

Revista MEDICA Hondureña

Re
M
Ho



ORGANO DEL
COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Revista
MEDICA
Hondureña

ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

C O N S E J O E D I T O R I A L

Dr. NICOLÁS NAZAR HERRERA
Director

Dra. MARTHA MATAMOROS DE LÓPEZ
Secretaria

Cuerpo de Redacción

DR. RICARDO AGUILLAR ROSA
DR. SAID MEJIA LEMUS

DR. JOSÉ CLAROS SABILLON
DR. MARCO VILLAR LANDA

ADMINISTRACIÓN

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Apartado Postal No. 810
Tegucigalpa, Honduras
Tel. 32-7985

EL SERVICIO MEDICO SOCIAL

El Colegio Médico de Honduras desde su fundación en 1962, ha contemplado en su Ley Orgánica un principio social que se refiere a la proyección del Médico a la comunidad, al pueblo, a quien nos debemos para tener ese principio social tan arraigado en el sentimiento de todos los Médicos que integran el Colegio Médico de Honduras. La Universidad Nacional Autónoma de Honduras, a través de la Facultad de Medicina ha contribuido mucho estableciendo en el currículo de estudio clases que ponen en contacto al estudiante desde sus primeros años de la carretera con el pueblo, y en los años finales un trabajo a tiempo completo al servicio de todos los pacientes que llegan a los Hospitales.

Es así que el penúltimo año de la carrera, el estudiante de medicina "MEDICO INTERNO", el cual trabaja 10 horas al día y cada 4 días turnos de 12 a 24 horas, no importando fines de semana o días festivos y por ello se le da un salario beca que se inició con L. 120.00, hasta el actual salario que es L. 775.00.

El último año de la carrera, al estudiante se le llama "MEDICO EN SERVICIO SOCIAL" es un requisito para graduarse y poder ser Médico colegiado. Este año de Servicio Médico Social para iniciarlo el Médico Infiere se somete a un sorteo para que de esta manera todos los pueblos de Honduras tengan la misma oportunidad de tener un Médico a tiempo completo. No ocurre lo mismo al Médico, el que tiene que viajar a lugares muchas veces inaccesible sin vías de comunicación expuestos a cualquier riesgo para su persona, abandonando su familia ya sea padres, hermanos, esposa (o) e hijos, ya que ellos están preparados para esta intemperie; pero sí comprende que aquel ser querido tiene que cumplir con esa obligación que su Escuela, el Estado y su colegio le han impuesto. En este año el Médico en

Servicio Social recibe un salario que en 1966 comenzó con L.400.00 y actualmente L. 1.175.00 no goza de la protección de la Ley del Estatuto del Empleado Médico, no tiene derecho a viáticos, ni zonaje aunque se encuentre en pueblos de la frontera o la Mosquitia, pero sí con la obligación de permanecer en ese pueblo las 24 horas del día y todos los días del año, y realizar turnos de 24 horas si en esa comunidad hay Hospital.

En este quehacer fundamental de la vida del Médico algunos han perdido su vida dejando a su familia con las ansias y anhelos de tener un Médico; agregando a su dolor problemas económicos, contando en este momento únicamente con un seguro de vida que su Colegio le ofrece.

Hasta el mes de Octubre de 1989, han realizado el Servicio Social 2967 Médicos en los distintos pueblos y hospitales del país. Por esta razón la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, quiere dejar constancia de la importancia de la labor desarrollada por estos 2967 Médicos en el transcurso de 26 años, por ser el único Profesional Universitario que en cantidad y calidad a través de la Historia ha brindado un servicio tan importante para la Salud y Bienestar del pueblo hondureño.

Este reconocimiento lo exaltamos para que las instituciones empleadoras en especial el Gobierno de la República no se olvide de esta labor tan meritoria que el Médico realiza desde su formación y cumpla de una vez por todas la Ley del Estatuto del Empleado Médico, Ley que también tiene una evolución histórica y que nació a raíz de muchas injusticias que sucedieron a centenar de Médicos y que esta Junta Directiva y todo el Gremio Médico tenemos que defenderla porque nos cuesta mucho.

"Uso de Ceftazidime como Monoterapia en Infecciones Severas de Diversa Etiología en Pacientes Críticamente Enfermos o Inmunocomprometidos".

*Dra. Martha Matamoros de López**, *Dr. Ramón H. Alvarenga Calidonio***, *Dr. Rene Estefan Hode****,
*Dr. Rene Medina Nolasco*****, *Dr. Armando Peña******.

SUMMARY

It was developed a prospective study to compare therapeutic efficiency of Ceftazidime against a triple therapy scheme (Amikacin, Methicillin and Piperacillin) for the treatment of a group composed by febrile immunocompromised and very critically ill paediatric patients with severe infections.

23 patients were treated with ceftazidime and 8 with the triple therapy scheme. The most common cause of infection was pneumonia followed by soft. Tissue infections, 61 % of these

infections were due Gram negative bacteria, 22% by Gram positive agents and the remainder 17% were mixed infections.

The therapy efficiency of ceftazidime was 86% compared to 36.5% of the triple therapy group. We conclude that. Ceftazidime could be used in the initial therapy of febrile neutropenic patients or for the treatment of intrahospitalary acquired infections. However in those cases with well characterized infections or with refractan/ neutropenia the initial scheme could be modify with the association of an aminoglu-cosid or Vancomycin.

Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Escuela.
Profesor Titular **III**. Cátedra de Pediatría UNAH.
Servicio de Emergencia Pediátrica. Hospital Escuela.
Profesor Titular **III**. Cátedra de Pediatría UNAH.
Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica, Hospital
Escuela. ** Jefe del Servicio de Hemato-Oncología
Pediátrica.
Hospital Escuela.
*** Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica. Hospital Escuela

RESUMEN

Se practicó un estudio prospectivo para determinar la eficacia terapéutica de Ceftazidime en el tratamiento de infecciones en pacientes pediátricos febriles inmunocomprometidos o críticamente enfermos con infecciones severas en comparación con un grupo de pacientes tratados con triple terapia (Amikacina + Meticilina + Piperacilina). 23 pacientes fueron tratados con Cef-

tazidime y 8 pacientes con triple terapia. De las infecciones tratadas las neumonías y las infecciones de tejidos blandos fueron las más frecuentes. Un 61 % de los pacientes tenían infecciones por Gram negativos, un 22% infecciones por Gram positivos y un 17% infecciones poli microbianas.

La eficacia terapéutica de Cefotazidime fue de un 86% frente a un 36.5% de la triple terapia.

Se concluye que Cefotazidime puede ser utilizada como terapia primaria inicial en pacientes con fiebre y neutropenia o en infecciones adquiridas en el hospital, sin embargo los pacientes con infecciones bien definidas o neutropenia refractaria podrían requerir modificación de la terapia inicial como ser la asociación con un aminoglucósido o con Vancomicina.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes inmunocomprometidos y neutropénicos tienen un elevado riesgo de adquirir infecciones por gérmenes Gram Negativos o Gram Positivos; cuando aparece un proceso febril en estos pacientes, dado el elevado riesgo de que la infección progrese rápidamente a bacteremia y muerte, debe iniciarse en forma pronta una terapia con antibiótico de amplio espectro, esto ha resultado en una reducción de la morbilidad y mortalidad.- Múltiples esquemas terapéuticos se han investigado y usado y los resultados demuestran una eficacia de cerca de un 70% (6). La terapia combinada reduce la emergencia de cepas resistentes que ha sido observada cuando se utilizan solo ciertos Betalactámicos, sin embargo esta terapia no está exenta de desventajas ya que la Asociación de las drogas citotóxicas (empleadas generalmente en este tipo de pacientes) a los aminoglucósidos puede exacerbar los efectos nefrotóxicos y ototóxicos de éstos últimos (1).- Por otro lado hay que considerar el estrecho radio terapéutico de los aminoglucósidos, lo que obliga a la medición de niveles séricos para maximizar su eficacia y reducir su toxicidad, sin dejar de mencionar al elevado costo que implica la terapia combinada.

En 1974, la Organización Europea para la Investigación en el Tratamiento del Cáncer, inició una evaluación comparando la combinación Carbenicilina (o Ticarcilina) más Gentamicina, vs. Cefalotina más Gentamicina vs. Cefalotina más Carbenicilina (o Ticarcilina); demostrando la eficacia del régimen que incluyó la Peni-

Cilina Antipseudomona y un Aminoglucósido.

Posteriormente este mismo grupo comparó los resultados de añadir al régimen, la Cefalotina sin encontrar ventajas terapéuticas.-Con el advenimiento de las Ureico Penicilinas (Azlocilina, mezlocilina y piperacilina) y de las cefalosporinas de 3a. generación tipo Moxalátán y Cefotaxime se realizó un estudio comparativo para determinar si la combinación de una de éstas drogas con un Aminoglucósido era superior al régimen Ticarcilina (o Carbenicilina) más Aminoglucósido; los resultados concluyeron que la combinación Ureico Penicilinas (Azlocilina) más un Aminoglucósido era superior (66% de respuesta) a la combinación Cefotazidime más Amikacina (37% de respuesta) y Ticarcilina más Amikacina (47% de respuesta). (6).

La asistencia actual del paciente críticamente enfermo y del paciente inmunocomprometido ha permitido la supervivencia de un número grande de pacientes con defensas deficientes y ha facilitado la aparición, en el medio hospitalario, de cuadros infecciosos graves, producidos por Pseudomonas y Entera bacterias y la aparición de cepas resistentes a la terapia convencional debido a una mayor producción de Betalactamasas bacterianas o resistencia transferida por plásmidos (5), es así como ha surgido la necesidad de utilizar nuevos agentes antimicrobianos que puedan ser efectivos aún contra los gérmenes resistentes y que ofrezca un excelente margen de seguridad terapéutica con menos efectos colaterales y que su cobertura permita utilizarlo como único agente terapéutico en lugar de la terapia combinada para disminuir con ello los costos. La Cefotazidime es una cefalosporina de 3a. generación capaz de controlar las infecciones graves producidas por una variedad de gérmenes Gram Positivos y Gram Negativos incluyendo pseudomonas y los proteus indolpositivos, este antibiótico posee una estabilidad frente a las Betalactamasas bacterianas. A la luz de estos conocimientos y basados en estudios previos que prueban su eficacia en pacientes neutropénicos febriles o en pacientes críticamente enfermos con infecciones que amenazan su vida (7), decidimos realizar un estudio prospectivo comparando la eficacia de esta droga frente a la terapia combinada.

MATERIAL

El presente trabajo se realizó en el Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Honduras en el Servicio de

Hematología Pediátrica donde se ingresan pacientes pediátricos hasta la edad de 14 años con enfermedades malignas o hematológicas de difícil manejo; Sala de Cuidados Intensivos del Hospital Escuela área pediátrica y pacientes críticamente enfermos ingresados en las diferentes salas de hospitalización del Hospital Materno Infantil. Las edades de los pacientes que se incluyeron en este estudio están comprendidas en el grupo de 2 a 14 años de edad y se tomaron 2 grupos de pacientes:

- a) Pacientes inmunocomprometidos febriles con infecciones por gérmenes desconocidos al momento del inicio del tratamiento.
- b) Pacientes aparentemente no inmunocomprometidos con infecciones graves que amenazan su vida.

Los parámetros para evaluar la mejoría y curación de los pacientes incluyeron parámetros clínicos y laboratoriales como ser:

- Estabilización hemodinámica en caso de shock séptico, descenso de curva febril, mejoría clínica de las lesiones visibles, o resolución del compromiso pulmonar en caso de neumonía y en general, resolución de los síntomas y signos propios de la enfermedad que obliga al tratamiento anti infeccioso, así como la negativización de los cultivos y recuperación de la leucopenia.

MÉTODOS

Después de ser evaluados por uno de los médicos que participan en el estudio, a todos los pacientes incluidos se les practicó:

- un hemograma con FSP, examen general de orina, pruebas hepáticas y renales, pruebas de coagulación, Rayos X de tórax, estudios bacteriológicos que incluyeron 2 hemocultivos tomados de distintas venas con 30 minutos de diferencia, urocultivo, coprocultivo y cultivo de material aspirado o drenado en caso de infección de piel y tejidos blandos. Después de la valoración inicial los pacientes fueron escogidos al azar, a un grupo se les asignó tratamiento combinado con Meticilina (200 mg./k/día en 4 dosis), Amikacina (15 mg./k/día en 2 dosis) y Piperacilina (300 mg./k/día en 4 dosis), los pacientes asignados a monoterapia se les administró Ceftazidime a 150 mg./k/día en 4 dosis.

Una vez asignado a uno de los grupos de estudio el paciente permaneció en ese régimen terapéutico hasta la resolución de su cuadro, recuperación de la neu-

tropenia o si el aislamiento de un agente patógeno obligó al cambio de tratamiento. La duración promedio de la terapia se planeó para 10 a 14 días.

La terapia inicial fue modificada pasando el paciente al otro grupo de tratamiento cuando no se evidencia una respuesta clínica adecuada.

RESULTADOS:

Durante el período de 8 meses comprendidos de Abril de 1988 a Diciembre de 1988, el protocolo de estudio pudo ser aplicado a 23 pacientes de los cuales 15 correspondieron al grupo de monoterapia con Ceftazidime y 8 al grupo de la terapia combinada.

El mayor número de pacientes correspondió al grupo etario de 2 a 5 años de edad (39.1%), ver cuadro No. 1. Hubo un igual número de pacientes del sexo femenino y masculino. 20 de los 23 pacientes estudiados (87%) adolecían de enfermedades hemato-oncológicas, el resto de los pacientes incluyó un paciente con quemadura de

CUADRO #1
RELACION ENTRE SEXO Y EDAD EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS

EDAD/SEXO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
2-5	4	5	9	39.1
6-9	2	4	6	26
10-13	6	2	8	34.7
TOTAL	12	11	23	100

Grado III y septicemia por pseudomona, un paciente con tétanos y neumonía por pseudomona y otro paciente con un absceso gigante inicialmente causado por St. Aureus y secundariamente infectado por pseudomona, (ver cuadro No. 2) 46% (7) de los pacientes del grupo de monoterapia y 50% (4) del grupo de la terapia combinada se encontraron leucopénicos al inicio de la terapia.

Para valorar el grado de compromiso clínico de los pacientes, tomamos en cuenta la participación de los diferentes sistemas y es así como encontramos que el sistema más frecuentemente comprometido es el hematológico explicado esto por el tipo de pacientes estudiados, después del hematológico los sistemas respirato-

CUADRO #2
DIAGNOSTICO DE BASE DE LOS PACIENTES TRATADOS CON CEFTAZIDIME O TRIPLE TERAPIA

DIAGNOSTICO	Nº	%
S. Preleucemico	1	4.3
Leucemia Linfoblástica	11	47.8
Hipoplasia Medular	1	4.3
Leucemia Mielocítica A.	2	8.6
Leucemia Indiferenciada	1	4.3
Aplasia Medular	2	8.6
Leucemia Promielocítica	1	4.3
Tumor Endodémico	1	4.3
Quemadura G III	1	4.3
Tétano/neumonía nosocomial	1	4.3
Abceso piogeno	1	4.3
	23	100%

nos y el gastrointestinal fueron los más frecuentemente afectados en el grupo de monoterapia y el sistema respiratorio y el cardiovascular en el grupo de terapia combinada (ver cuadro No. 3) y figuras 1 y 2.

CUADRO Nº. 3
COMPROMISO CLINICO DE LOS PACIENTES TRATADOS.
PARTICIPACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS.

SISTEMAS	CEFTAZIDIME		TRIPLE TERAPIA	
	Nº	%	Nº	%
RESPIRATORIO	8	53	7	87.5
GASTROINTESTINAL	7	46.6	7	87.5
CARDIVASCULAR	1	6.6	4	50.
RENAL	3	20	1	12.5
NEUROLOGICO	4	26	0	0
HEMATOLOGICO	13	86.6	7	87.5

De las enfermedades infecciosas tratadas, las neumonías y las infecciones de tejidos blandos constituyen el mayor número de pacientes en el grupo de Ceftriaxona (10 de 15 pacientes) y la mitad de los pacientes tratados con terapia combinada, ver cuadro No. 4.

En 15 de los 23 pacientes estudiados se identificaron 19 gérmenes bacterianos entre Gram Negativos y Gram Positivos. En 6 pacientes tratados con Ceftriaxona no se aisló germen bacteriano, la candidiasis oral estuvo asociada a un paciente con diarrea de carácter bacteri-

COMPROMISO CLINICO DE LOS PACIENTES TRATADOS PARTICIPACION DE DIFERENTES SISTEMAS

Figura No. 1
CON CEFTAZIDIME

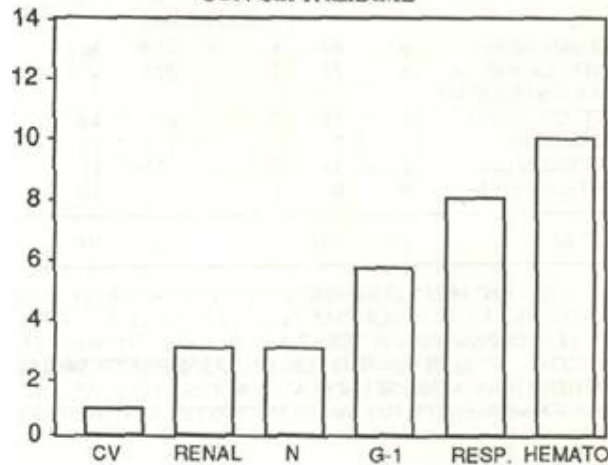
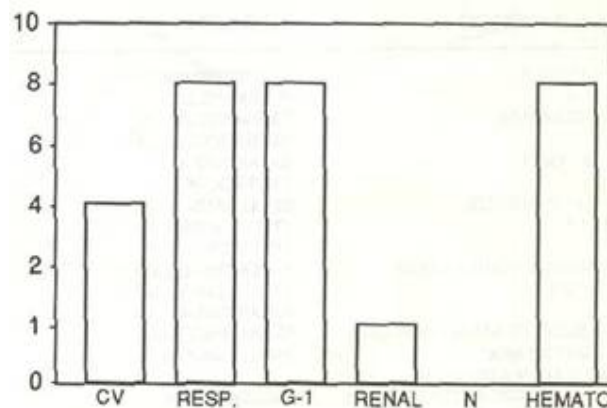


Figura No. 2
CON TRIPLE TERAPIA



ano en el que no se aisló bacteria y que presentó curación del cuadro con Ceftriaxona. En 2 de los 8 pacientes tratados con terapia combinada no se aisló germen. Los gérmenes más frecuentemente aislados fueron Gram Negativos en un 74% (14 de 19), Gram Positivos 36% (5 de 19) (enterococos y St. Aureus) y se encontraron cultivos polimicrobianos (2 o más bacterias) en 4 pacientes. Ver cuadro No. 5.

De los 4 cultivos positivos por St. Aureus 3 de ellos eran resistentes a Meticilina, ninguno de ellos puede ser tratado con Vancomicina por carecer en ese entonces

CUADRO N° 4
ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRATADAS CON
CEFTAZIDIME O TRIPLE TERAPIA

DIAGNOSTICO	CEFTAZIDIME		TRIPLE TERAPIA		TOTAL
	N°	%	N°	%	%
NEUMONIAS	6	40	1	12.5	30.4
INFECCIONES DE PARTES BLANDAS	4	27	3	37.5	30.4
INF. URINARIA	1	13	1	0	8.6
DIARREAS	2	7	1	12.5	13
SEPTICEMIAS	2	13	1	12.5	13
OSTEOMIELITIS	0	0	1	12.5	4.3
TOTAL	15	100	8	100	100

• PACIENTE NM4,21 Y 23 SIN RESPUESTA A LA TRIPLE TERAPIA SE CAMBIO A OTRO ESQUEMA TERAPÉUTICO. EL PACIENTE N°. 14 Y 23 PASARON A TERAPIA CON CEFTAZIDIME Y EL PACIENTE N°. 21 SE MANEJO CON CLO RANFENICOL SEGÚN ANTIBIOGRAMA (NO SE USO VANCOMICINA POR CARECER EN ESOS MOMENTOS DEL MEDICAMENTO EN EL HOSPITAL).

del fármaco en nuestro país, uno de los pacientes con St. Aureus resistente a Meticilina se trató con Ceftazidime en forma exitosa. Los otros dos pacientes murieron y fueron tratados con terapia combinada.

Se analizó además entre los parámetros clínicos la evolución de la curva febril encontrándose que el grupo de pacientes tratados con Ceftazidime presentó una caída de la curva febril alrededor del 3 y 4to. día, no así en los pacientes tratados con la terapia combinada en los que la curva no llegó a la normalización (ver figura No. 3).

La recuperación de la neutropenia ocurrió en el 100% de los pacientes tratados con Ceftazidime y en ninguno de los pacientes tratados con terapia combinada (cuadro No. 6).

En relación a la efectividad del tratamiento empleado los resultados demostraron que los pacientes tratados

CUADRO No. 5
AGENTES BACTERIANOS AISLADOS EN LOS 23 PACIENTES HEMATOONCOLOGICOS INFECTADOS O CRITICAMENTE ENFERMOS CON INFECCIONES SEVERAS.

DIAGNOSTICO	GERMEN	TRATAMIENTO	RESPUESTA
1.- DIARREA	NO DETERMINADO	CEFTAZIDIME	CURADO
2.- I.T.U.	P. MIRABILIS	CEFTAZIDIME	CURADO
3.- NEUMONIA	GRAM NEGATIVO NO IDENTIFICADO	CEFTAZIDIME	CURADO
4.- DIARREA	SALMONELA ENTEROCOCO	CEFTAZIDIME	MEJORADO
5.- DACRIOSITIS	ST. AUREUS	TRIPLE TERAPIA	MEJORADO
6.0 I.T.U.	CITROBACTER DIVERSUS	TRIPLE TERAPIA	MEJORADO
7.- FARINGO AMIGDALITIS	NO DETERMINADO	CEFTAZIDIME	MUERTO +
8.- DIARREA	ST. AUREUS R MET SALMONELA	TRIPLE TERAPIA	MUERTO +
9.- ABSESO EN MANO DERECHA	FLAVOBACTERIA	CEFTAZIDIME	MEJORADO
10.- SEPTICEMIA* (QUEMADURA III)	PSEUDOMONA	CEFTAZIDIME	CURADO
11.- ABSESO GIGANTE* MUSLO	PSEUDOMONA	CEFTAZIDIME	CURADO
12.- NEUMONIA	NO DETERMINADO	CEFTAZIDIME	CURADO
13.- NEUMONIA	NO DETERMINADO	CEFTAZIDIME	MEJORADO
14.- NEUMONIA	NO DETERMINADO	TRIPLE TERAPIA	MUERTO +
15.- SEPTICEMIA	GRAM NEGATIVO	CEFTAZIDIME	MEJORADO
16.- ABSESO MUSLO IZQUIERDO	NO DETERMINADO	CEFTAZIDIME	MEJORADO
17.- NEUMONIA/TETANOS	PSEUDOMONAS	CEFTAZIDIME	CURADO
18.- NEUMONIA	NO DETERMINADO	CEFTAZIDIME	MEJORADO
19.- OSTEOMIELITIS	SERRATIA	TRIPLE TERAPIA	MUERTO +
20.- NEUMONIA	NO DETERMINADO	TRIPLE TERAPIA	MEJORADO
21.- SEPTICEMIA/ECTEMA GANCRENOSO	KLEBSIELLA, ST. AUREUS R. METICILINA	TRIPLE TERAPIA	MUERTO +
22.- DACRIOSITIS	ST. AUREUS R. METICILINA	CEFTAZIDIME	CURADO
23.- ULCERA EN BOCA	ECOLI ENTEROCOCO	TRIPLE TERAPIA	SIN RESPUESTA

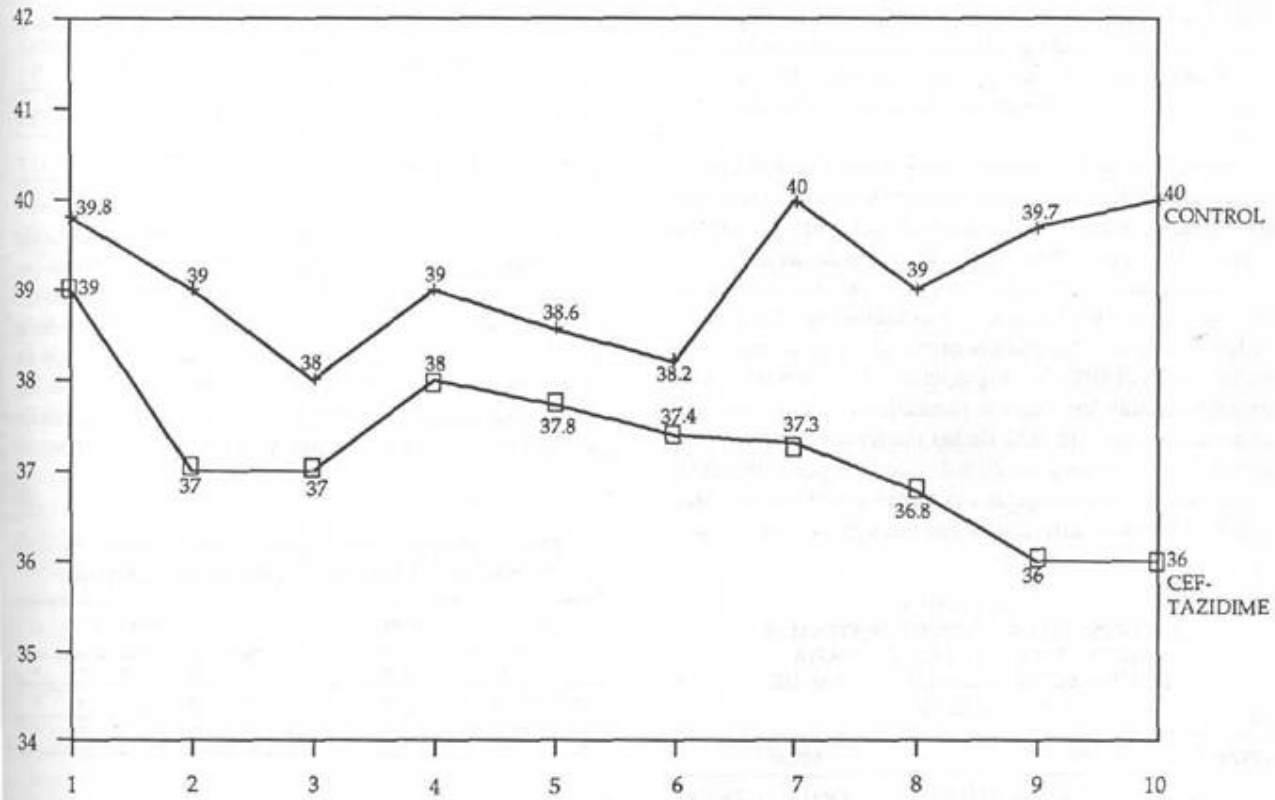
CUADRO N°. 6
RECUPERACIÓN DE LA CUENTA DE NEUTROFILOS EN LOS PACIENTES TRATADOS
CON CEFTAZIDIME VRS. TRIPLE TERAPIA

TRATAMIENTO	INICIO			FINAL		
	DISMINUIDOS	NORMAL	AUMENTADOS	DISMINUIDOS	NORMAL	AUMENTADOS
CEFTAZIDIME	7	5	3	0	10	5
TRIPLE TERAPIA	4	2	2	4	4	0

Se consideran neutropénicos menos de 1000 neutrofilos por mm³

Figura No. 3

CURVA TERMICA DE PACIENTES CON CEFTAZIDIME Y CON TRIPLE TERAPIA



con Cefazidime tuvieron un éxito terapéutico (curados + mejorados) de un 86% frente a un 37.5% de los pacientes tratados con terapia combinada. Cuadro No- 7. En ninguno de los pacientes tratados con Cefazidime hubo

necesidad de cambio de terapia por falta terapéutica no así en el grupo de terapia combinada lo que se cambió en 3 pacientes, 2 de los cuales pasaron al grupo de Cefazidime, uno de los cuales resolvió su problema

CUADRO N° 7
RELACION TRATAMIENTO RESPUESTA

RESPUESTA	CEFTAZIDIME		TRIPLE TERAPIA	
	N°.	%	N°.	%
CURADOS Y MEJORADOS	13	86	3	37.5
SIN MEJORIA	2	13	5	62.5
CAMBIO A OTRO MEDICAMENTO	0	0	3*	37.5

* 3 PACIENTES DE TRIPLE PERAPIA PASARON A OTRO ESQUEMA TERAPÉUTICO. 2 DE ELLOS PASARON A TERAPIA CON CEFTAZIDIME, UNO DE LOS PACIENTES RESOLVIÓ SU PROBLEMA INFECCIOSO Y OTRO MURIÓ.

infeccioso y el otro murió. 1 uno de los 15 pacientes tratados inicialmente con Cefotaxime falleció por infección no controlada por germen no identificado y 3 de los 8 del grupo de terapia combinada; de éstos un paciente pasó posteriormente a terapia con Cefotaxime.

Se analizó el efecto de las drogas sobre las pruebas de función hepática no encontrando efectos adversos en el grupo de Cefotaxime. Un paciente del grupo de terapia combinada presentó una leve elevación de las transaminasas al final del tratamiento, (ver cuadro No. 8). Se revisa además el efecto adverso sobre las pruebas renales; Bun y Creatinina encontrando que al inicio del tratamiento el 80% de los pacientes del grupo de monoterapia tenían los valores normales y que al final del tratamiento solo un 60% de los pacientes permanecían normales, esto refleja un 20% de pacientes en quienes su función renal se vio afectada pero el incremento de estos valores (bun y creatinina) no fue tan significativo, resul-

CUADRO N° 8
VALORES DE LOS EFECTOS COLATERALES
CEFTAZIDIME VRS. TRIPLE TERAPIA
EFECTOS SOBRE ALGUNAS PRUEBAS DE
FUNCION HEPATICA

TERAPIA	INICIO				FINAL			
	NORMALES		ALTERADOS		NORMAL		ALTERADO	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
CEFTAZIDIME	13	86	2	13	13	86	2	13
TRIPLE TERAPIA	8	100	0	0	7	87.5	1	12.5

tados similares se encontraron en el grupo de terapia combinada en quienes los valores al final de la terapia se afectaron en un 25%. (cuadro No. 9).

CUADRO N° 9
PRUEBAS DE FUNCION RENAL EN PACIENTES
CONTROL-MONOTERAPIA .

	CEFTAZIDIME							
	INICIO				FINAL			
	N L		ALTERADO		N L		ALTERADO	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
BUN	12	80	3	20	9	60	6	40
CREATININA	15	100	0	0	14	93	1	7

TRIPLE TERAPIA

	TRIPLE TERAPIA							
	INICIO				FINAL			
	N L		ALTERADO		N L		ALTERADO	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
BUN	7	87.5	1	12.5	5	62.5	3	37.5
CREATININA	8	100	0	0	7	87.5	1	12.5

Con relación al efecto de las drogas sobre la cuenta de plaquetas, encontramos que al inicio de la terapia un 53% del grupo de Cefotaxime y un 100% del grupo de terapia combinada tenían trombocitopenia, al final de la terapia un 66% del grupo Cefotaxime y 100% de la terapia combinada permanecían trombocitopenicos. En ningún paciente la trombopenia fue significativa obligando a suspender la terapia, (ver cuadro No. 10).

CUADRO N° 10
EFECTOS SOBRE LAS PLAQUETAS DE LA MONOTE
RAPIA CON CEFTAZIDIME VRS. TRIPLE TERAPIA.

PLAQUETAS	INICIO						FINAL					
	DISMINUIDAS		NORMAL		AUMENTADAS		DISMINUIDAS		NORMAL		AUMENTADAS	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
CEFTAZIDIME	8	53	7	47	0	0	10	66	5	33	0	0
TRIPLE TERAPIA	8	100	0	100	0	0	8	100	0	0	0	0

Finalmente se hizo un análisis de los costos de tratamiento encontrando que la triple terapia y el Cefotaxime se usó en promedio de 10 -12 días, el costo en lempiras para un paciente con terapia combinada fue de Lps. 2.009.02 y de Lps. 1.932.38 con Cefotaxime para igual

número de días y con una diferencia de Lps. 76.64. (ver cuadro No. 11).

CUADRO N°. 11
COSTO DE LA TERAPIA EN MONEDA NACIONAL

MEDICAMENTO	PROMEDIO EN DIAS POR PER.	CANTIDAD EN GRAMOS	TOTAL EN LEMPIRAS
AMIKACINA	10	41.6	1082.05
METICILINA	10	33.8	283.92
CARBENECILINA	10	84.0	642.60
CEFTAZIDIME	10	40.3	1932.38

DISCUSION

Los hallazgos y conclusiones de este estudio son limitados. La primera limitación está dada por las características propias de la mayoría de los pacientes estudiados, siendo un 87% de los pacientes inmunocomprometidos adviniendo de enfermedades graves con elevado riesgo de morir y con una variable respuesta al tratamiento antimicrobiano empleado.

La segunda gran limitante de este estudio es el pequeño número de pacientes estudiados que no nos permiten obtener resultados estadísticamente significativos, sin embargo pese a las limitaciones ya mencionadas hemos obtenido una serie de datos clínicos importantes y nos ha permitido evaluar la monoterapia con Cefotaxime en nuestro medio.

En los últimos 10 años una de las causas principales de muerte en pacientes con cáncer ha sido la infección (3). Alrededor de 74% de los pacientes con leucemia mueren de infección bacteriana y otro elevado número de pacientes críticamente enfermos y atendidos en las unidades de cuidados intensivos mueren por infecciones nosocomiales multiresistentes generalmente causadas por gérmenes Gram Negativos y *St. aureus*.

El régimen terapéutico estándar actual usado para pacientes inmunocomprometidos (Cefalotina o Meticilina, Gentamicina + Penicilina Antipseudomona) ha dado excelentes resultados, este régimen es además comparable con la combinación de un aminoglucosido más un Betalactámico que ha sido usado en pacientes neutropénicos febriles. La elección de Cefotaxime como monoterapia ha sido basada en su amplio espectro de actividad (incluyendo pseudomona). La limitada ac-

tividad de las Cefalosporinas de 3a. generación contra gérmenes Gram Positivos especialmente *Stafilococo* resistente a Meticilina y *Streptococo* del Grupo D es una limitación para su uso como único agente en un pequeño número de pacientes neutropénicos y con cáncer (3).- Aunque este hecho no fue clínicamente relevante en el estudio realizado por PIZZO y cols, en donde la adición de un aminoglucosido o Vancomicina a la Cefotaxime fue necesaria solo en un 15% de los episodios febriles en pacientes neutropénicos. Los resultados de nuestro estudio comprueban que un 61 % de los pacientes tenían infecciones por Gram Negativos un 22% por Gram Positivos (*Enterococo* y *St. Aureus*) y en 17% de los pacientes infecciones poli microbianas. La evidencia de sepsis bacteriana por Gram Negativos en nuestro estudio es similar a la reportada en otros estudios que incluyen grandes series (5). La eficacia terapéutica encontrada por nosotros de 86% es similar a la reportada por otros autores. En el estudio del Dr. Foord se analizan los datos acumulativos sobre la eficacia de Cefotaxime en 6000 pacientes estudiados en los últimos 5 años, encontrándose un éxito terapéutico de 91.1%.

La experiencia con la droga en Chile demostró una tasa de respuesta clínica de 75.8% (2) este estudio fue realizado en pacientes críticamente enfermos. Una tasa de éxito terapéutico de 85% con Cefotaxime frente a 87% de pacientes tratados con Ticarcilina + Tobramicina o Moxolatam o Clindamicina + Tobramicina fue reportada en pacientes con septicemia (3). Sin embargo en nuestro trabajo el grupo tratado con triple terapia mostró un mayor número de fracasos terapéuticos con un éxito de tan sólo 37.5%. El número de pacientes estudiados es tan pequeña que resulta difícil hacer conclusiones pero sí analizamos algunos hechos clínicos podemos observar que la mayoría de estos pacientes tenían compromiso de varios sistemas sobre todo el sistema hemodinámico (50%), el respiratorio (87.5%) y Gastrointestinal (87.5%) esto estableció obviamente un peor pronóstico con una mortalidad para este grupo de 50%.

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio y el análisis de la información publicada creemos que la monoterapia con Cefotaxime puede ser efectiva como terapia primaria inicial en pacientes con fiebre y neutropenia o en infecciones adquiridas en el hospital; sin embargo se sugiere que sería prudente añadir Vancomicina a aquellos pacientes con neutropenia refractaria. (1, 3). Este esquema terapéutico es aplicable a nuestro medio ya que encontramos cepas de *Stafilococo*

cos resistentes a Meticilina y sepsis por streptococo del grupo D (enterococo) ambos resistentes a Ceftazidime. (8,5).

En relaciona los efectos colaterales adversos nuestros resultados podemos concluir que la monoterapia con Ceftazidime presentó pocos efectos indeseables, el leve incremento de la función renal demostrado en ambos grupos no es una limitante para su uso. Debiéndose hacer ajustes de la dosis de Ceftazidime solo cuando la depuración de la creatinina sea menor de 50ml./min/ (5). En nuestro estudio no se reportaron alteraciones de la función hepática aunque las mismas han sido referidas por otros autores hasta en un 5.7% de incidencia.(4).

El efecto sobre la disminución de las plaquetas encontrado en este estudio fue leve y sin manifestaciones clínicas que obligaran al cambio de tratamiento, este efecto sobre las plaquetas ya ha sido reportado previamente. (5).

El costo y la simplicidad de la terapia antimicrobiana debe ser balanceada contra su eficacia y efectos colaterales.

En nuestro estudio en general se demostró que ambos regímenes tienen un bajo grado de toxicidad. Aparte del costo en moneda que suponen los tratamientos hay que tomar en cuenta el tiempo que se gasta en la preparación de los mismos (preparación de diluyentes, No. de veces/día requeridos/ por ejemplo: 4 diluciones para Meirilina, 2 diluciones para Amikacina y 4 diluciones para las Ureidopenicilinas).

Si a esto sumamos los resultados de costo financiero revelados en nuestro estudio podemos deducir que la monoterapia con Ceftazidime demostró no sólo se efectiva sino también más barata que la triple terapia.

Como conclusión final podemos decir que el uso de una cefalosporina Blactámica con cobertura adecuada para pseudomonas puede ser utilizada como único agente terapéutico y como una alternativa a la triple terapia en el manejo de pacientes inmunocomprometidos y febriles y en aquellos críticamente enfermos con infecciones graves. Sin embargo cierto grupo de pacientes con infecciones bien definidas o neutropenia refractaria podrían requerir modificación de la terapia inicial, como ser la asociación de un aminoglucósido para las bacterias Gram negativas en pacientes con neutropenia severa (< 100 PMN X MN3) (9) o la asociación con un antibiótico

con cobertura para Gram Positivo con la idea de prevenir super infecciones por Gram Positivos como lo sugiere Kramer et al (10,11) quienes encontraron un 24% de incidencia de infecciones por Gram Positivos en pacientes que habían sido tratados con Ceftazidime como único agente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pizzo Philip, Hathorn James, Hiemenz John et al. Randomized Trial Comparing Ceftazidime Alone With Combination Antibiotic Therapy in Cancer patients with fever and neutropenia. The New England Journal of Medicine. Aug 1986; 315:552-558.
2. Acuña Guillermo. Experiencia con la Ceftazidime en Chile. Clinical Courier. 1986; 4:4-5.
3. Fainstein Victor. Repaso de la Experiencia con Ceftazidime en los Estados Unidos. Clinical Courier. 1986; 4:6-8.
4. Ford Roy. Los Últimos Resultados Mundiales con Ceftazidime. Clinical Courier 1986; 4: 9-10.
5. Gandula, L.M. Ceftazidime una nueva Cefalosporina de Amplio Espectro. Medicina 1986; 46: 341-351.
6. Klastersky Jean, Glauser Michel et al. Prospective Randomized Comparison of Three Antibiotic Regimens for Empirical Therapy of Suspected Bacteremia Infection in Febrile Granulocytopenic Patients. Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Feb. 1986; 29: 263-270.
7. Lund Bergh Pet, J. Arstrand Connie, Morfeldt Man-son Linda et al. Ceftazidime in Septicemia. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 1983; 12 (sup):199-205.
8. Cano Steven Band Fujita Norman. Evaluation of Third Generation Cephalosporins Using Decision Analysis. American Journal of Hospital Pharmacy. March 1988; 45:566-569.
9. The EORCT International Antimicrobial Therapy Cooperative Group. Ceftazidime combined with a short or long course of Amikacin for empirical therapy of gram negative bacteremia in cancer

-
- patients with granulocitopenic. The New England Journal of Medicine. Dic. 1987; 317:1692-1698.
10. Kramer BS, Ramphal R, Rand KH, Randomized Comparison betewen two Ceftazidime containing Regimens and Cephalotin-Gentamicina-Carbenicillin in febrile granulocitopenic cáncer patients. Anti Microbal Agents Chemother 1986; 30:64-8.
11. Kramer BS, Ramphal R, Rand K. Antibiotic Therapy in Cáncer Patients with Fever and Neutropenia. N. England JMed 1987; 316:410-1.

Tumores benignos de ovario

Dra. Ana Lidia Messen, Dr. Osear R. Flores Funes*

RESUMEN

En el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital-Escuela realizamos un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados histológicamente como tumores benignos de ovario, en el período comprendido de enero de 1983 a diciembre de 1987. En estos cinco años encontramos 43 casos, con la tendencia marcada de aumento progresivo año a año, excepto en 1987 donde hubo un descenso sin causa explicable.

Para diagnosticar patología de ovario el píelo grama intravenoso mostró una eficacia apenas del 30%, y el ultrasonido de 28%.

El tratamiento fue quirúrgico, y en un 51% se hizo salpingo-oforectomía unilateral con biopsia en cuña contralateral.

Se investigaron factores de riesgo, aunque en la mayoría de los casos no se pudo establecer con objetividad las relaciones entre éstos y los tumores benignos de ovario, que tampoco ha sido posible describirlos en otros países.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más serios en relación a los tumores de ovario, es que rara vez podemos establecer

Resumen de trabajo de Tesis previa opción \$1 Título de Dra. en Medicina.

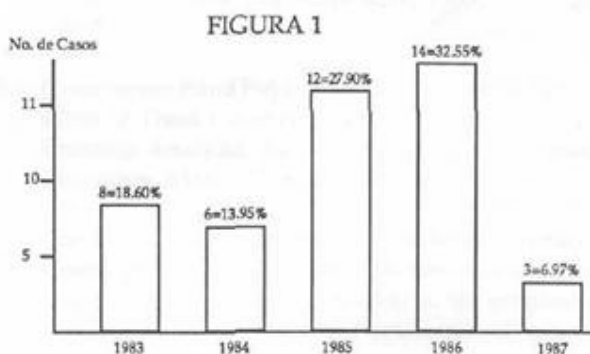
Profesor de pre y postgrado. Facultad de Ciencias Médicas, De Oncólogo quirúrgico del I. H. S. S.

un diagnóstico de benignidad o malignidad en una etapa inicial del padecimiento; esto explica en parte la alta letalidad del cáncer de ovario.

Los tumores de ovario no son muy frecuentes, pero además del problema diagnóstico, en ocasiones también se presentan contradicciones en el tratamiento. Por eso es importante diferenciar un tumor benigno de uno maligno, para escoger correctamente la conducta terapéutica. En este estudio investigamos la incidencia de los tumores benignos de ovario, en el Hospital-Escuela, que refleja claramente la realidad nacional, por tratarse de un hospital universitario de referencia, al que acuden pacientes de todo el país.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos cinco años, 1983 a 1987, obteniendo 43 casos con diagnóstico histológico de tumor benigno de ovario. La distribución por años se presenta en la gráfica No. 1



Como se observa hay una tendencia marcada a aumentar el número de casos por año, sin embargo, por causas no determinadas, en 1987 únicamente se observaron 3 pacientes con el diagnóstico de tumor benigno de ova-

En relación a la distribución por décadas, tal como se describe en la literatura foránea, la mayor incidencia de estos tumores se distribuye entre los 31 y 40 años (1,2), en la figura número dos se observan los casos por décadas.

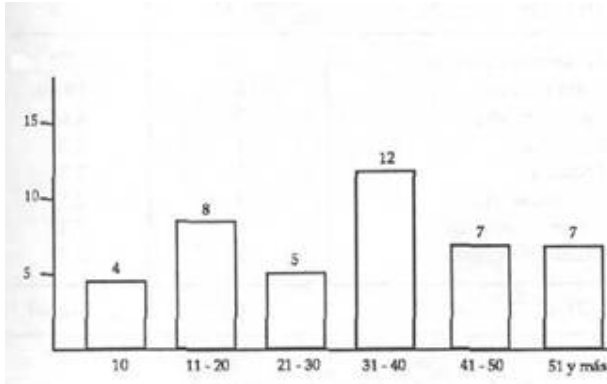


FIGURA 2

No. de Casos

Se sabe que las pacientes que se controlan con anticonceptivos orales tienen un menor riesgo de presentar tumores ováricos benignos en relación a las que no los usan (3), sin embargo en la presente investigación encontramos que 39 casos (el 90.69%) no habían consumido este tipo de medicamento, en las otras cuatro pacientes este dato no se consignó en los expedientes. Ver figura número tres.

FIGURA 3



En general los tumores ováricos se presentan más en los países industrializados. En el nuestro, un 50% fueron

del área urbana, con lo que no podemos decir que las zonas de mayor industria sean determinantes para la formación de este tipo de tumores.

La paridad tampoco se identifica como factor de riesgo, nosotros encontramos 17(39.53%) en pacientes nulíparas, y otras 17, en pacientes con más de cuatro partos.

Esta distribución se aprecia mejor en el cuadro número 1.

CUADRO NUMERO 1 TUMORES BENIGNOS DE OVARIO SEGÚN PARIDAD

PARIDAD	No DE CASOS	%
0	17	39.53
1	4	9.30
2	4	9.30
3	1	2.32
Más de 4	17	39.53
TOTAL	43	100.00

Los síntomas y signos de las 43 pacientes se describen en el cuadro número dos.

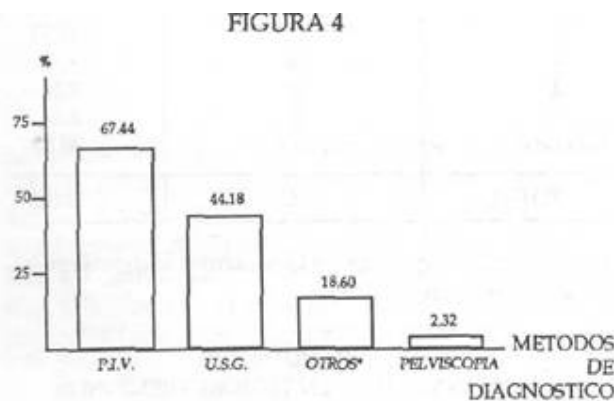
CUADRO NUMERO 2 SÍNTOMAS Y SIGNOS EN TUMORES BENIGNOS DE OVARIO

SINTOMAS Y SIGNOS	NUMERO	%
TUMOR ABDOMINAL	39	90.69
DOLOR PELVICO	25	58.13
IRREGULARIDAD MENSTRUAL	8	18.60
HIRSUTISMO	1	2.32
ABDOMEN AGUDO	1	2.32
OTROS	19	44.80

La literatura mundial informa que es frecuente que los tumores benignos de ovario sean a sin tomaticos, y que los síntomas y signos más frecuentes son: el tumor abdominal o masa anexial, y el dolor pélvico (1). En nuestro estudio el tumor se presentó en un 90.69% y el dolor pélvico en un 58.13%.

En otros síntomas, que representaron el 44.8%, se encontraron: pérdida de peso, náuseas, vómitos, ascitis, y con menor frecuencia, fiebre.

Uno de los problemas en el abordaje de los tumores de ovario es el abuso de los estudios de gabinete, que la mayor parte de las veces son innecesarios para el tratamiento de los tumores de ovario, retrasando frecuentemente el acto quirúrgico, que es lo que en definitiva establece el diagnóstico de benignidad o malignidad, y es la base del tratamiento. El pello grama intravenoso se realizó en 29 pacientes, lo que representó el 67.44%; el ultrasonido se hizo en 19 (44.18%); en otros estudios se indicaron enemas balitados y radiografías simples de abdomen. Para el ultrasonido se observa una mayor tendencia para realizarlos desde 1986. En la gráfica número cuatro vemos las relaciones, en porcentaje, de los distintos métodos de estudio.



* Otros incluyen: enema baritado, radiografías simples de abdomen, etc.

En la literatura mundial casi todos los autores han encontrado que el cistadenoma seroso ocupa más o menos un 30% de los tumores ováricos benignos, y el teratoma quístico es el 12 a 15% de estas neoplasias (2, 4). En el presente estudio encontramos resultados diferentes, con el Teratoma quístico teniendo un 65.11%, el cistadenoma seroso 18.60% y en tercer lugar el cistadenoma mucinoso con 4.65%. En el cuadro número tres se detallan los distintos tipos de tumores con sus porcentajes.

En tumores benignos de ovario el tratamiento es quirúrgico, se hace laparotomía media, con resección del tumor (Salpingo-ovorectomía unilateral), y biopsia transoperatoria (por congelación), con biopsia en cuña contralateral. Dependiendo del resultado de la biopsia se decide la conducta, excepto en pacientes de 40 ó más

años en quienes siempre se hará Histerectomía abdominal total más salpingo-ovorectomía bilateral, y omentectomía si se trata de un cáncer. Los distintos procedimientos quirúrgicos se describen en el cuadro número cuatro.

CUADRO NUMERO 3
TIPOS HISTOLÓGICOS DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO

TIPO DE TUMOR	Nº	%
Teratoma quístico	28	65.11
Cistadenoma	8	18.60
Cistadenoma	2	4.65
Fibroma	1	2.32
Tecoma	1	2.32
Teratoma sólido	1	2.32
Estroma ovárico	1	2.32
Quiste folicular	1	2.32
TOTAL	43	100.00

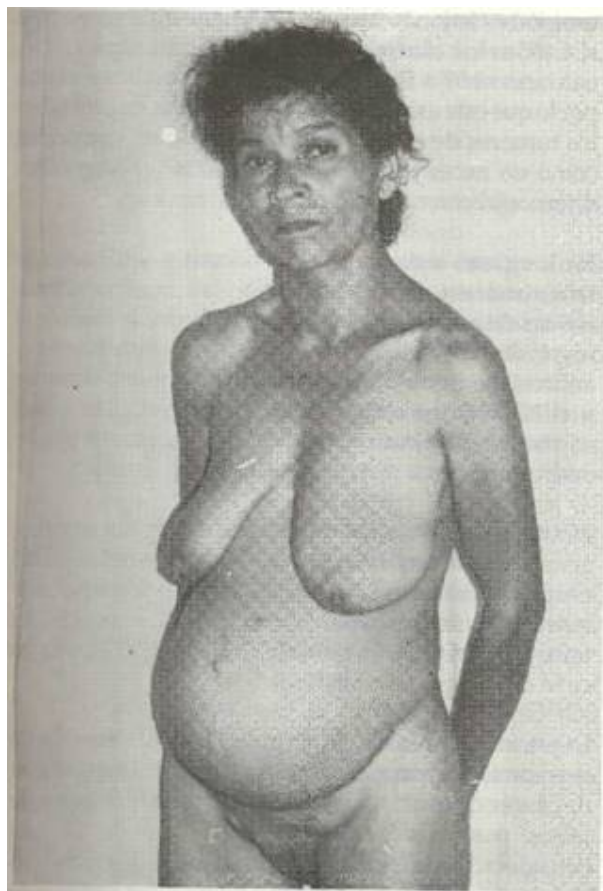
CUADRO NUMERO 4
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUMORES BENIGNOS DE OVARIO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	Nº	%
Salpingo-ovorectomía		
unilateral biopsia en cuña	22	51.16
Salpingo-ovorectomía		
Unilateral	10	23.25
H.A.T. + S.O. B.	9	20.93
H. A. SUBTOTAL + S. O. B.	1	2.32
Salpingo-ovorectomía +		
Apendicetomía	1	2.32
TOTAL	43	100.00

Puede observarse que la mayoría de pacientes se manejaron con salpingo-ovorectomía unilateral mas biopsia en cuña del ovario contralateral (22 casos), 51.16%); otro porcentaje significativo es el de las pacientes en las que se realizó H.A.T. + S.O.B., con nueve (20.93%), que son pacientes de 40 años o mayores, lo cual es indicación para reseca los ovarios.

En la fotografía número 1 presentamos una paciente en la que se hizo el diagnóstico de tumor benigno de

ovario, y en la fotografía número dos se aprecia un cistadenocarcinoma seroso de ovario, que macroscópicamente es indistinguible de un tumor benigno.



Fotografía No. 1: Tumor Benigno de Ovario que parecía embarazo a término.

DISCUSIÓN

El ovario por la diversidad de tumores con distintas características, es un órgano que despierta gran interés. Al considerar su estudio debe diferenciarse entre neoplasias benignas y malignas, y también tomar en cuenta las condiciones no neoplásicas.

El principal problema en general, es establecer el diagnóstico de benignidad y malignidad.

No se ha definido la ocurrencia de tumores benignos de



Fotografía No. 2: Tumor maligno de Ovario, Macroscópicamente indistinguible de un tumor benigno; cápsula intacta, superficie lisa, sin adherencias, y áreas quísticas.

ovario dentro de una población determinada, tal vez porque la verdadera incidencia no ha sido estudiada(2).

Tampoco hay factores de riesgo bien definidos, pero se han hecho estudios que han demostrado una reducción en la incidencia de estos tumores en pacientes que habían tomado anticonceptivos orales combinados, por lo menos seis meses antes del diagnóstico (3). También se ha encontrado una frecuencia elevada de esterilidad (27%) en estas pacientes (3).

La C I de tumores benignos más aceptada, es la que toma en cuenta la embriología y f fisiopatología, e incluye: I) Tumores no neoplásicos: a) Quistes de inclusión germinal, b) Quistes foliculares, c) Quistes del cuerpo lúteo, d) Luteoma del embarazo, e) Quistes Teca luteínicos, y f) Ovarios escleroquisticos. II) Tumores neoplásicos: A) Derivados del epitelio celómico: a) Tumores quísticos: 1) Cistadenoma seroso, 2) Endometrioma, 3) Cistadenoma mucinoso, 4) Formas mixtas. B) Tumores con sobrecrecimiento estromal: 1) Fibroma, adenofibroma, 2) Tumor de Brenner, 3) Tumores derivados de células germinales: a) Teratoma quístico (Quiste dermoide). (2,4).

La mayoría de los tumores benignos de ovario son a sintomáticos (2). En algunas ocasiones el diagnóstico se hace al realizar un examen pélvico rutinario, encontrándose una masa anexial (5). Los síntomas dependen de tamaño, localización y tipo de tumor, así como de complicaciones (6). Puede encontrarse dolor

pélvico, náuseas y vómitos que se asocian a tordón del pedículo. Puede existir ruptura del tumor y peritonitis. Rara vez hay dolor pélvico intenso, trastornos urinarios o defecatorios (6). Los trastornos menstruales como oligomenorrea, amenorrea y sangrado uterino anormal, ocurren en solo 15% de las neoplasias primarias de ovario(2).

En raras ocasiones hay hirsutismo, obesidad y otros signos androgénicos (5,7).

Algunas pacientes se quejan de dispareunia (8).

A la exploración pélvica el hallazgo más frecuente es el de tumor anexial (5).

Es necesario hacer un tacto rectal, además del vaginal, y al mismo tiempo, porque esto facilita la determinación exacta del tumor(2,6).

El diagnóstico diferencial incluye tumores uterinos, de trompas de falopio y estructuras adyacentes como vejiga, colon y retroperitoneo, etc. También es importante considerar el embarazo en las primeras 8 a 10 semanas, lo mismo que los miomas, que ocurren hasta en un 10% de mujeres alrededor de 35 años. Otras condiciones incluyen la adenomiosis y rara vez el carcinoma endometria I(2,6).

El ultrasonido pélvico puede mostrar la presencia de uno o varios quistes ováricos, dependiendo del tipo de tumor(9), pero en muchos casos es inconcluso(10).

Es bueno recordar que por ultrasonido no podemos hacer el diagnóstico de benignidad o malignidad, y ante la presencia obvia, por clínica, de un tumor de ovario, el ultrasonido es innecesario.' La tomografía axial computarizada, es un método más preciso que el ultrasonido, pero prácticamente da los mismos resultados en la evaluación de tumores de ovario.

La resonancia magnética nuclear es un método con bastante especificidad y alta sensibilidad, sobre todo en el diagnóstico de tumores quísticos con hemorragia interna. Nishimura y colaboradores, en su experiencia de 62 casos, encontraron lo que describen como imágenes de alta densidad en T1 y T2, además observaron lóculos dependiendo del contenido del tumor, también refieren adherencias a órganos o algunos cambios en anillos si la cápsula del tumor está presente(10).

Con el píelo grama intravenoso hay un abuso en nuestro medio, y tumor de ovario prácticamente es una condición en que muchos clínicos solicitan este estudio, sin embargo aún en los cánceres de ovario el compromiso uretral es bajo, de 2 a 3% (11), lo que quiere decir que si a todos los cánceres de ovario les realizamos P.I.V., entonces el 97 a 98% de los estudios son innecesarios, por lo que este estudio no debe solicitarse, en general, en los tumores de ovario, excepto cuando existan dudas, como un excesivo tamaño que plantee el diagnóstico diferencial con tumores retroperitoneales.

En los casos más raros de síndromes virilizantes, o feminizantes, deben evaluarse las concentraciones séricas de andrógenos y estrógenos; puede medirse el nivel de 17 Beta estradiol, estrona, testosterona y androstenediona (5). Hay que considerar que al estrona y el 17 Beta estradiol varían durante el ciclo, por el contrario la concentración de testosterona y androstenediona no sufren estas variaciones (7).

El tratamiento de las neoplasias benignas ováricas, generalmente es quirúrgico, con excepción de los quistes o hiperplasias funcionantes del ovario. El procedimiento quirúrgico es con laparotomía media, remodón del tumor (Salpingo-oforectomía unilateral) y biopsia en cuña del ovario contralateral.

La punción transabdominal guiada por ultrasonido, no se recomienda, porque siempre está latente la posibilidad de cáncer de ovario, y además hay un alto porcentaje de falsos positivos y negativos(12). La edad es una consideración importante en el manejo de pacientes con tumor de ovario. En preadolescentes los tumores de ovario son raros, ocupan sólo el 1 % en niñas menores de 16 años, pero si se presenta un tumor pélvico en esas pacientes la primera posibilidad es de un tumor de ovario, generalmente maligno y de tipo germinal (12, 13).

En mujeres de edad reproductiva, puede seguirse una conducta conservadora, con estricta vigilancia, cuando los tumores son de 8 cm o de menor tamaño, porque la gran mayoría son quistes o hiperplasias funcionantes. Estos quistes desaparecen después de observación por cuatro a seis semanas, y los anticonceptivos ayudan a la reducción de ellos (2,3,6,8); es obvio que un requisito básico es que se pueda establecer un estricto control de estas pacientes, debido a que otras posibilidades son neoplasias benignas, sobre todo cistadenoma seroso y

tera tomas quísticas (1,2,14,15), u otros tumores benignos como los estromales (1,2,4,5,8,9), y en menor porcentaje existe también la posibilidad de un cáncer de ovario.

De los 40 a 65 años predominan los tumores malignos, y en la etapa posmenopáusica, después de los 65 años, los tumores benignos se vuelven más frecuentes 16).

CONCLUSIONES

1.- La mayor incidencia de tumores benignos, en nuestro medio, es de los 30 a 40 años. 2.- En nuestro país el tumor de ovario benigno más frecuente es el Teratoma quístico (Quiste dermoide), contrarrestando los informes internacionales que establecen al Cistadenoma seroso como el de mayor predominio.

3.- El 91% de las pacientes de nuestro estudio no habían ingerido anticonceptivos orales, apoyando las ya conocidas evidencias de que en efecto estos medicamentos disminuyen el riesgo de tumores de ovario; en el porcentaje restante no se investigó este dato al momento de la historia clínica.

4.- Hay un abuso de estudios innecesarios para el diagnóstico y aún para el manejo de estas pacientes, especialmente de píelo grama intravenoso y ultrasonido.

5.- Debe recordarse que el principal diagnóstico diferencial debe ser el cáncer de ovario, por eso no hay que retardar innecesariamente el tratamiento quirúrgico de estas pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sánchez, Andrade; Crespo Pozuelo, Antonio, Neoplasias del ovario, Segunda parte. Edición Por medio. 1978:1:90.
- 2.- Disaia, Philip; Creasman, William. Clinical Gynecologic Oncology, C.B. Mosby company. 1981:223.
- 3.- Vessel, Martin; Metcalfe, Allison; Wells, Clive. Ovarian neoplasm, functional ovarian cysts, and oral contraceptive. Br. Med. J. 1987:294.
- 4.- Fonseca, María Eugenia; Carballo, Olga; González, Glicerio. Steroid secretion by a lipoid ceü tumor causing virilization and its diagnosis with computerized tomography. Am. J. Obstet Gynecol. 1985:153:797.
- 5.- Aiman, James; Forney, Peter; Parker, Richard. Androgen and estrogen secretion by normal and

neoplastic ovaries in premenopausal women. Abstet. Gynecol 1986:68:327. 6.- Kister, R.W. Gynecology principles and practices.

Year boock medical publisher, Chicago 1971:146.

- 7.- Friedman, Chad; Schmidt, Grant; Kim, Moon, Serum testosterone concentrations in the evaluation of androgen producing tumors. Am J. Obstet. Gynecol 1985:153. 8.-

8. Polson, D.W.; Adams, J. Steer, Unilateral polycystic ovary. "Case report". Br. J. Obstet. Gynecol 1986:93:1100. 9.-

9. Hafiz, Mohammad A.; Toker, Cyrill. Multicentric ovarian and extraovarian cystedenofibroma. Obstet. Gynecol 1986:68:945.

- 10 Kazumasa, Nishimura; Togashi, Kaori; Itoh, Kyo. Endometrial cysts of the ovary: Mr. imaging, Radiology 1987:162:315.

11. - Haskell, Charles M., MD. Cáncer treatment. Second edition. W.B. Saunders company. 1985:27:412.

- 12.- Diernues, E.; Rasmussen, J. Soerensen T. Ovarían Cysts: Management by puncture?. The Lancet. 1987:9:1084.

- 13.- Ohama, Koso; Namura, Kazushi; Odamoto, Etsuji, Origin of immature teratoma of the ovary. Am. J. bstet Gynecol. 1985:152:896.

- 14.- Schneider J.; González, J.; Eizaguirre, MJ. Complete psammomatous degeneración of the ovary. "Case report". Br J. Obstet Gynecol 1985:92:411.

- 15.- Brumback, Roger A.; Brown, Bruce. Unique finding of prostatic tissue in a bennign cystic ovarian teratoma. Arch. Pathol Lab. Med. 1985:109:675.

- 16.- Barber, Hugh R. K. Ovarían cáncer. Part II. Borderline and anexa! masses. The female patient. 1987:12:79.

Embarazo Ectópico

Revisión de un año

Dr. Leonel Pérez, F.A.C.O.G., Dr. José Cárcamo** Dr. Leopoldo Díaz Solano**

INTRODUCCIÓN

Durante las dos últimas décadas, tanto en Europa como EE.UU. se ha notado un incremento en la incidencia del Embarazo Ectópico (EE).(3). Esto se explica no sólo por el aumento demográfico si no también por los factores etiológicos "in Crescendo" del EE, tales como: Infecciones pélvicas, Dispositivo Intrauterino, Cirugía Tuba rica etc. (2). En una revisión de 10 años, en la Universidad de Arizona, EE.UU. se encontró una frecuencia de I en 45 nacidos vivos (5), mientras otras series reportan I en 32(6).

Una anamnesis cuidadosa, la sospecha clínica e identificación de pacientes de alto riesgo, son vitales para un diagnóstico temprano y así evitar demoras en el tratamiento quirúrgico que podrían ser de fatales consecuencias. La clínica ocupa un lugar primordial para el manejo de esta entidad, dado que los métodos diagnósticos como pelviscopia y Ultrasonido, no se encuentran en nuestros hospitales 24 horas al día, como idealmente debería suceder.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con este estudio prospectivo pensamos en conocer, la frecuencia, mortalidad, complicaciones etc. del emba-

raza Ectópico, tanto en el Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela como en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, durante el período de un año del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1984. Empleamos como unidad de estudio el expediente clínico, y la consulta personal con el Médico Residente responsable del caso. Se excluyeron 15 casos por no tener diagnóstico anatómo-patológico. Se estudiaron 102 casos, 78 del Hospital Escuela y 24 casos del IHSS.

EDAD (AÑOS)	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
15-19	0	0	9	11.50	9	8.83
20-24	3	12.5	19	24.34	22	21.56
25-29	12	50.0	24	30.80	36	35.30
30-34	7	29.2	17	21.80	24	23.53
35-39	2	8.3	4	5.13	6	5.88
40-44	0	0	5	6.43	5	4.90
TOTAL	24	100%	78	100%	102	100%

CUADRO#1
EMBARAZO ECTÓPICO
EDAD

La edad más frecuente de presentación fue de 20 a 34 años (76-90%) que coincide con la mayor frecuencia de embarazo a esa edad. La frecuencia coincide en ambos hospitales, excepto en la edad de 15 a 19 años que es 0 en

Jefe Sala de Ginecología Residente de
Ginecología y Obstetricia.
Departamento de Gineco-Obstetricia.
Hospital Escuela.

I.H.S.S., estos adolescentes generalmente no trabajan y por lo tanto no son beneficiarias de atención en ese centro.

CUADRO #2
EMBARAZO ECTOPICO-PARIDAD

PARIDAD	IHSS	%	H-E	%	Total	%
NULIPARA	0	0	29	37.17	29	28.43
PRIMIPARA	2	8.33	15	19.23	17	16.67
SECUNDIPARA	8	33.34	4	5.13	12	11.76
MULTIPARA	14	58.33	30	38.47	44	43.14
TOTAL	24	100%	78	100%	102	100%

En ambos centros hospitalarios se ve que la multiparidad (43.13%), va asociada a mayor frecuencia de esta patología, seguida de las Nulíparas con (28.43%), del total.

La cesárea previa se presenta en un 43.14% de todos los

CUADRO #3
EMBARAZO ECTOPICO-ANTECEDENTES QUIRURGICOS

ANTECEDENTES QUIRURGICOS	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
CESARIA PREVIA	14	58.33	30	38.46	44	43.14
EMB. ECTOPICO PREVIO	1	4.17	3	3.85	4	3.92
CIRUGIA ABDOMINAL PREVIA	6	25	3	3.85	9	8.82
NINGUNA	3	12.5	42	53.84	45	44.12
TOTAL	24	100%	78	100%	102	100%

casos de embarazo ectópico, como sabemos las adherencias posteriores a ellas pueden interferir en la anatomía tubarica. Dentro de la cirugía abdominales previa se encuentra Colectomía, Pelviscopías y otros propiamente intestinales. El embarazo ectópico previo ocurrió en 3.92% de todos los casos. En comparación al 4.5% del estudio de Arizona (5).

CUADRO # 4
EMBARAZO ECTOPICO-EDAD GESTACIONAL

SEMANAS GESTACION	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
4 semanas	3	12.5	8	10.26	11	10.78
4-6 semanas	4	16.67	16	20.52	20	19.61
6-8 semanas	10	41.67	11	14.10	21	20.60
8-10 semanas	3	12.5	23	29.49	26	25.49
10-12 semanas	2	8.33	8	10.25	10	9.80
12 semanas	2	8.33	8	10.25	10	9.80
NO CONSIG.	0	0	4	5.13	4	3.92
TOTAL	24	100	78	100	102	100

La edad gestacional entre 8-10 semanas ocupó el mayor porcentaje (25.49%) seguida de aquella entre 6-8 semanas (20.50%) sin observar diferencia entre ambos Hospitales.- Esto corresponde a lo ya conocido por la experiencia, así como lo referido por la literatura revisada (7).

CUADRO #5 EMBARAZO ECTOPICO-SINTOMA DE PRESENTACIÓN

SX PRESENTACION	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
DOLOR	10	41.68	47	60.26	57	55.88
DOLOR+STV	5	20.84	17	21.80	22	21.57
DOLOR+STV+LIPOTIMIAS	5	20.84	4	5.12	9	8.83
DOLOR+VOMITO	1	4.16	4	5.12	5	4.90
NO DOLOR(PELVIS-COPIA)	1	4.16	3	3.85	4	3.92
STV+LIPOTIMIAS	1	4.16	2	2.57	3	2.94
DOLOR+INFERTILIDAD	1	4.16	1	1.28	2	1.96
TOTAL	24	100	78	100	102	100

Los síntomas de presentación coinciden con los ya descritos por la literatura médica (7,8), se observa que dolor pélvico, manchado transvaginal, Lipotimias ocupa un 86.2% del total lo cual agregado a una amenorrea debe de hacer pensar siempre en embarazo ectópico.

CUADRO #6
EMBARAZO ECTOPICO-GRAVINDEX

GRAVINDEX	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
POSITIVO	12	50	9	62.82	61	59.80
NEGATIVO	12	50	24	30.77	36	35.30
NO SE HIZO	0	0	5	6.41	5	4.90
TOTAL	24	100	78	100	102	100

No se practicó esta prueba en 4.9% de los casos y en los restantes fue positivo sólo en un 59.8% de todos los casos.

CUADRO #7
EMBARAZO ECTOPICO-D. I. U.

D.I.U.	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
SI	6	25	2	2.5	8	7.8
NO	4	16.6	10	12.8	14	13.7
NO CONSIGNADO	14	58.4	66	84.7	80	78.5
TOTAL	24	100	78	100	102	100

Lastimosamente en los expedientes Médicos no fue consignado el uso o no de DIU, en un 78.4% de todos los casos, por lo anterior la aparente inocuidad del DIU que se ve en la tabla no es estadísticamente significativa.

CUADRO #8
EMBARAZO ECTOPICO-ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

E.P.I.	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
SI	6	25	10	12.8	16	15.6
NO	2	8.3	16	20.5	18	17.6
NO CONSIGNADO	16	66.7	52	66.7	68	66.8
TOTAL	24	100%	78	100%	102	100%

La enfermedad pélvica inflamatoria fue documentada en 16 casos (15.6%) fue negada en 18 casos (17.6%) pero se repite la falta de información cuando no se consigna en 68 casos (66.8%).

CUADRO #9
EMBARAZO ECTOPICO-CULDOCENTESIS

CULDOCENTESIS	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
SI	14	58.3	33	42.3	47	46
NO	10	41.7	45	57.7	55	54
TOTAL	24	100%	78	100%	102	100%

La culdocentesis sólo usó como método diagnóstico en 47 casos (46%) ya que en el resto, el cuadro clínico era tan evidente que no se quiso correr con los riesgos que este método conlleva.

CUADRO #10 EMBARAZO ECTOPICO-TACTO BAJO ANESTESIA

TBA	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
SI	10	41.6	42	53.8	52	50.9
NO	14	58.4	36	46.2	50	49.1
TOTAL	24	100%	78	100%	102	100%

Fue hecho en 52 pacientes (50.9%) en el resto de casos la paciente permitió el examen ginecológico adecuado o el cuadro clínico era evidente y el procedimiento quirúrgico debía realizarse a la brevedad del caso.

CUADRO #11
EMBARAZO ECTOPICO-ENTRE INGRESO Y CIRUGIA

INGRESO CIRUGIA	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
6 horas	4	16.6	56	71.8	60	58.8
6-12 horas	14	58.5	10	12.8	24	23.5
12-24 horas	4	16.6	6	7.7	10	9.8
24 horas	2	8.3	6	7.7	8	7.9
TOTAL	24	100	78	100	102	100

En 60 pacientes (58.8%) se practicó cirugía en menos de 6 horas desde su ingreso.

En el resto de los casos el tratamiento fue demorado por:

- Dudas diagnósticas
- Falta de quirófano disponible

- c) Falta de sangre
- d) Urgencia relativa (ectópico no roto)

Y en los casos en los cuales se esperó más de 24 horas fueron debidos a que existió duda diagnóstica por un lado y por otro los métodos auxiliares ultrasonido, pelviscopia no están disponibles las 24 horas del día los (Sábados y Domingos), se esperó hasta el día lunes.

CUADRO #12
EMBARAZO ECTOPICO-HEMOGLOBINA
PRE-OPERATORIA (Hb-P)

Hb-P	IHSS	%	H/E	%	TOTAL	%
10 g%	15	62.5	12	15.3	37	36.2
10 g% +	9	37.5	66	84.7	65	63.8
TOTAL	24	100	78	100	102	100

Sólo en 37pacientes (36.2%) se obtuvo una hemoglobina menor de 10g% en el preoperatorio, el resto estaba con mayor de 10g% curiosamente el fenómeno de menor 10g% fue más frecuente en IHSS. El valor más bajo registrado fue en H-E. de 5g%.

CUADRO #13
EMBARAZO ECTOPICO-HEMO
PERITONEO

HEMO PERITONEO	IHSS	%	H/E	%	TOTAL	%
LEVE	6	25	25	32.1	31	30.3
SEVERO	12	50	36	46.2	48	47.1
NINGUNO	6	25	17	21.7	23	22.6
TOTAL	24	100	78	100	102	100

+ Hemo peritoneo severo = Cavidad abdominal con sangre y coágulos

+ Hemo peritoneo leve = Sangrado escaso en pelvis y sin coágulos

En 48 pacientes (47.1 %) se encontró en el acto quirúrgico hemoperitoneo severo mayor 200 ce. sangre libre. Esto sumado a los 31 pacientes (30.3%) hace un % de 77.4 pacientes que ya tenían roto el embarazo ectópico.

Hubo necesidad de transfundir ya por valores hematológicos bajos o por hemoperitoneo severo a 74 pacientes (72.5%).

CUADRO #14
EMBARAZO ECTOPICO-TRANSFUSION
SANGUINEA

TRANSFUSION	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
SI	14	58.3	60	76.9	74	72.5
NO	10	41.7	17	21.7	27	26.4
NO CONSIGNADA	0	0	1	14	1	1.1
TOTAL	24	100	78	100	102	100

El sitio de Localización más frecuente fue en ambula (62.7%) seguido de istmo tubarico (20.5%) que coincide con lo descrito por la literatura médica (8).

CUADRO #15
EMBARAZO ECTOPICO-LOCALIZACION TUBARICA

AMPULAR	64	62.7%
ISTMICO	21	20.5%
FIMBRICO	4	3.9%
ORGANIZADO	4	3.9%
CORNIAL	3	2.9%
TUBO -OVARICO	3	2.9%
OVARICO	2	1.9%
NO CONSIGNADO	1	0.8%
TOTAL	102	100%

CUADRO #16
EMBARAZO ECTOPICO-TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	Nº.	%
SALPINGUECTOMIA DERECHA	53	51.9
SALPINGUECTOMIA IZQUIERDA	18	17.6
FIMBRIECTOMIA	2	1.9
SALPINGUECTOMIA DERECHA+ POMEROY IZQUIERDA	2	1.9
SALPINGO-OFORECTOMIA IZQUIERDA	3	2.9
HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL	1	1.4
SALPINGUECTOMIA BILATERAL	2	1.9
NO CONSIGNADA	21	20.5
TOTAL	102	100%

La salpinguectomía sola o acompañada de ooforectomía (3) pacientes (2.9%) fue el método de elección.

Los ovarios comprometidos ya sea en embarazo tubo ovárico o en embarazos ectópicos organizados fueron retirados.

Se practicó una histerectomía en una paciente de 39 años con una miomatosis gigante sintomática y que además presentaba embarazo ectópico en 20.5% de las pacientes no se consignó el tipo de cirugía.

Días de hospitalización	I. H. S. S.	H.E.
Promedio	5	5.25

CUADRO #17 EMBARAZO ECTÓPICO DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN

El promedio en días de hospitalización fue de 5 por pacientes, no existiendo diferencia en ambos hospitales.

RESUMEN

1. Frecuencia Hospital-Escuela fue de uno de 162 nacidos vivos frecuencia Instituto Hondureño de Seguridad Social fue de uno en 305 nacidos vivos.
2. Edad de presentación más frecuente 20-34 años, que coincide con mayor actividad sexual.
3. Más frecuente en múltiparas.
4. En 46% de los casos de la edad gestacional fue entre 6-10 semanas.
5. En 55.8% de los pacientes se encontró antecedentes quirúrgicos abdominales.
6. Los síntomas más comunes dolor pélvico, S.T.U. y síntomas hipovolémicos.
7. El gravindex como prueba diagnóstica solo fue positiva en el 59.8%, si es negativo, no descarta el diagnóstico.
8. El presente estudio no puede concluir acerca de la relación DIU-EP1 respecto al embarazo ectópico, ya que la falta de información en los expedientes fue grande.
9. La culdocentesis no fue necesaria por la evidencia del cuadro clínico en 55 pacientes (53.9%).
10. El TBA solo fue realizado en 52 pacientes (50.9%), en el resto fue posible hacer diagnóstico con el examen ginecológico rutinario.
11. El 58.8% de casos, se practicó cirugía antes de las 6 horas de su ingreso.
12. Se transfundieron 74 pacientes (72.5%) a pesar de que la hemoglobina menor de 10 grs. % solo estuvo en 37 pacientes (32.2%) en este aspecto la hemoglobina que se revisó fue la de ingreso y las transfusiones fueron realizadas en trans y post operatorio.
13. En 77.4% de las pacientes el embarazo ectópico se encontró roto al momento de la cirugía.
14. El sitio de la trompa más frecuente fue la ampulla, seguida del istmo.
15. En el 72.5% de los casos la salpinguectomía fue practicada.
16. El promedio de días de hospitalización fue de 5 días.
17. No hubo ninguna muerte.
18. En 20 de los casos no fue consignado la cirugía practicada en el embarazo ectópico.- Lo que llama reflexiona ya que datos tan importantes son omitidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. A. Zolli, J. Rock: Ectopic Pregnancy, months and years after Histerectomy. Arch. Surg. Vol. 17,962.4 July 82.
2. M. Tancer, I. Delke, N. Veridiano: A Fifteen Years Experience with Ectopic Pregnancy. Surgery, Gynecology & Obstetrics. February 1981. Vol. 152, 179: 82.
3. L. Westrom: Incidence, Trends and Risk of Ectopic Pregnancy in a population of women. British Medical Journal. Vol. 282,15:18, January 1981.
4. N. Malhotra, R. Chaudhury: Current Status of IUD and Pelvic Inflammatory Disease and Ectopic Pregnancy. OB/ Gyn. Jun 82. Vol. 37:101.
5. L. Weinstein, M. Morris, D. Docter: Ectopic Pregnancy a New Surgical Epidemic. OB: Gyn. Jun 83, Vol. 61, Pág. 698.
6. F. González, M. Waxman: Ectopic Pregnancy, A Prospective Study and Diferencial Diagnosis. OB/ Gyr 1981,3:101.
7. Capítulo No. 26. Pág. 636-658. H.W. Jones, Jr., G.S. Jones. Novak's Textbook of Genecology. Tenth edition. Baltimore, Md. 1981.

Colecistectomía sin Dreno

Nuestra Experiencia

*Dr. José Carlos Alcerro Díaz **

En el Hospital Central del Instituto Hondureño de Seguridad Social y en el Hospital Escuela, la mayoría de los cirujanos utiliza el drenaje (penrose) en el lecho vesicular después de una colecistectomía. La justificación para colocar el drenaje, es que existe el peligro de un derrame biliar o hemático en el post operatorio y que éste líquido saldrá al exterior a través del dreno, evitando así complicaciones como colecciones hemáticas, biliares, abscesos o peritonitis.

El profesor alemán Langenbuck de Berlín en 1882, colocó por primera vez un dreno después de realizar una Colecistectomía.

Spivack, también de Alemania en 1913, describió la "Colecistectomía ideal" y no drenó el lecho vesicular (1) Esta controversia de drenar o no drenar el lecho vesicular existe, desde aquel entonces, hasta nuestros días.

Apareció el dicho de John B. Deaver, "Los cementerios están llenos de pacientes que se les extirpó la vesícula sin dreno"; pero otro autor, Frederick Collier, decía: "La bilis no está educada para salir por los drenos". (2)

Por varios estudios realizados, se ha demostrado, que el solo hecho de colocar un dreno en la cavidad peritoneal, aumenta la morbilidad post operatoria. Este hecho se ha descrito después de practicar esplenectomía.(3). Sin

Cirujano General y Vascular
Instituto Hondureño de Seguridad Social y Hospital Escuela.

embargo algunos cirujanos, siguen pensando que la colocación de un dreno no hace ningún daño, que es inocuo, que no provoca ninguna molestia al paciente, que solo brinda beneficios.

Mencionaremos algunos inconvenientes y complicaciones de observación clínica reportados, en relación al uso del drenaje sub hepático post Colecistectomía: ate-lectasia pulmonar basal (4-5), infección de la herida quirúrgica, infección en el trayecto del dreno (6), dolor al respirar (7); complicaciones que aumentan la estancia hospitalaria, las molestias al paciente y elevan el costo de la intervención quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Este es un estudio retrospectivo, de nuestra experiencia personal en Colecistectomía sin dreno de 1985 a 1988, de 58 casos Operados. En este trabajo solo pudimos incluir 52 casos, porque 6 expedientes clínicos no pudieron ser analizados, por tener datos incompletos. Todos los pacientes fueron operados personalmente o bajo supervisión directa, por un residente de cirugía en formación. Se operaron 40 pacientes en el Hospital Escuela de Tegucigalpa. Los expedientes fueron obtenidos del archivo correspondiente de cada Hospital.

Todas las intervenciones quirúrgicas fueron selectivas, con el diagnóstico clínico, radiológico o ultrasonográfico de Colecistitis Crónica Calculosa. En este estudio se investigó: tipo de incisión utilizada, si se realizó o no

col angiografía trans operatoria, si se suturó el lecho hepático, si se utilizaron antibióticos, complicaciones post opera tonos, hallazgos anatomopatológicos y estancia hospitalaria.

RESULTADOS.

De los 52 pacientes, 48, pertenecían al sexo femenino (92.3%) y 4 casos al sexo masculino (7.7%). La cuarta década fue en la que se encontró el mayor número de casos, 20, con un 38.5%; y la suma de la tercera y cuarta década, alcanzó el 70% de los pacientes operados. (Cuadro 1)

Sexo	Masculino 4 (7.7%)
	Femenino 48 (92.3%)
Total	52
Edad	11 - 20 0
	21 - 30 16 (31.0%)
	31 - 40 12 (23.0%)
	51 - 60 3 (7.5%)
Total	52

Se utilizó la Incisión media supraumbilical en 31 casos (59.6%) y la Incisión subcostal derecha (Kocher) en 21 casos (40.4). (Cuadro 2)

CUADRO No. 2
COLECISTECTOMIA SIN DRENO

TIPOS DE INCISIÓN

Incisión Media supraumbilical: 31 (59.6%)
Incisión Subcostal (Kocher): 21 (40.4%)

Total 52

Se realizó Colangiografía operatoria transcística selectiva con catéter en 10 casos (19%), en base a los criterios estándar para realizar este estudio radiológico. En todos los casos, las radiografías no mostraron cálculos y se observó un buen paso del medio de contraste al duodeno.

En ninguno de los pacientes se utilizaron antibióticos profilácticos, ni colocación de sonda naso gástrica.

En todos los casos, se cerró el lecho vesicular, con sutura continua de catgut crómico 3 ceros, y en la mayoría, para controlar los puntos sangrantes, se utilizó el electro cauterio previo al cierre del lecho vesicular.

Antes de cerrar la pared abdominal, se hizo una revisión meticolosa, para ver si se observa sangrado o derrame biliar del lecho, de las ligaduras de la arteria cística o del conducto cístico y de las áreas de disección. Luego se cerró la pared abdominal en forma convencional, sutura de puntos separados del peritoneo, aponeurosis y piel.

Los resultados de anatomía patológica fueron los siguientes: Colecistitis Crónica Calculosa 43 (82.7), Colecistitis Crónica Alitiásica 6, Colecistitis Crónica Alitiásica y Colesterolosis 2, y Colecistitis Crónica Alitiásica y Adenomiosis 1. (Cuadro 3)

CUADRO No. 3
COLECISTECTOMIA SIN DRENO

ANATOMIA PATOLOGICA

Colecistitis Crónica Calculosa:	43 (82.7%)
Colecistitis Crónica Alitiásica:	9 (17.3%)
C.C. Alitiásica	6
C.C.A. + Colesterolosis	2
C.C.A. + Adenomiosis	1
Total	52

Se presentaron 4 complicaciones post-operatorias; 3 pacientes con fiebre no mayor de 38°, en las primeras 48 horas, que luego desapareció sin tratamiento alguno; uno de estos casos tuvo tos, síntoma que ameritó el uso específico de un antitusivo. La otra complicación, fue, un rash alérgico, posiblemente al uso del antiséptico utilizado para la limpieza de la pared abdominal, complicación que no tiene relación alguna con el acto quirúrgico en sí.

Podríamos resumir diciendo, que solo tuvimos 3 complicaciones menores post- operatorias, después de una Colecistectomía sin dreño, que representa un 5.7% de morbilidad. Estas complicaciones no tuvieron relación con la Colangiografía operatoria, porque se observó de una manera similar en ambos grupos. (Cuadro 4)

CUADRO No. 4
COLECISTECTOMIA SIN DRENO
COMPLICACIONES

Fiebre post operatoria	Rash	3 (5.7%)
Alérgico		1
		4 Casos (7.77%)

En relación a la estancia hospitalaria, el 50% de los pacientes (26) estaban en su casa al tercer día de la cirugía; si sumamos 14 casos, que fueron dados de alta al cuarto día, podríamos decir que el 77% (40 Casos), estaban en su casa al cuarto día. (Cuadro 5)

CUADRO No. 5 COLECISTECTOMIA SIN DRENO ESTANCIA HOSPITALARIA	
DIAS	No. Casos
1 - 3	26 (50%)
4 - 6	24* (46%)
6 o más	2 (4%)
52	

* 14 casos fueron dados de Alta al 4to. día.

COMENTARIO

La Colecistectomía, es un procedimiento quirúrgico muy frecuente en los Servicios de Cirugía. Algunos cirujanos drenan rutinariamente el lecho vesicular después de la Colecistectomía, otros lo hacen selectivamente y algunos no lo drenan.

La literatura tiene muchos trabajos comparativos, entre el uso y el no uso de drenos después de una Colecistectomía. Varios de ellos concluyen que no existe una diferencia significativa entre usar un drenó (no más de 48 hrs.), y no usar drenó. Sin embargo, está claro, que el uso innecesario de drenos, o el uso prolongado de los mismos (más de 48 hrs.), aumentan las molestias del paciente, las complicaciones y el costo del procedimiento quirúrgico.

El uso del drenó en el espacio sub hepático después de la cirugía biliar ha sido una tradición, pero su efectividad

raramente ha sido evaluada. La literatura reporta, que los drenos colocados en el hecho sub hepático han fallado para drenar colecciones de bilis y provenir peritonitis (7 8 9 10 13). En 1967 se realizó una entrevista a 100 cirujanos de Estados Unidos, y el 93% de ellos respondieron, que dejaban el drenó sub hepático, por temor a un derrame biliar en el post-operatorio que produjera una peritonitis; sin embargo esta complicación tiene una incidencia del 0.4%.

Otro trabajo publicado por Elboim y Col. (11), menciona el uso del ultrasonido después de practicar colecistectomías; y este autor demostró que el 25% de los pacientes colecistectomizados tenían colección subhepática, pero que el 92% de estas colecciones no tenían manifestaciones clínicas y no hubieran sido detectadas sino se hubiera utilizado el ultrasonido. Esta colección asintomática fue más frecuente en pacientes operados por cirugía de urgencia que en pacientes selectivos (40.7% vs. 17.9%), más frecuente cuando no se suturó el lecho vesicular que cuando si se suturó (35.9% vs. 4.1 %), más frecuente después de exploración de vías biliares que cuando no se hizo exploración (38.1% vs. 20.2%) y más frecuente cuando se dejó un drenó en el hecho sub hepático que cuando no se dejó drenó (31 % Vs 0%). En los tres primeros el porcentaje es lógico; y el autor refiere y concluye diciendo, que en relación al uso del drenó, quizá éste actúe como cuerpo extraño que estimula la formación de líquido en el espacio sub hepático, ya que no se encontró ningún caso de colección post Colecistectomía en los pacientes en los que no se dejó drenó.

Nuestra experiencia con la Colecistectomía sin drenó ha sido excelente, con una morbilidad post-operatoria de 5.7%, dada por una complicación menor, como es la fiebre; resultado que coincide con la literatura consultada. Sin embargo quisiera decir que para utilizar ésta técnica, será necesario una cuidadosa y adecuada técnica quirúrgica: identificación de todos los elementos anatómicos (Cirugía "limpia"), disección delicada de los planos quirúrgicos, hemostasia satisfactoria del lecho hepático y de toda el área de disección.

Estará contraindicada esta técnica, en Colecistectomías "difíciles", en presencia de procesos supurativos, cuando existe dificultad para cerrar el lecho hepático, cuando la hemostasia es incompleta o "dudosa", al realizar una colangiografía operatoria por punción directa de la

vida biliar principal, o al realizar otros procedimientos quirúrgicos agregados, a veces no planeados, que tienen que practicarse al momento de la colecistectomía.

Creo que en una Colecistectomía selectiva, no complicada, realizada con cirugía "limpia", no está indicado el uso de un dreno en el espacio sub hepático, más bien, está indicada la Colecistectomía sin dreno.

SUMARIO.

Este es un trabajo retrospectivo, de nuestra experiencia personal, en 52 casos de Colecistectomía sin dreno, operados en el IHSS y Hospital Escuela de Tegucigalpa. Los resultados fueron excelentes con una morbilidad post-operatoria de 5.7%, y una estancia hospitalaria reducida a 4 días en el 77% de los pacientes; resultados que disminuyeron las molestias post-operatorias de los pacientes, las complicaciones y el costo hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Gerald Johnson, Robert Gilsdorf. Routine versus Selective Drainage of the gallbladder bed after cholecystectomy. Am. J. of Surgery 1981; 142:651-653.
- 2.- M. J. Playforth y Col. Suction drainage of the gallbladder bed does not prevent complications after cholecystectomy: a random control clinical trial. Br. J. Surgery 1985;72:269-271
- 3.- Cohn LH. Local infections after splenectomy; relationship of drainage. Arch Surgery 1965; 90:230-232.
- 4.- Myers M B. Drain fever, a complication of drainage after cholecystectomy. Surgery 1962; 52:314-317.
- 5.- Cathcart III Robert S. y Col. Should Drains be used in routine Cholecystectomy? Am. Surgeon 1984; 50:482-185.
- 6.- Ronaghan Joseph E. y Col. A statistical analysis of drainage versus non drainage of elective cholecystectomy. Surg. Gynecol. Obstet. 1986; 162:253-255.
- 7- Locker Dany Col. A prospective randomized study of drained and of drained Cholecystectomies. Am. Surgeon 1983; 49:528-530
- 8.- Means R. L. Bile peritonitis. Am Surgery 1964; 30; 583
- 9.- Williams CB. Halpin DS Knox AJS. Drainage following Cholecystectomy. Br. J. Surgery 1972; 59:293-294.
- 10.- Farha George J, ,Chang Frederic, Mathews Earl h. Drainage in elective Cholecystectomy. AmJ. Surgery 1981; 142:678-680.
- 11.- Elboim Charles M. y Col. Significance of post-cholecystectomy sub hepatic fluid collections. Ann. Surgery 1983; 198:137-141
- 12.- Tobias Sidney. Cholecystectomy without drainage. Am Surgeon 1983; 49:536-538.
- 13.- Hoffman J, Lorentzen M. Drainage after cholecystectomy. Br. J. Surgery 1985; 72:423-427.
- 14.- Budd Daniel c. y Col. Cholecystectomy with and without drainage. Am J. Surgery 1982; 143:307-309.

Criterios del CDC para la Definición de Anemia en Niños y Mujeres de Edad Productiva

Las mediciones de Hemoglobina (Hb) y Hematocrito (He) son los test de laboratorio más comúnmente usados en instituciones clínicas y de salud pública para detectar anemia. Debido a que la mayor parte de los casos de anemia en niños y en mujeres de edad reproductiva se deben a una deficiencia de hierro (1), el principal propósito de hacer estudios de tamizado para anemia es la detección de aquellas personas que se encuentran con mayor riesgo de deficiencia de hierro. Los estudios de tamizado correctos no sólo necesitan buenos métodos de laboratorio sino que también valores límites críticos de Hb y He para definir la anemia. Los rangos "normales" de Hb y He cambian durante la niñez y durante el embarazo, y son mayores para hombres que para mujeres (1,2), por lo tanto, los criterios para definir anemia deben ser específicos para la edad, el sexo y el estadio del embarazo. Sin embargo, los criterios actuales para la definición de anemia no están basados en muestras representativas y no toman en cuenta los cambios hematológicos que ocurren durante el embarazo. Para referirse a estas limitaciones, el CDC ha formulado nuevos criterios de referencia para uso en la práctica clínica para programas de salud pública y nutrición así como para sus programas de vigilancia de nutrición pediátrica y de la mujer embarazada. Los nuevos criterios también pueden ser útiles para definir

anemia en estudios clínicos y nutricionales.

Valores límite para la definición de anemia en niños, mujeres no embarazadas y hombres.

Debido a que los valores hematológicos normalmente cambian a medida que los niños crecen, es necesario usar criterios específicos para la edad para diagnosticar anemia en niños (1). Los mejores datos hematológicos de referencia (para los Estados Unidos) son los que se obtuvieron en el segundo sondeo nacional de salud y nutrición entre 1976 y 1980. Los límites de Hb y He recomendados representan el 5 por ciento edad-específico para personas "normales" de ese estudio, (tabla 1) (3,4). La muestra saludable se definió excluyendo personas que tenían la posibilidad de tener deficiencia de hierro basado en múltiples medicinas bioquímicas de hierro. Los valores críticos o límites para definir anemia en niños menores están muy de acuerdo con los valores límites recomendados por la Academia Americana de Pediatría, que están basados en una muestra de niños saludables de raza blanca de clase medía (5). Aun cuando no hay datos disponibles en este estudio para determinar los límites para definir anemia en niños menores de 1 año, los valores límites de los niños entre 1 y 2 años se pueden explorar hasta los seis meses de edad. En general, los estudios de tamizado para detectar anemia por deficiencia de hierro no están indicados en niños menores de 6 meses debido a que esos niños generalmente tienen un estado nutricional de hierro

* Tomado de: Morbidity and Mortality weekly report 1989, 38:400-404 I Traducido por Dr. Carlos A. Javier

Table 1. Hemoglobin (Hb) and hematocrit (Hct) cutoffs for children, non pregnant women, and men*

Age (yrs)/Sex	Hb (g/dL)	Hct (%)
Both sexes		
1-1.9	11.0	33.0
2-4.9	11.2	34.0
5-7.9	11.4	34.5
8-11.9	11.6	35.0
Female		
12-14.9	11.8	35.5
15-17.9	12.0	36.0
≥ 18	12.0	36.0
Male		
12-14.9	12.3	37.0
15-17.9	12.6	38.0
≥ 18	13.6	41.0

adecuado (6). (nota ed. en EUA).

Límites para la definición de anemia en mujeres embarazadas.

Durante el embarazo normal, los valores hematológicos de la mujer cambian sustancialmente (2). Para mujeres con una dieta de hierro adecuada, los valores de Hb y He comienzan a disminuir durante la primera parte del primer trimestre, alcanzan su nadir durante la última parte del segundo trimestre y luego gradualmente suben durante el tercer trimestre (2,7-10). Debido a los cambios de Hb y He durante el embarazo, la anemia debe caracterizarse de acuerdo con el estadio específico del embarazo. Los rangos normales de Hb y He durante el embarazo se basan en los datos agregados de cuatro estudios europeos de mujeres embarazadas saludables que estaban tomando suplemento de hierro (7-10). Estos estudios arrojan datos que concuerdan en cada mes específico del embarazo. Se ha tomado el 5o. percentil mes-específico de los valores acumulados de Hb para uso en el Programa de Vigilancia de Nutrición en el Embarazo dirigido por el CDC (Tabla 2). Además, se han definido límites por trimestre para uso clínico (Tabla 2). Estos límites trimestre-específicos se basan en valores obtenidos en la mitad del trimestre. Los valores límites para el primer trimestre, el tiempo en que la mayor parte de las mujeres inician su control prenatal, se basan en el valor al final del trimestre.

Table 2. Pregnancy month-specific and trimester-specific hemoglobin (Hb) cutoffs*

Gestation (wks)	12	16	20	24	28	32	36	40
Trimester	1+	2	2+	2	3	3+	3	term
Mean Hb (g/dL)	12.2	11.8	11.6	11.6	11.6	12.1	12.5	12.9
5th percentile								
Hb values (g/dL)	11.0	10.6	10.5	10.5	10.7	11.0	11.4	11.9
Equivalent 5th percentile								
Hct§ values (%)	33.0	32.0	32.0	32.0	32.0	33.0	34.0	36.0

* Based on pooled data from four European surveys of healthy women taking iron supplements (7-10).

†Hb values adopted for the trimester-specific cutoffs.

§Hematocrit.

Table 3. Altitude adjustments for hemoglobin (Hb) and hematocrit (Hct) cutoffs

Altitude (ft)	Hb (g/dL)	Hct (%)
<3000	0.0	0.0
3000-3999*	+0.2	+0.5
4000-4999*	+0.3	+1.0
5000-5999*	+0.5	+1.5
6000-6999*	+0.7	+2.0
7000-7999†	+1.0	+3.0
8000-8999†	+1.3	+4.0
9000-9999†	+1.6	+5.0
> 10,000†	+2.0	+6.0

* Based on data from CDC Pediatric Nutrition Surveillance System and reference 11.

† Based on reference 11 only.

Table 4. Smoking adjustments for hemoglobin (Hb) and hematocrit (Hct)

Characteristic	Hb (gm/dL)	Hct (%)
Nonsmoker	0.0	0.0
Smoker (all)	+0.3	+1.0
1/2-1 pack/day	+0.3	+1.0
1-2 packs/day	+0.5	+1.5
>2 packs/day	+0.7	+2.0

Ajuste de los límites de Hb y He por altitud y tabaquismo

Las personas que viven en altitudes mayores de 1000 metros (3300 pies) tienen valores de Hb y He mayores

que las personas que residen al nivel del mar. Esta diferencia se debe a la menor presión parcial de Oxígeno a altitudes altas, una reducción de la saturación de Oxígeno de la sangre (11) y a un incremento compensatorio en la producción de eritrocitos para asegurar un abastecimiento adecuado de Oxígeno a los tejidos. De esta forma, la altitud causa una desviación generalizada hacia arriba de los valores de Hb y He. Esta desviación puede asociarse con una inhabilidad para hacer el diagnóstico de anemia en residentes de altitudes altas cuando se aplican los criterios de valores límites del nivel del mar.

La influencia del fumado de cigarrillos es similar al de la altitud en el sentido de que el fumar aumenta substancialmente los valores de Hb y He, este aumento en fumadores se debe al incremento de carboxihemoglobina por la inhalación de monóxido de carbono al fumar. Debido a que la carboxihemoglobina no tiene capacidad para transportar Oxígeno, su presencia causa una desviación hacia arriba de los valores de Hb y He. Por eso es necesario hacer un ajuste para el diagnóstico de anemia en fumadores.

REFERENCES

1. Dallman PR, Yip R, Johnson C. Prevalence and causes of anemia in the United States, 1976 to 1980. *Am J Clin Nutr* 1984; 39:437-45.
2. Bothwell TH, Charlton RW. Iron deficiency in women: a report of the International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG). New York: The Nutrition Foundation, 1981.
3. Pilch SM, Senti FR, eds. Assessment of the iron nutritional status of the U. S. population based on data collected in the second National Health and Nutrition Examination Survey, 1976-1980. Bethesda, Maryland: Federation of American Societies for Experimental Biology, Life Sciences Research Office, 1984.
4. Yip R, Johnson C, Dallman PR. Age-related changes in laboratory values use the diagnosis of anemia and iron deficiency. *Am J Clin Nutr* 1984; 39:427-36.
5. American Academy of Pediatric nutrition handbook. 2nd ed. Elk Grove Village, Illinois: American Pediatrics, Committee on Nutrition, 1985.
6. Smith NJ, Rosello S, Say mb, Yeya K. Iron storage in the first five years of life. *Pediatrics* 1955;16:166-71.
7. Svanberg B, Arvidsson B, Norrby A, Rybo G, Solvell L. Absorption of supplemental iron during pregnancy: a longitudinal study with repeated bone-marrow studies and absorption measurements. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1975; 48:87-108.
8. Sjöstedt JE, Manner P, Nummi S, Ekenved G. Oral iron prophylaxis during pregnancy: a comparative study on different dosage regimens. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1977;60:3-9.
9. Puolakka, J, Jánne O, Pakarinen A, Járevinen A, Vihko R. Serum ferritin as a measure of iron stores during and after normal pregnancy with and without iron supplements. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1980;95:43-51.
10. Taylor DJ, Mallen C, McDougall N, Lind T. Effect of iron supplementation on serum ferritin levels during and after pregnancy. *Br J Obstet Gynecol* 1982;89:1011-7.
11. Hurtado A, Merino C, Delgado E. Influence of anoxemia on the hemopoietic activity. *Arch Intern Med* 1945;75:284-323.

El Médico

Por: Antonio Tróchez Obando (hondureño)

*Ardiente labor, conceptuarle su vida por el
mucho saber que su mente encierra
fusionando la ciencia con la fe recibida
equilibra la vida del hombre en la tierra.*

*Consagrado se encuentra a su ardua faena
en constante ajeteo a su fiel devoción, de
amor y piedad tiene el alma llena y apoyo
moral en su grata expresión.*

*Atenuante se torna su poder sugestivo
cuando bañan sus ojos la mirada perdida,
fortalece al enfermo, volviéndolo activo y en
lento proceso se incorpora a la vida.*

*Su presencia se requiere a cada momento
obligado a dejar con frecuencia su tálamo,
conciente del deber, sin argüir pretexto
para salvar una vida, con su valor almo.*

*Cumpliendo su deber se torna solidario
acudiendo al drama, preciso y tenaz
simulando un Nerón o quizás temerario
resiste la impresión, frío y audaz.*

*La máxima de aliviar el ajeno dolor lo deja
al margen de codicia alguna con genial
cordura y ardiente candor, su dicha es
conservar, la vida humana.*

*En su encomiable labor, se gesta el progreso
de un pueblo noble que ufano labora con su
salud adquirida, garantiza el acceso de
luchar con tesón, por la dicha que añora.*

OBITUARIO



**Dr. ROLANDO CALDERÓN
SALINAS**

Nació el 23 de agosto de 1941 en El Progreso, Yoro. Graduado en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras el 25 de junio de 1971. Registro de Colegiación No.725. Falleció el 5 de enero de 1989.



Dr. RAÚL FERNANDO

BOESCH MATUTE Nació el 15 de junio de 1933 en La Ceiba, Atlántida. Graduado en la Universidad Autónoma de Honduras el 20 de julio de 1965. Registro de Colegiación No. 379. Falleció el 10 de febrero de 1989.



**Dr. BENJAMÍN RODRÍGUEZ
GUERRERO**

Nació el 12 de enero de 1912 en San Nicolás Santa Bárbara. Graduado en la Universidad Central de Honduras el 21 de junio de 1941. Registro de Colegiación No. 256. Falleció el 3 de marzo de 1989



I
r
.
J
/
C

**OBO LUCIANO
TABORA LÓPEZ**

Nació el 7 de abril de 1955 en La Ceiba, Atlántida. Graduado en la Universidad Nacional de Honduras el 30 de septiembre de 1983. Registro de Colegiación No.1670. Falleció el 27 de mayo de 1989.



**Dr. CARLOS AGURCIA
MEMBREÑO**

Nació el 17 de septiembre de 1919 en Tegucigalpa, D. C. Egresado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras el 18 de mayo de 1946. Registro de Colegiación No. 317. Falleció el 11 de junio del 989.



Dr. MAURICIO ANTONIO

PAREDES ESCOTO Nació el 3 de agosto de 1943 en el Puerto de Tela, Atlántida. Graduado en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras el 25 de junio de 1971. Registro de Colegiación No. 727. Falleció el 23 de julio de 1989.



Dr. CARLOS A. SOLIS PINTO
Nació el 27 de julio de 1927 en Ocotepeque.
Graduado en la Universidad de Buenos
Aires, Argentina el 5 de septiembre de
1964. Registro de Colegiación No. 570.
Falleció el 13 de agosto de 1989.



Dr. MANUEL CARRASCO FLORES
Nació el 14 de julio de 1917 en Tegucigalpa D. C. Graduado en la
Universidad Nacional Autónoma
de Honduras el 5 de mayo de 1951
Registro de Colegiación No. 063.
Falleció el 5 de noviembre de 1989.



Dr. Inf. DAVID MARTÍNEZ GUTIÉRREZ
Nació el 14 de abril de 1955 en
Candelaria, Depto. Lempira.
Estudió en la Universidad Nacional
Autónoma de Honduras. Registro de
Colegiación Provisional No. 2959. Falleció
el 17 de junio de 1989, cumplía su Servicio
Médico Social Obligatorio. Edad: 33 años.



Dr. MANUEL ANTONIO SANDOVAL PINEDA
Nació el 18 de julio de 1916 en Rivas,
Nicaragua. Graduado en la Universidad
Nacional Autónoma de Honduras el 14
de octubre de 1954. registro de
Colegiación No. 073. Especialista en
Salud Pública Falleció el 27 de agosto de
1989.

CONTENIDO

L- EDITORIAL

El Servicio Médico Social.....	3
--------------------------------	---

II.- TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

1.- Uso de Ceftazidime como Monoterapia en Infecciones Severas de Diversa Etiología en Pacientes Críticamente Enfermos o Inmunocomprometidos" <i>Dra. Martha Matamoros de López y Cois</i>	4
--	---

ni.- REVISIÓN CLÍNICA

1.- Tumores Benignos de Ovario <i>Dra. Ana Lidia Messen y Dr. Oscar Flores Funes</i>	14
2.- Embarazo Ectópico: Revisión de un año <i>Dr. Leonel Pérez, Dr. José Cárcamo y Dr. Leopoldo Díaz Solano</i>	20
3.- Colectomía sin Dreno: Nuestra Experiencia <i>Dr. José Carlos Alcerro Díaz</i>	25

IV.- INFORMACIÓN MÉDICA

1.- Criterios de CDC para la definición de Anemia en Niños y Mujeres de Edad Productiva (Traducción).....	29
--	----

V.- SECCIÓN LITERARIA

1.- El Médico <i>Antonio Tróchez Obando (hondureño)</i>	32
--	----

VI. SECCIÓN GREMIAL

1.- Obituario.....	33
2.- Lista Médicos Colegiados hasta el 31 de Diciembre de 1989.....	35
3.- Propuesta del Colegio Médico de Honduras a la U.N.A.H.....	92
4.- Reglamento de Colegiación Provisional del Colegio Médico de Honduras	93
5.- Reglamento para el ejercicio de la Actividad Técnica en Citología	97
6.- Circular Junta Control de Drogas	99
7.- IV Curso y Congreso Centroamericano de Medicina del Deporte	100
8.- Congreso de Pediatría Cartagena 90. IX Latinoamericano, XVI Panamericano y XVII Colombiano.....	101
9.- II Congreso Centroamericano y del Caribe de Oncología, IV Congreso Venezolano de Oncología, II Congreso de Enfermería Oncológica.....	102