

Contenido

PEDIATRÍA

Atresia pulmonar

Por el Dr. Justiniano Romerín Cuao..... 3

NEONATOLOGÍA

Síndrome de dificultad respiratoria neonatal

Por el Dr. Leonardo Cruz Reynoso 5

MERIDIANOS NACIONALES

- Interacción farmacológica
- Enfermedad meningocócica
- Neuropatía diabética
- Estadísticas en LES 6

MERIDIANOS INTERNACIONALES

- Falta de vitamina D
- Depresión y demencia
- Bacteria resistente a antibióticos
- Terapia en vértigo 7

ALERGOLOGÍA

Rinitis alérgica estacional

Por el Dr. Francisco Espinosa Rosales 8

CALENDARIO DE EVENTOS

2º. Congreso Mundial de Medicina

Antienvejecimiento y Regenerativa..... 9

GASTROENTEROLOGÍA

Cáncer de esófago

Por el Dr. Mario Alberto Durán Martínez.... 10

PROCTOLOGÍA

Prolapso rectal

Por el Dr. José Alberto González García..... 11

VACUNAS CONTRA VPH PARA HOMBRES

■ Por el Dr. Carlos Eduardo Aranda Flores

Subespecialidad en Oncología, Ginecología y Colposcopia; ex Jefe del Servicio de Oncología del Instituto Nacional de Perinatología (INPer); miembro del Consejo Mexicano de Oncología

El virus del papiloma humano (VPH) pertenece al grupo de los *Papovaviridae*, en el que se encuentran varios tipos que infectan tanto a los animales como al hombre, produciendo lesiones neoplásicas. Tiene preferencia por las mucosas genitales, donde produce diferentes lesiones. Hasta el momento se han logrado identificar más de cien tipos y cerca de cuarenta son transmitidos sexualmente. Las principales lesiones que producen son verrugas cutáneas y plantares. Los tipos 1, 3 y 5 se generan en piernas y brazos; en tanto que el 6 y el 11 producen lesiones verrugosas o condiloma acuminado, mismas que se presentan en el cuello uterino, vagina, uretra, pene y zona perianal. Los tipos que tienen alto riesgo de producir cáncer son

el 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58, principalmente cervicouterino, en amígdalas, faríngeo, mamario, uretral, ovario, de piel, peneal, anal y prostático.

La prevalencia para el papiloma humano suele presentarse en personas entre los 20 y los 30 años de edad. En cuanto a la incidencia citohistológica y aplicación de biopsia, representan el cuatro y seis por ciento. Sin embargo, estas cifras tan sólo son la punta del iceberg, ya que existen tres tipos de infección: latente, subclínica y clínica, y el periodo de incubación es variable, ya que puede ser rápido y tardar de dos a tres meses, o bien ir de diez a hasta veinte años.

El VPH suele diagnosticarse con mayor frecuencia en la cabeza del pene y surco balanoprepucial, meato uretral y bolsas escrotales. No obstante para conocer la funcionalidad de la vacuna en el sexo masculino y debido a que el hombre es un vector importante en la transmisión de este

Pasa a la pág. 2 ►

TRAUMA OCULAR

■ Por el Dr. Yudy Marín Alanoca

Miembro de la Sociedad Mexicana de Oftalmólogos Militares; certificado por el Consejo Mexicano de Oftalmología

Se define como una lesión originada por mecanismos contusos o penetrantes sobre el globo ocular y estructuras periféricas que ocasiona daño histológico de diverso grado de afectación, ya sea leve, moderado o severo, con compromiso de la función visual, temporal o permanente. En la actualidad constituye un problema de salud pública al ubicarse como la tercera causa ocular de hospitalización y segunda de compromiso visual, siendo prevenible este tipo de lesión en 90% de los casos.

El trauma ocular afecta con mayor frecuencia a los adultos en edad productiva, de los cuales más del 80% son hombres, debido a que este grupo poblacional tiene un mayor contacto físico, un comportamiento más agresivo, practica deportes de mayor riesgo y por el tipo de trabajo que desarrolla; así como en niños del sexo masculino menores de diez años, principalmente

en el hogar y a causa de diferentes objetos domésticos. Más de 50% de las lesiones ocurren en el trabajo, 25% en juegos infantiles y el resto en actividades deportivas. Esta situación provoca una carga física, psicológica y socioeconómica para quien lo sufre y en la sociedad en general, pues los pacientes pueden quedar con un defecto visual de por vida, con pérdida de productividad y tiempo laboral. Además, los costos de hospitalización y quirófano para su atención son elevados.

Las lesiones se clasifican según el daño provocado en las estructuras y puede ser trauma cerrado o abierto, el cual determina el tratamiento a seguir, siendo el principal y único factor conocido la visión inicial al momento del examen ocular. Las complicaciones de un trauma ocular pueden producir discapacidad y deterioro en la calidad de vida de los pacientes, por lo que es vital la medicina preventiva.

Los traumatismos pueden provocar hemorragia y tumefacción de los párpados, hemorragias subconjuntivales, edema

Pasa a la pág. 2 ►

VACUNAS CONTRA VPH PARA HOMBRES

Viene de la pág. 1 ►

virus, México participó en el protocolo de investigación internacional denominado “El valor de la vacuna polivalente en la prevención de los genitales externos del hombre; de hombres que tienen sexo con hombres y cáncer de ano”, cuyos resultados se publicaron en diciembre de 2009. En el estudio, que se realizó en 18 países de los cinco continentes, tomaron parte cuatro mil sujetos —de los cuales 602 eran homosexuales—, entre los 16 y 26 años de edad, sin antecedentes de la enfermedad, quienes habían tenido menos de cinco parejas sexuales y tenían disponibilidad de ser manejados y vigilados.

Al grupo mexicano, conformado por 120 individuos, y el cual fue estudiado por especialistas del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en la ciudad de Cuernavaca, Morelos recibió al inicio, al segundo y al sexto mes del estudio, las dosis de una vacuna cuadrivalente aplicada en el hombro, vía intramuscular, la cual protege contra los virus 6, 11, 16 y 18 (cabe recordar que los tipos 6 y 11 son responsables del 90-95% de las verrugas genitales, principal motivo de consulta del paciente, en tanto que los tipos 16 y 18 son causantes de cáncer peneal, anal, escrotal y próstático. Además, es responsable del 30-35% del cáncer de cabeza y cuello, principalmente cavidad oral y nasofaringe). Asimismo, se les realizó una prueba de ADN del VPH en tracto genital, en pene, escroto y zona perianal. El estudio también incluyó la realización de una anoscopia de alta resolución. Posteriormente, se les dio seguimiento por tres años.

Los resultados fueron contundentes: la vacuna logró prevenir las lesiones en genitales en 90.4% de los casos; en tanto que en más de 70.5% el cáncer de ano. Además, en los casos de hombres que tenían sexo con hombres, ayudó a prevenir todo tipo de verrugas y cáncer en la zona anal.

El protocolo ayudó a identificar que el virus de mayor prevalencia entre los hombres que tenían sexo con hombres era el serotipo 16, responsable de las lesiones premalignas entre pene y ano, siendo las verrugas las más frecuentes y la razón que había motivado la consulta. Muchas veces esto sólo representa el inicio de algo más grave ya que podemos ver esa lesión y cuando se realiza una colonoscopia es cuando se descubren lesiones más severas.

Un indicador clínico es valorar las verrugas genitales externas. Por lo tanto, al grupo de hombres que tienen sexo con hombres se les recomienda la realización de una anoscopia de alta resolución.

Otro punto que se encontró en el protocolo fue que 40% de los participantes estaban circuncidados. Los varones circuncidados tienen 5% menor riesgo de infectarse de VPH que aquellos no lo están, incrementándose 19.5% el riesgo en estos últimos. Esto se debe a que la mucosa del prepucio y la humedad que guarda favorece la sobrevivencia del virus, a diferencia del hombre circuncidado, quien al no contar con este pliegue de piel es mucho más resistente a cualquier tipo de infección.

En México, aunque se cuenta con un registro histopatológico, es menos frecuente el cáncer anal en hombres, sin embargo se requiere de una investigación clínica para conocer en qué niveles se está incrementando este problema. Lo preocupante es que las personas infectadas con el VPH no manifiestan síntomas, ni malestar, por lo que la prevención primaria debe darse a través de la vacunación y generarse una cultura preventiva en la población masculina para la realización anual de una citología (que sería el estudio similar al *Papanicolaou* en las mujeres) a fin de identificar de forma temprana la presencia de virus oncogénicos y prevenir muchos casos de cáncer.

Por tanto, se recomienda aplicar la vacuna al sujeto antes de que inicie su vida sexual, específicamente en niños y adolescentes. En nuestro país, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) tiene autorizada su aplicación a partir de los nueve años de edad y hasta los 45 en el caso de las mujeres; pero en los varones, de los nueve a los 26 años. Al respecto, quienes tienen la experiencia de vacunar son los pediatras y recientemente los ginecólogos, habiéndose rezagado un poco los urólogos, por lo que es necesario que éstos también se sumen para aplicar las medidas de prevención.

En la actualidad no existe tratamiento ni cura para el VPH, pero sí opciones para tratar las condiciones asociadas con este virus en hombres, las cuales incluyen verrugas genitales, así como cáncer de pene y anal. Cuando las verrugas están visibles, pueden ser tratadas con medicación, o removidas con cirugía o crioterapia. Algunos de estos tratamientos se los puede aplicar el mismo paciente, mientras que otros sólo por un experto en salud. Ningún tratamiento es mejor que el otro. Empero, las verrugas pueden reaparecer, en especial durante los primeros tres meses después del tratamiento.

Referencias bibliográficas: Papiloma virus. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2001. / Alonso P, Lazcano PE. Cáncer cervicouterino. / Frías SJ. Aspectos clínico-epidemiológicos de los papilomas virus. Rev Sanid Mex 1997. ■

TRAUMA OCULAR

Viene de la pág. 1 ►

o ruptura de la córnea, así como hipema (sangre en cámara anterior), la cual genera una disminución de la agudeza visual y dolor variable por aumento de la presión intraocular y, de ser el sangrado masivo sin tratamiento, glaucoma.

Entre las lesiones más severas se encuentran la catarata traumática, glaucoma, desprendimiento de retina, de coroides, hemorragias subretinianas, fracturas de la pared orbitaria hasta lesión isquémica o conmocional del nervio óptico y avulsión del

Sigue en la pág. 3 ►

ATRESIA PULMONAR

■ Por el Dr. Justiniano Romerín Cuao

Médico Pediatra del Hospital General de Zona No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

La falta de una perforación u oclusión de un orificio o conducto dentro del cuerpo se conoce como atresia. En este caso, es una cardiopatía congénita la cual se relaciona con la malformación de la arteria pulmonar y se la define como la falta del conducto que lleva la sangre hacia los pulmones para su oxigenación, siendo una patología muy rara. Este extraño padecimiento se presenta concomitante con enfermedades infecciosas como rubéola, toxoplasmosis y VIH. También se lo relaciona con madres que durante el embarazo ingirieron bebidas alcohólicas o consumieron alguna droga; aunque a ciencia cierta, no se ha encontrado si éstas pueden

producir una malformación del corazón, pero es muy frecuente la cantidad de pacientes relacionados con esta causa que nacen con atresia pulmonar.

No obstante, se sabe que principalmente es un problema congénito de origen desconocido cuyas malformaciones son multifactoriales; alrededor de 3% se presentan por un solo gen, otro 5% lo son por varios genes, y en 90% de los casos están relacionadas con el medio ambiente (exposición en la etapa del embarazo a la contaminación, pesticidas, consumo de alcohol y drogas; estas sustancias actúan sobre el crecimiento del corazón y pueden detener su desarrollo).

La incidencia en México de este tipo de malformaciones es del 0.07% por cada mil niños nacidos vivos, y 1.4% de las

Sigue en la pág. 4 ➤

TRAUMA OCULAR

Viene de la pág. 2 ➤

mismo. Este tipo de lesiones pueden provocar diversos grados de tracción del nervio óptico sobre el anillo escleral posterior.

En la evaluación clínica del paciente con traumatismo ocular es importante evitar presionar el globo si existe herida penetrante, por el peligro de causar herniación del contenido. Se inspeccionan en forma ordenada las estructuras: la superficie anterior de la córnea para confirmar o descartar la presencia de cuerpos extraños, heridas, irregularidades y alteración del brillo; la superficie de la conjuntiva, tanto bulbar como tarsal, con eversión de los párpados para localizar cuerpos extraños, hemorragias o heridas; se evalúa profundidad y claridad de la cámara anterior, tamaño, forma y reacción de la pupila, presión intraocular, agudeza visual, motilidad, integridad de los medios transparentes, fondo de ojo, con o sin pupila dilatada; y se examina meticulosamente los tejidos adyacentes al globo.

Se debe indagar sobre síntomas que sugieren patología ocular como visión borrosa, disminución o pérdida total de ésta, dolor, fotofobia, diplopía o visión doble, lagrimeo, ojo rojo e inflamado o sensación de cuerpo extraño y movimientos.

El examen ocular debe ser minucioso y ordenado, lo ideal es sedar al paciente o aplicarle anestesia general para una completa evaluación de la extensión de la lesión y para planear su manejo, siempre y cuando no haya compromiso de otras estructuras u órganos que pongan en riesgo su vida. Entre las herramientas diagnósticas se encuentran: ultrasonografía, tomografía computarizada, resonancia magnética. El uso de la radiografía convencional es limitada, pues no detecta los objetos que no son radioopacos, pero aún así podría ser el primer acercamiento imagenológico.

La variedad de las lesiones y la afección de ambos segmentos del globo ocular requieren estrategias de tratamiento individualizados, sobre todo tomando en cuenta que la función del ojo depende de las relaciones anatómicas entre múltiples

estructuras como los párpados, córnea, cámara anterior y posterior, cristalino, retina, músculos y nervios.

La terapéutica deberá establecerla un especialista debidamente capacitado, pues suelen ser múltiples y en ocasiones complejas. Los tratamientos pueden ser locales, farmacológicos o quirúrgicos, según sea el caso.

Para toda herida perforante están indicados la oclusión no compresiva, los antibióticos tópico-sistémicos y el reparo quirúrgico si las heridas son mayores de dos y tres milímetros. En la inducción anestésica no debe usarse succinilcolina porque causa contracción de los músculos extraoculares ocasionando un prolapso del contenido ocular a través de la herida. Tampoco se utiliza anestesia retrobulbar por peligro de un aumento de la presión orbitaria por hemorragia retrobulbar y la consecuente expulsión del contenido a través de la herida.

Se deben utilizar materiales adecuados en la sutura para evitar futuras complicaciones, así como el uso de antibióticos y corticoides. Éstas son las razones por las cuales las conductas posteriores al diagnóstico deben ser hechas por el oftalmólogo.

El trauma ocular penetrante que compromete al segmento posterior tiene pronóstico más reservado, comparado con el que afecta al segmento anterior. El retraso diagnóstico de infecciones polimicrobianas y presencia de cuerpo extraño intraocular afecta negativamente el pronóstico visual.

Es innegable la importancia de crear una cultura de prevención del trauma ocular, más aún si está claro que más de 90% de las lesiones oculares se pueden prevenir con medidas básicas de cuidado.

Referencias bibliográficas: 1. Prevention and treatment of common Eye injuries in sport de JO Rodríguez, D.O., AM Lavina y A. Agarwal, M.D., (American Family physician, abril 2007). / 2. Protective eyewear wen playing sport de M. Bowes Hamil, Eye M.D. American Academy of Ophtalmology, 2005. ■

ATRESIA PULMONAR

Viene de la pág. 3 ►

cardiopatías congénitas son de atresia pulmonar. Un estudio realizado en 2001 por el Centro Médico Nacional Siglo XXI mostró que en 244 infantes (132 niñas y 111 varones) con cardiopatía congénita, la última malformación es la atresia pulmonar (0.4%). Su pronóstico sin tratamiento es fatal, ya que alrededor de 50% de los pacientes muere en las dos primeras semanas de vida y más de 80% antes de llegar a los tres años de edad. Se da con igual frecuencia en ambos sexos, y según algunas series, se ve más en el recién nacido a término.

Diagnóstico

Esta entidad no se puede diagnosticar tan fácil ni de manera temprana, es decir, durante el embarazo, ya que es casi imposible para el pediatra o el cardiólogo darse cuenta que el producto tiene una malformación cardíaca debido a que la madre es quien le provee de oxígeno dentro del útero para el buen funcionamiento de su organismo. Es hasta el momento del nacimiento cuando el bebé muestra cianosis, lo cual alerta al equipo de parto quien de inmediato lo trata.

Las complicaciones en estos niños son problemas respiratorios frecuentes, además de embolismos y abscesos cerebrales, accidente cerebrovascular, resultado de los trombos que viajan hacia el encéfalo obstruyendo una arteria y produciendo una lesión severa del cerebro.

Pero, ¿qué sucede? Se produce el cierre del canal arterial persistente: hipoxemia (taquipnea, hipocarbía) y cianosis, provocando una disminución de la frecuencia cardíaca, soplo pansistólico en borde esternal izquierdo por la insuficiencia tricúspide (IT), a veces frémito o retumbo diastólico si la IT es grave. Soplo corto en segundo-tercer espacio intercostal (canal arterial). El grado de hepatomegalia está en función de la IT.

Para diagnosticar esta patología es necesario realizar: radiografía de tórax, electrocardiograma y ecocardiografía con el que se obtendrá una valoración de la válvula tricúspide: tamaño y morfología ausencia de coronarias; canal arterial persistente, conexiones ventriculocoronarias (difíciles de ver, eje parasternal corto). Es importante llevar a cabo un cateterismo para valorar la CIA: si es restrictiva o no. En el canal arterial persistente, aorta, o arterias coronarias.

Diagnóstico diferencial

Ante la presencia de un neonato con cianosis, soplo sistólico leve, cardiomegalia e hipoaflujo pulmonar, se debe efectuar un diagnóstico diferencial entre al menos: atresia pulmonar con septo íntegro; estenosis pulmonar crítica; tetralogía de Fallot; atresia pulmonar con comunicación interventricular (CIV); isomerismo atrial derecho y atresia o estenosis pulmonar.

Tratamiento

En el momento de nacer, el ductus arterioso (conducto entre la arteria pulmonar y la aorta) del niño tiende a cerrarse, eso es normal. Por lo general, solemos nacer con el ductus abierto, pero con la primera bocanada de aire aumenta la presión incrementándose la concentración de

oxígeno, lo cual hace que dicho conducto tienda a cerrarse, generando la posibilidad de fallecer. Si el ductus se cierra, el primer signo que se presenta es cianosis, por lo que de inmediato se debe proceder a proporcionar oxígeno al pequeño y aplicarle soluciones intravenosas, sin dejar de vigilarlo y si no evoluciona, se le debe dar oxigenación en el momento que vaya a comer. Luego se lo medica con protalandina E, un fármaco que permite que el conducto arterioso permanezca abierto y pueda sobrevivir un tiempo más para posteriormente realizarle una cirugía. En estos casos casi siempre se ofrece tratamiento quirúrgico paliativo, el cual ayuda a que el paciente mejore su condición general, para que, en una segunda etapa, se le pueda realizar una segunda cirugía correctiva.

El tratamiento médico para la atresia pulmonar es escaso, si el bebé presenta síntomas de cianosis, lo primero que hay que hacer es oxigenarlo y detectar si tiene insuficiencia cardíaca, y en caso dado aplicarle digoxina con furosemida (indicada en adultos y pacientes pediátricos para el tratamiento del edema asociado con insuficiencia cardíaca congestiva) lo cual ayuda al corazón a comenzar a trabajar con mejor ritmo y mayor fuerza, mejorando su rendimiento. Sin embargo, en determinado momento, ciertos órganos aumentan de tamaño, como el hígado, por el exceso del trabajo del músculo cardíaco. No obstante, el pronóstico de vida para estos pacientes es muy corto, pues no llegan a los tres años.

Cabe señalar que estos niños también suelen presentar muchos problemas con relación a su peso. La mayoría son hipodesarrollados.

Una vez diagnosticado el problema y teniendo las radiografías, electrocardiogramas y ecocardiogramas, se solicita la interconsulta con cirugía cardiovascular, que es el área indicada para atender a este paciente, con la finalidad de ofrecerle la realización, primero, de una fístula cardíaca, la cual puede ayudarlo a tener una mejor calidad de vida, y después la cirugía correctiva. Ésta siempre va a depender de lo que se encuentre anatómicamente, pues existen casos que permiten llevarla a cabo y otros no.

La muerte de la mayoría de los niños es en etapas tempranas debido a que deben tener un conducto arterioso abierto para poder llegar a los tres años.

En la actualidad, en algunos lugares ya es posible diagnosticar una cardiopatía de este tipo dentro de la cavidad uterina, haciendo una detección temprana por medio de un ultrasonido, con equipo tecnológico de tercera y cuarta generación. Esto ayuda a tomar una acción mucho más rápida en el momento que nace el niño y no tener que esperar a que muestre síntomas de cianosis para poder actuar.

Referencias bibliográficas: 1. Villasis M.A.; Aguiles Pineda R.; Halley Castillo E.; Alba Espinoza C.; Frecuencia y factores de riesgo asociados a desnutrición con cardiopatía congénita. Salud Pública de México. Vol. 43 No 4 Julio Agosto del 2001. / 2. Sánchez P. Cardiología Pediátrica Clínica y Cirugía. Atresia pulmonar con CIV y con septum íntegro. pág 404 a 414 y 415 a 428. Edit. Salvat 1986 tomos uno y dos. ■

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL

■ Por el Dr. Leonardo Cruz Reynoso

Pediatra, jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Unidad Médica de Alta Especialidad Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es una enfermedad caracterizada por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido prematuro, cuyo principal componente es la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante que causa desarrollo progresivo de atelectasia pulmonar difusa e inadecuado intercambio gaseoso. Cuando un bebé nace inmaduro o prematuro, no produce esta sustancia, provocando un colapso o un cierre de los alveolos, dándose un incremento en la dificultad respiratoria que puede ocasionar un desenlace fatal si no fue tratado de manera adecuada.

Los recién nacidos prematuros (RNP) con enfermedad respiratoria constituyen un grupo de pacientes que ocupa un alto porcentaje en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. Este síndrome se cuantifica en tres grados: leve, moderado y severo. El leve se maneja de manera convencional, pero el moderado y grave, casi siempre requieren —entre más prematuro es el paciente— la administración del medicamento surfactante exógeno.

Un bebé prematuro es aquél que al nacer pesa menos de dos kilos con 500 gramos y tiene menos de 37 semanas de edad gestacional, pero el SDR se acentúa mucho más en aquellos que tienen menos de 32 semanas de vida gestacional. En el mundo nacen al rededor de 13 millones de bebés prematuros al año. En México, es probable que nazcan 2.7 millones, de los cuales entre 12 y 17% son partos prematuros, y de éstos, 30% presentan el SDR neonatal. Cuando se da un nacimiento antes de tiempo, el bebé puede presentar problemas como incremento importante en la función respiratoria, dificultad para respirar, tornándose su piel azulosa (cianosis), razón por la que el médico debe valorar el grado de dicha dificultad a través del método Silverman-Andersen, utilizado desde 1956, y el cual se basa sobre cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad respiratoria: 1) disociación toracoabdominal, 2) tiros intercostales, 3) retracción del apéndice xifoides, 4) aleteo nasal y 5) quejido espiratorio. Cada signo se califica de 0 a 2, siendo la calificación ideal 0. Regularmente los pacientes con puntaje bajo (1 o 2) se manejan con oxígeno directo, con una mascarilla o cámara cefálica; en los puntajes mayores de 4 es mejor con ventilación mecánica, conectando un tubo endotraqueal desde el ventilador hacia los pulmones.

Factores de riesgo

Este síndrome está condicionado por múltiples factores. El principal es la prematuridad. Pero, ¿por qué nacen bebés prematuros? Una de las causas es la preeclampsia, condición que presenta altos niveles de presión sanguínea después

de la semana 20 del embarazo y la cual desencadena en trabajo de parto. Otras causas son la diabetes gestacional y los procesos infecciosos durante el embarazo provocados por bacterias en la ruptura prematura de membranas, así como por infección de vías urinarias maternas. Ante estas condiciones se va a presentar un bebé prematuro que será portador del SDR.

Cabe apuntar que los programas médicos deberían estar establecidos para evitar partos prematuros. Usando esteroides prenatales para maduración pulmonar, se debe de tener un mejor control del periodo gestacional, tanto en mujeres diabéticas, preeclámpticas con ruptura prematura de membranas y tratar de llegar a término para evitar este tipo de problema.

Tratamiento

Las vías respiratorias del producto comienzan a formarse a partir de la quinta semana de vida dentro del útero. En la medida que progresa el embarazo van madurando. De tal forma que tenemos dos tipos de células en los pulmones, las cuales nos ayudan a respirar cuando estamos fuera del vientre materno: neumocitos tipo 1 y tipo 2. Estos últimos son los que producen el surfactante, pero si están inmaduros y no generan dicha sustancia dentro del pulmón, se presenta un colapso alveolar, debiéndose recurrir a surfactante externo, el cual aplica el médico de manera exógena.

El surfactante exógeno lo hay tanto de tipo artificial como natural, este último proviene del género bovino, y es preparado de manera medicamentosa, para poder administrarlo al pulmón. Es el fármaco ideal para tratar el SDR neonatal. Cuando los bebés prematuros sufren cierre de los alveolos, éste mantiene la tensión superficial de ese alveolo y logra mantenerlo abierto, evitando que se colapse.

El surfactante se maneja de dos formas, profiláctico y de rescate, este último puede ser temprano y tardío. El profiláctico debe de administrarse en los primeros 30 minutos de que nace el bebé. El de rescate temprano de los 30 minutos a las dos horas de vida, y el rescate tardío se administra dos horas después de haber nacido el bebé.

En general se debe buscar: establecer recomendaciones para el uso racional de oxígeno en el RNP; disminuir la frecuencia y gravedad del daño inducido por el ventilador; disminuir las secuelas a nivel neurológico, pulmonar y nutricional; y mejorar la calidad de vida.

Efectos adversos

El recién nacido tiene una mejor evolución si el surfactante es manejado de manera profiláctica y de rescate temprano. El tratamiento con oxígeno es esencial, pero al utilizarlo en altas concentraciones y por tiempo prolongado, puede provocar problemas oculares al pequeño (retinopatía del prematuro). A la larga, también puede causarle daño a

Sigue en la pág. 9 ➤



INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA

Silvia Cruz Martín del Campo y Juan Carlos Molina Covarrubias, científicos del Departamento de Farmacobiología del Cinvestav, señalaron que cada vez es más común que un paciente sufra de varias enfermedades al mismo tiempo, por lo que es necesario que ingiera diferentes tipos de medicamentos. Pero si éstos no le son prescritos por el médico y a la vez los combina con remedios caseros, pueden perder su eficacia y causarle graves problemas orgánicos.

Así lo revelaron las investigaciones que realizaron por más de diez años —que algunas hierbas como la *Hypericum perforatum* (hierba “de San Juan”) pueden acelerar la transformación y eliminación de muchos fármacos en el organismo, ocasionando la disminución o pérdida de la eficacia del tratamiento farmacológico— y las cuales recopilaron en el libro *Interacciones Farmacológicas*. Éste es el primer material que se publica sobre este tema en español, con el objetivo de ayudar a los médicos a tener un referente de consulta rápida para que conozcan cuáles son las potenciales interacciones de un fármaco con otros agentes. ■

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

Se sabe que esta patología afecta anualmente a 500,000 individuos en el mundo, de los cuales 14% muere y 19% presenta secuelas graves como pérdida del oído, daño cerebral o amputaciones, entre otras. De acuerdo con el doctor José Luis Castañeda Narváez, infectólogo pediatra del INP, “la enfermedad meningocócica es una infección bacteriana grave y contagiosa que puede manifestarse como: meningitis, septicemia y meningococemia y afectar a personas de cualquier género y edad; con mayor riesgo en lactantes y personas entre los dos y los 18 años”.

De acuerdo con el especialista, los síntomas son difíciles de reconocer porque muchas veces se parecen a una infección respiratoria común; la forma de contagio es por contacto directo con secreciones salivales e indicó que el diagnóstico de la meningitis se realiza normalmente tomando una muestra del fluido de la espina dorsal. Sin embargo, concluyó que hoy en día los avances de la medicina nos permiten contar con una vacuna conjugada contra la enfermedad meningocócica por serogrupo C, que puede prevenir graves consecuencias. ■

NEUROPATÍA DIABÉTICA

Contrario a lo que se cree, esta entidad no es una complicación tardía de la diabetes, pues se han visto algunos síntomas leves en los primeros años de la enfermedad. Tampoco es poco frecuente, ya que se presenta en más de 50% de estos pacientes. “Aunque este trastorno es en su inicio silencioso y asintomático, el deterioro de los nervios se hará más evidente conforme avancen los años”, resaltó el doctor Germán Vargas Ayala, adscrito al Hospital General de Ticomán.

“Cuando hablamos del manejo de esta complicación se podrían definir diferentes tratamientos farmacológicos: uno enfocado a controlar los niveles de glucosa, otro específico para atender sus causas y por último cuando sólo se tratan los síntomas de la neuropatía diabética”. Por lo que, de acuerdo con la experiencia clínica y con lo que determine el médico tratante, se podría administrar a ciertos pacientes ácido tióctico, un potente antioxidante que restaura el flujo sanguíneo de los nervios afectados y reduce el estrés oxidativo celular. En los casos de hiperglucemia, aumenta la cantidad de radicales libres de oxígeno, moléculas que provocan el mencionado estrés oxidativo, el cual deteriora y lesiona vasos sanguíneos propiamente, tejidos y órganos, concluyó el doctor Vargas Ayala. ■

ESTADÍSTICAS EN LES

Cada año alrededor de tres mil personas desarrollan lupus eritematoso sistémico (LES), enfermedad que ataca principalmente a las mujeres entre los 20 y 40 años de edad. El doctor Mario Pérez Cristóbal, adscrito al Servicio de Reumatología del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, señala que este padecimiento, cuyas causas aún se desconocen, se caracteriza por la inflamación de tejidos, pudiendo afectar cualquier órgano, principalmente primarios como corazón, pulmones, riñones e hígado. Y los síntomas que manifiesta el paciente incluyen inflamación de articulaciones, dolor de cabeza, lesiones en la piel (de color rojizo) que se exacerban con la exposición al sol, caída de cabello, presencia de líquido en pulmón, corazón y abdomen. Dado que su manifestación resulta muy variada, en ocasiones puede confundirse con otros desórdenes de salud.

El especialista dijo que estudios han demostrado que anticuerpos y células del sistema inmunológico pueden ser afectados por deficiencia o desequilibrio de factores nutricionales; por tanto, una dieta bien balanceada, además de ejercicio diario, resultan benéficos para el paciente. ■



FALTA DE VITAMINA D

Se estima que unos mil millones de personas en el mundo carecen de niveles suficientes de esta vitamina, por lo que después de descubrirse que su presencia en el organismo podría jugar un papel importante en la protección contra un gran conjunto de enfermedades asociadas con la edad, como el cáncer, la enfermedad cardíaca y el ictus, el interés por ella se ha intensificado.

Investigadores de la Península Medical School, de la Universidad de Exeter (Reino Unido), dirigidos por David J. Llewellyn, realizaron el primer estudio que determina la existencia de vínculos entre la deficiencia de vitamina D y la aparición de problemas cognitivos que son clave para el desarrollo de demencia. En un total de 850 personas de 65 años o más, se valoró las funciones cognitivas a través de medidas estándar de función cognitiva, flexibilidad y rapidez mental. Quienes presentaron carencias severas de esta vitamina resultaron ser 60% más propensos a experimentar un sustancial deterioro cognitivo general. Los resultados de este ensayo fueron publicados en la revista *Archives of Internal Medicine*. ■

DEPRESIÓN Y DEMENCIA

Dos ensayos publicados en la revista *American Journal Neurology* sugieren que la depresión hace que la demencia sea más probable en un individuo. No obstante, los científicos aún no saben bien la razón.

“La inflamación del tejido del cerebro que se produce cuando una persona está deprimida podría contribuir a generar esta condición. Ciertas proteínas que se encuentran en este órgano se incrementan con la depresión y pueden elevar el riesgo de demencia”, explicó la autora del primer estudio, Jane Saczynski de la Universidad de Massachusetts. La investigación, que siguió a 949 ancianos durante 17 años, mostró que a menudo la demencia surge después de una crisis de depresión. Específicamente, 22% de quienes la sufrían desarrollaron demencia, comparado con 17% de los que no padecían dicha condición. En el segundo ensayo se realizó un seguimiento de mil 239 estadounidenses, y como resultado se concluyó que los individuos con episodios de depresión presentaban un mayor riesgo de sufrir demencia.

Por su parte el profesor Clive Ballard, de la británica Sociedad contra el Alzheimer, sugiere que es necesario llevar a cabo más estudios para establecer por qué existe este vínculo entre ambas enfermedades. ■

BACTERIA RESISTENTE A ANTIBIÓTICOS

Gracias a un estudio se ha descubierto un nuevo gen llamado metalo-betalactamasa de Nueva Delhi, o NDM-1 en pacientes de Asia y el Reino Unido, el cual hace a las bacterias muy resistentes a la mayoría de los antibióticos, incluida la clase más fuerte, llamada carbapenémicos —cuyo uso se reserva para urgencias en casos de bacterias multirresistentes, como el del *Staphylococcus aureus* a la meticilina y la *C-Difficile*—, por lo que los expertos señalan que aún no hay fármacos para su combate. “A nivel global, esto es una gran preocupación”, dijo Timothy Walsh, de la Universidad de Cardiff, en Gran Bretaña, quien encabezó la investigación.

En un ensayo publicado en la revista *The Lancet Infectious Diseases*, el equipo de Walsh concluyó que el gen NDM-1 se está haciendo cada vez más común en Bangladesh, India y Pakistán y está empezando a exportarse hacia el Reino Unido a través de pacientes que regresan de esos países. Con el auge de los viajes internacionales para recibir atención médica más barata —en particular cirugías estéticas—, los científicos temen que esta nueva superbacteria se extienda pronto por el mundo. ■

TERAPIA EN VÉRTIGO

Científicos de la Universidad de Oviedo y del Instituto de Oncología del Principado de Asturias han encontrado que una serie de alteraciones de la autofagia —proceso esencial para el mantenimiento celular— origina pérdida del equilibrio y otros problemas como el vértigo. Gracias a la generación de ratones con autofagia reducida y al estudio de sus cambios a nivel molecular, hallaron que la renovación celular protege frente a la pérdida de equilibrio y otros trastornos del oído interno, como el mencionado vértigo. En el ensayo eliminaron en los roedores el gen que codifica una de las proteasas que regulan la autofagia, denominada autofagina. ¿Qué observaron? Que los animales presentaban deficiencias en el equilibrio. Una de las potenciales aplicaciones de este trabajo es el diseño de fármacos específicos para activar una autofagia deficiente y mejorar los síntomas de las personas que sufren vértigo.

De forma más general, este descubrimiento permitiría avanzar en el tratamiento de otros trastornos relacionados con la disminución de actividad autofágica en las células. Dicho estudio fue publicado en la revista *The Journal of Clinical Investigation*. ■

RINITIS ALÉRGICA ESTACIONAL

■ Por el Dr. Francisco Espinosa Rosales

Inmunólogo pediatra; subdirector de Investigación Médica del Instituto Nacional de Pediatría (INPer); miembro de la Asociación Mexicana de Pediatría (AMP) y del Centro de Asma y Alergia de México

Aunque ésta no es una enfermedad grave que comprometa la vida de quienes la padecen, sí puede incidir en su calidad y afectar tanto el rendimiento escolar, como la productividad laboral y la actividad social, por la alteración de los patrones del sueño, cansancio y disminución de la capacidad de la concentración mental.

Clínicamente se la define como un trastorno sintomático de la nariz con inflamación de la mucosa nasal mediada por inmunoglobulina E (IgE) e inducida por la exposición a los alérgenos: ácaros del polvo del hogar, caspa de animales y hongos, así como pólenes de árboles, gramíneas y malezas. La persistencia de estos antígenos varía según las estaciones del año y la región geográfica, pudiendo cualquiera de ellos generar una rinitis persistente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado recurrir a la clasificación establecida en el programa ARIA (*Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma*) que de acuerdo con la duración de los síntomas, se caracteriza en intermitente o persistente; y según el compromiso clínico del paciente se divide en leve, moderada o grave. En conjunto, la rinitis intermitente comprende 20% de los casos de rinitis alérgica y 80% se trata de rinitis persistente.

Es un problema de salud pública que afecta a tres de cada diez personas en el mundo, principalmente a aquellas que habitan las grandes urbes. Los síntomas comunes son los estornudos de salva, prurito, secreción y bloqueo nasal.

El mecanismo inmunológico de la rinitis alérgica consiste en la liberación de mediadores químicos originados por la activación del mastocito, sensibilizado con IgE específica del alérgeno.

Para un diagnóstico adecuado es importante contar con la historia clínica, análisis de los antecedentes familiares, cronicidad y recurrencia de los síntomas. La presencia de dermatitis, eczemas, asma, hipersensibilidad a alimentos, otitis crónica, sinusitis o tos crónica, permiten pensar en una condición alérgica.

Es importante interrogar al paciente sobre las características ambientales del lugar donde habita. El conocimiento de los factores desencadenantes de los síntomas es de gran ayuda en el diagnóstico.

Con relación a las manifestaciones clínicas de la rinitis alérgica estacional se debe observar nariz, boca, ojos y oídos, con el fin de detectar los signos característicos que son: facies alérgica producida por respiración bucal, ojeras, pliegue palpebral supernumerario, pliegue transversal de la nariz, producto del prurito y el rascado constante. Además, son frecuentes el edema y la hiperemia conjuntival.

Es indispensable llevar a cabo un examen de la cavidad nasal mediante rinoscopia anterior, la cual se realiza en la estructura del *septum* en busca de desviaciones o deformidades que impidan el flujo normal del aire. Aquí la mucosa se puede observar inflamada, pálida, con secreción cristalina. Los cornetes edematizados pueden obstruir las fosas. Otros signos asociados que ayudan al diagnóstico son eczema, asma, sinusitis, otitis y efusión del oído medio por disfunción de la trompa de Eustaquio.

Estudios sugieren que la complicación más común de la rinitis alérgica es la sinusitis, ya que de 25 a 40% de estos pacientes la padecen y 80% de las sinusitis crónicas bilaterales se asocian con enfermedad alérgica. Se estima que entre 30 y 50% de los casos de conjuntivitis alérgica se dan con relación a la este tipo de rinitis. La respuesta alérgica puede generarse en la misma conjuntiva o como continuidad de la relación anatómica entre nariz y conjuntiva, más frecuente en la rinitis estacional. Entre 80 y 90% de los sujetos con asma padecen rinitis alérgica, de igual forma las personas que acusan rinitis tiene más posibilidades de presentar asma.

Desde el primer año de vida se puede manifestar la rinitis alérgica. La mayor incidencia se presenta entre los seis y los 13 años. A los seis años ya tenemos un promedio de 12% de individuos afectados por alergias en las escuelas y conforme avanza la edad en el grupo, de igual forma aumenta la incidencia, por lo que 28% de los adolescentes de 13-14 años al llegar a la educación media superior el porcentaje se duplica (45%), dependiendo además de las zonas y áreas geográficas. Por otra parte, en la temporada primavera-verano los pacientes con rinitis alérgica estacional incrementan las consultas médicas de 15 a 30% debido a que presentan exacerbación de los síntomas.

Las alteraciones del medio ambiente influyen en forma directa sobre las enfermedades respiratorias, en especial en las personas alérgicas. La identificación de los desencadenantes que inducen la inflamación de las vías aéreas es un paso importante en la prevención; evitarlos ayuda a reducir los síntomas y representa un menor requerimiento de fármacos.

Entre las medidas de control ambiental es importante incluir evitar el humo del tabaco, que es el principal contaminante de las viviendas. Los pacientes que presentan sensibilidad a los antígenos de los ácaros deben observar ciertas medidas como la higiene en el dormitorio, cuyo objetivo es favorecer el control del padecimiento, por lo que se recomienda tener muebles lisos, evitar el uso de alfombras y tener muñecos de peluche. De ser posible, utilizar almohadas y colchones antialérgicos, así como una buena ventilación de la recámara y limpieza cuando el paciente no se encuentre en el hogar.

Con respecto al tratamiento farmacológico, existe una amplia variedad de opciones terapéuticas cuya elección

Sigue en la pág. 9 ►

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL

Viene de la pág. 5 ►

pulmones, resultando en displasia broncopulmonar, y por tanto generarle dependencia de oxígeno.

Otras complicaciones asociadas con el SDR y prematuridad que enfrentan los médicos es; hemorragia intracerebral, hemorragia pulmonar, persistencia del conducto arterioso, secuelas neurológicas, neumonía, enterocolitis necrosante e insuficiencia renal aguda. Junto con este síndrome, también se complica mucho más el cuidado del paciente, el manejo de los líquidos, la alimentación e infecciones frecuentes por su estado de inmunidad deficiente. Alrededor de todos estos problemas, el síndrome de dificultad respiratoria persiste y

puede presentar aproximadamente 25% de mortalidad y morbilidad en caso de que no se actúe de manera adecuada.

Referencias bibliográficas: Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido. IMSS. México. Julio 2009. / Guía Clínica. Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido. Ministerio de Salud de la República de Chile, 2006. / McDonald MG, Seshia MMK, Mullet MD. Avery's Neonatology, 6th Edition. Lippincott, Williams & Wilkins Eds. Philadelphia, 2005; 1253 – 1287 / Soll RF, Morley CJ. Prophylactic versus selective use of surfactant in preventing morbidity and mortality in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev 2008; (3):CD000510. ■

RINITIS ALÉRGICA ESTACIONAL

Viene de la pág. 8 ►

será con relación a la gravedad de cada paciente. Para su evaluación se desarrolló el sistema internacional conocido como ARIA y GINA (*Global Initiative for Asthma*) para el abordaje de la rinitis y el asma. Los medicamentos utilizados son comúnmente administrados vía intranasal y oral. Los fármacos de elección son corticoides inhalados, anti-histamínicos orales y tópicos, descongestivos y cromonas. Entre ellos se encuentra el furoato de fluticasona, que ha demostrado su utilidad para eliminar las molestias en vías nasales y en los ojos.

Lo importante es utilizarlos el tiempo adecuado, el cual no puede ser menor a tres meses, pues de lo contrario los síntomas se exacerbaban. Además se recomienda la actividad física constante, con la finalidad de que el paciente fortalezca sus vías aéreas. En los menores se sugiere hacer ejercicio cuando menos tres veces a la semana.

Por otro lado, las vacunas son una herramienta muy útil, porque es la única manera en que se le puede quitar

la sensibilidad alérgica a un individuo. Aunque el problema que esto implica es el riesgo de que se le inyecte la sustancia a la que es alérgica, por lo que debe manejarse por manos expertas y certificadas. Este procedimiento está reservado para el paciente severo, aquel que no responde bien al tratamiento farmacológico. Las vacunas se deben aplicar durante tres años consecutivos, pues de lo contrario no servirán de nada.

Referencias bibliográficas: Jiménez-Córdoba I., Correa-Bautista Y, Berrón-Pérez R, Espinosa-Rosales FJ, Hernández-Bautista V, Almendarez-Florez C. Gammaglobulina en el tratamiento de inmunodeficiencias humorales. *Alergia e Inmunol Pediatr* 2000; 9: 50-6. / Espinosa-Rosales F. Cinco razones para no usar la vacuna pentavalente en México. *Rev Mex Pediatr* 2001; 68:112-119. / García-Cruz ME, Camacho R, Ortega-Martell JA, Berrón-Pérez R., Espinosa-Rosales FJ, Hernández-Bautista V., Rojas-Garrido A. Registro de inmunodeficiencias primarias en pacientes mexicanos en una institución de tercer nivel: experiencia de 30 años. *Alergia e Inmunol Pediatr* 2002;11:48-66. ■

CALENDARIO DE EVENTOS

2° Congreso Mundial de Medicina Antienviejecimiento y Regenerativa

Se invita a médicos y profesionales de la salud interesados en actualizarse a este evento

de primer orden, el cual se celebrará los días 4, 5 y 6 de febrero de 2011

en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Para mayores informes, comunicarse al Tel.: 044 55 41 90 90 87

o en la página web: www.a4m-mexico.com

CÁNCER DE ESÓFAGO

■ Por el Dr. Mario Alberto Durán Martínez

Médico adscrito al Servicio de Sarcoma y Tubo Digestivo del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social

Es una de las neoplasias más agresivas y por ende letal del tubo digestivo. Se sabe que el esófago es un tubo muscular que transporta los alimentos y líquidos desde la garganta hasta el estómago, donde los ácidos, mucosidad y enzimas digieren la comida. Cuando existe enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) durante largo tiempo, puede dañarse el revestimiento de este tubo, generando a la larga esófago de Barrett. Inicialmente el cáncer se presenta en la mucosa, para seguir en la submucosa y la capa muscular, y se conocen dos tipos: adenocarcinoma, que se presenta en 90% de los casos y carcinoma de células escamosas o epidermoide, el cual se registra en 10% de los pacientes diagnosticados. Hace dos décadas la incidencia aumentó, al parecer por el abuso en el consumo de tabaco, alcohol y cambios en el estilo de vida.

La pared del esófago está conformada por varias capas. La primera recubre su interior y se la denomina mucosa, que a su vez la integran el epitelio y la lámina propia. El epitelio es el revestimiento y está conformado por células planas y delgadas denominadas células escamosas. La siguiente capa es la submucosa, donde algunas glándulas secretan mucosidad. Y la capa que se encuentra abajo de ésta se la conoce como muscularis propia, la cual, al contraerse en forma coordinada, traslada los alimentos a lo largo del esófago hasta el estómago.

En las personas que padecen ERGE, la presencia de los ácidos y enzimas estomacales en la zona del esófago pueden causar molestias como agruras y sensación de ardor que irradia desde el estómago hacia el pecho; sin embargo, hay casos en los que este fenómeno ocurre pero sin generar síntomas. De continuar el reflujo de ácido en la parte baja del estómago durante largo tiempo, puede causar lesiones al revestimiento del esófago. Dicha condición puede causar lo que se llama esófago de Barrett, lo cual indica que las células glandulares, que generalmente se encuentran en el estómago y en el intestino delgado, se trasladan al esófago. Las personas con este síndrome tienen mayores probabilidades de padecer cáncer esofágico, por lo que deben ser vigiladas por el especialista para identificar el tumor en fases iniciales. Empero, esto no significa que todos aquellos que padezcan este síndrome necesariamente lleguen a presentar cáncer.

El carcinoma epidermoide se puede encontrar en cualquier punto a lo largo del tubo esofágico. Empieza en las células escamosas, que son células delgadas y planas que se parecen a las escamas de los peces. Al evolucionar, provoca obstrucción o disfagia y el paciente manifiesta síntomas de reflujo, dolor torácico, dificultad para deglutir líquidos y sólidos, vómitos de sangre, fatiga y pérdida de peso progresivo. En cambio, el cáncer que se origina en las células glandulares se denomina adenocarcinoma. Para que esta neoplasia se pueda desarrollar

en el esófago, las células glandulares remplazan una zona de las células escamosas, es decir, se instalan en un área que no les corresponde, resultado de la invasión de estas células estomacales al esófago. Cuando esto ocurre, se le llama carcinoma *in situ*, es decir un cáncer incipiente, que no ha atravesado la mucosa esofágica. Esto sucede principalmente en la parte inferior del tubo, donde suelen desarrollarse la mayoría de los adenocarcinomas.

Según estadísticas del INEGI de 2006, el cáncer de esófago afecta a 17 de cada 100 mil habitantes, condición que coloca a esta enfermedad en el sexto lugar en cuanto a mortalidad en México; y afecta principalmente a los varones en la cuarta y quinta décadas de la vida. Entre los factores de riesgo para este tipo de neoplasia se encuentran: tabaquismo, alcoholismo, problemas de reflujo gastroesofágico y síndrome de Barrett, que a su vez se relaciona con hernia hiatal —condición que provoca reflujo y cambios en la mucosa del esófago—. Para su diagnóstico, primero se debe sospechar que se trata de una neoplasia cuando el malestar es progresivo, pues generalmente se le asocia con un problema benigno y los médicos de primer contacto lo intentan resolver con paliativos.

El estudio indicado para el diagnóstico es la endoscopia oral, con toma de biopsias de las lesiones sospechosas. Consiste en la introducción de un aparato a través de la boca para visualizar de forma directa el trayecto del esófago, del cual se toma un pequeño fragmento y se lleva a patología, para conocer si se trata de una lesión maligna o benigna. Para su realización no es necesaria alguna preparación previa, salvo estar en ayunas, y es posible que se administre un sedante y un anestésico tópico en la garganta para disminuir las molestias. Para conocer la extensión del tumor se realiza una tomografía computarizada o TAC, la cual permite saber si existe metástasis en hígado, pulmón o en los ganglios. Otros estudios que se pueden efectuar en ocasiones y dependiendo de las circunstancias de cada enfermo son broncoscopia y arteriografía, entre otros. Dependiendo de cada caso, se considera el tratamiento quirúrgico, para lo cual se realiza un estudio preoperatorio con analítica, radiografía de tórax y electrocardiograma.

El cáncer de esófago, como en la mayoría de los tumores, se divide en cuatro etapas. Las etapas I y II son las que se pueden curar, pero el problema en México es que casi no se ven estos casos sino cuando la enfermedad está avanzada y se encuentra en las etapas III y IV, por el diagnóstico tardío. En estas últimas suele brindarse tratamientos paliativos que mejoren la calidad de vida del paciente. Uno de los principales problemas es la obstrucción, y para resolverlo se recurre a la colocación de prótesis para superarlo o a la práctica de una anastomosis —cirugía que consiste en quitar la porción del esófago dañado y sustituir ese tramo con otro tejido de estómago, un segmento de colon o un trozo de intestino delgado, que es lo menos común—.

Pasa a la pág. 11 ►

PROLAPSO RECTAL

■ Por el Dr. José Alberto González García

Fellow American College of Surgeons (F.A.C.S.); Member of the European Association of Endoscopic Surgery (E.A.E.S.)

Definido el prolapso como el descenso o salida de la parte de un órgano de su posición normal, el de este tipo desciende del recto hacia afuera del cuerpo. Su aspecto llega a ser aparatoso y desconcertante pues da la impresión de una cola. El mecanismo que se da es el de una intususcepción del recto a través de los esfínteres. Por lo general se lo asocia con incontinencia fecal, y en la mujer con otros problemas del piso pélvico.

Su causa precisa es poco conocida, pero se plantean dos teorías: Maschwitz sugiere que es una hernia que desciende a través de un defecto de la fascia pélvica. Recientemente Broden y Snellman con el auxilio de la cindefecografía, propusieron que el prolapso es una intususcepción circunferencial del recto. De hecho la mayoría de estos pacientes presentan una historia larga de constipación.

Esta entidad es más frecuente en la mujer, especialmente en pacientes de edad avanzada. En ella se asocia por las condiciones de su propia anatomía. El parto normal puede provocar compromiso de los nervios pudendos y a largo plazo generar daño neurológico y dar lugar a incontinencia y prolapso rectal. En el hombre se da en edades más tempranas y en ocasiones se lo asocia con atresia anal congénita.

Existen varios procedimientos quirúrgicos descritos para atender este problema de acuerdo con la supuesta etiología que lo provoca. Algunos factores que se consideran en el paciente para seleccionar el tipo de procedimiento son: edad, sexo, estado general, extensión del prolapso, función del colon y si hay o no incontinencia fecal.

Evaluación

El paciente suele presentar constipación y esfuerzo para evacuar, incontinencia fecal e irregularidad en los hábitos de evacuación. Por otro lado, estos síntomas no son específicos y a veces están asociados con patología de la mucosa o con desórdenes funcionales intestinales.

El prolapso espontáneo es muy evidente a la exploración, pero existen casos en los que para revisarlo es necesario invitar al paciente a que pase al baño e intente evacuar, maniobra de esfuerzo con la cual se obtiene el prolapso, así el paciente regresa a la sala

de exploración y el médico puede efectuar la observación. El prolapso completo de todo el espesor se distingue por el aspecto de los anillos concéntricos a diferencia por ejemplo, del hemorroidal o de mucosa donde las líneas son radiales. En la inspección se incluye examinar el aspecto de la piel perianal para revisar si hay maceración o escoriaciones. El tacto rectal nos permite valorar si hay alguna otra patología anal y apreciar el tono de los esfínteres anales y función del músculo puborrectalis.

También se debe hacer colonoscopia para descartar alguna otra patología. La manometría anal puede ayudar a evaluar la función de los esfínteres, ya que en los casos que llevan mucho tiempo con el problema se llega a dañar el esfínter anal interno. En los estudios manométricos de estos pacientes se ha demostrado que el reflejo inhibitorio ano-rectal frecuentemente está ausente o es anormal y que la presión del ano en reposo es muy baja. La electromiografía y el estudio de latencia de pudendos es poco útil a menos que haya una historia de mucho tiempo de esfuerzo para evacuar. El estudio de colon por enema debe hacerse en pacientes que tienen una historia de estreñimiento importante. Pacientes con constipación y tránsito lento localizado en colon izquierdo y sigmoide se benefician si se les practica una sigmoide colectomía y rectopexia.

Procedimientos quirúrgicos

El cirujano debe elegir entre una operación perianal y un procedimiento abdominal. Dentro de la cirugía abdominal la más frecuente es resección con rectopexia o rectopexia solamente. El procedimiento perianal es la rectosigmoidectomía perianal de Altemeier.

A los pacientes de edad avanzada y de alto riesgo es mejor tratarlos por procedimientos perianales bajo anestesia de bloqueo o aun con anestesia local y sedación intravenosa. Pacientes adultos con buen estado de salud y con hábitos de evacuación normales son candidatos a rectopexia con o sin sigmoidectomía o bien a rectosigmoidectomía perianal con o sin levaroplastia.

Hay que tomar en cuenta la función intestinal para escoger el procedimiento correcto. Pacientes que presentan constipación deben ser tratados por vía abdominal con resección y rectopexia. Pacientes incontinentes son sujetos a rectopexia vía abdominal o bien a rectosigmoidectomía y levatoroplastia perianal. Si el prolapso rectal es recurrente, es necesario conocer qué procedimiento se llevó a cabo con anterioridad y así poder elegir la alternativa que ofrezca mejores resultados. ■

CÁNCER DE ESÓFAGO

Viene de la pág. 10 ►

Este procedimiento se realiza con regularidad en instituciones hospitalarias de los Estados Unidos y de Europa.

Por último cabe apuntar que, aunque la mortalidad de esta enfermedad es alta, el tratamiento y la tasa de supervivencia están mejorando, pues en la actualidad más de 20% de estos

pacientes logran sobrevivir cinco años o más después de realizado el diagnóstico.

Referencias bibliográficas: 1. Villalobos JJ. Cáncer del aparato digestivo. Gaceta Med Mex 2007. / 2. Rodríguez L. Factores que retrasan el diagnóstico temprano del cáncer gastrointestinal. Rev Gas Mex 2008. ■

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

■ Por el Dr. Rubén Burgos Vargas

Reumatólogo del Hospital General de México; miembro del Colegio Mexicano de Reumatología

Esta enfermedad afecta en particular a niños y adolescentes, y aunque aún no se conocen bien sus causas, se sabe que la inflamación y ciertos fenómenos autoinmunes participan activamente en su origen. Las manifestaciones más importantes que presenta son dolor, inflamación, rigidez y disminución en la movilidad de las articulaciones. En general, la intensidad de este tipo de síntomas aumenta y disminuye a lo largo del tiempo.

Existen siete subtipos de artritis idiopática juvenil:

1. Artritis sistémica. Se caracteriza por fiebre, manchas en la piel y ganglios crecidos. Por lo general se presenta en menores de cinco años de edad, pero puede ocurrir en cualquier momento; en ocasiones es difícil distinguirla de infecciones.

2. Oligoartritis. Ésta puede ser de tipo persistente, es más frecuente en niñas pequeñas que presentan iridociclitis y se determina por el número de articulaciones afectadas —que oscilan entre cuatro o menos a lo largo del tiempo—. También puede ser extendida, dañando de cinco o más coyunturas, a partir del sexto mes de enfermedad.

3. Poliartitis seronegativa. Afecta más de cinco articulaciones desde los primeros seis meses del padecimiento y la prueba de factor reumatoide siempre resulta negativa.

4. Poliartitis seropositiva. Ésta equivale a la artritis reumatoide del adulto y, como tal, los niños que la padecen pueden tener síntomas y signos en piel, ojos, pulmones y ocasionalmente, corazón. En estos pacientes, la prueba de factor reumatoide es positiva.

5. Artritis psoriásica. Como su nombre lo indica, esta entidad combina ambas enfermedades y suele dividirse en dos grupos; uno que afecta a niñas pequeñas quienes sufren inflamación de todas las articulaciones y otro que se enfoca a adolescentes, los cuales presentan el problema en extremidades inferiores y columna vertebral.

6. Entesitis relacionada con artritis (espondiloartropatía). Los infantes con este tipo de padecimiento, con mayor frecuencia ven afectadas sus articulaciones inferiores, presentando dolor en los talones o tendones de Aquiles, y ocasionalmente presentan síntomas oculares (uveítis). La mayoría da positivo en la prueba HLA-B27. A lo largo de los años, muchos de ellos tienen problemas de columna vertebral y articulaciones sacroilíacas, y en edad adulta pueden presentar espondilitis anquilosante.

7. Artritis indiferenciada. Este problema se relaciona con los casos que no cumplen con los criterios médicos de las categorías anteriores. Hasta ahora no hay certeza de su origen, sin embargo es importante tomar en cuenta que su procedencia puede ser diferente en cada uno de los subgrupos.

En el caso de la artritis sistémica se piensa que puede desarrollarse a causa de una infección viral; en tanto que en la poliarticular seropositiva y la entesitis relacionada con artritis se han encontrado factores genéticos. Por tanto, al no conocer la procedencia de los diferentes tipos de artritis idiopática juvenil, hasta el momento no se tiene una forma de “curarla”.

No obstante, tiende a aparecer a cualquier edad, desde los primeros meses de vida hasta los 16 años. Las manifestaciones clínicas dependen de la variante de la enfermedad. En general, el dolor es constante en las articulaciones; rigidez, disminución de la movilidad y problemas para caminar o subir escaleras.

La inflamación produce aumento de volumen en las articulaciones, el cual suele persistir a lo largo de varios días. En algunos niños los síntomas iniciales son fiebre de origen inexplicable, acompañado de una dolencia constante en los talones, manchas rojas o ganglios crecidos.

Por ser una enfermedad sistémica, la artritis idiopática juvenil afecta no sólo a las articulaciones sino también algunos órganos como: ojos, pulmones, riñones y vasos sanguíneos. De no ser tratada a tiempo, condiciona la movilidad física, derivada de la deformidad en algunas partes del cuerpo, produciendo así una pésima calidad de vida.

Su diagnóstico se realiza de acuerdo con los signos, aunque también se hace uso de exámenes de laboratorio para obtener una prescripción segura y descartar otro tipo de enfermedad como las infecciosas virales, fiebre reumática, problemas traumáticos, o padecimientos malignos.

El tratamiento básico incluye fármacos que van desde antiinflamatorios, ocasionalmente glucocorticoides y dependiendo del tipo de artritis, metotrexato, sulfasalazina o agentes biológicos (por ejemplo, bloqueadores del factor de necrosis tumoral). Si bien el tipo de medicamentos no cambia con la edad del paciente, lo que sí se modifica es la dosis para cada uno de ellos.

Aunado al procedimiento médico, se debe complementar con fisioterapia, la cual ayuda a aliviar el dolor, así como a la preservación y recuperación de la función articular, fuerza muscular y sobre todo mantener la capacidad para realizar actividades cotidianas y recreativas. La rehabilitación se debe modificar de acuerdo con el estado clínico del paciente. El enfermo debe saber que el descanso cumple una parte esencial para el equilibrio y la disminución del dolor, así como en el proceso inflamatorio.

Es importante tener en cuenta que muchos padres acuden con sus hijos a consulta cuando la enfermedad ya se ha manifestado después de algunos años; lamentablemente, para entonces muchos de ellos ya tienen secuelas que repercuten en su funcionalidad y actividad a lo largo de la vida. Es ineludible subrayar que, cuando el diagnóstico se detecta de manera oportuna, el tratamiento que se brinda es determinante. ■