

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

**CARCINOMA ESCAMO CELULAR DE PENE TRATADO
SATISFACTORIAMENTE CON IMIQIMOD**

Mayra Janeth Castro Reyes

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Especialista
en Medicina de Urgencias

Quito marzo de 2014

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION

MAYRA JANETH CASTRO REYES

Juan Francisco Fierro Renoy, MD
**Director del Programa de Postgrados
En Especialidades Médicas.**

José Alejandro Guanotasig Villamarín MD.
**Director del Postgrado de Medicina
de Urgencias USFQ**

Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca MD-MEd-FAAP
**Decano del Colegio de Ciencias
de la Salud USFQ**

Víctor Viteri Breedy, Ph D
Decano del Colegio de Postgrados

Quito, marzo de 2014

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de la propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a los dispuestos en la Política.

Así mismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Firma: _____

Nombre: Mayra Janeth Castro Reyes

CC: 1103996797

Fecha: Marzo de 2014

DEDICATORIA

Alcanzar el cielo es más fácil si puedes levantarte en los hombros de un gigante. A mi padre por su ejemplo de tenacidad, trabajo, esfuerzo constante y amor desinteresado, por hacer todo para que cumpliera mis sueños. A mi madre por su cariño, comprensión e infinito apoyo. A mis hermanos que prefirieron sacrificar su tiempo conmigo para que yo cumpliera con lo mío. A mi esposo por su paciencia, amor, apoyo y comprensión. A mi maestro Dr. Hugo Romo que en este andar por la vida, influyo con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico este trabajo de titulación.

Mayra Janeth Castro Reyes

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

A.-Publicaciones

1. Machado N, Castro M, Freire P, García L. Carcinoma escamo celular de pene tratado satisfactoriamente con imiqimod. Revista Dermatología Sociedad Ecuatoriana de Dermatología. Vol. 18. N1 - 4 2012. Link: http://issuu.com/ciladrevistas/docs/revista_dermatolog_a_vol18_n1-4-2
2. Machado N, Castro M, Freire P. Síndrome de Parry Romberg y epilepsia. Reporte de un caso. Revista Dermatología Sociedad Ecuatoriana de Dermatología. Vol. 18. N1- 4 2012. Link: http://issuu.com/ciladrevistas/docs/revista_dermatolog_a_vol18_n1-4-2
3. Jiménez P, Castro M, Vera J, Borja J. Eficacia de ketorolaco sublingual en el tratamiento del dolor agudo en el área de emergencia. CAMBIOS Vol. XIII; N° 22 Enero- junio 2013. In Press.
4. Vera J, Castro M, Parraga J. Duplicación intestinal a propósito de un caso. La Técnica. Revista Académica Investigativa de la Universidad Técnica de Manabí. Publicación semestral diciembre 2013
5. Vera J, Castro M, Vera J. Angiomiolipoma epitelioides con infiltración a vena cava inferior y aurícula derecha más síndrome de Budd-Chiari. Nuestros Hospitales. Vol. 20, N° 1, Enero- marzo 2014. In Press.

B.- Exposiciones en Congresos

1. Llegada, manejo de la escena y primera asistencia. Congreso Nacional de Atención Prehospitalaria y Medicina de Emergencias y Desastres. Realizado en Quito del 6 al 11 de febrero de 2012.
2. Las Urgencias en la atención primaria: Uso de exámenes complementarios y medicamentos. Congreso Nacional de Atención Prehospitalaria y Medicina de Emergencias y Desastres. Realizado en Quito del 6 al 11 de febrero de 2012.
3. Manejo e inmovilización de fracturas en politrauma. II Congreso Nacional de Medicina Clínica y Manejo del Dolor. Realizado en Quito del 4 al 14 de julio de 2012

4. Como se debe actuar ante un desastre en el área hospitalaria. IV Congreso de Actualización de Conocimientos en Emergencias y Desastres. Realizado en Quito del 27 al 31 de agosto de 2012.
5. Trauma Pélvico y Urológico, Evaluación y Tratamiento en el Área de Emergencia. IV Congreso de Actualización de Conocimientos en Emergencias y Desastres. Realizado en Quito del 27 al 31 de agosto de 2012.
6. Trauma Torácico, Manejo Integral. I Cursos de Actualización en Urgencias Clínicas y Quirúrgicas, Terapia intensiva, Manejo del Dolor con Avances en Medicina y Enfermería. Realizado en Quito del 15 al 21 de abril de 2013.
7. Taller de manejo de vía aérea. Congreso Nacional de Atención Prehospitalaria y Medicina de Emergencias y Desastres 2013. Realizado en Quito el 25 de mayo de 2013
8. Valoración inicial del trauma abdominal. Congreso Nacional de Atención Prehospitalaria y Medicina de Emergencias y Desastres 2013. Realizado en Quito del 4 al 11; 18 y 25 de mayo de 2013. .

C.- Posters electrónicos

1. Machado N, Castro M, Freire P. Liquen plano actínico. A propósito de un caso pediátrico. RADLA 2013. PUNTA DEL ESTE-URUGUAY. Link: <http://radla.posterselectronicos.com/Abstract/0ad4f45e-4504-4c56-830a-b1d2e649fcd1?source=related>
2. Machado N, Castro M, Freire P. Degeneración coloide nodular secundaria a uso de hidroquinona. RADLA 2013. PUNTA DEL ESTE-URUGUAY LINK: <http://radla.posterselectronicos.com/Abstract/ee148b56-0248-423c-bf2f-bb93820032f3?source=related>
3. Machado N, Castro M, Freire P. Foliculitis pustulosa eosinofílica: enfermedad de ofuji en paciente inmunocompetente. RADLA 2013. PUNTA DEL ESTE-URUGUAY. LINK: <http://radla.posterselectronicos.com/Abstract/5b62d4fd-fbaf-4f26-8b82-7babacb6d596?source=related>

RESUMEN DE TRABAJOS REALIZADOS

a) Publicaciones

CARCINOMA ESCAMO CELULAR DE PENE TRATADO SATISFACTORIAMENTE CON IMIQIMOD

El carcinoma escamocelular es el tumor maligno de pene más frecuente. De predominio en el adulto joven, causa morbilidad importante y en ocasiones mortalidad. Se la considera una enfermedad social relacionada con el subdesarrollo, malas condiciones de higiene local, exposición prolongada a irritantes, agentes cancerígenos desconocidos del esmegma en individuos no circuncidados, infecciones virales (virus del papiloma humano) y tabaquismo. Las opciones de tratamiento son varias: desde terapéuticas clínicas no invasivas hasta quirúrgicas. Presentamos el caso de un varón de 45 años de edad con un carcinoma escamocelular ubicado en el pene, de 8 meses de evolución, que debido a la negativa del paciente para la exéresis quirúrgica de la patología se inicia el tratamiento con imiqimod tópico con lo que se logra la resolución completa del cuadro.

SÍNDROME DE PARRY ROMBERG Y EPILEPSIA. REPORTE DE UN CASO

Parry Romberg es considerado un síndrome que cursa con hemiatrofia facial y que afecta: piel, tejido celular subcutáneo y en ocasiones hueso. Se presenta en pacientes jóvenes, entre los 20-40 años. La mayoría de las veces cursa con crisis convulsivas de difícil control, que responden a corticoides. De etiología incierta, está en estrecha asociación con traumas craneales, infecciones virales, alteración del metabolismo de ácidos grasos, herencia, entre otros. Las complicaciones más frecuentes y de difícil control son: neuritis del trigémino, parálisis facial, cefalea y crisis convulsivas. La cirugía plástica en la actualidad propone importantes avances para mejorar la parte estética. Presentamos el caso de una paciente, femenina de 37 años, con hemiatrofia facial progresiva y crisis convulsivas refractarias al tratamiento

EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL AREA DE EMERGENCIA

Es un reporte de serie de casos en 100 pacientes adultos mayores de 18 años, con dolor nociceptivo moderado a severo, que acudieron al área de Urgencias del hospital Carlos Andrade Marín de enero a marzo de 2013. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con dolor nociceptivo somático o visceral moderado a severo, con valores superiores a 4 en la Escala Numérica de Valoración Analgésica (EVA - N). Se hizo una evaluación basal y a los 5, 15, 30 y 60 minutos posteriores a la administración de Ketorolaco SL, el dolor se evaluó con la Escala Numérica de Valoración Analgésica (EVA - N), los datos se recogieron en una encuesta. Fueron

excluidos pacientes con dolor neuropático, antecedentes de hipersensibilidad a los AINEs, enfermedad ácido péptica o sangrado digestivo activo, trastornos de coagulación y quienes cursaban con inestabilidad hemodinámica.

El 52% de los pacientes cursaron con dolor visceral, de los cuales 44% fueron de origen abdominal y 8% genitourinario. El EVA - N inicial promedio fue de 8,05 con una mediana de 8 y rango de 5, con una disminución significativa del dolor a los 5 minutos ($P = 0,0315$) y a los 30 minutos ($P = 0,0358$). No hubo eventos adversos

DUPLICACIÓN INTESTINAL A PROPÓSITO DE UN CASO

La duplicación intestinal es una patología poco frecuente, que consiste en una malformación congénita, presentándose en 1 de cada 5000 nacidos vivos. Puede presentarse en cualquier parte del trayecto del tubo digestivo, con mayor frecuencia en yeyuno e ilion (44%), esófago (20%), colon (15%), gástricas (7%) duodenales (5%) y rectales (5%), 75% son quísticas y 25% de tipo tubular. En el presente caso el diagnóstico se realizó en el transoperatorio, se realizó la cirugía bajo el contexto de un abdomen agudo secundario a perforación en el sitio de la duplicación. El tipo de duplicación correspondió a un tipo 1C. Siendo una patología poco frecuente es importante tenerla en cuenta en los diagnósticos diferenciales de obstrucción intestinal y perforación en pacientes pediátricos, jóvenes y adultos jóvenes

ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACIÓN A VENA CAVA INFERIOR Y AURÍCULA DERECHA MÁS SÍNDROME DE BUDD-CHIARI

Los angiomiolipomas, son tumores raros, generalmente benignos, que pueden presentarse con una variante epitelioides, puede tener un comportamiento inusual, que conlleva a invasión vascular a venas renales, cava inferior e incluso aurícula, además de provocar trombosis de dichas venas. Se reporta el caso de una mujer de 47 años, en quien se realizó una nefrectomía izquierda por la presencia de una tumoración renal, que fue diagnosticada como un angiomiolipoma epitelioides, con infiltración vascular que abarca la vena cava inferior en toda su extensión hasta la desembocadura en la aurícula, con desarrollo de síndrome de Budd-Chiari al cabo de 12 meses posterior a la cirugía.

b) Exposiciones en Congresos

LLEGADA, MANEJO DE LA ESCENA Y PRIMERA ASISTENCIA

En el paciente politraumatizado el orden de actuación es esencial para tener éxito, para poder pasar de un nivel a otro se debe haber resuelto o puesto en práctica las medidas para solucionar el anterior. Esto evita la acumulación de síntomas graves, y disminuye la pérdida de tiempo al intentar resolver todo a la vez. La reevaluación continua del paciente durante las primeras horas hasta su estabilización es fundamental. La mitad de las muertes se producen antes de la hospitalización del

paciente y las restantes en el hospital, ocurriendo el 60% de ellas dentro de las primeras 4 horas después del ingreso.

LAS URGENCIAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: USO DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y MEDICAMENTOS.

La respuesta de los servicios de urgencias a las demandas asistenciales depende, en gran medida, del uso adecuado y racional que se haga de sus recursos humanos y materiales. La atención de urgencia en los servicios hospitalarios incluye procedimientos, que de no realizarse con la rapidez y la calidad necesarias, influyen en el pronóstico y pueden comprometer la vida del paciente.

MANEJO E INMOVILIZACIÓN DE FRACTURAS EN POLITRAUMA.

Uno de los principales procedimientos en el paciente politraumatizado es la inmovilización, constituye el inicio del tratamiento, debe ser realizada por personal capacitado en el mismo sitio del accidente. Los inmovilizadores no deben ser retirados por ningún motivo hasta que el paciente arribe al servicio de urgencias. En el caso de las extremidades la inmovilización debe abarcar la articulación proximal y distal, dejando los dedos de la extremidad inmovilizada a la vista para poder vigilar la perfusión. Se debe vigilar los pulsos y en su defecto, la perfusión en los dedos, la extremidad lesionada que es inmovilizada debe estar elevada para disminuir el edema por el traumatismo. Las lesiones de la columna vertebral se deben inmovilizar en escena y durante todo el tiempo que dure el transporte.

COMO SE DEBE ACTUAR ANTE UN DESASTRE EN EL ÁREA HOSPITALARIA

La planificación para actuar frente a un desastre debe establecer los objetivos y metas de los preparativos y la respuesta, el plan es un instrumento de trabajo para alcanzarlos racionalizando el empleo de los recursos disponibles. En esta conferencia se simplifican las acciones y definen las responsabilidades de personas y equipos, cada hospital debe adecuar el plan según sus riesgos más probables y sus posibilidades operativas en forma realista y creativa.

TRAUMA PÉLVICO Y UROLÓGICO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA.

La lesión traumática de la pélvica y urológica se presenta cuando existe un trauma de alta energía, alrededor del 8 al 10% de las fracturas pélvicas llevan a que se presente lesión vesical. Dado que el aparato genitourinario está localizado dentro de las estructuras óseas de la pelvis, está protegido de la mayoría de las fuerzas externas. La lesión puede ocurrir cuando hay un golpe en la pelvis tan severo que rompe los huesos y hace que sus fragmentos lesionen el aparato genitourinario.

TRAUMA TORÁCICO, MANEJO INTEGRAL.

El traumatismo torácico es responsable de la muerte en uno de cada cuatro traumatizados graves, muchos de ellos fallecen antes de llegar al hospital. Algunas de las muertes se pueden evitar con un diagnóstico y un tratamiento precoz realizado en el área de urgencia, casi las dos terceras partes de los traumatismos torácicos están asociados a otras lesiones, preferiblemente craneoencefálicas, ortopédicas o abdominales, lo que aumenta su complejidad y prioridad.

TALLER DE MANEJO DE VÍA AÉREA.

El manejo de la vía aérea es uno de los elementos fundamentales en el cuidado de los pacientes. Debe ser conocido por todo el personal y requiere de un entrenamiento continuo. En este taller se revisaron los elementos más importantes en relación a la anatomía de la vía aérea, su evaluación, y las técnicas básicas y avanzadas utilizadas para su manejo adecuado. Se propone la creación de algoritmos locales y disponer de un carro de intubación difícil

VALORACIÓN INICIAL DEL TRAUMA ABDOMINAL.

El traumatismo de abdomen es una causa importante de morbilidad y de mortalidad en todos los grupos etarios. El abdomen es la tercera región más frecuentemente lesionada en los traumatismos, y el trauma abdominal causa el 20% de las injurias civiles que requieren intervención quirúrgica. La mayor parte de los traumatismos abdominales son producidos por accidentes automovilísticos; el resto corresponde a caídas de altura, accidentes deportivos o agresiones civiles.

c) Posters electrónicos:

LIQUEN PLANO ACTÍNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO.

El liquen plano actínico es una variedad clínica de liquen plano, muy poco frecuente, de etiología aún desconocida pero generalmente asociado a exposición solar. Se han utilizado múltiples tratamientos con diferentes resultados. Se ignora su frecuencia en adultos y mucho más en la población pediátrica ya que hay muy pocas publicaciones relacionadas con este padecimiento

DEGENERACION COLOIDE NODULAR SECUNDRIA A USO DE HIDROQUINONA.

La degeneración coloide nodular es una variante del millun coloide, es una rara entidad dermatológica, caracterizada por el depósito de material coloide a nivel de la papila dérmica, se han documentado aproximadamente 100 casos. La edad de presentación está entre los 30 y 50 años. Clínicamente se caracteriza por la

presencia de pápulas que miden de 5-10mm de diámetro, e incluso placas de aspecto pseudovesiculososo o verrugoso que se desarrollan en piel fotoexpuesta.

FOLICULITIS PUSTULOSA EOSINOFILICA: ENFERMEDAD DE OFUJI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.

La enfermedad de Ofuji es una dermatosis pustular subcornea de etiología desconocida, infrecuente, asociada a VIH de predominio en varones, especialmente en japoneses, tiene cuatro variantes: forma clásica o enfermedad de Ofuji, foliculitis pustulosa eosinofílica asociada a inmunosupresión, foliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia, foliculitis pustulosa eosinofílica asociada a múltiples causas, su incidencia máxima se encuentra entre la segunda y cuarta décadas de vida. Clínicamente se caracteriza por la aparición de brotes episódicos de pápulo pústulas foliculares estériles que forman placas circinadas con progresión centrífuga e involución central; se distribuye preferentemente en zonas seboreicas de la piel como cara, espalda y zona proximal de la superficie extensora de las extremidades superiores.

JUSTIFICACION DE LOS TRABAJOS REALIZADOS

a) Publicaciones

CARCINOMA ESCAMO CELULAR DE PENE TRATADO SATISFACTORIAMENTE CON IMIQIMOD

El área de Emergencia cubre la demanda insatisfecha del hospital y es por este motivo que encontramos un sinnúmero de patologías en la misma, el paciente se presentó por una lesión crónica en el pene, que luego de los análisis se confirmó el diagnóstico de Carcinoma escamo celular, el tratamiento de esta patología es agresivo e implica elevadas tasa de morbilidad, además de afectar la calidad de vida de los pacientes, por lo que se ha recurrido a opciones menos invasivas como el uso de imiqimod, el cual si se aplica en forma adecuada reduce las lesiones efectivas como sucedió en el caso del paciente.

SÍNDROME DE PARRY ROMBERG Y EPILEPSIA. REPORTE DE UN CASO

El síndrome de Parry Romberg es una patología de presentación poco frecuente, sus manifestaciones físicas causan afectación emocional, lo cual repercute de manera directa en el entorno social en el que se desarrolla el paciente, en nuestra paciente el manejo interactivo ha mejorado notablemente la condición de vida, hasta el momento se ha realizado implantes de tejido celular que han disminuido la atrofia, la epilepsia se controló al utilizar corticoides orales más anticonvulsivantes, ahora utiliza un solo anticonvulsivantes. La paciente indica importante mejoría en su calidad de vida

EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL AREA DE EMERGENCIA

El Servicio de Emergencias del Hospital Carlos Andrade Marín atendió a 196.641 pacientes en el año 2012. El 50% de esos pacientes acudió por dolor, siendo el tiempo de espera el factor que causa mayor insatisfacción en los usuarios se realizó el presente trabajo con el fin de valorar la eficacia de Ketorolaco sublingual (SL - 30mg), en el manejo del dolor agudo y verificar si este tipo de presentación acelera el control del dolor, disminuyendo el tiempo de espera para la administración de medicación, y alivio de los síntomas a la vez que se mejora la satisfacción del usuario

DUPLICACIÓN INTESTINAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Las duplicaciones intestinales son anomalías poco frecuentes del desarrollo embriológico del tracto gastrointestinal, se presentan regularmente durante la infancia y son pocos los casos que son diagnosticados después de los 2 años En la actualidad existen pocos reportes de duplicación intestinal en pacientes adultos, siendo una patología poco frecuente es importante tenerla en cuenta en los

diagnósticos diferenciales de obstrucción intestinal y perforación en pacientes pediátricos, jóvenes y adultos jóvenes, patología que se presenta en forma frecuente en el área de emergencia.

ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACIÓN A VENA CAVA INFERIOR Y AURÍCULA DERECHA MÁS SÍNDROME DE BUDD-CHIARI

Es conocido que los AML tienen un comportamiento generalmente benigno, sin embargo es difícil precisar por medio de métodos de laboratorio o imagen el comportamiento que tendrá dicho tumor, así como también la diferenciación entre el tipo clásico y el epiteliodeo, hasta el 2008 se han reportado alrededor de 120 casos de angiomiolipomas malignos, y existen poco más de 12 casos de angiomiolipomas epiteliodeos con invasión o trombosis reportados hasta el 2009. Finalmente según varios investigadores al parecer, una mutación del gen p53, tendría relación con el desarrollo de AML epiteliodeo y su comportamiento maligno.

b) Exposiciones en Congresos

LLEGADA, MANEJO DE LA ESCENA Y PRIMERA ASISTENCIA

El trauma representa la principal causa de muerte en las primeras cuatro décadas de la vida. La correcta valoración y tratamiento inicial de estos pacientes ha sido desde hace años establecida por el "American College of Surgeons" y universalmente aceptada debido a su sencillez. El objetivo es el diagnóstico y tratamiento de la lesiones por orden de importancia, para lograr la reanimación eficaz del paciente.

LAS URGENCIAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: USO DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y MEDICAMENTOS.

Generalmente los médicos no tenemos un conocimiento amplio ni una formación profunda en relación con los costos de la atención médica y los recursos que empleamos, lo que puede conducir a su uso inadecuado. Los recursos en el área de emergencia son siempre limitados, tanto es así que una atención con uso eficiente de los recursos es un componente fundamental de la calidad de la asistencia médica. La rapidez y la tecnología son componentes indispensables de la atención de urgencia.

MANEJO E INMOVILIZACIÓN DE FRACTURAS EN POLITRAUMA.

Si no son inmovilizados en forma adecuada los pacientes traumatizados están expuestos a sufrir un segundo trauma- Esta es la razón de la importancia de la inmovilización: estabilizar lesiones existentes y evitar lesiones secundarias, pero adicionalmente ayuda a aliviar el dolor, y controlar la hemorragia

COMO SE DEBE ACTUAR ANTE UN DESASTRE EN EL ÁREA HOSPITALARIA.

Los hospitales están expuestos a amenazas naturales o humanas y por lo tanto deben estar acondicionados para soportar el impacto de un desastre y para prestar asistencia a las víctimas en los momentos posteriores. Todo el personal debe tener los conocimientos, las destrezas y la preparación psicológica suficientes para superar el trance del desastre y poder cumplir sus labores con eficacia. No es suficiente enseñar, es indispensable comprobar la suficiencia individual y grupal

TRAUMA PÉLVICO Y UROLÓGICO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA.

La atención correcta del paciente politraumatizado implicará la participación de un equipo multidisciplinario para su tratamiento. Salvo los genitales externos del varón, el aparato genitourinario está bien protegido de los traumatismos por las estructuras que lo rodean, así como por su movilidad intrínseca. Sin embargo, se verá afectado en distintos tipos de traumatismos fundamentalmente torácicos y abdominopélvicos, es por eso que su manejo clínico requiere un conocimiento extenso de esta patología.

TRAUMA TORÁCICO, MANEJO INTEGRAL.

Aproximadamente el 25% de las muertes por trauma son consecuencia de lesiones torácicas, estas constituyen la mitad de la mortalidad general por trauma. Se calcula que por cada persona que muere por trauma hay tres lesionados, lo cual se traduce en un gran costo económico, moral y social, por este motivo es fundamental conocer las lesiones de tórax de acuerdo a la cinemática del trauma y su tratamiento inicial.

TALLER DE MANEJO DE VÍA AÉREA.

En el manejo del paciente inestable en emergencia, o en el traslado del mismo, la vía aérea ha sido un problema conceptual y práctico inherente a la actividad. Para ordenar los problemas se ha jerarquizado los distintos pasos en el manejo del paciente en riesgo vital. Es por esta razón que la vía aérea ocupa normalmente nuestra primera prioridad, para oxigenar y ventilar, identificar la obstrucción de vía aérea, y conocer su manejo es el objetivo principal de este taller

VALORACIÓN INICIAL DEL TRAUMA ABDOMINAL.

La evaluación y manejo del trauma abdominal se debe orientar a evaluar los problemas graves, iniciar medidas de resucitación limitadas y disponer el pronto transporte al hospital apropiado más cercano, y su manejo inicial debe ser conocido por todo el personal que se desempeñe en el servicio de urgencias.

c) Posters electrónicos:

LIQUEN PLANO ACTÍNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO

Se trata de una variedad clínica del liquen plano. El diagnóstico se establece por correlación clínico- patológica. Se considera importante la presentación de este caso ya que al momento existen pocas publicaciones relacionadas con éste padecimiento y más aún en niños. Existen numerosos tratamientos pero ninguno es 100% efectivo.

DEGENERACION COLOIDE NODULAR SECUNDRIA A USO DE HIDROQUINONA.

Se trata de una dermatosis infrecuente y que podría estar estrechamente vinculada al uso de hidroquinona: el tratamiento es cosmético, ya que las lesiones no provocan sintomatología y está basado en el uso de protección solar, curetaje, dermoabrasión y exéresis quirúrgica en algunos casos

FOLICULITIS PUSTULOSA EOSINOFILICA: ENFERMEDAD DE OFUJI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.

La enfermedad de Ofuji por ser una patología infrecuente y crónica caracterizada por brotes episódicos altera la calidad de vida de estos pacientes pese a tener una buena respuesta al tratamiento, en nuestro paciente se realizaron análisis para inmunosupresión incluidos VIH mismo que fueron negativos. Debe reconocerse y mantenerse en constantes evaluaciones ya que estos pacientes pueden desarrollar un linfoma en el futuro

CARCINOMA ESCAMO CELULAR DE PENE TRATADO SATISFACTORIAMENTE CON IMIQIMOD



SOCIEDAD ECUATORIANA DE DERMATOLOGIA

Quito, 1 de abril del 2013

CERTIFICADO

Certifico que los trabajos que se detallan a continuación han sido aceptados para su publicación en la revista "DERMATOLOGÍA", órgano oficial de difusión de la Sociedad Ecuatoriana de Dermatología, en su próxima publicación digital:

"Carcinoma escamocelular del pene tratado exitosamente con imiquimod" y "Síndrome de Parry Romberg y epilepsia, reporte de un caso" con la autoría de las doctoras Nelly Machado Benavides y Mayra Castro Reyes.

PRESIDENTE

Dr. Patricio Freire

VICEPRESIDENTES

Dra. Ana Kellendonk

Dr. Juan Ambrosi

Dr. Enrique Uruga

SECRETARIO

Dr. Franklin Cabrera

TESORERA

Dra. Bolivia Bayancela

SECRETARIA PERMANENTE

Dr. José Ollague T.

Dr. Patricio Freire

Presidente SED

Dr. Franklin Cabrera

Secretario SED

Dermatología

sociedad ecuatoriana de dermatología

REPORTES DE CASOS

Micosis Fungoide de progresión rápida y letal.

A propósito de un caso.

Alejandra Villamarín Olmos, Patricio Freire, Lilliana García, Sonia Tello.

Carcinoma Escamo Celular de pene. Tratado satisfactoriamente con Imiquimod.

Nelly Machado, Mayra Castro, Patricio Freire, Jorge Flores.

Síndrome de Parry Romberg y epilepsia.

Reporte de un caso.

Nelly Machado, Mayra Castro, Patricio Freire.

Dermatología en imágenes.

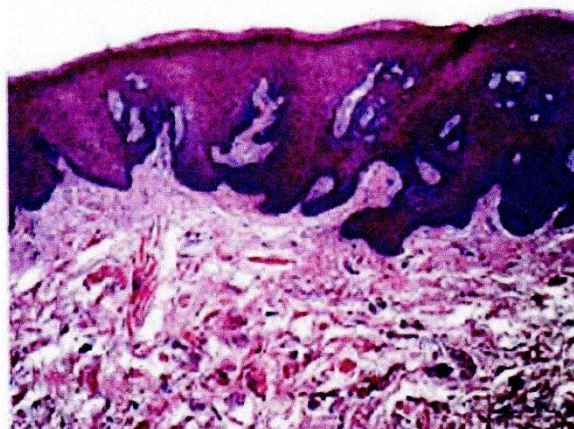
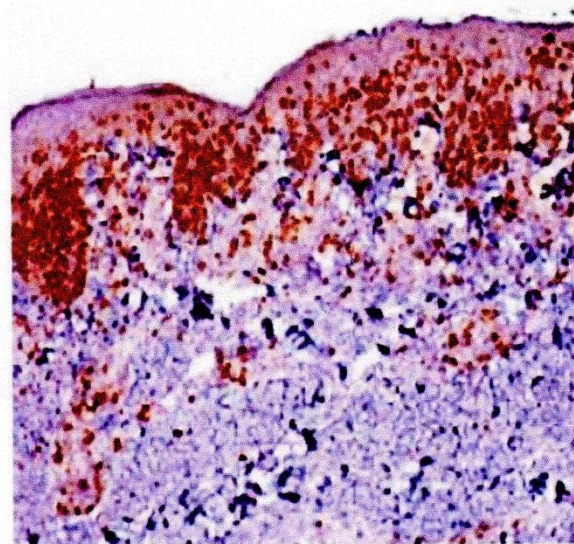
Enrique Uruga P., Annette Morán A.

Hiperplasia Epitelial Focal (Enfermedad de Heck): Una patología étnica hereditaria.

Mónica Vizcaíno, María Verónica Uruga, Andrea Lubkov, Juan Carlos Garzón, Enrique Uruga.

Sarna noruega en un paciente con síndrome de Down. Reporte de un caso.

Gladys Zambrano Mora.



Carcinoma Escamo Celular de pene. Tratado satisfactoriamente con Imiquimod.

Nelly Machado,* Mayra Castro,** Patrício Freire,*** Jorge Flores****

*Posgradista Dermatología USFO-HCAM

**Posgradista de Medicina de Urgencias USFO-HCAM

***Jefe de Servicio de Dermatología

****Médico Tratante Medicina Interna-Hospital Militar

Resumen

El carcinoma escamocelular es el tumor maligno de pene más frecuente. De predominio en el adulto joven, causa morbilidad importante y en ocasiones mortalidad. Se la considera una enfermedad social relacionada con el subdesarrollo, malas condiciones de higiene local, exposición prolongada a irritantes, agentes carcinógenos desconocidos del esmegma en individuos no circuncidados, infecciones virales (virus del papiloma humano) y tabaquismo.

Las opciones de tratamiento son varias: desde terapéuticas clínicas no invasivas hasta quirúrgicas. Presentamos el caso de un varón de 45 años de edad con un carcinoma escamocelular ubicado en el pene, de 8 meses de evolución, que debido a la negativa del paciente para la exéresis quirúrgica de la patología se inicia el tratamiento con Imiquimod tópico con lo que se logra la resolución completa del cuadro.

Palabras Claves

Carcinoma escamo celular. Imiquimod.

Summary

Squamous cell carcinoma is the most frequent malignant tumor of the penis. Most commonly seen in young adults, it has a significant morbidity and in some cases, mortality. This disease is related to a low social development, poor local hygiene, prolonged exposure to irritants, unknown carcinogens of smegma in uncircumcised individuals, viral infections (human papilloma virus) and smoking. Therapeutic options are multiple, including nonsurgical and surgical treatments.

We report the case of a 45 year old man with a squamous cell carcinoma located in the penis, of 8 months of evolution. Patient refused surgical removal of the tumor, and began treatment with imiquimod. Complete resolution of the tumor was achieved.

Keywords

Squamous cell carcinoma. Imiquimod.

Introducción

El carcinoma escamo celular fue descrito por Percivall Pot en 1775. Es el segundo en orden de frecuencia de los cánceres de piel no melanoma. No existen estadísticas fiables de esta patología, puesto que la mayoría de veces no se documenta al Instituto Nacional de Cáncer.^{1,2}

La edad de presentación oscila entre los 30-40 años y tiene predilección por el sexo masculino.³ Los factores de riesgo asociados en el caso de carcinoma epidermoide de pene son: predisposición genética, radiación ionizante, carcinógenos ambientales, úlceras crónicas y se ha encontrado fuerte asociación con HPV (virus del papiloma humano) tipos 5 y 16.^{4,5} La lesión precursora en pene es la Eritroplasia de Queyrat,

que es una enfermedad de Bowen en la mucosa o superficie mucocutánea.⁶ Caracterizada por ser una lesión en placa, eritematosa, de fácil sangrado, friable, pruriginosa, en ocasiones de crecimiento rápido, y que se presenta especialmente en hombres no circuncidados, con mala higiene y con antecedentes de lesiones verrucosas sugestivas de HPV, o fimosis.⁷⁻⁸

La primera opción de tratamiento es la cirugía con lo que el grado de recidiva es menor, existiendo además otras opciones de tratamiento tópico, como 5 fluracilo, crioterapia, y últimamente imiquimod.^{9,10} Este último es un modificador de la respuesta inmune con resultados satisfactorios, y porcentajes de curación que superan el 50%, en cuanto a reci-

divas no hay datos (metanálisis) que lo avalen; sin embargo por la localización en semimucosa, el tratamiento tópico a base de imiquimod tiene una mejor respuesta, siendo necesario el seguimiento subsecuente.¹¹⁻¹² Los estudios previos no reportan mayor efectividad, en el esquema de dos aplicaciones por día frente a una sola, para alcanzar altos porcentajes de curación se recomienda mantener dicho tratamiento durante dos meses.¹³⁻¹⁴

Caso Clínico

Paciente varón de 45 años de edad con antecedente de circuncisión hace once años, secundario a este procedimiento presenta unas lesiones papulares en la región ventral del pene. Desde hace 8 meses estas lesiones se tornan confluyentes y forman una tumoración dura, exofítica que compromete la cara ventral del pene y el prepucio, además micro adenopatías en región inguinal izquierda. Figuras 1-2

En el estudio histopatológico se encontró papilomatosis e hiperplasia irregular de la epidermis y queratinocitos atípicos con pérdida de la polaridad; numerosas mitosis y células disqueratóticas. Masas con tendencia a queratinizar que invaden la dermis superficial. Confirmando el diagnóstico de carcinoma escamocelular bien diferenciado queratinizante. Además se realizó una biopsia de los ganglios que fue negativa para metástasis.

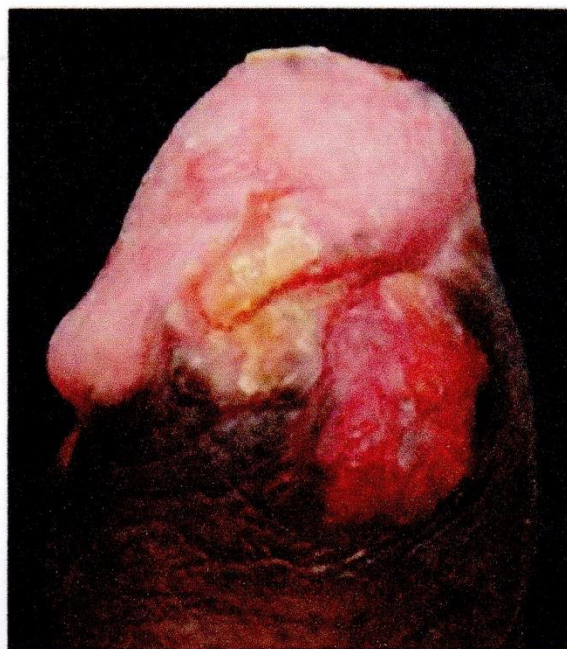
Con este diagnóstico y debido al rechazo del paciente para una opción quirúrgica, se realiza criocirugía y posteriormente el inicio de la terapia tópica a base de imiquimod, durante tres meses, logrando una resolución total de la lesión, persistiendo solo hipopigmentación cicatricial, se corroboró curación con una biopsia de control, a pesar de esto en controles posteriores, presenta al año del tratamiento recidiva de placa eritemato escamo costrosa en región meatal, confirmado nuevamente con la biopsia como carcinoma escamo celular superficial. Motivo por el cual se reinicia terapia con imiquimod 2 veces al día por dos meses, logrando una remisión de la enfermedad un año después del segundo ciclo de tratamiento.

Discusión

El carcinoma escamo celular de presentación en área genital es inusual, pese a ser el más frecuente entre los carcinomas de este sitio, tiene una incidencia muy baja, sin embargo causa morbilidad importante, debido a que la terapéutica quirúrgica (amputación del pene), es poco aceptada por los pacientes.¹⁵⁻¹⁶

Con el advenimiento de las terapias tópicas, el tratamiento es más aceptado cómodo y menos afectación psicológica, a pesar que los índices de curación son más bajos frente a la cirugía radical que tiene mayor morbilidad.¹⁷⁻¹⁸

En la lista de los quimioterápicos más utilizados se encuentran: imiquimod, 5 fluoracilo, así como técnicas con crioterapia, que



Figuras 1 y 2.

son menos invasivas que la cirugía.¹⁹⁻²⁰ En nuestro caso la asociación de criocirugía, destrucción electroquirúrgica asociada a imiquimod, dio muy buenos resultados, se optó por esta combinación para disminuir la masa tumoral, mediante los procedimientos físicos y complementado con inmunoterapia tópica. Siendo necesario un seguimiento adecuado para intervenir tempranamente en caso de recidivas, evitando potenciales metástasis del tumor.²¹⁻²²

Bibliografía

1. Diagnosis and Treatment of Basal Cell and Squamous Cell Carcinomas. DANIEL L. STULBERG, M.D.,BLAIN CRANDELL, M.D., ROBERT S. FAWCETT, M.D., M.S., *Am Fam Physician* 2004;70:1481-8.
2. *Australasian Journal of Dermatology* (2011) 52, 66–69. Eruptive keratoacanthoma and squamous cell carcinoma complicating imiquimod therapy: Response to oral acitretin. Glen Foxton and Tom Delaney
3. Enfermedad de Bowen perianal tratada con imiquimod. Alberto Alfaro-Rubio, Eduardo Nagore, Carlos SETTA, Rafael Botella, Onofre Sanmartín, Celia Requena, Beatriz Llombart, Luis Hueso y Carlos Guillén. *Actas Dermosifiliogr* 2005;96(7):468-70
4. *J Drugs Dermatol*. 2008 May;7(5):483-5. Bowen's disease of the penis treated with topical imiquimod 5% cream. Taliaferro SJ, Cohen GF.
5. *J Am Acad Dermatol*. 2002 Oct;47(4 Suppl):S225-8. Treatment of squamous cell carcinoma in situ of the penis with 5% imiquimod cream: a case report. Orrego I, Rosen T, Guill CK.
6. *J Am Acad Dermatol*. 2002 Apr;46(4):545-8. Squamous cell carcinoma in situ of the penis successfully treated with imiquimod 5% cream. Schroeder TL, Seigelmann RD.
7. *Int J STD AIDS*. 2004 Dec;15(12):833-5. A case of Bowenoid papulosis of the penis successfully treated with topical imiquimod cream 5%. Goorney BP, Polori R.
8. *Clin Exp Dermatol*. 2005 Nov;28 Suppl 1:4-6. Topical treatment of intraepithelial penile carcinoma with imiquimod. Miceli G, Nasca MR, Tedeschi A.
9. *Dermatol Surg*. 2011 Oct;37(10):1394-411. Epub 2011 Jul 18. Treatment of squamous cell carcinoma in situ: a review. Shimizu I, Cruz A, Chang KH, Dutreux RG.
10. *Actas Urológicas Españolas*. 2002 26(8). 525-531. Cirugía conservadora. Cáncer de pene. Linfadenectomía inguinal. Ganglio centinela. E. Solsona Narbon.
11. *Actas Urológicas Españolas*. 2007 Enero v 31 n 1. Revisión de los tumores epidermoides de pene. Penisepidermoidtumors review. Diz Rodríguez R. Viceda Chamorro M. Arance Gil I.
12. *Actas Urológicas Españolas*. 2003 Nov-Dic v 27 n10. Cáncer de pene. Una revisión de 18 casos. M.Soto Delgado, F.Arredondo Martínez, G.Pedrero Márquez.
13. *Actas Urológicas Españolas*. 2007 Oct v31 n9. Cirugía de Molas: Aplicación de la técnica a neoplasias de pene. Cuevas J, de Eusebio E, Díez E, Castiñeira I.
14. *SciELO. Oncología Barcelona*. 2006 Mayo v29 n5. Carcinoma epidermoide sobre simpsilonidal. J.Alecha Gil, M. Echeburque Elizondo, J.A.Amondarain, G.Gorritz Arias.
15. *SciELO*. 2009. Sep-Oct v31 n5. Revista Médica Matanzas. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr José Ramón López Taberna. Matanzas. Carcinoma epidermoide de pene. Alfredo Ediel-Misara, Ibovany Ruiz Hernández, José Francisco Vázquez.
16. *Actas Urológicas Españolas*. 2010 Abril v34 n4. Carcinoma escamocelularcondilomatoso asociado al virus del papiloma humano multimerstático. M.A. Arrabal Polo, S. Arias Santiago, A. Jiménez Pacheco.
17. Backer DM, Kurman RJ, Pimenta JM, Smith JS. Systematic review of human papillomavirus prevalence in invasive penile cancer. *Cancer causes control*. 2008.
18. Bleeker MC, Heideman DA, Snijders PJ, Horenblas S, Dillner J, Meijer CJ, et al. Penile cancer: Epidemiology, pathogenesis and prevention. *World J Urol*. 2008.
19. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2011 Nov-Dic. Vol 86 n 6. Carcinoma epidermoide do penis: estudo clínico patológico de 34 casos. Fabiana Braga Franca Wanick, TaliaCruziTeichner, Rosane Silva.
20. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2012. Julio-Agosto. v 103 n 6. 478-487. Carcinoma escamoso de pene. C.Ferrandiz Pulido, I de Torres, V.García Patos.
21. Smith PG, Kirlen IJ, White CC, Adelstein AM, Fox AJ. Mortality of wives of men dying with cancer of the penis. *Br J Cancer*. 1980; 41: 422-8.
22. Boshart M, Gissman L, Ikenberg H. A new type of papillomavirus DNA: its presence in genital cancer biopsies and in cell lines derived from cervical cancer. *Embo J*. 1984;3:1151.

SÍNDROME DE PARRY ROMBERG Y EPILEPSIA. REPORTE DE UN CASO

REPORTE DE CASO

Síndrome de Parry Romberg y epilepsia. Reporte de un caso.

Nelly Machado,* Mayra Castro,** Patrício Freire.***

*Posgradista Dermatología USFO-HCAM

**Posgradista de Medicina de Urgencias USFO-HCAM.

***Jefe de Servicio de Dermatología

Resumen

Parry Romberg es considerado un síndrome que cursa con hemiatrofia facial y que afecta: piel, tejido celular subcutáneo y en ocasiones hueso. Se presenta en pacientes jóvenes, comprendidos entre los 20-40 años. La mayoría de las veces cursa con crisis convulsivas de difícil control, que responden de mejor manera a corticoides. De etiología incierta, está en estrecha asociación con traumas craneales, infecciones virales, alteración del metabolismo de ácidos grasos, herencia, entre otros. Las complicaciones más frecuentes y de difícil control son: neuritis del trigémino, parálisis facial, cefalea y crisis convulsiva. La cirugía plástica en la actualidad propone importantes avances para mejorar la parte estética. Presentamos el caso de una paciente, femenina de 37 años, con hemiatrofia facial progresiva y crisis convulsivas refractarias al tratamiento.

Palabras Claves

Hemiatrofia facial. Síndrome Parry Romberg.

Summary

Parry Romberg syndrome is considered a disease with facial hemiatrophy that affects; skin, subcutaneous tissue and sometimes bone. It occurs in young patients, aged between 20-40 years. Most of the time, it courses with hard to control seizures, that responds better to corticosteroids. Its etiology is uncertain, but it is associated with head trauma, viral infections, abnormal fatty acid metabolism and inheritance. The most frequent complications are; trigeminal neuritis, facial paralysis, headache and seizures. Actually, plastic surgery proposed significant progress to improve the aesthetics. We report the case of a 37 year old, female patient with progressive facial hemiatrophy and seizures refractory to treatment.

Keywords

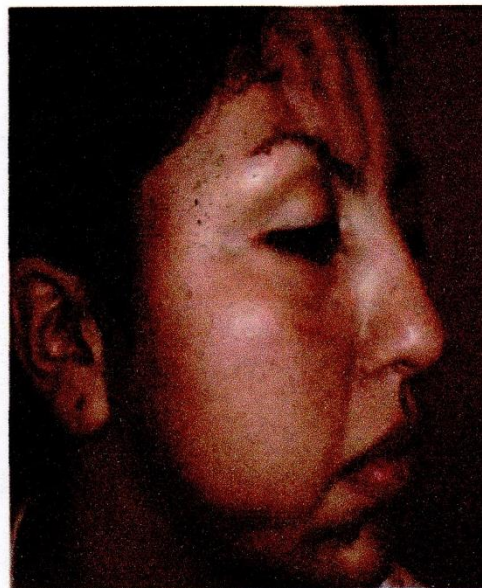
Facial hemiatrophy. Parry Romberg Syndrome.

Introducción

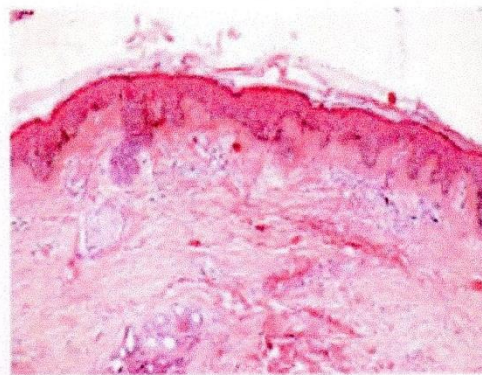
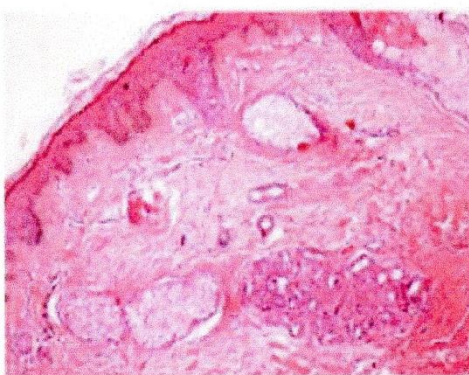
El síndrome de Parry Romberg, es considerado parte de la esclerodermia localizada.¹ La afectación más frecuente es piel y tejido celular subcutáneo, sin embargo en un pequeño porcentaje afecta huesos, lo que provoca deformidades faciales importantes.² La edad de presentación es a partir de la segunda década, con un pico máximo hasta la cuarta década.³ La progresión de la enfermedad es lenta, pero la atrofia facial ocasiona cambios físicos y sobretodo psicológicos, que incrementan la morbilidad de los pacientes.⁴ La etiología es aún incierta, pero se ha visto fuerte asociación con traumas craneales, infecciones virales y herencia.⁵ La fisiopatología es también otro enigma, sin embargo últimos estudios la relacionan con alteración en el metabolismo de los ácidos grasos, pero esta hipótesis no está comprobada.⁶⁻⁷

Las características clínicas de presentación son: hemiatrofia facial de lenta progresión, en la mayoría de casos.⁸ La incidencia de presentación bilateral está entre el 5 y 10%.

Además el paciente presenta enoftalmia, desviación de la comisura labial, nariz y exposición unilateral de los dientes hacia el lado afectado.⁹ A nivel frontal se evidencia coup de sabre, que es la demarcación lineal de la atrofia facial.¹⁰ En cuero cabelludo suele haber pérdida del cabello en la zona afectada, que no llega a una alopecia franca. La epilepsia de difícil control es relevante en este tipo de pacientes. Se ha valorado la asociación de anticonvulsivantes y corticoides que mejoraron la presentación de crisis convulsivas.¹¹⁻¹² La cefalea es otro síntoma de difícil manejo y aún es controversial el tipo de terapia analgésica que se debe utilizar. Sin embargo el desarrollo intelectual es adecuado para estos pacientes.¹³ Alteración en la masticación se evidencia por exámenes de imagen. Por todos los signos y síntomas, se recomienda un manejo oportuno y con un equipo multidisciplinario, compuesto por dermatólogo-ORL-sicólogo-neurólogo-cirujano plástico.¹⁴ El tratamiento está encaminado a mejorar la sintomatología, en varios casos es imperante la cirugía plástica, para disminuir el impacto psicológico y la morbilidad.¹⁵⁻¹⁶



Figuras 1 y 2. Desviación de comisura labial. Hemiatrofia lateral marcada. Signo de coup de sabre. Lateralización de rímello nasal. Enofthalmia del lado afectado.



Figuras 3 y 4.

Caso Clínico

Se trata de una paciente, femenina, de 27 años. Con antecedentes personales de epilepsia de difícil control desde hace 10 años; ha recibido hasta 4 fármacos anticonvulsivantes, que no logran control de las crisis. Hipoacusia derecha desde hace 2 años. Infección por toxoplasma y citomegalovirus, diagnosticado y tratado con antivirales, hace 6 meses. Acude por presentar lesión atrófica progresiva, en hemicara derecha, de 10 años de evolución. En la exploración física se evidencia atrofia marcada en hemicara derecha, signo de coup de sabre presente en región frontal, desviación de la comisura labial, lateralización de rímello nasal, enofthalmia del lado afectado. Figuras 1 y 2. Los exámenes de imagen: TAC de cráneo evidenció marcada atrofia en lóbulo frontal derecho. Radiografía de cráneo no reportó lesión ósea.

Histopatológico

El examen microscópico revela hiperplasia de las redes epidérmicas e hiperpigmentación basal. La dermis muestra

atrofia con zonas de esclerosis y escaso infiltrado linfocitario y vasos ectásicos. Figuras 3 y 4

Discusión

El síndrome de Parry Romberg es un raro desorden, de etiología no conocida, que se presenta especialmente en jóvenes.¹⁷ Afecta principalmente piel, tejido celular subcutáneo y huesos. La asociación con traumas, procesos virales, herencia y una base autoinmune está todavía siendo estudiada, sin embargo la hipótesis de la alteración en el metabolismo de los lípidos está siendo fuertemente sustentada.¹⁸⁻¹⁹ La característica clínica es la hemiatrofia facial progresiva. Una condición especial es la presencia de epilepsia de difícil control, que solo revierte con la combinación de anticonvulsivantes y corticoides. Pese a la predilección por sistema nervioso, se ha visto que los pacientes que padecen este síndrome tienen un coeficiente intelectual preservado.²⁰ La progresión de la enfermedad provoca daños no solo en piel, sino también en otros órganos, como ojo, donde puede aparecer enofthalmia, alteraciones de la agudeza

visual y en muy raras ocasiones queratocono. El oído también sufre alteraciones para la audición, pudiendo progresar a la sordera.²¹ La morbilidad en gran medida se ve incrementada por el deterioro físico que el paciente va observando en el transcurso de su vida, a esto se suma la epilepsia; por esto se recomienda que el manejo de la enfermedad debe siempre ser multidisciplinario.²² Las propuestas de tratamiento están basadas en la utilización de corticoides sistémicos, anticonvulsivantes y con el advenimiento de la cirugía estética la lipo inyección de los sitios afectados, mismos que mejoran mucho la calidad y el autoestima del paciente.²¹

Conclusiones

En nuestra paciente el manejo interactivo ha mejorado notablemente la condición de vida, hasta el momento se ha realizado implantes de tejido celular a través del servicio de cirugía plástica, que han disminuido la atrofia.

La epilepsia se controló al utilizar corticoides orales más anticonvulsivantes, ahora utiliza un solo anticonvulsivante.

Siempre que tengamos la asociación entre esclerodermia y epilepsia considerar la utilización de corticoides. Además solicitar exámenes de imagen para corroborar la extensión de la afectación, el estudio oftalmológico y otorrinolaringológico es indispensable para valorar el grado de afectación.

Bibliografía

1. Revista de Dermatología Peruana. 2006 Mayo-Agosto vol 16 n2. 151-154. Síndrome de Parry Romberg. Galarza Carlos, GutierrezEricson, Ramos Willy.
2. Bellucci C, Liguori R, Pazzaglia A, Badiali L, Schiavi C, Campos E. Bilateral Parry-Romberg syndrome associated with retinal vasculitis. *Eur J Ophthalmol* 2003;13(9-10):803-6.
3. Revista Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana. 2005 Enero. Síndrome de Parry Romberg. Visión de su tratamiento. María Elena González Espíndola, Yulenia Cruz Rivas, Iris-mayda García González.
4. Revista de Neurología Peruana. Notas. 2003 Octubre v 37. 941-945. Síndrome de Parry Romberg asociado a epilepsia refractaria, atrofia de la duramadre y leucoencefalopatía quística cerebral. M.A.Castañosa Reyna, C.GalarzaMayari.
5. Actas Pediátricas Españolas. 2011. Hemiatrofia facial progresiva. Síndrome de Parry Romberg. L.Barchino Ortiz, V.M.LeisDosal, R.Cabeza Martínez.
6. Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial. 2012. Enero-Abril v8 n1. 23-28. Reconstrucción facial en paciente con síndrome de Parry Romberg: reporte de un caso. Javier Vides Lemus, Daniel Ramos Navarrete, Lidia Tamayo Espinosa.
7. Gaceta Médica de México. 2001 Enero-Febrero. V 137 n1. Síndrome de Parry Romberg con glaucoma y embarazo. Primer caso en la literatura. Enrique López Leiva, Ernesto Duenas Arias, Arturo Juárez Azplicueta.
8. *Practical Neurology*. 2006;6:185-188. El síndrome de Parry Romberg. Josh Stone.
9. HappleR, Assisi. The lines of Blaschko on the head and neck. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:612-615.
10. Orozco Còvarrubias, L, Guzmán Meza, A, Riduara Sarz. Esclerodermia "en coup de sabre" and progressive facial hemiatrophy. *Eur Acad Dermatol Venero*. 2002;16:361-366.
11. Stone J, Parry Romberg Syndrome a global survey of 205 patients using the internet. *Neurology*. 2003;61:674-676.
12. Hildebrand T, Neal M. The Romberg's Connection. Available February 2006.
13. Inigo F, Jimenez Murat Y, Arroyo O. Restoration of facial contour in Romberg's disease and hemifacial microsomia, experience with 118 cases. 2000;20:167-172.
14. Katz KA. Frontal linear scleroderma (en coup de sabre). *Dermatology online*. January 2003;9:10.
15. Moko SB, Mistry Y, Blandin de Chalaín TM. Parry Romberg syndrome intracranial MRI appearances. *Craniofacial Surgery*. 2003;31:321-324.
16. Revista de Dermatología Argentina. 2012. Marzo-Abril, vol 18 n 2. Esclerodermia lineal progresiva. Síndrome de Parry Romberg. Tratamiento en un niño pequeño. Paula Carolina Lana, Javier Solé, Hernán Amartino.
17. Marini, M.; Carmona, L.; Escalada, R.: Hemiatrofia facial progresiva. *Rev Argent Dermatol* 1991; 72: 90-93.
18. Wang, X.C.; Qiao, Q.; Lui, Z.F.; Feng, R.; Zhang, H.L.; Yao, Y.J.; Wang, Y. et al: Microsurgical tissue transfer for reconstruction of hemifacial atrophy (Parry Romberg syndrome). *Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi* 2006; 22: 433-435.
19. Asai, S.; Kamei, Y.; Nishibori, K.; Katoh, T.; Torii, S.: Reconstruction of Romberg disease defects byomenta flap. *Ann Plast Surg* 2006; 57: 154-158.
20. Yano, H.; Tanaka, K.; Murakami, R.; Kaji, S.; Hirano, A.: Microsurgical dermal-fat retransfer for progressive hemifacial atrophy. *J Reconstr Microsurg* 2005; 21: 15-19.
21. Tollefson, M.M.; Witsman, P.M.: En Coup de sabre morphology and Parry Romberg syndrome: a retrospective review of 54 patients. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 257-263.
22. Germán, C.; Dahbar, M.; Allevato, M.A.; Bertotti, A.; González Rescigno, G.; Cabeera, H.: Hemiatrofia facial progresiva (síndrome de Parry-Romberg). *Act Terap Dermatol* 2002; 25:330-333.
23. Hassan, M.; Nudenberg, B. y cols.: Consenso sobre Esclerodermia. Sociedad Argentina de Dermatología. 2006.

EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL AREA DE EMERGENCIA



DM. Quito, febrero 28 de 2014
111011241-147

LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA DEL
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

CERTIFICA

Que el artículo titulado **EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA**, cuyos autores son: Dr. Pablo Jiménez Murillo, Médico Tratante del Área de Cuidados Intensivos; Dres. Mayra Castro Reyes y Jorge Vera Almeida, Postgradistas de Medicina de Urgencias- Universidad San Francisco de Quito; Dra. Judith Borja, Médico Tratante de Urgencias, ha sido aceptado para su publicación en la Revista CAMBIOS, volumen XIII número 22, enero – junio 2013.



Atentamente,

Dr. Andrés Calle Miñaca
DIRECTOR TÉCNICO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

Elaborado por:	Lic. Dolores Reyes C.	
Revisa/ aprueba:	Dr. Andrés Calle M.	
Fecha:	2014-2-28	

EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL AREA DE EMERGENCIA

Dr. Pablo Jiménez Murillo*
Dra. Mayra Castro Reyes**
Dr. Jorge Vera Almeida **
Dra. Judith Borja***

*Hospital Carlos Andrade Marín - Médicos Tratante del Área de Cuidados Intensivos, **Hospital Carlos Andrade Marín - Posgradista de Urgencias (Universidad San Francisco de Quito), *** Hospital Carlos Andrade Marín - Médico Tratante de Urgencias.

RESUMEN:

El Servicio de Emergencias del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) atendió a 196.641 pacientes en el año 2012. El 50% de esos pacientes tuvo dolor. Tomando en cuenta el elevado número de pacientes, el presente estudio tuvo como objetivos valorar la eficacia de Ketorolaco sublingual (SL - 30mg), en el manejo del dolor agudo y verificar si este tipo de presentación acelera el control del dolor.

SUMMARY:

During 2012, in the Emergency Service of Carlos Andrade Marín hospital (HCAM), 196 641 patients were treated, 50% of them complained of pain. The aim of this study was assessing the efficacy of sublingual ketorolac 30mg in accute pain management and verify if this type of presentation accelerates pain control.

Materiales y métodos: En el área de Emergencia (AE) del HCAM, de enero a marzo de 2013 se realizó un reporte de serie de casos en 100 pacientes adultos mayores de 18 años, con dolor nociceptivo moderado a severo. Se excluyeron pacientes con dolor neuropático, antecedentes de hipersensibilidad a los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), enfermedad ácido péptica o sangrado digestivo activo, trastornos de coagulación y quienes cursaban con inestabilidad hemodinámica. El dolor se evaluó con la Escala Numérica de Valoración Analgésica (EVA – N) a los 5, 15, 30 y 60 minutos, y los datos se recogieron a través de una encuesta.

Resultados: El 52% de los pacientes cursaron con dolor visceral, de los cuales 44% fueron de origen abdominal y 8% genitourinario. El EVA - N inicial promedio fue de 8,05 con una mediana de 8 y rango de 5, con una disminución significativa del dolor a los 5 minutos ($P = 0,0315$) y a los 30 minutos ($P = 0,0358$). No hubo eventos adversos.

Conclusiones: Ketorolaco 30mg SL es eficaz para el manejo del dolor moderado a severo en pacientes atendidos en Emergencia. La presentación SL acelera la satisfacción del paciente por su rápido efecto analgésico, fácil administración y al sentirse inmediatamente atendido.

INTRODUCCIÓN

El dolor es un síntoma común por el que acuden los pacientes a Emergencia. Se estima que de 60 a 90 % ingresan por dolor y 50 a 70% de ellos requieren alguna clase de tratamiento analgésico; lamentablemente, sólo 4 de cada 10 pacientes reciben un tratamiento eficaz. ^(1,2,3)

El dolor es un problema mayor de salud pública, tan es así que entre el 20 al 40% de las consultas médicas son por su causa ^(4,5). Su presencia decrece la calidad de vida, disminuye la actividad y limita la funcionalidad del individuo; por estas razones, en noviembre de 1998, la Administración para la Salud de los Veteranos de los Estados Unidos inició una estrategia denominada “Dolor como quinto signo vital”, con la finalidad de mejorar su manejo ^(6,7).

Las opciones de tratamiento del dolor agudo incluyen el uso de terapias tópicas, AINEs, acetaminofén, opioides y anestésicos locales ^(8,9,10). La Organización Mundial de la Salud definió en 1986 una escala del dolor, como una guía en la estructuración del tratamiento analgésico, utilizando el medicamento adecuado de acuerdo al escalón, según la intensidad del dolor. No es necesario el continuar los escalones en orden ⁽¹⁰⁾.

Muchos comentarios se han hecho a esta guía, entre ellos que está orientada a dolor crónico, no toma en cuenta el tipo de dolor, ni diferencia las características individuales de los AINEs, pues algunos son más antipiréticos o antiinflamatorios antes que analgésicos. Sin embargo, ha demostrado su efectividad y utilidad en más de 25 años, por lo que a pesar de necesitar modificaciones, sigue en vigencia ⁽⁷⁾.

En el 2012, en el AE del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) de la ciudad de Quito se atendieron 196.641 pacientes; el 50% acudió con dolor agudo moderado a severo de diversa etiología. Optimizar el manejo del dolor se convierte en una prioridad para los equipos interdisciplinarios de la Emergencia de nuestro hospital, más aun cuando los tiempos de espera para la atención del paciente y del manejo del dolor son prolongados.

Nosotros realizamos un estudio para evaluar la eficacia de Ketorolaco sublingual de 30 mg en el manejo del dolor agudo.

MATERIAL Y METODOS

En el área de Emergencia del hospital Carlos Andrade Marín de enero a marzo de 2013 se realizó un reporte de serie de casos cuyo objetivo fue:

1. Valorar la eficacia de Ketorolaco SL de 30mg en el manejo del dolor agudo moderado a severo.
2. Verificar el tiempo de inicio de acción para el control del dolor con este fármaco.

Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con dolor nociceptivo somático o visceral moderado a severo, con valores superiores a 4 en la Escala Numérica de Valoración Analgésica (EVA - N). Se hizo una evaluación basal y a los 5, 15, 30 y 60 minutos posteriores a la administración de Ketorolaco SL, el dolor se evaluó con la Escala Numérica de Valoración Analgésica (EVA – N), los datos se recogieron en una encuesta.

Fueron excluidos pacientes con dolor neuropático, antecedentes de hipersensibilidad a los AINEs, enfermedad ácido péptica o sangrado digestivo activo, trastornos de coagulación y quienes cursaban con inestabilidad hemodinámica.

Se incluyeron 100 pacientes, 49 (49%) de ellos fueron hombres, con un rango de edad que va de 18 a 65 años.

El objetivo primario del estudio fue determinar la eficacia de la presentación SL en el control del dolor y, adicionalmente, la velocidad de su administración.

RESULTADOS

De los 100 pacientes que recibieron Ketorolaco SL, el 52% cursó con dolor visceral, de estos el 44% fue de tipo abdominal y 8% genitourinario, mientras que el 48% restante presentó dolor de tipo somático (Fig. 1).

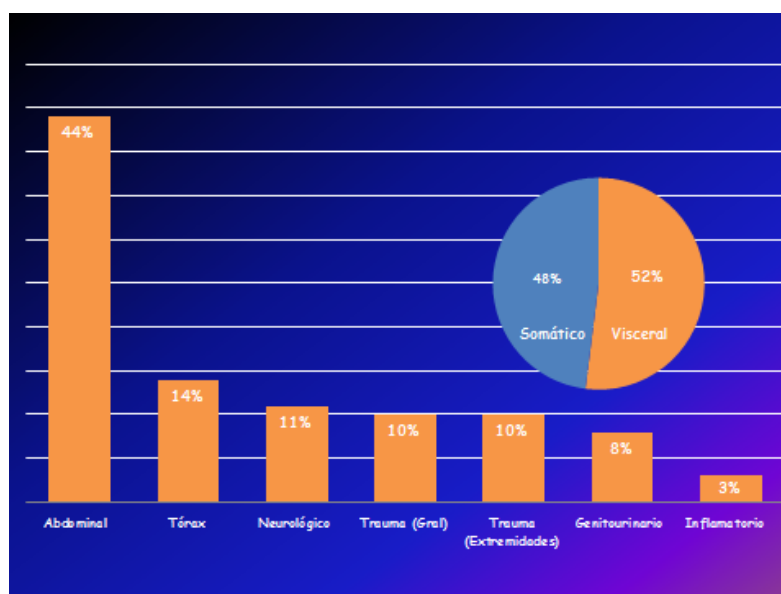


Figura 1. Distribución etiológica y regional del dolor. Grupo Ketorolaco SL

Con Ketorolaco SL, El EVA - N inicial promedio fue de 8,05 con una mediana de 8 y rango de 5, disminuyendo significativamente a los 5 minutos ($P = 0,0315$) y a los 30 minutos ($P = 0,0358$) (Fig. 2). No se presentaron eventos adversos.

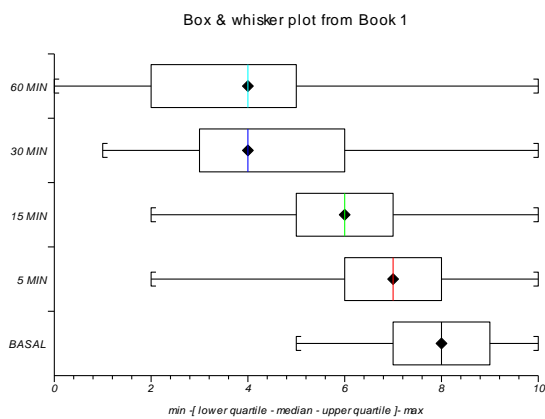


Figura 2. Evolución del dolor con Ketorolaco SL.

DISCUSIÓN

El dolor en las AE, es una de las razones más importantes por la que los pacientes buscan ayuda; hasta 9 de cada 10 pacientes ingresan con dolor, siendo moderado a severo en un 65% de ellos, afecta ligeramente más a las mujeres (56%) y no siempre es de origen traumático (32%)^(1,3,9,11,12).

La realidad de los pacientes de nuestro estudio no fue diferente, 1 de cada 2 cursó con dolor moderado a severo, fue más frecuente en mujeres y predominó el dolor visceral.

En Emergencia es frecuente el manejo inadecuado del dolor; en parte debido a la saturación de pacientes, el hacinamiento, la sobrecarga de trabajo del personal de salud, y la falta de protocolos de analgesia, adicionalmente la preocupación, sensación de debilitamiento y tiempo de espera, lo incrementan la sintomatología del paciente. En consecuencia, el tratamiento es poco efectivo e insuficiente, todo esto da lugar al proceso conocido como oligoanalgesia que según la literatura afecta al involucra hasta un 56% de pacientes^(2,13,14,15)

Con todos estos antecedentes, la utilización de analgésicos de fácil y rápida administración para el tratamiento de dolor moderado a severo, debería ser una prioridad a ejecutar en las AE. En este sentido y conocedores de la potencia analgésica del Ketorolaco, decidimos evaluar si la presentación SL de 30 mg disminuía la oligoanalgesia y mejoraba la calidad de atención del paciente.

Los antiinflamatorios no esteroideos son los fármacos de elección en el manejo del dolor agudo⁽¹⁶⁾. El Ketorolaco es una droga aprobada por la FDA para el dolor moderado a severo, habitualmente utilizada por vía oral y parenteral, sea intramuscular o intravenosa; sin embargo, actualmente muchos estudios soportan su administración sublingual, oftálmica (colirio) y recientemente nasal^(17, 18,19,20). También está indicado para analgesia preventiva⁽²¹⁾.

La vía SL es una vía de rápida absorción, menor a 5 minutos, y gran biodisponibilidad⁽²²⁾. Bajo este concepto, administramos Ketorolaco SL, 30mg. El resultado esperado es una acción analgésica rápida. En nuestro estudio, desde los primeros 5 minutos la población estudiada registró existió una disminución del dolor con datos estadísticamente significativos. Ketorolaco SL fue efectivo para todo tipo de dolor nociceptivo, independientemente de su etiología y localización.

CONCLUSIONES:

En las AE, Ketorolaco SL 30mg es eficaz para el manejo del dolor nociceptivo moderado a severo de cualquier etiología.

La presentación SL, por su fácil administración, acelera el control del dolor y aumenta la satisfacción del paciente, tanto por su efecto analgésico como por sentirse inmediatamente atendido; adicionalmente, contribuye a disminuir la carga laboral del personal.

Ketorolaco SL de 30mg se convierte en una presentación fármaco-económica.

No se reportaron eventos adversos en los pacientes que formaron parte del grupo de estudio.

BIBLIOGRAFIA:

1. Todd KH, Ducharme J, et al. Pain in the Emergency Department: Results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) Multicenter Study. *The Journal of Pain* 2007;8(6): 460-466
2. Stephan FP, et al. Pain in the Emergency Department: Adherence to an implemented treatment protocol. *Swiss Med Wkly* 2010; 140(23 – 24):341 – 347.
3. Karwowski-Soulie F, et al. Pain in an Emergency Department: An audit. *European Journal of Emergency Medicine* 2006; 13:218–224.
4. Saastamoinen P, et al. Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic pain among ageing employees. *Pain* 2005; 114: 364–371.
5. Steward W. The epidemiology of chronic pain. En: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/NewsEvents/UCM307835.pdf> (Mayo 20, 2013).
6. Mularski RA, et al. Measuring pain as the 5th vital sign does not improve quality of pain management. *J Gen Intern Med* 2006; 21:607–612.
7. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? *Can Fam Physician* 2010; 56:514-7.
8. Clark M. Analgesic use in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1990; 19:99–102.
9. McIntosh S, Leffler S. Pain management after discharge from the ED. *Am J Emerg Med*. 2004; 22(2):98–100.
10. Tratamiento del Dolor agudo en el Primer y Segundo Nivel de Atención. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica. Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección de Medicamentos y Terapéutica, Departamento de Farmacoepidemiología. 2005.
11. Singer AJ, Richman PB, Kowalska A, Thode HC Jr. Comparison of patient and practitioner assessments of pain from commonly performed emergency department procedures. *Ann Emerg Med* 1999; 33:652–658.
12. Johnston CC, Gagnon AJ, Fullerton L, Common C, Ladores M, Forlini S. One-week survey of pain intensity on admission to and discharge from the Emergency Department: A pilot study. *J Emerg Med* 1998; 16:377–382.
13. Wilson JE, Pendleton JM. Oligoanalgesia in the Emergency Department. *Am J Emerg Med* 1989; 7:620–623).
14. Motov S, Khan A. Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better?. *Journal of Pain Research* 2009;2 5–11.
15. Todd, KH, Sloan EP, Chen S, Wamstad K. Survey of pain etiology, management practices and patients satisfaction in two urban emergency departments. *CJEM* 2002 Jul;4(4):252-256.
16. Gatti D, Viapiana G, et al. How much does an antiinflammatory treatment cost? *Reumatismo* 2010; 62(4):248-252.
17. Ketorolac. En: <http://www.drugs.com/pro/ketorolac.html> (Mayo 14, 2013).

18. Pérez J, Aguilar M, Herrera J, Flores F. Comparative bioavailability of ketorolac tromethamine after intramuscular and sublingual administration. *Proc. West. Pharmacol. Soc.* 2001;45:6-7.
19. Jeffrey S. FDA Approves Nasal Formulation of Ketorolac for Short-Term Pain Management. En: <http://www.medscape.org/viewarticle/722125> (Mayo 19, 2013).
20. Díaz EP, et al. Comparación de Ketorolaco sublingual contra metamizol endovenoso en el manejo del dolor posoperatorio en cirugía de corta estancia. *Cir Ciruj* 2009; 77:45-49.
21. Ong CS, Lirk, P, Seymour R, Jenkins B. The Efficacy of Preemptive Analgesia for Acute Postoperative Pain Management: A Meta-Analysis. *Anesth Analg* 2005;100:757–73.
22. Narag N, Sharma J. Sublingual mucosa as a route for systemic drug delivery. *Int J Pharm Pharm Sci*, 2011;3(2):18-22.

DUPLICACIÓN INTESTINAL A PROPÓSITO DE UN CASO

ISSN 1390-6895

REVISTA INDEXADA EN EL CATÁLOGO DE LATINDEX



La **T**écnica

REVISTA ACADÉMICA - INVESTIGATIVA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

Indexada en:



PUBLICACIÓN SEMESTRAL
Diciembre 2013



INVESTIGACIÓN

- 6** Reconociendo el importante rol que desempeña el pueblo Montubio en el contexto sociocultural del Ecuador
Arq. Patricia Violeta Gavilanes Yanes, Dipl.
- 16** Diagnóstico de normas procedimentales en las carnes producidas en el Matadero Municipal del cantón Paján
Dr. Joel René Calero Moreira Mg.
M.V.Z. Luis Jávier Andrade Navarro Sc.
M.V.Z. Michael Diovís Cedeño Witong
- 26** Efecto de tratamientos insecticidas, antes de la siembra, a la semilla de dos híbridos de maíz
Ing. Agro. Oswaldo Valarezo Cely Mg.Sc
Ing. Agro. Líder Oswaldo Loo Alcívar
Ing. Agro. Mg. Carlos O. Valarezo B.
- 34** Análisis de períodos para producir maíz (*Zea mays L.*) considerando la distribución temporal de la precipitación y la evapotranspiración
Ing. Emil, Vega Ponce Mg.
Ing. César, Jarre Cedeño Mg.
Ing. Amador, Calderón Cedeño Mg.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 42** Viabilidad para hacer un dispositivo de destrucción selectiva de manera remota de tejidos orgánicos
Antonio Javier Moreno Castro Mg.
- 50** Cronología de Tsunamis en Ecuador desde 1586 a 2012
Ing. Manuel Contreras López Mg.

ENSAYO

- 60** El espacio biográfico: La crónica narrativa como autenticación movilizante de emociones
Jeovanny Benavides Mg.

REPORTE DE CASO

- 66** Duplicación intestinal a propósito de un caso
Dr. Jorge Eduardo Vera Almeida
Dra. Mayra Janeth Castro Reyes
Dr. Jairo Párraga

ARTÍCULO

- 70** Desafíos para la gestión universitaria
Ing. Isidro Vélez Macías Mg.
- 73** Instructivo para publicar artículos académicos y de investigación en revista "La Técnica"

REPORTE DE CASO

Duplicación intestinal a propósito de un caso

Intestinal duplication a case report

Dr. Jorge Eduardo Vera Almeida

Becario 5 de la Universidad San Francisco, Postgrado de Medicina de Urgencias Hospital Carlos Andrade Marín, Quito - Ecuador
jevjed23@hotmail.com

Dra. Mayra Janeth Castro Reyes

Becario 5 de la Universidad San Francisco Postgrado de Medicina de Urgencias Hospital Carlos Andrade Marín, Quito - Ecuador
mjcr1983@hotmail.com

Dr. Jairo Párraga

Médico Anatómo Patólogo Portoviejo-Ecuador

RESUMEN

Introducción: La duplicación intestinal es una patología poco frecuente, que consiste en una malformación congénita, presentándose en 1 de cada 5000 nacidos vivos. Puede presentarse en cualquier parte del trayecto del tubo digestivo, con mayor frecuencia en yeyuno e íleon (44%), esófago (20%), colon (15%), gástricas (7%) duodenales (5%) y rectales (5%), del total 1, 10, 75% son quísticas y 25% de tipo tubular. **Discusión:** No existe una teoría concluyente, con respecto al origen embriológico de las duplicaciones intestinales, y han sido varias las teorías. Clásicamente se ha descrito la teoría del "Gemelo abortivo" que podría explicar las duplicaciones del colon, que se asocian a duplicaciones de estructuras genitales y urinarias^{3,4}. La teoría del "divertículo embriológico persistente", que sugiere la existencia de pequeños divertículos habitualmente transitorios, que se localizan en el lado antimesentérico de la pared intestinal del embrión, su persistencia se la relaciona con el desarrollo de duplicaciones intestinales; de igual manera no se conoce el origen de su desarrollo, planteándose diversas hipótesis con respecto al mismo, y los estudios de imagen guardan una importancia significativa para el diagnóstico de las complicaciones, más no para sugerir de manera directa la existencia de duplicación intestinal. Finalmente su tratamiento siempre será quirúrgico. **Conclusión:** En el presente caso el diagnóstico se realizó en el transoperatorio, cirugía que se realizó bajo el contexto de un abdomen agudo secundario a perforación en el sitio de la duplicación. El tipo de duplicación correspondió a un tipo 1C. Siendo una patología poco frecuente es importante tenerla en cuenta en los diagnósticos diferenciales de obstrucción intestinal y perforación en pacientes pediátricos, jóvenes y adultos jóvenes.

Palabras claves: Duplicación intestinal, malformación, perforación, abdomen agudo, anomalías embrionarias.

ABSTRACT

Introduction: intestinal duplication is an uncommon condition; it is a birth defect that occurs in 1 in 5000 live births. It can occur anywhere in the digestive tract path, most commonly in the jejunum and ileum (44%), esophagus (20%), colon (15%), gastric (7%) duodenal (5%) and rectal (5%) of total 1, 10, 75% and 25% are cystic tubular type. **Discussion:** There is no conclusive theory regarding the embryological origin of intestinal duplications, and there have been several theories. Classically described the theory of "Twin abortive" could explain the duplication of the colon, which is associated with genital structures duplications and urinarias^{3, 4}. The theory of "persistent embryological diverticula," suggests the existence of small diverticula usually transients, which are located on the antimesenteric side of the embryo's bowel wall. Its persistence is related to the development of intestinal duplications, though the origin of their development is not known, several scenarios regarding thereto bare a significant importance to the diagnosis of complications, though they do not directly suggest the existence of intestinal duplication. Finally the treatment will always be surgery.

Conclusion: In this case the diagnosis was made during the trans- surgery which was performed under the context of an acute abdomen secondary to perforation at the site of the duplication. The type of replication corresponded to a type 1C. Being an uncommon condition, it is important to keep in mind the differential diagnoses of bowel obstruction and perforation in pediatric patients, youth and young adults.

Key words: Duplication intestinal malformation, perforation, acute abdomen, embryonic abnormalities.

Recibido: 30 de agosto, 2013
Aceptado: 24 de octubre, 2013

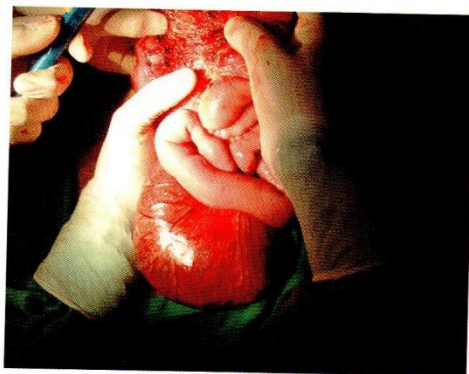


Figura 1. Fotografía del acto Quirúrgico
Fuente: Dr. Javier Vera Almeida

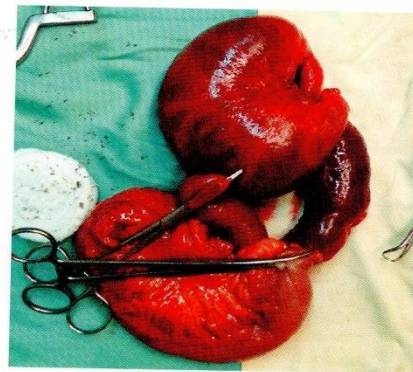


Figura 2. Fotografía del acto Quirúrgico
Fuente: Dr. Javier Vera Almeida

INTRODUCCIÓN

La duplicación intestinal es una patología poco frecuente, que consiste en una malformación congénita, presentándose en 1 de cada 5000 nacidos vivos. Puede hallarse en cualquier parte del trayecto del tubo digestivo, con mayor frecuencia en yeyuno e ilion (44%), esófago (20%), colon (15%), gástricas (7%) duodenales (5%) y rectales (5%), del total^{1,10}, 75% son quísticas y 25% de tipo tubular. Estas deben de cumplir 3 características:

1. Presencia de una pared bien desarrollada de músculo liso.
2. Recubrimiento epitelial representando algunas porciones del tubo digestivo primario o heterotópico.
3. Adherencia a alguna parte del tubo digestivo, con o sin comunicación con la luz intestinal.

Se clasifica en 2 tipos, dependiendo de la irrigación sanguínea y su relación con el intestino y el mesenterio, presentando

otras subclasificaciones dependiendo de la configuración estructural. Su diagnóstico usualmente se hace durante los primeros 2 años de vida, en la mayoría de los casos y se lo realiza durante la intervención quirúrgica.^{2, 4, 10}

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 16 años, soltera, estudiante, con antecedentes de apendicetomía y ooforectomía derecha (8 meses previos), que ingresa al servicio de emergencias por presentar dolor abdominal tipo cólico difuso, intermitente, de 3 días de evolución, que se acompaña de distensión abdominal, y posteriormente presenta náusea, sin llegar al vómito, malestar general, en el examen físico, se observa una paciente álgica, pálida, con evidencia de distensión abdominal importante, ruidos hidroaéreos aumentados y signos de irritación peritoneal.

Se realiza estudio radiológico de abdomen, en el mismo que se evidencian niveles hidroaéreos. Se decide la ejecución de paracentesis, en

la misma que se obtiene un líquido de aspecto inflamatorio, con evidencia de contenido intestinal. Teniendo en consideración un cuadro de abdomen agudo perforativo se considera la realización de una intervención quirúrgica de forma inmediata.

Se efectuó laparotomía exploratoria, encontrándose la existencia de obstrucción de un segmento de intestino delgado de aproximadamente 40 cm a 80 cm de la válvula ileocecal, con edema y engrosamiento de la parte afectada, se procedió a realizar resección de intestino delgado con anastomosis terminal en 2 planos, se encontró líquido inflamatorio en cavidad por sufrimiento intestinal, la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a los 8 días del postquirúrgico, actualmente acudió al último control sin presentar novedades.

El estudio histopatológico en la descripción macroscópica reportó recepción de un segmento de intestino delgado de 95 cm de longitud; diámetro promedio de 2,8 cm en la parte

central y en los bordes 1cm de diámetro; serosa pardo amarillenta, opaca; los cortes presentan luz central que se estrecha en los extremos; pared de 0.6 cm. Se procesan cortes de la pared de estructura tubular y los bordes de sección. Descripción microscópica: Pared de estructura compuesta por capas mucosas, muscular y serosa similares a la pared de intestino delgado, con infiltrado inflamatorio mixto moderado y congestión en la lámina propia, bordes quirúrgicos viables.

TEORÍAS SOBRE EL ORIGEN DE LAS DUPLICACIONES INTESTINALES

No existe una teoría concluyente, con respecto al origen embriológico de las duplicaciones intestinales, han sido varias las especulaciones. Clásicamente se ha descrito la teoría del "Gemelo abortivo" que podría explicar las duplicaciones del colon, que se asocian a las de estructuras genitales y urinarias^{3,4}.

La teoría del "divertículo embriológico persistente", sugiere la existencia de pequeños divertículos habitualmente transitorios, que se localizan en el lado antimesentérico de la pared intestinal del embrión, su persistencia se la relaciona con el desarrollo de duplicaciones intestinales, sin embargo en la práctica, la mayoría se localizan en el lado mesentérico del intestino, por lo que la teoría no sería del todo aceptable^{4,5}. Una de las teorías más populares es la "hipótesis de la recanalización luminal aberrante" que explica de forma adecuada las duplicaciones del

estómago, intestino delgado y colon^{4,6}.

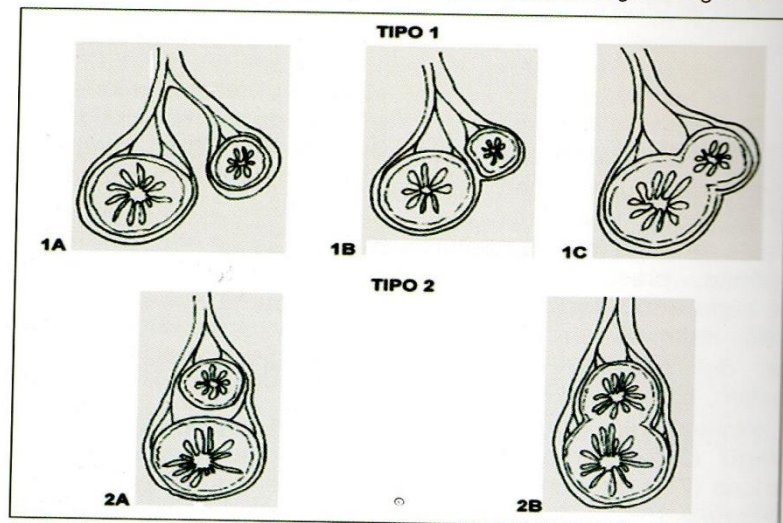
En la actualidad, la teoría más aceptada para las duplicaciones intestinales, en especial, aquellas del intestino delgado, es la del "accidente vascular intrauterino", que considera que estas anomalías son consecuencia de accidentes vasculares intrauterinos^{3,7}.

CLASIFICACIÓN

En 1998 (Long et al) clasificaron las duplicaciones intestinales de acuerdo al tipo de irrigación

Tipo	Descripción de la duplicación
1	Extramesentérica.
1A.	Meso independiente del meso intestinal.
1B.	Meso común con el meso intestinal.
1C.	Duplicación unida al intestino por una pared muscular común.
2	Intramesentérica.
2A.	Pared de la duplicación separada de la pared intestinal.
2B.	Duplicación unida al intestino por una pared muscular común.

Figura 3. Clasificación de las duplicaciones intestinales según Long et al.²



de la malformación y su relación con el intestino delgado y su mesenterio^{2,4} (Tabla 1 y Figura 1). Las malformaciones de Tipo 1, son aquellas que se encuentran a un lado del mesenterio, y las arterias que la irrigan transcurren paralelas e independientes a la vascularización intestinal, mientras que las de Tipo 2, son las que se encuentran entre ambas cubiertas peritoneales del mesenterio, su irrigación proviene de las arterias que irrigan el intestino, y ambas, tanto el intestino como la duplicación se encuentran rodeadas^{2,4}.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de las duplicaciones son inespecíficas y dependen del tipo de duplicación, localización, presencia de mucosa gástrica heterotópica y de las complicaciones que se pueden presentar.

En la mayoría de las ocasiones la principal sintomatología, la constituyen el dolor abdominal recurrente, náusea, vómitos, puede haber presencia de masa abdominal y síntomas asociados a complicaciones, como son hemorragia digestiva (34% de los casos), debido a ulceración de la mucosa, por producción de ácido en la mucosa gástrica heterotópica o por isquemia secundaria a compresión extrínseca del intestino normal por una duplicación de tipo quística, obstrucción intestinal, por invaginación, vólvulo, o compresión extrínseca y perforación intestinal con peritonitis^{3,8,9}. La mayoría de las duplicaciones intestinales se diagnostican y se resuelven durante los primeros años de vida (72% antes de los 2 primeros años)³.

DISCUSIÓN

Las duplicaciones intestinales son anomalías poco frecuentes del desarrollo embriológico del tracto gastrointestinal, que se presentan regularmente durante la infancia y son pocos los casos que son diagnosticados después de los 2 años, en la mayoría de los casos son establecidos de forma incidental durante un

procedimiento quirúrgico que se realiza por complicaciones relacionadas con la duplicación intestinal o por otros motivos.

De igual manera no se conoce el origen de su desarrollo, planteándose diversas hipótesis con respecto al mismo, y los estudios de imágenes guardan una importancia significativa para el diagnóstico de las complicaciones, más no para sugerir de manera directa la existencia de duplicación intestinal. Finalmente su tratamiento siempre será quirúrgico.

En la actualidad existen pocos reportes de duplicación intestinal en pacientes adultos, es así que hasta el 2009 (Letelier et al), de otras revisiones realizadas reportan un total de 15 casos de duplicación de íleon, de los cuales 4 (28%) degeneraron posteriormente en adenocarcinoma, lo cual

demonstraría cierta tendencia a la malignización de este tipo de lesiones, motivando de cierta manera a mantener una conducta quirúrgica con respecto a las mismas en caso de ser diagnosticadas de forma incidental.

CONCLUSIÓN

En el presente caso el diagnóstico se realizó en el transoperatorio, cirugía que se efectuó bajo el contexto de un abdomen agudo secundario a perforación en el sitio de la duplicación, correspondiendo a un tipo 1C.

Siendo una patología poco frecuente es importante tenerla en cuenta en los diagnósticos diferenciales de obstrucción intestinal y perforación en pacientes pediátricos, jóvenes y adultos jóvenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Neil JA, Rowe M, Grosfelt J., 1998. *Pediatric Surgery* 5ta Edición. Nashville. Pg 1257 - 1267
2. Long L, Zhang JZ, Wang YX. Vascular classification for small intestinal duplications: Experience with 80 cases. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 1243-1245.
3. Edwards H. **Congenital diverticula of the intestine**: With report of a case exhibiting heterotopia. *Br J Surg* 1929; 17: 7-21
4. Letelier A, Barria C, 2009. Duplicación intestinal: Diagnóstico y tratamiento de una condición inusual. *Rev. Chilena de Cirugía* Vol. 61 – N2.
5. Lewis FT, Thyng FW. The regular occurrence of intestinal diverticula in embryos of the pig, rabbit and man. *Am J Anat* 1908; 7: 505 – 519.
6. Brenner JL., 1944. Diverticula and duplications of the intestinal tract. *Arch Pathol* 38: 132 – 140.
7. Favara BE, Franciosi RA. 1971. Enteric duplications: Thirty-seven cases: A vascular theory of pathogenesis. *Am J Dis Child* ; 122: 501 – 506.
8. Seguel FR, Alvarez MB., 2002. Duplicación intestinal independiente. *Cir Pediatr*; 15: 127-129.
9. Soares-Oliveira M, Castañón M. 2002. Duplicaciones intestinales: Análisis de 18 casos. *An Esp Pediatr*; 56: 430-433.
10. Madriñan J, Uro H, Bulnes D. 2002. Duplicación intestinal de localización poco frecuente. *SALUD EN TABASCO*, Vol 8, No 2.
11. Galván A, Guzmán S, 2011. Duplicación de ciego. Informe en una paciente de 14 años. Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Servicio de Cirugía Pediátrica. México DF. Volumen 79, No. 6, Nov-Dic.
12. Tróchez H, Lizardo J. 1998. Duplicación intestinal. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Honduras Pediátrica*. Vol. XIX – No. 3, Julio, Agosto, Septiembre.

ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACION A VENA CAVA INFERIOR Y AURICULA DERECHA MÁS SÍNDROME DE BUDD-CHIARI



Tradición de Fe, Amparo y Esperanza

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL REVISTA MÉDICA DE NUESTROS HOSPITALES

Órgano Oficial de Difusión Científica

Aval Académico de la Universidad Estatal y

Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Código ISSN 1390-7530

Centro Comercial Garzocentro 2.000 Etapa I Local 507

Telfs: 2627439 - Telefax: 2627456

e-mail: info@revistamedica.org.ec - www.revistamedica.org.ec

Guayaquil - Ecuador

DIRECTIVA DE LA
REVISTA MÉDICA

ING. JORGE TOLA MIRANDA
MIEMBRO DE LA JUNTA
INSPECTOR

DR. RODOLFO GALÁN SÁNCHEZ
EDITOR

Guayaquil, febrero 21 del 2014

C E R T I F I C A D O

CONSEJO EDITORIAL:

Dr. Paolo Marangoni Soravia
Dr. Fabrizio Delgado Campodónico
Dr. Luis Hidalgo Guerrero
Dr. Joseph Mc Dermott
Dr. Enrique Valenzuela Baquerizo
Dr. Enrique Úraga Pazmiño

CONSEJO TÉCNICO EDITORIAL:

Dr. Astudillo Villarreal Manuel
Dr. Campuzano Castro Guillermo
Dr. Chedraui Alvarez Peter
Dra. Cuero Medina Leonisa
Dr. Flores Miranda Gino
Dr. Heinert Moreno Federico
Dra. Kittyle Kittyle Marisol
Dra. Morán Marussich Raquel
Dr. Orellana Román Carlos
Dr. Paredes Moreno Gilberto
Dra. Parra Paredes Susana
Dr. Pazmiño Arroba Jimmy
Dra. Pinto Torres Patricia
Dra. Quinde Calderón Rosa
Dr. Sánchez Sánchez Gonzalo
Dra. Zavala Alarcón Inés

Certifico que la Md. Mayra Castro Reyes, es Autora del Artículo Científico titulado "ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACION A VENA CAVA INFERIOR Y AURICULA DERECHA MAS SINDROME DE BUDD-CHIARI", que ha sido aprobado y saldrá publicado en el volumen 20 # 1 de Revista Médica de Nuestros Hospitales, correspondiente al trimestre: enero-marzo del 2014, que circulará a fines de marzo próximo.

Atentamente,

DR. RODOLFO GALÁN SÁNCHEZ
EDITOR

REVISTA MÉDICA DE NUESTROS HOSPITALES

c.c. Archivo

Sra. María Elena Aucapina
Asistente I

Ing. Cosme Ottati R.
Coordinador

CASO CLINICO
ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACION A VENA CAVA INFERIOR Y AURICULA DERECHA MÁS SÍNDROME DE BUDD-CHIARI.

Dr. Jorge Vera Almeida.

Posgradista de Emergencias de la Universidad San Francisco.

MD. Mayra Castro Reyes.

Posgradista de Emergencias de la Universidad San Francisco.

Dr. Javier Vera Almeida.

Cirujano de SOLCA

RESUMEN:

Los angiomiolipomas (AML), son tumores raros, generalmente benignos, que pueden presentarse con una variante epiteliode, que puede tener un comportamiento inusual, que conlleva a invasión vascular a venas renales, cava inferior e incluso aurícula, además de provocar trombosis de dichas venas. Se reporta el caso de una mujer de 47 años, en quien se realizó una nefrectomía izquierda por la presencia de una tumoración renal, que fue diagnosticada como un angiomiolipoma epiteliode, con infiltración vascular que abarca la vena cava inferior en toda su extensión hasta la desembocadura en la aurícula, con desarrollo de síndrome de Budd-Chiari al cabo de 12 meses posterior a la cirugía.

Palabras clave: angiomiolipoma, epiteliode, vena cava, aurícula derecha, Budd-Chiari.

SUMMARY:

Angiomyolipoma (AML) are rare tumors, usually benign, that can occur with epithelioid variant, which may have unusual behavior, which leads to vascular invasion renal veins, inferior vena cava and even atrium as well as causing thrombosis of the veins. We report the case of a woman of 47 years, who underwent left nephrectomy for the presence of a renal tumor that was diagnosed as epithelioid angiomyolipoma with vascular infiltration covering the inferior vena cava in its entirety to the mouth in the atrium, with development of Budd-Chiari syndrome after 12 months following surgery.

Keywords: angiomyolipoma, epithelioid, vena cava, right atrium, Budd-Chiari syndrome.

INTRODUCCIÓN:

Los angiomiolipomas (AML) renales son tumores generalmente benignos, conformados por tejido graso, vasos sanguíneos aberrantes y células musculares lisas¹, considerado dentro de los tumores mesenquimales con proliferación de células perivasculares epiteliodes (PEComas), existen 2 tipos de angiomiolipoma, la forma clásica y su variante el angiomiolipoma epiteliode, este último caracterizado por una proliferación de los elementos epiteliodes. Las características histopatológicas fueron descritas por primera vez por Fisher² en 1911 y el término de angiomiolipoma fue introducido por primera vez en la literatura por Morgan en 1951, aunque este fue utilizado previamente en 1900 por Grawitz como angiomiolipoma del riñón y en 1904 por Albretch acuñó el término de hamartoma^{1,4}.

Es una neoplasia poco frecuente que corresponde del 2 al 3% de los tumores renales sólidos⁵, en otros casos informan del 2 al 6% de todos los tumores renales⁶, aunque son de comportamiento benigno, existe casos en los cuales se presenta infiltración vascular a vena cava inferior e incluso aurícula izquierda, o presentan trombosis en la vena renal y cava inferior que provocan congestión venosa, no solo de las extremidades, sino también de órganos intraabdominales (congestión esplácnica, síndrome de Budd-Chiari, etc.)⁶

Frecuentemente se asocia con síndrome de esclerosis tuberosa (14 a 20% de los casos), y en el 80% de los casos de esclerosis tuberosa existe un angiomiolipoma, uni o bilateral, siendo esta última la presentación más frecuente⁵, los angiomiolipomas también pueden asociarse a otras facomatosis como las de von Recklinghause, von Hippel Landau y síndrome de Sturge-Weber aunque en muy raras ocasiones^{7, 8}, o presentarse independientemente de estos síndromes (80% de los casos) y en estos el predominio es en mujeres 4:1, en edades entre la quinta y séptima década de la vida y frecuentemente son unilaterales^{9, 10}.

Los angiomiolipoma por lo general son tumores asintomáticos hasta en un 60%, y pueden ser diagnosticados de forma accidental por medio de estudios de imagen que son realizados por algún otro tipo de patología. Puede presentarse con dolor (70%), masas abdominales (40%), hematuria macroscópica (21%) o microscópica (6%)^{9, 11}, en otras ocasiones puede presentarse con hemorragia retroperitoneal aguda (15%), como lo reporto Mauded en una revisión^{12, 13}.

Genéticamente comparten la misma alteración que el AML clásico: La pérdida alélica del brazo corto del cromosoma 16p (TS2), pero sólo se han detectado mutaciones en el gen p53 en la variante epitelioides, lo que sugiere un rol importante en su comportamiento maligno¹⁴. En aproximadamente un tercio de los casos de los AMLE se han descrito metástasis a ganglios linfáticos, hígado, pulmón, hueso y médula, pero no se ha identificado ningún parámetro patológico que se correlacione directamente con sobrevida^{14, 15}.

Con respecto al manejo del AML, no se tiene bien definido un criterio, hay publicaciones, que hacen referencia a los tumores de menos de 4 cm, recomendando únicamente observando la evolución de los mismos, por medio de estudios de imagen realizados periódicamente, mientras que aquellos, que tienen un tamaño mayor o comprometen la vena renal, cava inferior o incluso el corazón, se prefiere la cirugía^{16, 17}, existiendo otra alternativa para cierto tipos de tumores la embolización, en aquellos pacientes con un riesgo quirúrgico alto, reportándose una tasa de complicación de alrededor del 10%¹⁸. Sin embargo no existen estudios en los cuales se describa la embolización como alternativa en el tratamiento del angiomiolipoma epitelioides, en los que debido a la posibilidad de extensión y malignidad sería más conveniente un procedimiento quirúrgico mayor.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 47 años, con antecedentes de mastopatía fibroquística y colecistectomía, que en abril del 2011, se realiza nefrectomía izquierda por presencia de tumoración renal, reportándose como hallazgos operatorios, la existencia de tejido fibrótico peri-renal, tumoración que abarca los dos tercios inferiores del riñón y trombosis de la vena renal. El estudio histopatológico reporto: riñón izquierdo que pesa 330g mide (12 x 8 x 5.5cm), sin glándula suprarrenal y un fragmento de grasa peri-renal que cuelga del borde del polo inferior y mide 5 x 3cm. Pelvis y el uréter están llenos de coágulos. Al corte, el parénquima renal esta sustituido en los dos tercios inferiores por masas tumorales redondeadas de bordes bien definidos que miden 2 y 5.5 cm, están ubicadas en la región medular y rechazan la cortical. El sistema pielocalicial esta comprimido. En el fragmento de grasa peri-renal no se observan ganglios. Microscopía: tumor renal que muestra secciones de una neoplasia angiomiolipomatosa, con amplias áreas constituidas por acúmulos de células epitelioides de citoplasma amplio, que compromete los cálices renales, vasos hiliares y tejido adiposo, con pequeños acúmulos de células epitelioides tumorales, uréter y pelvis renal con pequeños acúmulos tumorales, grasa peri-renal sin compromiso tumoral. Las placas fueron revisadas por segunda ocasión, confirmándose la invasión linfovascular, con estudio de inmunohistoquímica que describió, positividad para alfa-1 antitripsina, CD68 y HMB en células tumorales, desmina positivo en células musculares, CD117 positivo en escasa células tumorales, CD31, CD34 y factor VIII positivos en vasos.

En estudios de imagen de control (Tomografía simple y contrastada de abdomen y pelvis) posterior a la cirugía, en la que se describieron hallazgos relacionados con defectos de llenado en la vena renal izquierda que se extendían hasta la desembocadura en la vena cava inferior, que sugerían la

existencia de trombosis, por lo que se inició tratamiento con warfarina. La paciente se mantuvo en controles por los servicios de urología, oncología y hematología, teniendo varios ingresos al servicio de urgencias por dolor abdominal y anemia, permaneció con valores de INR en rangos terapéuticos y en otras ocasiones supra-terapéuticos, durante los meses subsecuentes.

Figura 1



Figura 2

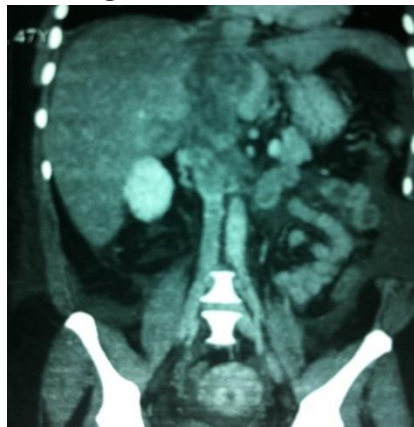
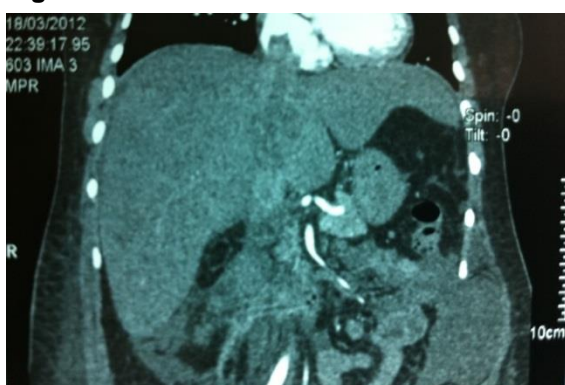


Figura 3



Figuras 1,2 y 3: Tomografía que muestra imagen heterogénea que se circunscribe dentro de la luz de la vena cava inferior.

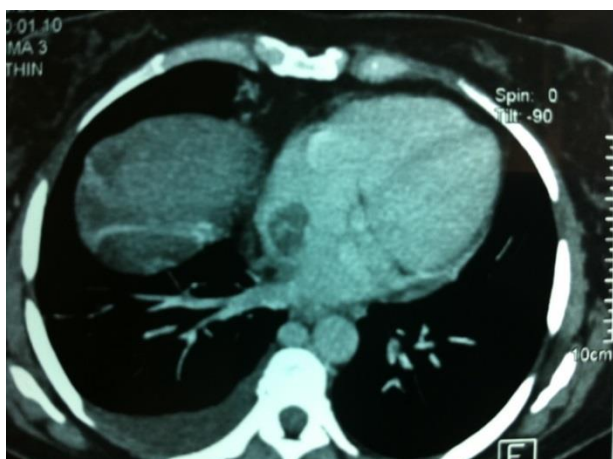


Figura 4: Tomografía que muestra imagen irregular heterogénea, localizada en la desembocadura de la vena cava inferior a nivel de la aurícula derecha.

La paciente ingresa por nueva ocasión al servicio de emergencias en mayo del 2012, por presentar un nuevo episodio de dolor abdominal, que se acompaña de edema de miembros inferiores y superiores, así como también del abdomen, evidenciando al examen físico de signos de ascitis, edema de la pared abdominal y de los miembros inferiores especialmente. Considerando el antecedente de trombosis de la vena cava inferior, y los signos que sugieren hipertensión portal, se realiza nuevos estudios de imagen y laboratorio. Se encontraron incremento de transaminasa (AST: 2014 U/L ALT: 1342 U/L), bilirrubina total: 1.61 mg/dl, directa: 1.20 mg/dl, Indirecta: 0.41 mg/dl, GGT: 234 U/L, leucocitos: 16760, Hemoglobina: 12.3, Hematocrito: 38.2, Eosinófilos: 0.9%, Linfocitos: 14.9%, Neutrófilos: 78.3%, Creatinina: 1.1, TP: 48,7 INR: 4,43 TPT: 68,3, elemental y microscópico de orina (EMO): infeccioso, adicionalmente marcadores tumorales, de los cuales fueron positivos el ca-125: 50.37 U/ml y la Beta-2 microglobulina: 2931.5 ng/ml, dentro de los estudios de imagen, una tomografía que demuestra un lesión de densidad heterogénea, que se extiende por toda la vena cava inferior hasta el orificio de su desembocadura en la aurícula derecha (**Figuras 1 a 4**), y un ecocardiograma que reporto la presencia de una imagen hipoecogénica, ocupativa en la vena cava inferior que se extiende hasta el techo de la aurícula derecha e insuficiencia tricuspídea leve, determinandose finalmente que se trata de una infiltración vascular consecuente del tumor extirpado inicialmente, que progreso durante los 12 meses posteriores a su exeresis. Al momento la paciente se encuentra en controles por el servicio de hematología, evidenciando un compromiso mayor de su estado general, y con evidencia de una lesión hepática que sugiere lesión tumoral, que se encuentra en investigación.

DISCUSIÓN:

Es conocido que los AML tienen un comportamiento generalmente benigno, sin embargo es difícil precisar por medio de métodos de laboratorio o imagen el comportamiento que tendrá dicho tumor, así como también la diferenciación entre el tipo clásico y el epiteliodeo. El primer caso de AML maligno fue reportado por Lowe y colaboradores en 1992, cuando se describió la transformación de un AML benigno en un leiomioma¹⁹, sin embargo hay datos que sugieren que probablemente tumores renales malignos (adenocarcinomas renales) relacionados con esclerosis tuberosa, que han sido reportados previamente, podrían ser en realidad AML epiteliodeos, como lo han sugerido Pean y colaboradores en una revisión previa²⁰.

En cuanto al tratamiento, se puede realizar nefrectomía parcial o total, en algunos casos se describen procesos más extensos, como son la realización de auriculotomía derecha conjuntamente con la nefrectomía, en un caso similar al de la paciente de nuestro caso, reportado por Innocenti F. en el 2008²⁰. En otros casos la embolización sería otra opción, es más conservadora reservada para paciente con contraindicaciones para cirugía o riesgo quirúrgico alto, con una tasa de complicación de hasta un 10%¹⁸, que incluyen absceso renal, sepsis, migración de material de embolización, derrame plural activo, licuefacción estéril y en otros casos el síndrome post-embolización que en casi todos los casos únicamente requiere tratamiento sintomático.

Hasta el 2008 se han reportado alrededor de 120 casos de angiomiolipomas malignos, y existen poco más de 12 casos de angiomiolipomas epiteliodeos con invasión o trombosis reportados hasta el 2009. Finalmente según varios investigadores al parecer, una mutación del gen p53, tendría relación con el desarrollo de AML epiteliodeo y su comportamiento maligno.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hornick JL. Fletcher CD. PEComa: What do we know so far? *Histopathology* 2006; Jan 48(1); 75-82.
2. Fisher W: Die Nierentumoren bei der Tuberosen Hirnsklerose *Beitr Pathol Anat* 1911; 50: 235-282.

3. Morgan GS, Straumford J, Hall EJ. Angiomiolipoma of the Kidney. *J Urol* 1951; 65: 625.
4. Eble NJ. *Seminars in diagnostic pathology*. 1998; 15: 21-40.
5. López J, Ramos P, Hernández O. Experiencia de angiomiolipoma renal en el Hospital de Especialidades Centro Médico “La Raza”. *Colegio Médico de Urología*. Vol. 17 No 1. Ene-Mar 2002.
6. Franco I, Alarcón E, Arias E. Left Kidney angiomyolipoma, spreading to the renal vein, inferior vena cava and involving the heart. Report of one case. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 60 – No 2. Abril 2008; Pags 150-153.
7. Fisher Die Nieren. Tuore bein der taberosed hirsclerose. *Zigler Bert Z Pathol Anat* 1998; 50: 235-1911.
8. Joseph EO, Eliot KF, Staumford. The management of angiomyolipoma. *J Urol* 1986; 135: 1221-1224.
9. American Urological Association (AUA), Update series. Lesson 39. XI. 1992; 148: 306-309.
10. Wegryn J, Resnick IM. Angiomyolipoma diagnosis and conservative management. *Contemporary Urology* 1998: 56-64.
11. Jardin A, Richard F, Le DUC A. et al. Diagnosis and treatment of renal angiomyolipoma (Based of 15 cases report). *Eur Urol* 1980; 6: 69.
12. Malon Mj, Jhonson PR, Jumper BM, et al. Renal angiomyolipoma 6 cases report and literature review. *J Urol* 1968; 135: 349.
13. Gonzáles FR, Gonzáles RL, San Martín Sánchez. Angiomiolipoma renal una causa de hemorragia retroperitoneal masiva. *Arch Esp Urol* 1992; 45: 783.
14. Astigueta JC, Abad M et al. Angiomiolipoma epitelioides: variante rara del angiomiolipoma renal. *Arch. Esp. Urol*. 2009; 62 (6): 493-497.
15. Martigoni G, Amin MB. Angiomyolipoma, En *Tumours of the urinary system and male genital organs*. Lyon France. WHO IARC; 2004: 63-67.
16. Gamé X, Soulié M, Moussouni S, Roux D, Escorrou G, Chevreau C et al. Renal angiomyolipoma associated with rapid enlargement and inferior vena caval tumor thrombus. *The J of Urol* 2003; 170: 918-919.
17. Ito H, Nakashima S, Toma S, Misaki T. Renal angiomyolipoma associated with inferior vena caval and right atrial thrombus. *The J of Urol* 1999; 162: 1371-1372.
18. Nelson CP, Sanda MG: Contemporary diagnosis and management of renal angiomyolipoma. *J. Urol*. 2002. Oct; 168: 1315-1325.
19. Lowe BA, Brewer J, Houghton DC, et al. Malignant transformation of angiomyolipoma. *J Urol* 1992; 147:1356-8.
20. Innocenti F. Alarcon E. Angiomiolipoma renal con extensión tumoral a vena cava inferior y aurícula derecha. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol. 60 N^o 2, Abril 2008, págs. 150 – 153.

LLEGADA, MANEJO DE LA ESCENA Y PRIMERA ASISTENCIA

CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES



Del 6 al 11 de Febrero del 2012
Auditorio General
Hospital Carlos Andrade Marín
Quito - Ecuador

**60 horas
Académicas**

Lunes 6 de Febrero

HORA	TEMA
07h30-08h00	ENTREGA DE MATERIAL Explicación del contenido y desarrollo de la Jornada / <i>Md. Mayra Álava</i> / Directora Ejecutiva FACMED.
08h00-08h40	Aspectos Generales de la Atención Pre-hospitalaria / <i>CPCB-MD Dr. Johnny Jerez Castañeda</i> / Jefe del Servicio de Urgencias Hospital Naval de Guayaquil
08h40-09h20	MESA REDONDA: Protocolos de la Atención Prehospitalaria y Normativa Técnica para Operativizar Ambulancias - MSP. Análisis, Aplicabilidad y Socialización
09h20-10h00	Llegada, manejo de la escena y la Primera Asistencia / <i>Dra. Mayra Castro</i> / Medico Residente Hospital Carlos Andrade Marín
10h00-10h30	Receso
10h30-11h20	Perfil de salud en personal de atención pre-hospitalaria / <i>Dr. Angel Alarcón</i> / Posgrado en Cirugía Laparoscopica Universidad de California Davis, USA
11h20-12h10	TRIAGE PREHOSPITALARIO - Generalidades / <i>Dr. Juan Heredia</i> / Medico Lider del Servicio de Emergencias.
12h10-13h00	Las urgencias en la atención primaria: uso de exámenes complementarios y medicamentos / <i>Dra. Mayra Castro</i> / Medico Residente Hospital Carlos Andrade Marín
13h00-14h00	Almuerzo
14h00-14h50	Situaciones Especiales: Quemados, Traumatizados / <i>Dr. Edison Rodríguez</i> / Medico del Hospital Eugenio Espejo, Lider de Servicio de Cirugía Plástica.
14h50-15h40	Valoración y manejo del paciente pediátrico / <i>Dr. Jenny Martínez</i> / Médico Tratante Hospital Baca Ortíz.
15h40-16h30	Valoración y manejo de la paciente obstétrica / <i>Dr. Geovanny Revelo</i> / Posgrado en Ginecología y Obstetricia. Medico Tratante Dispensario IESS.
16h30-17h30	Posgrado en Ginecología y Obstetricia / <i>Dr. Ricardo Arroyo</i> / Medico Tratante Hospital Carlos Andrade Marín y Hospital Inglés
16h30-17h30	Decisiones Éticas en Urgencias / <i>Dr. Christian País Cedeño</i> / Cirugía Pediátrica Hospital Militar
18h00-19h00	Medicación usada en la atención pre hospitalaria. Consideraciones / <i>CPCB-MD Dr. Johnny Jerez Castañeda</i> / Jefe del Servicio de Urgencias Hospital Naval de Guayaquil

Martes 7 de Febrero

HORA	TEMA
08h00-08h40	Valoración primaria. Intervención oportuna / <i>Dr. Patricio Segura</i> / Medico Tratante Hospital San Francisco de Quito
08h40-09h20	Manejo y Tratamiento Inmediato y Evacuación del Paciente Crítico / <i>Dr. Mauro Falconi</i> / Director Médico del Hospital Gustavo Domínguez Zambrano (Santo Domingo de los Tsachilas).
09h20-10h00	Trauma Craneal No Grave / <i>Dr. Paul León</i> / Consultor de Emergencias del Ministerio de Salud Pública
10h00-10h30	Receso
10h30-11h20	Manejo e Inmovilización de Fracturas en Politrauma / <i>Dr. Juan Gonzalez</i> / Medico Tratante Hospital Carlos Andrade Marín
11h20-12h00	Trauma torácico, Neumotórax, Hemotorax / <i>Dr. Jorge Pozo</i> / Especialista Cardiorrácica Hospital Militar.
12h00-13h00	Normas de Bioseguridad en el personal de salud durante atención pre hospitalaria / <i>Lcda. Delia Herrera</i> / Licenciada en Enfermería Hospital Eugenio Espejo
13h00-14h00	Almuerzo
14h00-14h50	Patología por la acción del frío: Hipotermia y congelaciones / <i>Dr. Eddie Coral</i> / Emegenciólogo. Medico Tratante Hospital Pablo Arturo Suarez.
14h50-15h40	Trauma cardiaco / <i>Dr. Edwin Paez</i> / Posgrado en Cirugía Cardiovascular. Medico Tratante Hospital Carlos Andrade Marín, Hospital Vozandes y la Hospital de los Valles
15h40-16h30	Responsabilidad Legal del Personal de Salud en Situaciones de Emergencia / <i>Dr. Manuel Guamangallo</i> / Medico Legista en el Ministerio del Interior de Calderon (CUAC).
16h30-17h30	Organización en Sala de Urgencia para Recepción de Víctimas Múltiples / <i>Dr. Paul León</i> / Consultor de Emergencias del Ministerio de Salud Pública
17h30-18h00	Receso
18h00-20h00	Manejo de líquidos y electrolitos / <i>Dr. Francisco Patiño</i> / Medico Tratante servicio de Cardiología-Hemodinamista Hospital Carlos Andrade Marín.

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
 LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 ASOCIACIÓN NACIONAL DE MÉDICOS RURALES**

Confieren el presente

C E R T I F I C A D O

A la Médico

MAYRA JANETH CASTRO REYES

Por su participación en calidad de **EXPONENTE** del Tema:

Llegada, manejo de la escena y la Primera Asistencia

**“CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y
 MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES”**

Realizado en la ciudad de Quito, del 6 al 11 de febrero de 2012.

Duración: 60 horas

Dr. Milton Tapia C.,
 DECANO
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Dr. Oly Aguila A.,
 PRESIDENTE FEDERACION MEDICA
 ECUATORIANA

Dr. Freddy Buerba A.,
 PRESIDENTE EJECUTIVO
 HEALTH TRAINING SOLUTIONS

Dra. Judith Borja,
 PRESIDENTA SEMED.

Dr. Mario Arteaga I. MSc.,
 SECRETARIO ABOGADO
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



LAS URGENCIAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: USO DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y MEDICAMENTOS.





UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ASOCIACIÓN NACIONAL DE MÉDICOS RURALES








Confieren el presente

C E R T I F I C A D O

A la Médico

MAYRA JANETH CASTRO REYES

Por su participación en calidad de **EXPONENTE** del Tema:

Las urgencias en la atención primaria:
Uso de exámenes complementarios y medicamentos

“CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES”

Realizado en la ciudad de Quito, del 6 al 11 de febrero de 2012.

Quito, 13 de febrero de 2012

[Signature]
 Dr. Milton Tapia C.,
 DECANO
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

[Signature]
 Dr. O.N. Oyague A.
 PRESIDENTE FEDERACION MEDICA
 ECUATORIANA

[Signature]
 Dr. Fredy Guevara A.
 PRESIDENTE EJECUTIVO
 HEALTH TRAINING SOLUTIONS

[Signature]
 Dra. Judith Borja,
 PRESIDENTA SEMED.

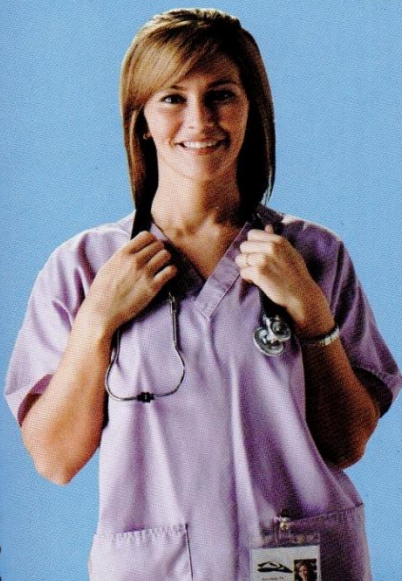
[Signature]
 Dr. Mario Artieda L. MSc.
 SECRETARIO ABOGADO
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MANEJO E INMOVILIZACIÓN DE FRACTURAS EN POLITRAUMA

II CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA CLÍNICA Y MANEJO DEL DOLOR Y JORNADAS NACIONALES DE ACTUALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

PRE-JORNADAS: 4 y 5 de Julio 2012
JORNADAS: 7 al 14 de Julio 2012

Auditorio Cámara de Comercio de Quito
(Av. Amazonas y República)
Quito- Ecuador



120 Horas
Académicas

10H15-10H30	RECESO
10H30-11H15	Control de Signos Vitales por el Área de Enfermería <i>Lic. María Chelita Salazar E.</i>
11H15-12H00	Fibrilación Auricular
12H00-12H45	<i>Dr. Mario Fernando Viteri V.</i>
12H45-13H30	ALMUERZO
13H30-14H15	Causas de Ojo Rojo y su Terapéutica
14H15-15H00	<i>Dra. Katerine Natacha Duque S.</i>
15H00-15H45	Acceso Venoso en Pediatría
	<i>Lic. Marco Toaquiza.</i>
15H45-16H15	RECESO
16H15-17H00	Aseo Bucal en Pacientes con Intubación Endotraqueal
17H00-17H45	<i>Lcda. Mónica Buitrón.</i>
17H45-18H30	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC
	<i>Dr. Efrén Guerrero.</i>
Sábado 14 de Julio:	
MEDICINA CLINICA Y MANEJO DEL DOLOR	
HORA	TEMA
08H00-08H45	Cuidados Paliativos de Enfermería y Muerte Digna
08H45-09H30	<i>Lcda. Fanny Marisol Basantes T.</i>
09H30-10H15	Capacidad de Decisión en Alzheimer
	<i>Dra. María Lissette Duque P.</i>
10H15-10H30	RECESO
10H30-11H15	Ética y Mala Praxis
	<i>Dr. Pedro Christian País C.</i>
11H15-12H00	Triaje
	<i>Dr. Juan Carlos Heredia C.</i>
12H00-12H45	Manejo de Vía Aérea
	<i>Dr. Juan Carlos Heredia C.</i>
12H45-13H30	ALMUERZO
13H30-14H15	Tumores de Ovario
	<i>Dr. Marco Ayora.</i>
14H15-15H00	Manejo e Inmovilización de Fracturas en Politrauma
	<i>Dra. Mayra Janeth Castro R.</i>
15H00-16H00	Manejo Clínico de Mastalgias
	<i>Dr. Marco Ayora.</i>
16H00-16H45	Beneficios de los Factores de Crecimiento de Cirugía Ortopédica
	<i>Dr. Nilo Parra .</i>
16H45-17H30	Hipotiroidismo
	<i>Dr. Gustavo Paz</i>
17H30-18H15	Diabetes
	<i>Dr. Gustavo Paz</i>
18H15 - 19H30	Cocktail de Clausura
<i>* Las charlas están sujetas a cambios debido a que el expositor puede atrasarse al llegar, alargarse en la charla o, en casos fortuitos, llegar a ausentarse. Agradecemos su comprensión.</i>	



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
ASOCIACIÓN NACIONAL DE MEDICOS RURALES



Confiere el presente

CERTIFICADO

A LA DOCTORA

MAYRA JANETH CASTRO REYES

Por su participación en calidad de **EXPONENTE** con el Tema:
"MANEJO E INMOVILIZACIÓN DE FRACTURAS EN POLITRAUMA"

En el "II CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA CLÍNICA Y
MANEJO DEL DOLOR"

Realizado en la ciudad de Quito, del 4 al 14 de Julio de 2012

Duración: 120 horas

Quito, 16 de Julio de 2012

Dr. Edison Chaves A.
Decano
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Facultad de Medicina

Dr. Carlos Acurio,
Director General Académico
Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Md. Oscar Navarrete G.
Presidente
ANAMER



COMO SE DEBE ACTUAR ANTE UN DESASTRE EN EL ÁREA HOSPITALARIA.

08:00-08:40	Que es un Desastre Dentro del Área Hospitalaria	Dr. Manuel Minsaya
08:40-09:20	Cuidados Generales de Enfermería en falla renal aguda y evento cerebro vascular	Lcda. Margarita Bonilla
09:20-10:00	Atención de Enfermería en un Desastre Medio Ambiental	Lcda. Priscila Guevara
10:00-10:40	Aspiración de Cuerpos Extraños a Nivel Orofaringe	Dra. Jenny Vela
10:40-11:20	Biológica y Trasplante en Donación de Órganos	Mag. Sandra Aguilera
11:20-11:40	Coffe Break	
11:40-12:20	Crisis Convulsivas	Dr. Morris Valle
12:20-14:00	Almuerzo	
14:00-14:40	Reanimación Cardiopulmonar en Neonatos	Dr. Washington Zuñiga
14:40-15:20	Antihipertensivos en el Embarazo y Puerperio	Dr. Alex Meza
15:20-16:00	Complicaciones en Parto Prematuro	Lcda. Maira Erazo
16:00-16:40	Coffe Break	
16:40-17:20	Como se debe Actuar ante un Desastre en el Área Hospitalaria	Dra. Mayra Castro
17:20-18:00	Cuidados Generales de Enfermería	Lcda. Margarita Bonilla

08:00-08:40	Riesgos del Trabajo	Dr. Luis Pacheco
08:40-09:20	Cetoacidosis Diabética	Dr. Ricardo Beaton
09:20-10:00	Programa Sol 5 Mejoramiento Continuo de Procesos	Mag. Fernando Carrera
10:00-10:40	Consecuencias Legales en la Mala Administración de Medicamentos	Abogado Eduardo Cabrera
10:40-11:20	Síndrome de Burnout	Dr. Jorge Vera
11:20-11:40	Coffe Break	
11:40-12:20	Manejo de Desechos desde la Perspectiva de Bioseguridad	Lcda. Priscila Guevara
12:20-13:30	Importancia de la Ergonomía en el Trabajador de la Salud	Ingeniero Fabian Vasconez
13:30-14:30	Almuerzo	
14:30-15:10	Síndrome Coronario	Dr. Jorge Endara
15:10	Clausura	

Bienvenidos a este Congreso de actualización que marca el punto de encuentro científico y social de todos los profesionales de la salud de Quito y todo el país.

Atentamente,
Comité Organizador

COEXPO: Av. Colón 22-77 y Ulloa,
Edificio Fierro 2do Piso Of. 2A
Telefax: 2522-612
E-mail: coexpondeidams@yahoo.com
Web: www.coexpocialtda.com

IV DE CONVENCIOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

PROGRAMA

Fecha:
Del 27 al 31 de agosto del 2012

Duración Académica:
60 Horas

Sede:
Centro de Convenciones Eugenio Espejo Pabellón IV

Quito - Ecuador

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
COLEGIO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO
SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ

Confieren el Presente

Diploma

Al Señor (a): **Doctora MAYRA CASTRO**



Por haber participado en calidad de: **Conferencista del Tema: Como se debe Actuar ante un Desastre en el Área**




Universidad
San Francisco
de Quito

Hospitalaria
En el "TV CONGRESO DE ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES ". Organizado por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería del Hospital Pablo Arturo Suárez, del 27 al 31 de Agosto del 2012 en la ciudad de Quito.


Duración Académica: 60 Horas

Quito, 31 de agosto del 2012




Michelle Grunauer MD, M.Sc., Ph.D.
Decana Escuela de Medicina
Universidad San Francisco de Quito


Dr. Avaro Guamanica
Gerente General
Hospital Pablo Arturo Suárez
MSP


Sra. Maria Capvajal
Secretaria General del Sindicato de
Auxiliares de Enfermería del HPAS

TRAUMA PÉLVICO Y UROLÓGICO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA.

LUNES 27 DE AGOSTO 2012		MARTES 28 DE AGOSTO DEL 2012		MIÉRCOLES 29 DE AGOSTO DEL 2012	
08:00-09:00	Inscripciones	08:00-08:40	Quemaduras Evaluación Manejo y Tratamiento en la Sala de Emergencia	08:00-08:40	Crisis Hipertensivas en Emergencia
09:00-09:30	Inauguración	08:40-09:20	Trauma por Proyecto de Arma de Fuego Evaluación y Tratamiento en la Sala de Emergencia	08:40-09:20	Aritmias Potencialmente Grave
09:30-10:10	Manejo de Vía Aérea en Emergencia	09:20-10:00	Trauma de Tórax Evaluación y Tratamiento en la Sala de Emergencia	09:20-10:00	Insuficiencia Respiratoria
10:10-10:50	Atención del Paciente Politraumatizado, Algoritmo de Manejo y Referencia	10:00-10:40	Trauma Pélvico y Urológico, Evaluación y Tratamiento en la Sala de Emergencia	10:00-10:40	Falla Renal Aguda
10:50-11:30	Atención del Paciente Politraumatizado en la Sala de Emergencia	10:40-11:20	Dolor Torácico Agudo	10:40-11:20	Evento Cerebral Vascular
11:30-11:45	Coffe Break	11:20-11:40	Coffe Break	11:20-11:40	Coffe Break
11:45-12:25	Reanimación Cardiopulmonar en Paciente Politraumatizado, Normas de Cuidado, Casos Especiales	11:40-12:30	Cuidados de Enfermería en Quemaduras y Pacientes con Trauma	11:40-12:20	Sangrado Digestivo
12:25-13:05	Dolor Lumbar	12:30-14:00	Almuerzo	12:20-14:00	Almuerzo
13:00-14:10	Almuerzo	14:00-14:40	Manejo Inicial de Paciente Intoxicado	14:00-14:40	Mordedura de Serpiente
14:10-14:50	Trauma Maxilofacial, Evaluación y Tratamiento en la Sala de Emergencia	14:40-15:20	Intoxicaciones Frecuentes en Niños, Manejo y Tratamiento en la Sala de Emergencia	14:40-15:20	Manejo de Abdomen Agudo
14:50-15:30	Trauma Ocular, Evaluación y Tratamiento en la Sala de Emergencia	15:20-16:00	Trauma Aspecto Epidemiológico el Tiempo de Oro, organización para el Manejo y Estructura de las Unidades de Trauma	15:20-16:00	Obesidad Cirugía Bariátrica
15:30-16:10	Trauma Craneoencefálico, Evaluación y Tratamiento en la Sala de Emergencia	16:00-16:40	Intoxicación por Órganos Fosteros, Evaluación y Tratamiento en la Sala de Emergencia	15:30-16:10	Trauma Craneoencefálico, Evaluación y Tratamiento en la Sala de Emergencia
16:10-16:30	Coffe Break	16:40-17:00	Coffe Break	16:10-16:30	Coffe Break
16:30-17:10	Trauma Raquimedular, Evaluación y Tratamiento en la Sala de Emergencia	17:20-18:00	Manejo de Enfermería en Pacientes Intoxicados	16:30-17:10	Trauma Raquimedular, Evaluación y Tratamiento en la Sala de Emergencia
17:10-18:00	Manejo de Enfermería en Pacientes Politraumatizados		Lcda. Angélica Morales	17:10-18:00	Manejo de Enfermería en Pacientes Politraumatizados



IV CONGRESO DE ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

SAEHPAS: Ángel Ludeña S/N y Machala Hospital
Pablo Arturo Suarez
Telefax: 2593349 Ext. 2652, 095020219, 095093016
E-mail: marycarvajal@hotmail.com

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
COLEGIO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO
SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ

Confieren el Presente

Diploma

Al Señor (a): **Doctora MAYRA CASTRO**



Por haber participado en calidad de: **Conferencista del Tema: Trauma Pélvico y Urológico, Evaluación y Tratamiento en la Sala de Emergencia**





En el "IV CONGRESO DE ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES". Organizado por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería del Hospital Pablo Arturo Suárez, del 27 al 31 de Agosto del 2012 en la ciudad de Quito.


Duración Académica: 60 Horas

Quito, 31 de agosto del 2012




Michelle Grunauer MD, M.Sc., Ph.D.
Decana Escuela de Medicina
Universidad San Francisco de Quito


Dr. Alvaro Guamanica
Gerente General
Hospital Pablo Arturo Suárez
MSP


Sra. María Carvajal
Secretaria General del Sindicato de Auxiliares de Enfermería del HPAS

TRAUMA TORÁCICO, MANEJO INTEGRAL



PAVRU
Logistic
Todo lo que tu empresa necesita!!

Edificio Jácome, of. 202 * Salinas n17-246 y Santiago
Quito-Ecuador

I CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS
CLÍNICO QUIRÚRGICAS, TERAPIA INTENSIVA,
MANEJO DEL DOLOR CON AVANCES EN
MEDICINA Y ENFERMERÍA

VALOR CURRICULAR
120 HORAS CURRICULARES

LUGAR Auditorio del Hospital Carlos Andrade Marín

PAVRU Logistic
Todo lo que tu empresa necesita!!

TELFS.: 02 2872068 | 02 2872116
CEL.: 0998137167 | 0998450335 | 09 83511100

EMAIL: gerencia@pavru@hotmail.com | pavru@hotmail.com | pavruempresa@yahoo.es

@pavru@hotnail.com | @pavru@logistic

ACADÉMICO AVAL INSTITUCIONAL AVAL

Universidad San Francisco de Quito

Logo of the Faculty of Medicine and Surgery of the University of San Francisco de Quito





**I CURSO DE
ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS**
CLÍNICO QUIRÚRGICAS, TERAPIA INTENSIVA,
MANEJO DEL DOLOR CON AVANCES EN
MEDICINA Y ENFERMERÍA

Lunes 15 de Abril

HORA	TEMAS	EXPOSITORES Y LUGAR DE T.
07:30 a 08:45	Inscripciones	
08:45 a 09:30	Inscripciones	
09:30 a 10:15	Inauguración del Evento	
10:15 a 10:45	COFFE BRAKE	
10:45 a 11:30	Abdomen agudo inflamatoria	Dr. Andrés Moreno Hospital Carlos Andrade Marín
11:30 a 12:15	Isquemia Mesentérica	Dr. Andrés Moreno Hospital Carlos Andrade Marín
12:15 a 13:00	Manejo Clínico del abdomen agudo obstructivo.	Dr. Rafael Zanabria Hospital Carlos Andrade Marín
	ALMUERZO	
14:00 a 14:45	Manejo Quirúrgico del Abdomen Obstructivo.	Dr. Christian Ríos Hospital Carlos Andrade Marín
14:45 a 16:30	Avances en Laparoscopia en Cirugía Bariatrica y Metabólica	Dr. Juan Carlos Aulestia Hospital Carlos Andrade Marín
16:30 a 16:15	Actividades y Destrezas de Enfermería en el Balance Hidroelectrolítico y Ácido Base.	Lic. Victoria Camacho Hospital Carlos Andrade Marín
16:15 a 16:45	COFFE BRAKE	
16:45 a 17:30	Actividades de Enfermería en el Área de recuperación postquirúrgica.	Lic. Andrea Almeida Hospital Carlos Andrade Marín
17:30 a 18:00	Temas Libres.	



**I CURSO DE
ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS**
CLÍNICO QUIRÚRGICAS, TERAPIA INTENSIVA,
MANEJO DEL DOLOR CON AVANCES EN
MEDICINA Y ENFERMERÍA

Martes 16 de Abril

HORA	TEMAS	EXPOSITORES Y LUGAR DE T.
07:30 a 08:00	Inscripciones	
08:00 a 08:45	Inscripciones	
08:45 a 09:30	Trauma Vascular Periférico	Dra. Andrea Silva Hospital Carlos Andrade Marín
09:30 a 10:15	Trauma torácico: Manejo Integral	Dra. Mayra Castro Hospital Carlos Andrade Marín
10:15 a 10:45	COFFE BRAKE	
10:45 a 11:30	Trauma Abdominal Cerrado	Dra. Diana Parrales Hospital Carlos Andrade Marín
11:30 a 12:15	Trauma Abdominal Abierto	Dra. Karina Naranjo Hospital Carlos Andrade Marín
12:15 a 13:00	Urgencias Oncológicas	Dr. Iván Maldonado Hospital Carlos Andrade Marín



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Universidad San Francisco de Quito



PAVRU Logistic *¡Solo lo que la empresa necesita!*



CONFIEREN EL PRESENTE

Certificado

A: DRA. MAYRA CASTRO

Por haber participado en calidad de EXPOSITOR en el:

I CURSO ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS CLÍNICO QUIRÚRGICAS, TERAPIA INTENSIVA, MANEJO DEL DOLOR CON AVANCES EN MEDICINA Y ENFERMERÍA, realizado en la ciudad de Quito del 15 al 21 de

Abril de 2013, con un Valor Curricular de 120 Horas.

MICHELLE GRUNAUER, MD.M.Sc. Ph.D
Decana de la Escuela de Medicina
Universidad San Francisco de Quito

Dr. GUILLERMO BASTIDAS
Presidente del Colegio
de Médicos de Tungurahua



TALLER DE MANEJO DE VÍA AÉREA.

CRONOGRAMA

CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

2013

Charlas: Del 4 al 10 de Mayo de 2013
Talleres: Sábados: 11, 18 y 25 de Mayo de 2013
Auditorio Hospital Carlos Andrade Marín
Quito - Ecuador

120 Horas Académicas



ORGANIZAN:



Sociedad Ecuatoriana de Medicina de Emergencias y Desastres



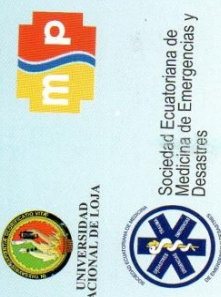
FACMED
 Tu Educación en Cooperación Médica

13H30-14H15	Manejo de Emergencias de Crisis Convulsivas y Status Epiléptico <i>Dr. Gino Andrés Retamal C.</i>
14H15-15H00	Manejo de Líquidos y Electrolytos en Emergencias Pediátricas. <i>Dr. Alonso Herrera T.</i>
15H00-15H45	Shock en Emergencia. <i>Dr. Morris Valle M.</i>
15H45-16H15	RECESO
16H15-17H00	Manejo Inicial del Paciente Intoxicado. <i>Dra. Shiceia Maribel Cruz N.</i>
17H00-18H00	Resuscitación en Trauma y Manejo de Vasoactivos en Emergencia. <i>Dr. Ramiro Pancho Montenegro</i>

SÁBADOS 11, 18 Y 25 DE MAYO DE 2013
HORARIO: 08H00 - 15H00
 Manejo de Vía Aérea.
 RCP Básico
 RCP Avanzado.
 Manejo de Vía Aérea con Maniqués.

* Las charlas están sujetas a cambios debido a que el expositor puede atrasarse al llegar, alargarse en la charla o en casos fortuitos, llegar a ausentarse. Agradecemos su comprensión.

Avales Académicos e Institucionales



ORGANIZADORES LOGÍSTICOS



DIRECCIÓN OFICINAS QUITO:
 Av. 10 de Agosto N13-155 y Checa
 Edif. Mutualista Pichincha No. 2 Sexto piso Ofi. 44
 Telf.: 02-2564853 Cel.: 0985022502
 info@hts.com.ec
 www.hts.com.ec

Todos los derechos reservados ©

HORA	TEMA
08H00-08H45	Trauma Cardíaco. <i>Dr. Estuardo Novoa Uquillas</i>
08H45-09H30	Manejo del Trauma Ocular en Niños/ Examen Oftalmológico en Niños. <i>Dra. Mónica Vargas B.</i>
09H30-10H15	Manejo del Dolor Torácico en Emergencias. <i>Dr. Juan Carlos Heredia C.</i>
10H15-10H30	RECESO
10H30-11H15	Manejo de Shock en Pediatría: La Hora Dorada. <i>Dra. Erika Patricia Montalvo C.</i>
11H15-12H00	Manejo del Dolor Abdominal en el Servicio de Emergencias. <i>Dr. Juan Carlos Sisalima V.</i>
12H00-12H45	Trauma en Embarazo. <i>Dr. Hugo Ricardo Espejo C.</i>
12H45-13H30	ALMUERZO
13H30-14H15	Visión Prehospitalaria en el Manejo de Estructuras Colapsadas. <i>Tigo. Juan Carlos Pérez V.</i>
14H15-15H00	Manejo del Trauma Craneoencefálico. <i>Dr. Fred Christian Sigcha B.</i>
15H00-15H45	Gestión de Riesgos. <i>Sr. Juan Carlos Barraza N.</i>
15H45-16H15	RECESO
16H15-17H00	Manejo, Diagnóstico y Tratamiento de Trauma Renal. <i>Dra. Nancy Paquita Iza A.</i>
17H00-18H00	Trauma de Grandes Vasos. <i>Dr. Rommel Oswaldo Espinoza De Los Monteros</i>

HORA	TEMA
08H00-08H45	Salvamento en Montañas. <i>Tigo. Roberto Gutiérrez</i>
08H45-09H30	Traumatismo Pélvico, Renal y Genitourterino. <i>Dr. Alberto Muñoz A.</i>
09H30-10H15	Factores de Quemaduras Graves Añadidos a Trauma. <i>Dr. Edison Rodríguez R.</i>
10H15-10H30	RECESO
10H30-11H15	Síndrome de Choque Medular en el Paciente Oncológico. <i>Dr. José Augusto Rojas P.</i>
11H15-12H00	Manejo del Paciente Diabético en Emergencias <i>Dr. David Santiago Larredregui R.</i>
12H00-12H45	Manejo Prehospitalario de las Lesiones Deportivas. <i>Dr. Daniel Andrés Rosales A.</i>
12H45-13H30	ALMUERZO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
SOCIEDAD ECUATORIANA DE MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES



CERTIFICADO

A LA MEDICO

MAYRA JANETH CASTRO REYES

Por su participación en calidad de **PONENTE** con el Tema:

“TALLER DE MANEJO DE VIA AEREA”

“CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES 2013”

Realizado en la ciudad de Quito, del 4 al 11; 18 y 25 de Mayo de 2013

Duración: 120 horas

Loja, Mayo de 2013



Dr. Jorge Reyes Jaramillo Mg.Sc.
Director
ÁREA DE LA SALUD HUMANA (E)
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA



Dr. Mario Suinta
Presidente
SOCIEDAD ECUATORIANA DE MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES



Dr. Nelson Lalica
Secretario
SOCIEDAD ECUATORIANA DE MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES



VALORACIÓN INICIAL DEL TRAUMA ABDOMINAL

SÁBADO 4 DE MAYO DE 2013	
HORA	TEMA
08H00-08H30	INSCRIPCIONES Y ENTREGA DE MATERIAL
08H30-09H15	Importancia de las Brigadas de Primera Respuesta Hospitalaria para Afrontar Desastres <i>Lcd. Paul Fernando Pavón J.</i>
09H15-10H00	Trauma Torácico Pediátrico. <i>Dr. Carlos Humberto Vicuña M.</i>
10H00-10H30	RECESO
10H30-11H15	Maltrato Infantil: Síndrome de Munchausen. <i>Dr. Edith Dueñas Pazmiño</i>
11H15-12H00	Manejo Inicial del Trauma Torácico: Puntos Claves. <i>Dr. Edison Moya Paredes</i>
12H00-12H45	Manejo de Via Aérea en Atención Prehospitalaria. <i>Tlgo. Christian Valencia</i>
12H45-13H30	ALMUERZO
13H30-14H15	Mesa Redonda: Atención Prehospitalaria vs. Atención en Sala de Emergencias del Paciente Clínico o de Trauma. <i>Dr. Paul MD Johnny Jerez Castañeda (Moderador)</i> <i>Dr. Paola María Vega Segura</i> <i>Lic. Sergio Marín</i> <i>Tlgo. Christian Valencia</i>
14H15-15H00	Rol del Personal de Enfermería en la Atención en Urgencias. <i>CPCB-MD Johnny Jerez Castañeda</i>
15H00-15H45	Manejo de Fracturas Abiertas y Cerradas en la Atención Prehospitalaria. <i>Lic. Sergio Matz</i>
15H45-16H30	Abordaje en los Aspectos de Salud Mental en Condiciones de Desastres. <i>Dr. Carlos Medina Baldassarri</i>
16H30-17H30	Coctel de Bienvenida
DOMINGO 5 DE MAYO DE 2013	
TEMAS LIBRES / HORARIO: 08H00 - 14H00	
LUNES 6 DE MAYO DE 2013	
HORA	TEMA
08H00-08H45	Normativas Legales de Atención Prehospitalaria a través del Ministerio de Salud Pública. <i>Lic. René Abrera</i>
08H45-09H30	Trauma Craneoencefálico en Prehospitalaria. <i>Dr. Andrés Moreno</i>
09H30-10H15	Revisión Primaria en la Sala de Emergencias. <i>Dr. Fernando Javier Torres J.</i>
10H15-10H30	RECESO
10H30-11H15	Triage de Urgencias Hospitalarias - Selección y Clasificación de Pacientes. <i>Dr. Juan Carlos Hareda C.</i>
11H15-12H00	Triage en Medicina Tóxica <i>CPCB-MD Johnny Jerez Castañeda</i>
12H00-12H45	Manejo de Fracturas Expuestas en la Atención Prehospitalaria. <i>Dr. Juan González Carranza</i>
12H45-13H30	ALMUERZO
13H30-15H00	Mesa Redonda: ¿Qué Resta por Hacer? Aporte del ECU 911 en su Primer Año de Operación. Representantes del SIS ECU 911 - UJO <i>Dr. Andrés Moreno (Moderador) / MSP</i> <i>Ing. Sixto Heras / Director de Operaciones</i> <i>Lic. René Abrera / SALUD MSP</i> <i>Sr. Wilson Reinoso / Cuadro de Bomberos D. M. Q.</i> <i>Cnel. Byron Vallejo / Policía Nacional</i> <i>Sr. Byron Pereira / Cruz Roja Ecuatoriana</i>
15H00-15H45	Decisiones Éticas en Urgencias <i>Dr. Christian País C.</i>
15H45-16H15	RECESO
16H15-17H00	Nuevas Fronteras en el Manejo de la Via Aérea. <i>Dr. Mauro Falconi</i>
17H00-17H45	Riesgos Ocupacionales en la Atención Prehospitalaria. <i>Dr. Bolívar Patricia Segura B.</i>
17H45-18H30	Manejo de la Via Aérea Difícil. <i>Dr. Freddy Estuardo Durán M.</i>
MARTES 7 DE MAYO DE 2013	
HORA	TEMA
08H00-08H45	Manejo Prehospitalario y de Urgencias de la Crisis Asmática en Pediatría. <i>Dr. Daniel Espinel Ramos</i>
08H45-09H30	Complicaciones Agudas en la Diabetes. <i>Dr. Gustavo Paz Jacome</i>
09H30-10H15	Coma Hiperosmolar y Cetoacidosis Diabética. <i>Dr. Gustavo Paz Jacome</i>
10H15-10H30	RECESO
10H30-11H15	Reconocer a la Sepsis. Manejo Inicial. <i>Dr. Fernando Fabricio Picala C.</i>
11H15-12H00	EPOC Descompensado. <i>Dr. Byron Augusto Cameas E.</i>
12H00-12H45	Heridas por Arma de Fuego. <i>Dr. Carla Patricia Zamora R.</i>
12H45-13H30	ALMUERZO
13H30-14H15	Urgencias Oncológicas. <i>Dr. Felix Fernando Chica R.</i>
14H15-15H00	Valoración Inicial del Trauma Abdominal. <i>Dr. Moya Janeth Castro R.</i>
15H00-15H45	Tórax Inestable. <i>Dr. Jorge Washington Pozo O.</i>
15H45-16H15	RECESO
16H15-17H00	Contusión Pulmonar en Trauma. <i>Dr. Jorge Washington Pozo O.</i>
17H00-17H45	Manejo e Identificación Temprana del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica. <i>Dr. Milijaj Bayardo Játiva B.</i>
17H45-18H30	Manejo y Evaluación de Paciente Prehospitalario en Trauma. <i>Tlgo. Alejandro Valladares B.</i>
MIÉRCOLES 8 DE MAYO DE 2013	
HORA	TEMA
08H00-08H45	Trauma en el Paciente Geriátrico. Actualizaciones. <i>Dr. Elecer Ricardo Carvajal Puga</i>
08H45-09H30	Hipotermia y Congelamiento. <i>Dr. Alberto Muñoz Andrade</i>
09H30-10H15	Tendencias Actuales en el Tratamiento de Emergencia del Síndrome Coronario Agudo con Elevación del Segmento ST. <i>Dr. Andrés Octavio Orozco B.</i>
10H15-10H30	RECESO
10H30-11H15	Demora Prehospitalaria y Tiempo de Reperusión en el Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST: Estudio Observacional de 26 Casos Consecutivos en un Hospital de Quito <i>Dr. Andrés Octavio Orozco B.</i>
11H15-12H00	Enfermedades Autoinmunes en Emergencias. <i>Dr. David Santiago Larretsegui R.</i>
12H00-12H45	Trauma Raquimedular. <i>Dr. Hugo Ricardo Espejo C.</i>
12H45-13H30	ALMUERZO
13H30-14H15	Últimas Tendencias en el Rescate Vehicular. <i>Tlgo. Juan Amaguaña Reinoso</i>
14H15-15H00	Recepción del Paciente por el Equipo de Salud. <i>Dr. Paul Alejandro León C.</i>
15H00-15H45	Evaluación Inicial del Trauma Pediátrico <i>Dr. Jaime Javier Ibarra B.</i>
15H45-16H15	RECESO
16H15-17H00	Triplano Craneal para el Trauma Craneal Grave en Sala de Urgencias. <i>Dr. Paul Alejandro León C.</i>
17H00-18H00	Emergencias Psiquiátricas. <i>Dr. Vicente Efraín Basantes J.</i>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
SOCIEDAD ECUATORIANA DE MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES



Confieren el presente

CERTIFICADO

A LA MEDICO

MAYRA JANETH CASTRO REYES

Por su participación en calidad de PONENTE con el Tema:


“VALORACION INICIAL DEL TRAUMA ABDOMINAL”

“CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES 2013”

Realizado en la ciudad de Quito, del 4 al 11; 18 y 25 de Mayo de 2013

Duración: 120 horas


 Dr. Jorge Reyes Jaramillo Mg.Sc.
 Director
 ÁREA DE LA SALUD HUMANA (E)
 UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA


 Dr. Mario Suinta
 Presidente
 SOCIEDAD ECUATORIANA DE MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES


 Dr. Nelson Laica
 Secretario
 SOCIEDAD ECUATORIANA DE MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

Loja, Mayo de 2013

LIQUEN PLANO ACTÍNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO

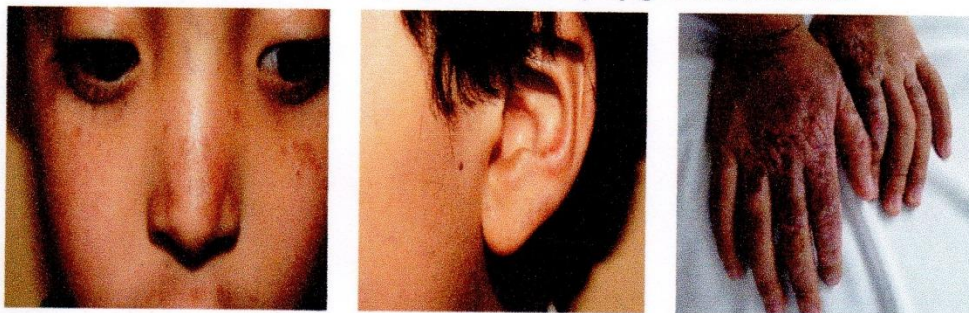
Poster No 293

LIQUEN TROFICO SOLAR: A PROPOSITO DE UN CASO PEDIATRICO

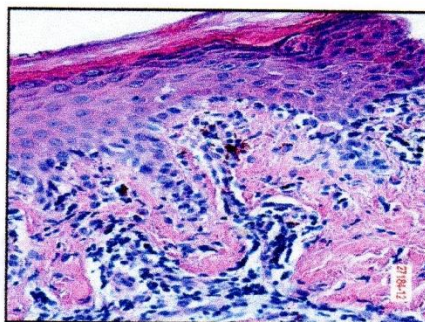
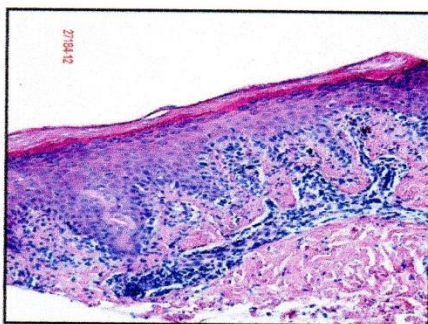
MACHADO N¹. CASTRO M¹. FREIRE P¹

¹ Universidad San Francisco de Quito - Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, Pichincha, Ecuador

Masculino de 5 años, con dermatosis de 6 meses de evolución, localizada malares, dorso nasal, labio, lóbulos de las orejas y dorso de manos, caracterizada por lesiones tipo verrugas planas, de crecimiento progresivo, con hiperpigmentación central.



Histopatológico: la biopsia de piel de dorso de mano derecha nos reportó hiperqueratosis, acantosis e hiperplasia regular de las redes epidérmicas con vacuolización de la capa basal, acompañándose de moderado infiltrado linfocitario de interface en la dermis papilar y varios melanóforos. Concluyéndose como una dermatitis de interface compatible con liquen trópico solar o liquen plano actínico.



El liquen trópico solar es una variedad clínica de liquen plano de etiología aún desconocida. Se han descrito varias formas clínicas y utilizado múltiples tratamientos con diferentes resultados. Se ignora su frecuencia en adultos y mucho más en la población pediátrica ya que hay muy pocas publicaciones relacionadas con este padecimiento.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Weedon D. Piel Patología. Primera edición. Madrid: Marbán. 2002;pp:35-6.
- 2.- Álvarez V. Tratamiento de liquen plano con talidomida. Tesis. CDP 2002.
- 3.- Liquen trópico solar. Comunicación de dos casos. Gisela Navarrete, Beatriz Cortés, Maribet González, Isabel Estrada. Dermatología



(A)
Resumen = Póster

° 218 c 0 Σ 0

LIQUEN PLANO ACTINICO. A PROPOSITO DE UN CASO PEDIATRICO

N Machado¹, M Castro¹, F Cabrera², P Freire¹

¹ UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO-HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN, Ecuador.

² HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN, Ecuador

INTRODUCCION:

El liquen plano actínico es una variedad clínica de liquen plano, muy poco frecuente, de etiología aún desconocida pero generalmente asociado a exposición solar. Se han utilizado múltiples tratamientos con diferentes resultados. Se ignora su frecuencia en adultos y mucho más en la población pediátrica ya que hay muy pocas publicaciones relacionadas con este padecimiento.

CASO CLINICO:

Presentamos el caso de un paciente, sexo masculino, 5 años de edad quien presenta una dermatosis de seis meses de evolución localizadas en dorso de las manos caracterizada por pápulas verrucosas, pruriginosas, de crecimiento progresivo, posteriormente incrementan de tamaño, y forma placas anulares con centro hiperpigmentado. Hace 3 meses presenta máculas hiperpigmentadas en malares, nariz, labio y lóbulo de ambas orejas. Se realiza biopsia de piel de dorso de mano que reporta: hiperqueratosis, acantosis e hiperplasia regular de las redes epidérmicas con vacuolización de la capa basal, se acompaña de moderado infiltrado linfocitario de interface en la dermis papilar y varios melanófagos. Concluye con dermatitis de interface compatible con liquen plano actínico.

CONCLUSION:

Se trata de una variedad clínica del liquen plano. El diagnóstico se establece por correlación clínico- patológica. Se considera importante la presentación de este caso ya que al momento existen pocas publicaciones relacionadas con éste padecimiento y más aún en niños. Existen numerosos tratamientos pero ninguno es 100% efectivo.

Publicado por:
NELLY PILAR MACHADO
RENAVINES

Dermatología Pediátrica
(/Search/Topic/12)

Liquen Plano Actínico Pediatría (/Search?
criterio=Liquen%20Plano%20Act%3%ADnico%

ACANTOSE NIGRICANS PARANEOPLÁSICA:
RELATO DE CASO (/Abstract/70fa69d0-
88ae-4d9c-a66b-2ab2167dd6ef?
source=related)
CISG Brito, AP Paixão, ERM Barreto, FN Santana,
PRL Machado

CASUÍSTICA DE LA CONSULTA DE
MICOLOGÍA (2011-2012). UNIDAD NACIONAL
DE DERMATOLOGIA Y ALERGIA (UNDA) DEL
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS
SOCIALES (IVSS). CHACAO, CARACAS.
VENEZUELA (/Abstract/28f1333a-c3dd-4afa-
b011-2e86f46c9b62?source=related)
ANA Angulo Menendez, MA Rodriguez, S
Valecillos, H Villarril, R Fernandez, C Machado, E
Diaz, A Fustes

Necrosis Cutánea inducida por Warfarina:
Comunicación de un caso
(/Abstract/6b1b3cf7-e7e2-4cc9-a0e9-
d4b5b6743a25?source=related)
G Erazo, F Cabrera, P Freire

ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA
VULVAR: COMUNICACIÓN DE UN CASO
(/Abstract/f55a3be8-eae3-4c68-9ad5-
cee5af3788aa?source=related)
G Erazo, J Romero, P Freire

DEGENERACIÓN COLOIDE NODULAR
SECUNDARIA A USO DE HIDROQUINONA
(/Abstract/ee148b56-0248-423c-bf2f-
bb93820032f3?source=related)
M Machado, M Castro, P Freire

ESTUDIO DOBLE CIEGO, RANDOMIZADO, DE
GRUPOS PARALELOS COMPARADO CON
PLACEBO PARA EVALUAR EFICACIA Y
SEGURIDAD DE OXIMETAZOLINA TÓPICA AL
0,05%, EN EL MANEJO DEL ERITEMA Y
FLUSHING EN PACIENTES CON ROSÁCEA
ERITEMATO-TELANGIECTÁSICA.
(/Abstract/8e50f28d-f03d-46f5-a5f7-
db6a51b1b77a?source=related)
FJ Lama, FA Valenzuela, A Castro

Metástase cutánea pigmentada de
carcinoma ductal de mama expresando
HMB 45 : relato de caso.
(/Abstract/94c717e6-4fa0-4407-be2a-

DEGENERACION COLOIDE NODULAR SECUNDARIA A USO DE HIDROQUINONA.

Poster No 303 DEGENERACION COLOIDE NODULAR SECUNDARIA A USO DE HIDROQUINONA

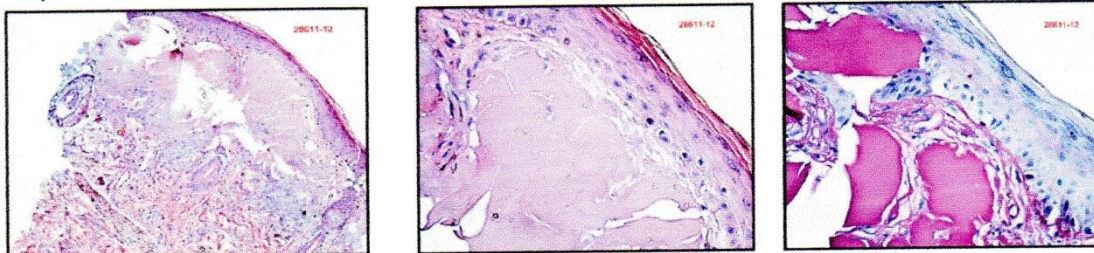
MACHADO N¹. CASTRO M¹. FREIRE P¹

¹ Universidad San Francisco de Quito - Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, Pichincha, Ecuador

Femenina de 42 años, con dermatosis facial, caracterizada por lesiones papulares múltiples, de aproximadamente 5mm, de color negro, con áreas de hiperpigmentación en el resto de las mejillas, con 3 años de evolución y secundaria a utilización de hidroquinona.



Histopatológico: la biopsia reporto hiperplasia epidérmica y material coloide en la dermis superficial.



La degeneración coloide nodular es una variante del millium coloide, es una rara entidad dermatológica, caracterizada por el depósito de material coloide a nivel de la papila dérmica, se han documentado aproximadamente solo 100 casos. La edad de presentación está entre los 30 y 50 años. Clínicamente se caracteriza por la presencia de pápulas que miden de 5-10mm de diámetro, e incluso placas de aspecto pseudovesiculososo o verrugoso que se desarrollan en piel fotoexpuesta. Generalmente aparecen en cara-arco zigomático, caras laterales del cuello, pabellones auriculares y dorso de las manos; también se han descrito localizaciones atípicas como el borde palpebral. El número de lesiones suele aumentar en los primeros tres años, para tornarse estacionario luego de este tiempo. Se ha encontrado cierta relación con factores de índole ocupacional como: fenol, hidroquinona, refineries de petróleo; mismos que potencian su acción con la radiación ultravioleta

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Miliun coloide. Comunicación de un caso juvenil y otro del adulto. Lorena Lammoglia Ordiales Dermatología Rev Mex 2009;53(1):26-30.

DEGENERACIÓN COLOIDE NODULAR SECUNDARIA A USO DE HIDROQUINONA

M Machado, M Castro, P Freire
 UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO - HOSPITAL CARLOS
 ANDRADE MARIN, Ecuador

INTRODUCCIÓN:

La degeneración coloide nodular es una variante del millun coloide, es una rara entidad dermatológica, caracterizada por el depósito de material coloide a nivel de la papila dérmica, se han documentado aproximadamente solo 100 casos. La edad de presentación está entre los 30 y 50 años. Clínicamente se caracteriza por la presencia de pápulas que miden de 5-10mm de diámetro, e incluso placas de aspecto pseudovesiculososo o verrugoso que se desarrollan en piel fotoexpuesta. Generalmente aparecen en cara-arco zigomático, caras laterales del cuello, pabellones auriculares y dorso de las manos; también se han descrito localizaciones atípicas como el borde palpebral. El número de lesiones suele aumentar en los primeros tres años, para tornarse estacionario luego de este tiempo. Se ha encontrado cierta relación con factores de índole ocupacional como: fenol, hidroquinona, refinerías de petróleo; mismos que potencian su acción con la radiación ultravioleta

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de una paciente femenina de 42 años, sin antecedentes de relevancia que acude a la consulta de dermatología por presentar lesiones papulares en región facial. En la exploración clínica se comprueba múltiples lesiones papulares de aproximadamente 5mm, de color negro, con áreas de hiperpigmentación en el resto de las mejillas. Dermatitis de 3 años de evolución y secundaria a utilización de hidroquinona en esta región.

CONCLUSIÓN:

Se trata de una dermatosis infrecuente y que podría estar estrechamente vinculada al uso de hidroquinona: el tratamiento es cosmético, ya que las lesiones no provocan sintomatología y está basado en el uso de protección solar, curetaje, dermoabrasión y exéresis quirúrgica en algunos casos.

Envejecimiento Cutáneo
 (/Search/Topic/17)

Degeneración Coloide Nodular (/Search?
 criterio=Degeneraci%C3%B3n%20Coloide%20

**ACANTOSE NIGRICANS
 PARANEOPLÁSICA: RELATO DE CASO**
 (/Abstract/70fa69d0-88ae-4d9c-a66b-
 2ab2167dd6ef?source=related)
 CISG Britto, AF Faixão, ERM Barreto, FN
 Santana, FRL Machado

**CASUÍSTICA DE LA CONSULTA DE
 MICOLOGÍA (2011-2012). UNIDAD
 NACIONAL DE DERMATOLOGIA Y
 ALERGIA (UNDA) DEL INSTITUTO
 VENEZOLANO DE LOS SEGUROS
 SOCIALES (IVSS). CHACAO, CARACAS.
 VENEZUELA (/Abstract/28f1333a-c3dd-
 4afa-b011-2e86f46c9b62?
 source=related)**
 ANA Angulo Menendez, MA Rodriguez, S
 Valecillos, H Villamil, R Fernandez, C Machado,
 E Diaz, A Fustes

**LIQUEN PLANO ACTINICO. A
 PROPOSITO DE UN CASO PEDIATRICO**
 (/Abstract/0ad4f45e-4504-4c56-830a-
 b1d2e649fc1?source=related)
 N Machado, M Castro, F Cabrera, F Freire

**Necrosis Cutánea inducida por
 Warfarina: Comunicación de un caso**
 (/Abstract/6b1b3cf7-e7e2-4cc9-a0e9-
 d4b5b6743a25?source=related)
 G Erazo, F Cabrera, P Freire

**ENFERMEDAD DE PAGET
 EXTRAMAMARIA VULVAR:
 COMUNICACIÓN DE UN CASO**
 (/Abstract/f55a3be8-eae3-4c68-9ad5-
 cee5af3788aa?source=related)
 G Erazo, J Romero, P Freire

**ESTUDIO DOBLE CIEGO, RANDOMIZADO,
 DE GRUPOS PARALELOS COMPARADO
 CON PLACEBO PARA EVALUAR
 EFICACIA Y SEGURIDAD DE
 OXIMETAZOLINA TÓPICA AL 0,05%, EN
 EL MANEJO DEL ERITEMA Y FLUSHING
 EN PACIENTES CON ROSÁCEA
 ERITEMATO-TELANGIECTÁSICA.**
 (/Abstract/8e50f28d-f03d-46f5-a5f7-
 db6a51b1b77a?source=related)
 FJ Lama, FA Valenzuela, A Castro

FOLICULITIS PUSTULOSA EOSINOFILICA: ENFERMEDAD DE OFUJI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

POSTER No 497 FOLICULITIS PUSTULOSA EOSINOFILICA: ENFERMEDAD DE OFUJI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE



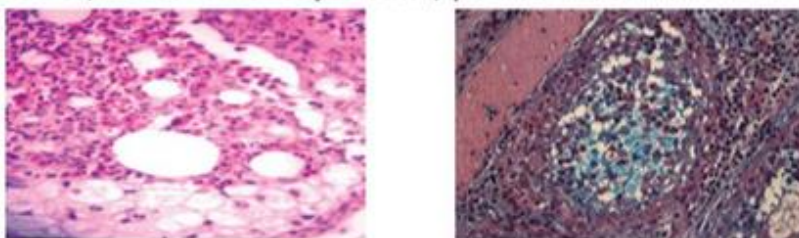
MACHADO N¹. CASTRO M¹. FREIRE P¹

¹ Universidad San Francisco de Quito - Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, Pichincha, Ecuador

Paciente, masculino, de 38 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia que acude por presentar dermatosis de dos semanas de evolución localizadas en cara y cuero cabelludo caracterizada por la presencia de pápulas y nódulos eritematosos y pruriginosos.



Histopatológico: Infiltrado inflamatorio con predominio de eosinófilos perivascuales y perifoliculares, además neutrófilos y linfocitos, que dilatan las estructuras



La enfermedad de Ofuji fue descrita en 1965 por Ise y Ofuji, es una dermatosis pustular subcornea de etiología desconocida, infrecuente, asociada a VIH de predominio en varones, especialmente en japoneses, tiene cuatro variantes: forma clásica o enfermedad de Ofuji, foliculitis pustulosa eosinofílica asociada a inmunosupresión, foliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia, foliculitis pustulosa eosinofílica asociada a múltiples causas, su incidencia máxima se encuentra entre la segunda y cuarta décadas. Clínicamente se caracteriza por la aparición de brotes episódicos de pápulo pústulas foliculares estériles que forman placas circinadas con progresión centrífuga e involución central; se distribuye preferentemente en zonas seboreicas de la piel como cara, espalda y zona proximal de la superficie extensora de las extremidades superiores. En los análisis hematológicos suele presentar leucocitosis y eosinofilia. El tratamiento está basado en la utilización de corticoides tópicos, inmunomoduladores, fototerapia, su evolución tiende a la cronicidad por lo que provoca fuerte impacto en la calidad de vida de estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Rev Argent Dermatol 2007; 88: 198-203.
2. Rev Soc Peruana de Dermatología 2011; vol 21 (4)
3. Dermatología Venezolana. Vol. 43, N° 3, 2005



(1)

(1)
Resumen = Póster

° 175 c 0 Σ 0

Publicado por:
NELLY PILAR MACHADO
RENAVIDES

Dermatología en Medicina
Interna (/Search/Topic/11)

Ofuji Inmunocompetente (/Search?
criterio=Ofuji%20Inmunocompetente)

FOLICULITIS PUSTULOSA EOSINOFÍLICA: ENFERMEDAD DE OFUJI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

N Machado, M Castro, P Freire
UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO - HOSPITAL
CARLOS ANDRADE MARIN, Ecuador

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Ofuji fue descrita por primera vez por Ise y Ofuji en 1965, es una dermatosis pustular subcornea de etiología desconocida, infrecuente, asociada a VIH de predominio en varones, especialmente en japoneses, tiene cuatro variantes: forma clásica o enfermedad de Ofuji, foliculitis pustulosa eosinofílica asociada a inmunosupresión, foliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia, foliculitis pustulosa eosinofílica asociada a múltiples causas, su incidencia máxima se encuentra entre la segunda y cuarta décadas. Clínicamente se caracteriza por la aparición de brotes episódicos de pápulo pústulas foliculares estériles que forman placas circinadas con progresión centrífuga e involución central; se distribuye preferentemente en zonas seboreicas de la piel como cara, espalda y zona proximal de la superficie extensora de las extremidades superiores. En los análisis hematológicos suele presentar leucocitosis y eosinofilia. El tratamiento está basado en la utilización de corticoides tópicos, inmunomoduladores, fototerapia, su evolución tiende a la cronicidad por lo que provoca fuerte impacto en la calidad de vida de estos pacientes.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un paciente, sexo masculino, de 38 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia que acude por presentar dermatosis de dos semanas de evolución localizadas en cara y cuero cabelludo caracterizada por la presencia de pápulas y nódulos eritematosos y pruriginosos.

CONCLUSIÓN:

La enfermedad de Ofuji por ser una patología infrecuente y crónica caracterizada por brotes episódicos altera la calidad de

**ACANTOSE NIGRICANS
PARANEOPLÁSICA: RELATO DE
CASO (/Abstract/70fa69d0-88ae-
4d9c-a66b-2ab2167dd6ef?
source=related)**

CISG Britto, AP Paixão, ERM Barreto, FN
Santana, PRL Machado

**CASUÍSTICA DE LA CONSULTA DE
MICOLOGÍA (2011-2012). UNIDAD
NACIONAL DE DERMATOLOGIA Y
ALERGIA (UNDA) DEL INSTITUTO
VENEZOLANO DE LOS SEGUROS
SOCIALES (IVSS). CHACAO,
CARACAS. VENEZUELA
(/Abstract/28f1333a-c3dd-4afa-
b011-2e86f46c9b62?
source=related)**

ANA Angulo Menendez, MA Rodriguez,
S Valecillos, H Villamil, R Fernandez, C
Machado, E Diaz, A Fustes

**LIQUEN PLANO ACTINICO. A
PROPOSITO DE UN CASO
PEDIATRICO (/Abstract/0ad4f45e-
4504-4c56-830a-b1d2e649fcd1?
source=related)**

N Machado, M Castro, F Cabrera, P
Freire

**Necrosis Cutánea inducida por
Warfarina: Comunicación de un
caso (/Abstract/6b1b3cf7-e7e2-
4cc9-a0e9-d4b5b6743a25?
source=related)**

G Erazo, F Cabrera, P Freire

**ENFERMEDAD DE PAGET
EXTRAMAMARIA VULVAR:
COMUNICACIÓN DE UN CASO
(/Abstract/f55a3be8-eae3-4c68-
9ad5-cee5af3788aa?
source=related)**

vida de estos pacientes pese a tener una buena respuesta al tratamiento, en nuestro paciente se realizaron análisis para inmunosupresión incluidos VIH mismo que fueron negativos. Debe reconocerse y mantenerse en constantes evaluaciones ya que estos pacientes pueden desarrollar un linfoma en el futuro.

G Erazo, J Romero, P Freire

DEGENERACIÓN COLOIDE NODULAR SECUNDARIA A USO DE HIDROQUINONA

(/Abstract/ee148b56-0248-423c-bf2f-bb93820032f3? source=related)

M Machado, M Castro, P Freire

ESTUDIO DOBLE CIEGO, RANDOMIZADO, DE GRUPOS PARALELOS COMPARADO CON PLACEBO PARA EVALUAR EFICACIA Y SEGURIDAD DE OXIMETAZOLINA TÓPICA AL 0,05%, EN EL MANEJO DEL ERITEMA Y FLUSHING EN PACIENTES CON ROSÁCEA ERITEMATO-TELANGIECTÁSICA.

(/Abstract/8e50f28d-f03d-46f5-a5f7-db6a51b1b77a? source=related)

FJ Larra, FA Valenzuela, A Castro

Metástase cutánea pigmentada de carcinoma ductal de mama expresando HMB 45 : relato de caso.

(/Abstract/94c717e6-4fa0-4407-be2a-bd265acce3a0? source=related)

LRS Guadanhim, MRP Machado, MC Nunes, MMSS Enokihara, S Yamada, J Tomimori

ERGOTISMO CUTANEO: REPORTE DE CASO

(/Abstract/78a0140d-945f-42c3-b708-c49e4855977c? source=related)

F Pajares, H Suarez, F Arroyo, G Castro, C Gonzales, J Tolentino, V Galarza

A MICROSCOPIA CONFOCAL IN VIVO NO DIAGNÓSTICO DE MELANOMA CUTÁNEO NO COURO CABELUDO

(/Abstract/661046e6-17cd-4d21-9635-7fab22174323? source=related)

DL Bet, RPR Castro, J Casagrande, EE Gomes, GG Rezze, JF Duprat

Dermatitis severas de la infancia tratadas con gammaglobulina endovenosa

(/Abstract/ab8d958e-585c-47bf-b622-1883c196ea52? source=related)

L Suar, C Castro, MC de Diego, A Olivera, ML Marchese, J Fernandez, L Richard, J Anaya

Pioderma Gangrenoso

Clásico: éxito terapéutico con infliximab.

(/Abstract/4be4cdf8-d7b9-4a05-9305-a9a388f01ed1? source=related)

MJ Mateus Tarazona, P Castro, P Vale Machado, A Bressan, A Gripp

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	5
A.-Publicaciones	6
B.- Exposiciones en Congresos	6
C.- Posters electrónicos.....	7
RESUMEN DE TRABAJOS REALIZADOS.....	8
a) Publicaciones.....	8
CARCINOMA ESCAMO CELULAR DE PENE TRATADO SATISFACTORIAMENTE CON IMIQIMOD	8
SÍNDROME DE PARRY ROMBERG Y EPILEPSIA. REPORTE DE UN CASO.....	8
EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL AREA DE EMERGENCIA	8
DUPLICACIÓN INTESTINAL A PROPÓSITO DE UN CASO	9
ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACIÓN A VENA CAVA INFERIOR Y AURÍCULA DERECHA MÁS SÍNDROME DE BUDD-CHIARI	9
b) Exposiciones en Congresos.....	9
LLEGADA, MANEJO DE LA ESCENA Y PRIMERA ASISTENCIA	9
LAS URGENCIAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: USO DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y MEDICAMENTOS.	10
MANEJO E INMOVILIZACIÓN DE FRACTURAS EN POLITRAUMA.	10
COMO SE DEBE ACTUAR ANTE UN DESASTRE EN EL ÁREA HOSPITALARIA.....	10
TRAUMA PÉLVICO Y UROLÓGICO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA.	10
TRAUMA TORÁCICO, MANEJO INTEGRAL.....	11
TALLER DE MANEJO DE VÍA AÉREA.....	11
VALORACIÓN INICIAL DEL TRAUMA ABDOMINAL	11
c) Posters electrónicos:	11
LIQUEN PLANO ACTÍNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO.....	11
DEGENERACION COLOIDE NODULAR SECUNDRIA A USO DE HIDROQUINONA.	11
FOLICULITIS PUSTULOSA EOSINOFILICA: ENFERMEDAD DE OFUJI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.....	12
JUSTIFICACION DE LOS TRABAJOS REALIZADOS	13
a) Publicaciones.....	13
CARCINOMA ESCAMO CELULAR DE PENE TRATADO SATISFACTORIAMENTE CON IMIQIMOD	13

SÍNDROME DE PARRY ROMBERG Y EPILEPSIA. REPORTE DE UN CASO.....	13
EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL AREA DE EMERGENCIA	13
DUPLICACIÓN INTESTINAL A PROPÓSITO DE UN CASO	13
ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACIÓN A VENA CAVA INFERIOR Y AURÍCULA DERECHA MÁS SÍNDROME DE BUDD-CHIARI	14
b) Exposiciones en Congresos.....	14
LLEGADA, MANEJO DE LA ESCENA Y PRIMERA ASISTENCIA	14
LAS URGENCIAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: USO DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y MEDICAMENTOS.	14
MANEJO E INMOVILIZACIÓN DE FRACTURAS EN POLITRAUMA.	14
COMO SE DEBE ACTUAR ANTE UN DESASTRE EN EL ÁREA HOSPITALARIA.....	15
TRAUMA PÉLVICO Y UROLÓGICO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA.	15
TRAUMA TORÁCICO, MANEJO INTEGRAL.....	15
TALLER DE MANEJO DE VÍA AÉREA.....	15
VALORACIÓN INICIAL DEL TRAUMA ABDOMINAL.	15
c) Posters electrónicos:	16
LIQUEN PLANO ACTÍNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO	16
DEGENERACION COLOIDE NODULAR SECUNDRIA A USO DE HIDROQUINONA.	16
FOLICULITIS PUSTULOSA EOSINOFILICA: ENFERMEDAD DE OFUJI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.....	16
CARCINOMA ESCAMO CELULAR DE PENE TRATADO SATISFACTORIAMENTE CON IMIQIMOD	17
SÍNDROME DE PARRY ROMBERG Y EPILEPSIA. REPORTE DE UN CASO.....	22
EFICACIA DE KETOROLACO SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN EL AREA DE EMERGENCIA.....	25
DUPLICACIÓN INTESTINAL A PROPÓSITO DE UN CASO	32
ANGIOMIOLIPOMA EPITELIOIDE CON INFILTRACION A VENA CAVA INFERIOR Y AURICULA DERECHA MÁS SÍNDROME DE BUDD-CHIARI	38
LLEGADA, MANEJO DE LA ESCENA Y PRIMERA ASISTENCIA	44
LAS URGENCIAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: USO DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y MEDICAMENTOS.	47
MANEJO E INMOVILIZACIÓN DE FRACTURAS EN POLITRAUMA.....	48
COMO SE DEBE ACTUAR ANTE UN DESASTRE EN EL ÁREA HOSPITALARIA.....	51

.....	51
TRAUMA PÉLVICO Y UROLÓGICO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA.	53
TRAUMA TORÁCICO, MANEJO INTEGRAL.....	55
TALLER DE MANEJO DE VÍA AÉREA.....	58
VALORACIÓN INICIAL DEL TRAUMA ABDOMINAL.....	60
LIQUEN PLANO ACTÍNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO.....	62
DEGENERACION COLOIDE NODULAR SECUNDRIA A USO DE HIDROQUINONA.	64
FOLICULITIS PUSTULOSA EOSINOFILICA: ENFERMEDAD DE OFUJI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE	66
TABLA DE CONTENIDOS	69