Servicio de Ginecología	Mar, 10	Auditorio "Carlos Klempner"
Curso Cirugía Plástica	Dr. Rafael Casanova	Mar, 13	Auditorio "Carlos Klempner"
Histeroscopia de consultorio e Histeroscopia de quirófano	Dr. Alfonso Arias	Mar 16,17,18,19	Auditorio "Carlos Klempner"
Sutura Laparoscopia Ginecológica básica/ Master de sutura laparoscópica	Dr. Alfonso Arias	Mar 20,21,22,23,	Auditorio "Carlos Klempner"
Cáncer de colon "De la A la Z" V curso Coloproct.	Clínica de Coloproctología	Mar, 24	Auditorio "Carlos Klempner"

Gerencia de Información y Formación Profesional (GIFP)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Entrenamiento Clínico en Anestesiología Dra. Dayana T. Maita Casanova, Dra. Karen J. Aguiar C. Dra. Zuraída del C. Rojas R., Dra. Rosmelin J. Bentacourt P.	Dr. Alejandro Salazar, Dr. Tomas Villegas	16-01-2012 al 15-12-2012	Servicio de Anestesiología
Entrenamiento Clínico en Emergencias Cardiológicas, Dra. Jusbeth Labrador	Dr. José Abelardo López	11-01-2012 al 15-12-2012	Servicio de Cardiología
Entrenamiento Clínico en Cirugía de Columna, Dra. Andreina E. Montero S.	Dr. Guillermo Bajares	11-01-2012 al 15-12-2012	Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Pasantías académicas Hospital de Lidice - Postgrado Gastroenterología Dr. Leopoldo Loreto, Dra. Claudia Quiroga, Dr. Luis Montañez, Dra. Andreina Armas, Dr. Johan Cardoza, Dr. Luis Arevalo	Dr. Jacobo Dib	Ene 2012 a Jun 2012	Servicio Gastroenterología
Entrenamiento Clínico "Cirugía Minimamente Invasiva", Dra. Alicyoy C. Angulo	Dr. Juan A. Rivero, Dr. Vicente Bosque	11-01-2012 al 15-12-2012	Servicio de Ginecología
Entrenamiento Clínico Neumonología, Dr. Erain José Sánchez A.	Dr. Agustín Acuña	11-01-2012 al 15-12-2012	Servicio Neumonología
Entrenamiento Clínico en Cornea, Dra. Kathy Carrillo	Dr. Luis Alberto Rodríguez	11-01-2012 al 15-12-2012	Servicio de Oftalmología
Entrenamiento Clínico en Oculoplastia, Dra. Ana Gutierrez	Dr. Fernando Colombo	11-01-2012 al 15-12-2012	Servicio de Oftalmología
Entrenamiento Clínico en Otorrinolaringología Avanzada, Dra. Laila Noroño	Dra. Mónica Saavedra	11-01-2012 al 15-12-2012	Servicio de Otorrinolaringología

Gerencia de Medicina Comunitaria y Programas Sociales (GMCPs)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Observatorio de Riesgo en Salud Puesto de Toma de Tensión Arterial y Riesgo Global	Dr. Roberto López Nouel Lic. Dollys Hurtado Warrick	Ene, Feb, Mar,	Centro Médico Docente La Trinidad y Municipios Baruta y El Hatillo
Taller de Primeros Auxilios	Lic. Dollys Hurtado Warrick	Ene 10, 13, Feb 01, 08, Mar 02, 06,	Ambulatorio "La Esperanza" Comunidad de Santa Cruz del Este
Charla Importancia de Conocer sus Valores de Glicemia, Triglicéridos, Hemoglobina Glicosilada	Lic. Dollys Hurtado Warrick	Ene 18, 25, Feb 14, 22, Mar 16, 13,	Centro Médico Docente La Trinidad
Taller "Aprenda a tomar la Tensión Arterial"	Dr. Roberto López Nouel Lic. Dollys Hurtado Warrick	Ene 27, 31, Feb 22, Mar 20, 23	Centro Médico Docente La Trinidad
Cátedra de Salud para Docentes	Dr. Roberto López Nouel Lic. Dollys Hurtado Warrick	Mar, 25	Centro Médico Docente La Trinidad
Encuentro con Consejos Comunales	Dr. Roberto López Nouel Lic. Dollys Hurtado Warrick	Mar, 28	Ambulatorio "La Esperanza" Comunidad de Santa Cruz del Este
Diálogo de Salud; Aproximación para abordajes de políticas de salud para los Municipios de Baruta y El Hatillo	Dr. Roberto López Nouel Lic. Dollys Hurtado Warrick	Mar, 30	Centro Médico Docente La Trinidad

Gerencia de Servicios Asistenciales (GSA)

ACTIVIDAD	COORDINADO POR	FECHA	LUGAR
Código Azul de RCP y Uso de DEA	Lic. Maritza Martínez	Ene, 01	Auditorio "Carlos Klempner"
Meningitis... Atención Segura!!	Lic. Franca Lo Gudice	Ene, 19	Auditorio "Carlos Klempner"
Bioseguridad	Lic. Maritza Martínez	Ene, 26	Auditorio "Carlos Klempner"
Protocolos de Atención de Enfermería	Lic. Maritza Martínez	Feb, 02	Auditorio "Carlos Klempner"
Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	Lic. Jhoseline Garzón	Feb, 09	Auditorio "Carlos Klempner"
Proceso Administrativo en la Atención de Enfermería	Lic. Alejanira Gonzalez	Feb, 23	Auditorio "Carlos Klempner"
2º Simposio de Emergencia Adulto	Lic. Magaly Cordova	Mar, 01	Auditorio "Carlos Klempner"
Cuidado Humano	Lic. Maritza Martínez	Mar, 08	Auditorio "Carlos Klempner"
Protocolos de RCP y Uso de DEA	Lic. Maritza Martínez	Mar, 15	Auditorio "Carlos Klempner"
Excelencia en el Cuidado Humano	Lic. Alejanira Gonzalez	Mar, 29	Auditorio "Carlos Klempner"

Cincuenta retos de la docencia

Profundizar en ser docente hoy, amén de conocer el rol pedagógico y didáctico del conocimiento con la sociedad, significa estar capacitado para actualizarse y renovarse con la prontitud que exigen los tiempos modernos. Por ello, la culminación exitosa de programas educativos destinados al perfeccionamiento profesional de los médicos del CMDLT merece un reconocimiento unánime. Felicitamos a los "Fellows" y a sus Tutores.

El Departamento de Educación celebró la entrega de certificados a los 50 profesionales que cursaron el Programa Básico de Formación Docente, que comprende una introducción a las bases conceptuales, normas y procedimientos prevalentes actualmente a nivel mundial en la educación de los profesionales de la salud. El curso fue completado con entusiasmo por más de cincuenta profesionales de nuestra institución, quienes de esta manera formalizaron su interés en pertenecer al cuerpo docente. "...Nos satisface particularmente la presencia de profesionales de Enfermería entre los cursantes, ya que la educación multi profesional para la atención de la salud es una tendencia de creciente aceptación en los medios académicos", conceptúa el doctor Juan Pérez González, Jefe del Departamento de Educación.

Entre las actividades educativas del CMDLT se incluye una serie de programas de formación profesional para la docencia, el primero de los cuales concluyó en este acto. Pronto podrán incorporarse en un nuevo curso todos los profesionales que lo deseen, independientemente de haber o no completado el primero.

Pérez González quiso compartir con los asistentes su visión sobre el futuro académico del CMDLT en los 2020s: Espera que para entonces el Centro ocupará una posición de liderazgo en la educación venezolana y latinoamericana para las ciencias de la salud, y ocupará el primer lugar en el país como institución privada de educación profesional para pre y postgrado. Ese objetivo solo será alcanzable con la participación de todos. La respuesta de estos 50 profesionales a su convocatoria y el interés expresado por otros lo llena de expectativas, y confía en que nuestra institución será pionera en el desarrollo de nuevas tendencias de la educación médica.

espacioabierto

Ponle chocolate a tu vida

Si es de los que no dejan pasar un día sin llevarse a la boca un trozo de chocolate, no se preocupe, porque caer en la tentación a diario podría ser saludable. Eso sí, con moderación. Según los estudiosos de ese "pecado negro", tomar un poco de chocolate al día contribuye a bajar la tensión arterial, no engorda ni afecta los niveles de glucosa en sangre.

Con tan buenas noticias nos recibieron en el "Espacio Abierto" de los miércoles, Adriana Blanco, terapeuta infantil del Centro Médico Docente La Trinidad, Natasha Leníz e Ingrid Straziota, para exponer toda una investigación sobre los beneficios del cacao para cuerpo y alma, amén de su historia, variedades, su presencia en el mundo en la que Venezuela ocupa el primer lugar por su extrema calidad. Terminados los minutos de docencia ligera, las tazas de un humeante chocolate estimularon la alegría de los asistentes para luego degustar delicias que confirmaron la versatilidad del alimento desde unos tequeños gourmet de queso y chocolate hasta otras creaciones inolvidables en nuestros paladares. Y, como de proteger al corazón se trata, San Valentín no podía escoger mejor presente para repartir en su próxima celebración.



Magia Nudista

Nunca es demasiado cuando de magia se trata, parece ser el lema del arquitecto Gilberto Barnola, mago profesional nudista, porque como bien lo demostró con picardía, trabaja a la perfección con las cuerdas y sus nudos de ataduras increíbles ante nuestros ojos... no quedaron en segundo plano sus actos con barajas, vasos llenos de agua, pelotitas rojas, monedas y otros elementos con los cuales fascinó a la audiencia, de manera especial a los niños presentes quienes participaron en algunas de sus rápidas maniobras, y fue Ana quien con su inocencia y picardía en verdad hipnotizó a los presentes. El número de los aros estuvo a cargo de Rafael Gorrochotegui, premio Internacional de Magia recibido en Guatemala, por su especialidad de magia en escenario y segundo mejor del mundo adivinando cartas. Ellos comparan a la magia con la vida misma en su trayectoria obvia en relación a la familia y amigos, siempre recurrimos a la magia para ver que todo queda íntegro.



Mioepitelioma Benigno de la Órbita

Estudio Histológico e Inmunohistoquímico

Dra Margarita Estribí * Dra Maria Eugenia Orellana Dra Carolina Areán*****

* Médico Oftalmólogo. Centro Médico Docente La Trinidad

** Oftalmopatólogo. Sección de Patología Ocular. Instituto de Anatomía Patológica. UCV

*** Patólogo. Fellow de Patología Ocular. Instituto de Anatomía Patológica. UCV

El Mioepitelioma fue reconocido como una entidad histológicamente distinta por la Organización Mundial de la Salud. (WHO) en 1991.

Son tumores raros compuestos de células mioepiteliales con un patrón de crecimiento sólido, mixoide y/o reticular.⁽¹⁾

Existen cinco variantes celulares.

Ocurren más comúnmente en las glándulas salivares, pero han sido descritos en la glándula lagrimal y párpado inferior⁽²⁾

Recientemente han sido reportados Mioepiteliomas de tejidos blandos.

Reportamos un caso de un Mioepitelioma Primario benigno de tejidos blandos de la órbita.

Caso Clínico:

Paciente masculino de 20 años quien consultó por lesión nodular profunda en la parte externa de su párpado inferior izquierdo, de crecimiento lento, no dolorosa de 8 meses de evolución.(Fig. 1 A).

Se palpaba tumoración muy pequeña, móvil, no adherida a planos profundos.

La tomografía computada reveló una masa de 0.6 x 0.8 cm, homogénea, discretamente densa, bien circunscrita en tejidos blandos de la órbita izquierda a nivel de reborde orbitario.(Fig.1B).

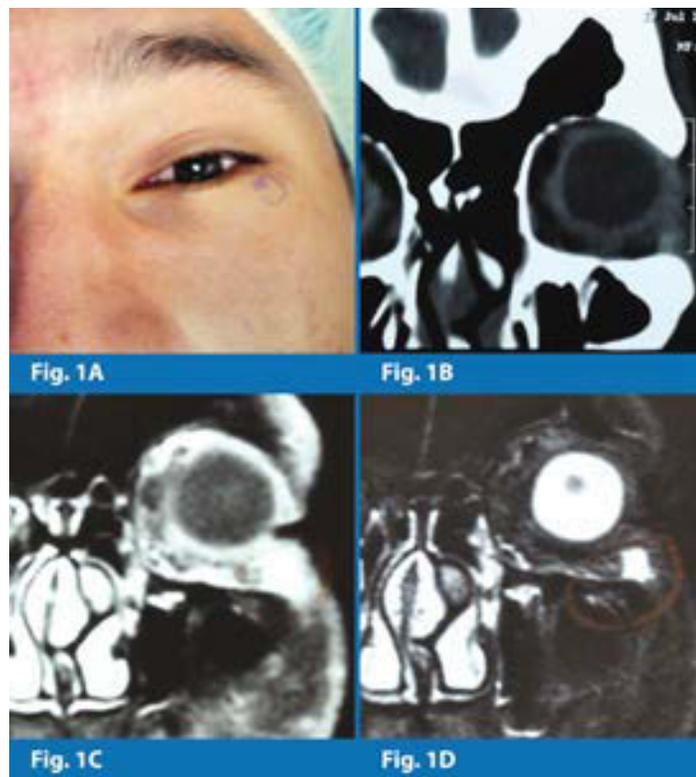
En la resonancia magnética coronal en T1 se observó una imagen medianamente intensa y en T2 hiperintensa en tercio anterior externo del piso orbitario izquierdo (Fig.1C,D).

A través de incisión subciliar se reseco totalmente tumor bien circunscrito, de 1x1 cm en órbita anterior a nivel de reborde orbitario.

El reporte de biopsia describe tumor predominantemente compuesto de células mioepiteliales sin formación de ductos desprovisto de atipias.(Fig. 2)

El estudio inmunohistoquímico demostró positividad citoplasmática para pan-citoqueratina y actina músculo liso así como negatividad para CD 34 (Fig. 3 y Fig.4)

El diagnóstico fue: Tumor Benigno de Estirpe Mioepitelial: Mioepitelioma



Discusión:

Las neoplasias benignas y malignas de células mioepiteliales comprende un raro pero bien caracterizado grupo de tumores entre los cuales el mioepitelioma de las glándulas salivares es bien conocido.

Ejemplos extrasalivares del mioepitelioma han sido descritos en mama, laringe, Retroperitoneo así como cutáneos y en tejidos blandos⁽³⁾

Es muy raro en órbita. Herlihy y Col.⁽⁴⁾ reportaron un Mioepitelioma primario de Tejidos blandos en un niño de 3 meses y Waldrop y Col⁽⁵⁾ un caso de Mioepitelioma metastásico a la órbita.

En nuestro caso los diagnósticos diferenciales contemplados en el estudio de este caso incluyeron: hemangiopericitoma (cuyas células serian positivas para CD 34, así como negativas con citoqueratina), tumor glómico (mostraría positividad para actina y negatividad para citoqueratina). Sin embargo, casos de reactividad cruzada con citoqueratina han sido descritos)

La conducta clínica cuando se originan en tejidos blandos, puede ser difícil de predecir pero son más comunes benignos. Sin embargo una minoría de estas lesiones producen metástasis. Se recomienda excisión total.

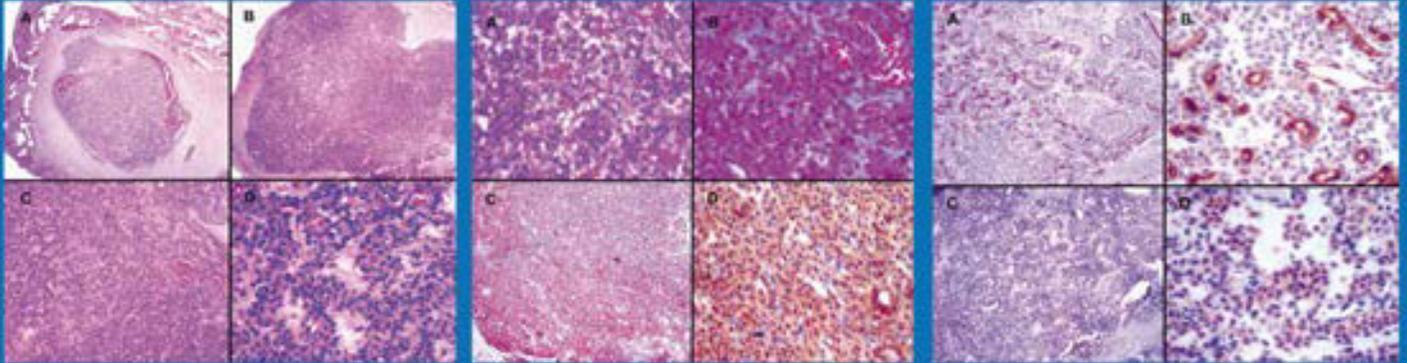


Fig. 2

A: Corte histológico donde se aprecia un nódulo bien circunscrito, parcialmente encapsulado (H/E 40X).

B: En algunas áreas se aprecia que la lesión pierde su configuración nodular, haciéndose más difuso y distribuyéndose en el tejido conectivo adyacente (H/E 40X).

C: En las áreas difusas se observa una trama vascular alrededor de la cual se aprecian las células tumorales (H/E 100X).

D: Las células tumorales se mantienen en grupos, algunas formando estructuras pseudo-glandulares (H/E 200X).

Fig. 3

A: Las células tumorales son de citoplasma amplio eosinofílico, PAS positivo. Los núcleos son redondos, sin atipias (PAS 400X).

B: Entre las células tumorales se aprecian bandas delicadas de tejido conectivo que rodean los vasos adyacentes (Tricrómico de Gomori 400X).

C y D: Positividad con actina músculo liso específico (AML) en el citoplasma de las células tumorales (100X y 400X).

Fig. 4

A y B: Positividad en el citoplasma de las células endoteliales para el antígeno CD34. Negatividad en las células tumorales (100 y 400X).

C y D: Positividad en el citoplasma de las células tumorales para el citoqueratina AE1/AE3 (pan-citoqueratina) (100 y 400X).

Conclusiones:

El Mioepitelioma primario de tejidos blandos de la órbita es excepcional. El diagnóstico clínico como histopatológico, debe resaltar, de acuerdo al grupo etario, otros tumores tales como Hemangiopericitoma, Tumor Glómico, Hemangioendotelioma, particularmente cuando el tumor es sólido y no hay formación de luces glandulares.

Referencias Bibliográficas:

- 1- Seifert G. Histological typing of salivary Gland Tumors. 2nd ed. New York (NY): Springer-Verlag; 1991
- 2- Huerva V, Sanchez MC, Egido RM, Matías-Guiu X. Pleomorphic Adenoma with extensive myoepithelial component (myoepithelioma of the lower eyelid). Ophthal Plast Reconstr Surg 2008; 24:223-5
- 3- Kutzner H, Mentzel T, Kaddu S, Soares L, Sanguenza O, Requena L. Cutaneous Myoepithelioma: An under-recognized Cutaneous Neoplasm composed of Myoepithelial Cells. Am J Surg Pathol 2001; 25:348-355
- 4- Herlihy EP, Rubin BP, Jian-Amadi A. Primary myoepithelioma of the orbit in an infant: JAAPOS. 2009 Jun; 13(3):303-5.
- 5- Waldrop C, Kathuria SS, Toretzky JA, Sun CC. Myoepithelioma metastatic to the orbit. Am J Ophthalmol 2001; 132:594-6.

Controversias en enfermedad vascular arterial aorto-iliaca

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

Servicio Cirugía Cardiovascular
Servicio de Cardiología

No podemos referirnos a las enfermedades oclusivas arteriales sin remitirnos al proceso histórico del tratamiento de las lesiones arteriales:

- 1.- En 1759 Hallowell suturó una arteria con puntos en forma de 8, pero se trombosó.
2. Reparaciones exitosas con grapas de marfil se lograron de manera exitosa en 1881 por Gluck y con suturas en 1889 por Jasnowsky. En 1889 Dorfler creó la técnica de penetrar deliberadamente todas las capas arteriales, técnica que actualmente se usa.
- 3.- En 1902 Alexis Carrel hizo su contribución con las técnicas de anastomosis por triangulación de la boca anastomótica.

Con el transcurrir del tiempo, no solo hubo nuevas técnicas quirúrgicas mediante la utilización de venas autólogas, también el uso clínico de la heparina a partir de 1936, una década antes de que el Dr. Reynaldo Dos Santos describiera y perfeccionara las técnicas de arteriografía translumbar; posteriormente las técnicas percutáneas fueron tomando auge con el Dr. Seldinger.

La desobstrucción de los segmentos ocluidos ya había sido intentada en el siglo XIX pero había pasado al olvido debido a los fracasos sistemáticos por trombosis cuando en 1946 Cid dos Santos realizó una endarterectomía con cobertura heparínica que resultó exitosa y a partir de ese entonces hasta hoy en día se mantiene como parte de los procedimientos vasculares. Más tarde se comenzó la cirugía de las derivaciones arteriales con injertos sintéticos ya que la poca disponibilidad a veces de conductos autólogos, limitaba este tipo de cirugías, en 1952, Voorhes y col. describieron el primer reemplazo de aorta abdominal en modelos caninos con un material plástico poroso: el Vinyon "N". Dos años después se comenzó su uso clínico y posteriormente se estudiaron nuevos materiales plásticos como el rayón, el dacrón y el politetrafluoroetileno (PTFE).

Por supuesto, estos avances quirúrgicos estaban apareados con el uso cada vez más intensivo de los antibióticos, el cuidado clínico de los pacientes y las técnicas diagnósticas no invasivas que fueron desde la pletismografía, al ultrasonido, a la resonancia y a la angiogramografía multicorte.

Sin embargo fue en estos últimos tres lustros cuando el avance espectacular de las técnicas endovasculares comenzó a jugar un rol determinante en el tratamiento de las lesiones obstructivas arteriales: desde la dilatación intraluminal simple hasta las que conllevan actualmente a la colocación de Stents, las derivaciones intraluminales y extraluminales subadventicias.

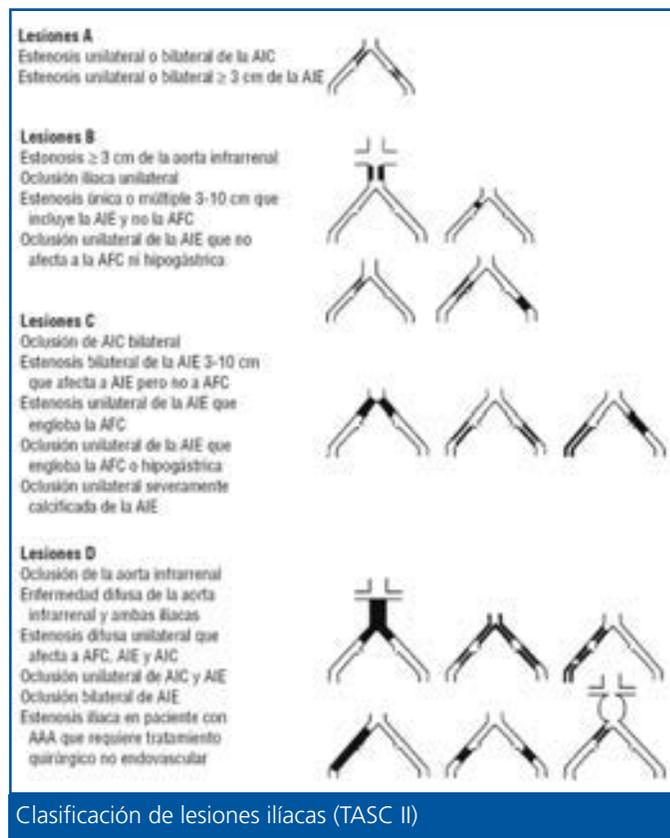
Este enorme progreso en técnicas y materiales que hemos vivido, ha hecho que un número de profesionales de diferentes disciplinas, conformen, ya sea solos o con cirujanos vasculares y cardiovasculares, un equipo intervencionista que realiza una parte del procedimiento y otra los cirujanos, dando lugar a lo que se ha llamado técnicas "híbridas".

La alta variabilidad en los tipos de lesiones vasculares ha llevado a visiones del tratamiento con polos antagónicos: el intervencionismo puro y la cirugía a toda costa.

Hay infinidad de reuniones, simposios y congresos dedicados a alabar cada una de estas dos visiones: hay resultados y estadísticas que favorecen tanto a una postura como a la otra y en medio de este maremágnum de ideas han surgido organizaciones que tratan de dilucidar, estandarizar y recomendar los procedimientos más adecuados de acuerdo con la evidencia que se acumula diariamente.

Uno de estos grupos es el TASC original (Trans Atlantic Inter-Society Consensus) que posteriormente se llamó TASC II (Interdisciplinary Consensus for the Management of Peripheral Artery Disease) y se eliminó la parte de Trans Atlántica para reafirmar que el consenso era de carácter global con las sociedades científicas de los cinco continentes y especialistas como cardiólogos intervencionistas, cirujanos vasculares y cardiovasculares, radiólogos intervencionistas así como administradores de salud y epidemiólogos.

En las guías más recientes se establece el tipo de lesiones del segmento aortoiliaco y recomendaciones.



El objetivo de la revascularización es eliminar las manifestaciones clínicas de la EAP severa de la extremidad inferior, como dolor en reposo, úlceras isquémicas o gangrena distal, así como disminuir el riesgo de pérdida de la extremidad.

El tratamiento convencional con la colocación de un injerto aorto-bifemoral, tiene una permeabilidad a largo plazo mayor que las técnicas endovasculares actuales; sin embargo, se acompaña también de una mayor mortalidad, complicaciones trans y postoperatorias y un tiempo de incapacidad más prolongado.

La decisión del mejor método de revascularización resultará de un cuidadoso análisis del balance entre el riesgo asociado a la intervención específica y el grado y durabilidad de la mejoría que puede esperarse de la intervención

La permeabilidad de un injerto arterial varía de acuerdo con su localización anatómica, su material y la calidad de los vasos sanguíneos del paciente.

Cuando se encuentre un paciente que presenta lesiones en las cuales tanto la alternativa endovascular como la cirugía tradicional nos brindan las mismas posibilidades de éxito se debe de preferir la opción endovascular. La opción endovascular deberá de ser considerada en pacientes en quienes el riesgo anestésico quirúrgico impida la realización de un procedimiento quirúrgico tradicional.

NIVEL DE EVIDENCIA	RECOMENDACIÓN
1B	En situaciones en donde la revascularización endovascular y la quirúrgica de una lesión causante de síntomas de claudicación intermitente determinen la misma mejoría de los síntomas a corto y largo plazo, se debe de preferir la alternativa endovascular.
1B	En las lesiones tipo TASC A, el tratamiento de elección es el endovascular. En las lesiones tipo TASC B, el tratamiento preferido es el endovascular.
1B	En las lesiones tipo TASC C, en un paciente con un riesgo quirúrgico aceptable el tratamiento de preferencia será la derivación aortobifemoral. En las lesiones tipo TASC D, el tratamiento de elección es la interposición de un injerto aortobifemoral.
1B	En situaciones de alto riesgo quirúrgico cardiológico o pulmonar o en presencia de un abdomen hostil y en lesiones tipo C y D se puede optar por la reconstrucción extra-anatómica utilizando una derivación axilofemoral o femoro-femoral cruzada.
1B	La endarterectomía ilíaca, angioplastia con parche o derivación iliofemoral en caso de flujo de entrada aórtico normal puede ser utilizada para el tratamiento de enfermedad unilateral y combinada con una derivación femoro-femoral cruzada para el tratamiento de enfermedad bilateral si el paciente no es buen candidato para una derivación aortobifemoral. La derivación axilo- bifemoral está indicada para el tratamiento de pacientes con enfermedad aortoiliaca extensa y que no son candidatos a ningún otro tipo de intervención.

Referencias Bibliográficas:

1. - Hallowell in Lambert: Medical Observations and Inquires. 1762. Vol. II.
2. - Gluck Th. Die moderne Chuirrgie des Zirkulantiionsapparates. Berl Klinik. 1898; 120: 1.
3. - Jassinowsky A. Die Arteriennaht. Beitr Z Klin Chir. 1899; 25: 781.
- 4.- Carrel A. La technique operatoire des anastomoses vasculaires et la transplatation des visceres. Lyon Med. 1902; 98:859.
- 5.- dos Santos R, Lamas A, Pereira CJ. L'arteriographie des membres, de L'aorte et ses branches abdominales. Bull Soc Nat Chir. 1929; 55: 587.
6. - Seldinger SI. Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography: A new technique. Acta Radiol. 1953; 39:368-376.
7. - Inter-society Consensus for the Management of Peripheral Arterial disease (TASC II). Guidelines 2007. Disponible HTML. <http://www.tasc-2-pad.org/upload/SSRubriqueProduit/Fichier2/597.pdf>



¿Jubilado y deprimido ?

Dr. Wadalberto Rodríguez
Psiquiatra

Esa denominada tercera edad, temida por verse justamente el deterioro del ser humano que no ha tenido una buena calidad de vida, alberga también momentos de estrés. Hay una especie de eufemismo de la etapa de la vida cuando comienzan a sentirse los embates del envejecimiento, pero la medicina moderna ha logrado que la persona tenga no solo un número mayor de años de vida, sino un mayor número de años con calidad de vida por los avances que ha aportado la medicina.

Hoy la gente se muere un poco más vieja que antes, pero sobretodo se hace vieja mucho más tarde. Se marcaba la tercera edad a partir de los 60 años, pero ahora a esa edad cualquier persona está absolutamente vital, haciendo ejercicios, con una actividad social sana, graduándose de algo que siempre anheló ser, volviéndose a casar e inmensamente felices. Antes una persona de 60 años se recluía en su casa esperando que le llegara la muerte. El psiquiatra Wadalberto Rodríguez, del Centro Médico Docente La Trinidad, alerta sobre ese momento de pantuflas y bata de casa que empobrece la calidad de vida cuando se deja la actividad laboral al ser jubilados.

En la tercera edad, independientemente de que tenemos una mejor calidad de vida, el cerebro sufre problemas que al pasar los 50 años aumentan la probabilidad de presentar una enfermedad de tipo demencial, de origen degenerativo, con el agravante que se generan complicaciones por diagnósticos diferenciales mal realizados entre una enfermedad tipo Alzheimer o una demencia vascular, cuando en realidad se trata de una depresión.

Anidar la depresión

Muchas demencias comienzan con manifestaciones de tipo depresivo. Se le indican medicamentos, rota por varios especialistas y así puede pasar varios años. Las manifestaciones de la depresión como inicio de un trastorno de tipo demencial no son muy diferentes de las manifestaciones de una depresión no demencial. Si el paciente tiene una edad comprendida entre los 50 y 60 años, e inicia manifestaciones de una depresión de primera aparición hay que hacer obligatoriamente el diagnóstico diferencial con el comienzo de una demencia.

Si ya ha tenido 2 o 3 depresiones, se piensa que es una más, pero si supera los 50 años debe hacerse el diagnóstico diferencial porque puede ser la primera manifestación de una demencia a esa altura de la vida. No será tratado como una depresión común ya que debe manejarse como depresión en una enfermedad demencial que, aunque clínicamente son muy similares, tienen tratamientos diferentes.

El paciente deprimido casi nunca consulta por voluntad propia, sino que es llevado al especialista por los familiares preocupados por su tristeza, mal humor, incomunicación, no habla, peleas en la oficina o en el hogar. Adultos deprimidos tienen un componente muy importante de irritabilidad.

El momento de la jubilación lo conceptúa la población humorísticamente, como el síndrome de Pomponio, no siendo una definición médica. La jubilación es un momento muy crítico en la vida porque se trata de un cambio, como lo es la adolescencia o el matrimonio. Es vital prepararse para el momento del retiro y ejercer una actividad provechosa, que motive a continuar activos y a sentirse necesario, porque el jubilado, en el fondo, considera ya no es útil a la sociedad. Es peligroso dejar atrás el contacto social y aislarse.

El retiro laboral no significa descuidarse en el vestir, tirados en el chinchorro o en un sillón viendo televisión o leyendo periódicos. Es cuando tiene radical importancia el entorno social del paciente. Quienes se retiran en soledad corren un mayor riesgo de caer en depresión y suicidio al no tener un contexto familiar que les apoye.

Haz lo que tú quieras

La tercera edad debería ser el momento de hacer lo que siempre se anheló. Tiempo de viajar, de disfrutar más a los amigos o a la familia. Es la edad con la posibilidad de hacer lo que siempre se deseó o trabajar medio tiempo. El problema es que se espera la jubilación para vivir de un ingreso cada día menor. Al llegar la etapa de la jubilación las personas son etiquetadas y pensionadas, sin más aliciente. Sienten que están esperando la muerte. Además, en la tercera edad hay enfermedades que estimulan la aparición de la depresión. No obstante, los jubilados tienen mucho que aportar por su experiencia y sin embargo, con frecuencia no son tomados en cuenta. Podría ser una etapa muy bonita y productiva, aunque los problemas de salud afloran con los años, pero la medicina ha avanzado para brindar calidad de vida.

Entrevista realizada por: Blanca García Bocaranda, CNP 620