

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Posgrados

Bacteriología y Antibiograma de las Quemaduras en la Unidad de Quemados del Hospital Carlos Andrade Marín de Enero 2012 a Junio 2012

Santiago Javier Vega Ramírez

Tesis de grado presentada como requisito
para la obtención del título de Especialista en Cirugía Plástica Estética y
Reconstructiva

Quito D. M., agosto de 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**Colegio de Postgrados****HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION****Santiago Javier Vega Ramírez**

Juan Francisco Fierro Renoy, M.D.
Director del Programa de Postgrados en
Especialidades Médicas USFQ

Juan Fernando Rengel Maldonado, M.D.
Director del Postgrado de Cirugía Plástica
y Reconstructiva USFQ

Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca, M.D.
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud
USFQ

Víctor Viteri Breedy, Ph.D.,
Decano del Colegio de Postgrados

Quito D. M., agosto del 2015

© 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 propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, 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: Santiago Javier Vega Ramírez

C. I.: 1707275598

Quito D.M., agosto del 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

DESCRIPCIÓN

PUBLICACIONES

- a. Romero T, Vega S, Sierra D. Bacteriología y Antibiograma de las Quemaduras en la Unidad de Quemados del Hospital Carlos Andrade Marín de Enero 2012 a Junio 2012, Revista Cirugía Plástica, Sociedad Ecuatoriana de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, 2012, 3: 44-48.
- b. Romero T, Vega S, Samaniego J. Hematoma de Recto Abdominal Espontáneo. Manejo por el Servicio de Cirugía Plástica. Reporte de un caso. Revista Cirugía Plástica, Sociedad Ecuatoriana de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, 2012, 3: 49-52

CONFERENCIAS EN CONGRESOS

- a. Avances Tecnológicos en Implante de Mama. Primer Congreso Nacional de Intervención del Equipo de Salud en el Avance de Nuevas Tecnologías clínicas y quirúrgicas y Primer taller de Bioseguridad. Quito, Junio 4-9 del 2012

- b. Septum Rinoplastia. II Jornadas Nacionales de Especialidades Quirúrgicas 2012. Quito, Mayo 16-20

POSTER EN CONGRESOS INTERNACIONALES

- a. Espiradenoma Ecrino Múltiple. Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos. Santiago de Chile, Mayo 2-5 del 2014

TABLA DE CONTENIDOS

I.	PORTADA	1
II.	HOJA DE APROBACION DE TRABAJOS DE TITULACION	2
III.	DERECHOS DE AUTOR	3
IV.	DESCRIPCION DE PUBLICACIONES	4
V.	DESCRIPCION DE CONFERENCIA.....	5
VI.	TABLA DE CONTENIDOS	6
VII.	JUSTIFICACION	7
VIII.	RESUMENES DE PUBLICACIONES.....	9
IX.	RESUMEN DE CONFERENCIA	12
X.	RESUMEN PORSTERS INTERNACIONALES.....	17
XI.	ANEXOS	18

JUSTIFICACIÓN

La Universidad San Francisco de Quito, a través del Programa de Postgrados en Especialidades Médicas, fomenta la formación académica de nosotros los médicos con el propósito de proveer al país de profesionales capacitados para desenvolverse eficientemente en las diferentes áreas de la medicina, de esta forma promueve la buena práctica médica, convirtiendo al Médico Especialista en un profesional sólido y confiable.

La presente recopilación de publicaciones escritas y orales fue motivada por el plan de estudios del Programa de Postgrados de la Universidad San Francisco de Quito como una muestra de lo que hemos aprendido en la práctica médica. Siendo un requisito el desarrollo de trabajos de investigación, que posteriormente facilitarán la aplicación de los mismos en el desempeño profesional y personal dentro del ámbito médico.

El Postgrado de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva se encarga del manejo integral del paciente en su ámbito clínico y quirúrgico, de pacientes adultos y pediátricos con determinadas patologías, dentro del campo reconstructivo como en quemados, deformidades congénitas o adquiridas y trauma, además respetando la parte funcional y estética para poder devolver su funcionalidad morfo-fisiológica de cada uno de sus pacientes. Haciendo valorar al médico especialista la importancia de continuar por sí mismo un proceso de educación permanente para su actualización y mejora continua que asegure la calidad de su

desempeño siendo capaz de compartir sus conocimientos y experiencias, es así que se plantean los siguientes artículos fruto de los conocimientos adquiridos enriquecidos con la práctica asistencial en el Servicio de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva del Hospital Carlos Andrade Marín.

Entender y conocer la situación actual de Ecuador frente al tema de la cirugía plástica estética y reconstructiva , que ha tenido su mayor auge en los últimos años, tomando como referencia los antecedentes históricos, económicos, socio-culturales y tecnológicos de esta práctica, llegando al cómo y al porque ha sido tan importante en nuestro país, por medio de una investigación, centrándonos en dos indicadores imperantes: satisfacción y calidad, que para nuestro criterio son fundamentales en el desarrollo de intervenciones quirúrgicas o tratamientos estéticos.

RESUMEN

A. PUBLICACIONES

Romero T, Vega S, Sierra D. Bacteriología y Antibiograma de las Quemaduras en la Unidad de Quemados del Hospital Carlos Andrade Marín de Enero 2012 a Junio 2012, Revista Cirugía Plástica, Sociedad Ecuatoriana de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, 2012, 3: 44-48.

Como parte de las infecciones nosocomiales en una Unidad de Quemados, las infecciones en las quemaduras son un factor importante para el aumento de la morbimortalidad. A esto se añade el aumento de la resistencia antibiótica en contra de los patógenos más comunes como la Pseudomona Aeruginosa, Acinetobactes spp, Klebsiella Pneumoniae, Enterobacter spp., y S. Aureus. Por lo tanto es importante conocer las bacterias que se aíslan en las quemaduras de los pacesintes de nuestro Hospital.

Se diseño un estudio descriptivo con pacientes que fuereon ingresados a la Unidad de Quemados del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) de Enero del 2012 a Junio del 2012. Se estudió las variables de edad, sexo, tipo de quemadura, grado de quemadura, porcentaje de quemadura y días de hospitalización. Igualmente se analizo los cultivos y sus respectivos antibiogramas para conocer el perfil bacteriológico y el porcentaje de resistencia a los antibióticos.

Se estudio 65 pacientes, 14 fueron mujeres y 51 hombres. La edad promedio de los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados es de 24 años. 22 individuos presentaron quemadura eléctrica y 43 individuos con quemadura térmica. Un 69.23% de los pacientes tuvieron lesiones de menos del 30% de la SCQ y el 56.92% quemaduras de 2do grado (superficial y/o profundo). La bacteria más común aislada en los 29 cultivos analizados fue la pseudomona aeruginosa (37.93%), seguida por el Acinetobacter baumannii (20.69%) y la E. Coli BLEE (10.34%). Esta última bacteria tiene 100% de resistencia a las cefalosporinas de tercera y cuarta generación. El Acinetobacter baumannii tiene resistencia a la amikacina y al imipenem en un 100% la gentamicina, la ceftazidima, el meropenem y el PIP/TAZ en un 83%. La pseudomona Aeruginosa es resistente a la gentamicina en un 81%, a la ciprofloxacina en 64% y al cefepime en un 36%.

Romero T, Vega S, Samaniego J., Hematoma de Recto Abdominal Espontaneo. Manejo por el Servicio de Cirugía Plástica. Reporte de un caso., Revista Cirugía Plástica, Sociedad Ecuatoriana de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, 2012, 3: 49-52

El hematoma espontaneo de pared abdominal es una patología infrecuente y que debe ser considerado dentro del diagnostico diferencial del abdomen agudo. Su manejo depende de la presentación clínica y evolución de esta patología, por lo que la decisión de realizar un tratamiento quirúrgico debe ser certera.

Reportamos el caso de una paciente de 69 años de edad que es evaluada en emergencia presentando dolor abdominal agudo acompañado por una masa localizada en hemiabdomen superior. Las imagenes de gabinete iniciales reportaban una posible masa tumoral en pared abdominal por lo que se pidio una biopsia al servicio de Cirugía Plástica. Posteriormente las características clínicas y la TAC confirman que se trata de un hematoma de pared abdominal espontaneo causado por esfuerzo físico de la tos. Se decide no realizar una intervención quirúrgica.

B. CONFERENCIAS EN CONGRESOS

Avances tecnológicos en Implante de Mama “Primer Congreso Nacional de Intervención del Equipo de Salud en el Avance de Nuevas Tecnologías Clínicas y Quirúrgicas y Primer taller de Bioseguridad”, Quito, Junio 4-9 del 2012

Actualmente en Ecuador se puede encontrar muchas marcas de implantes mamarios. Es de suma importancia el análisis lo que cada marca ofrece en cuanto a calidad, características, seguridad garantías y certificaciones

A lo largo de la historia, el realce de los senos para cumplir con los ideales artísticos y de la moda ha variado entre lo científico y lo ridículo, desde cinturones a sostenes, se fabricaban con materiales que variaban entre la paja y el hierro y todos estos engendros compartían una característica: la incomodidad.

Las invenciones e innovaciones para el aumento mamario estaban diseñadas para su colocación fuera del cuerpo hasta la última década del siglo XIX, cuando los avances de la medicina hallaron la forma de realzar el tamaño y la forma de los senos por dentro. Se realizaron experimentos con inyecciones de parafina en el tejido mamario, pero luego de unos años se abandonó este método debido a las graves complicaciones que provocaba, desde entonces se han ido mejorando tanto la calidad como la forma de las prótesis mamarias hasta su sitio de ubicación para dar un realce mas natural de las mismas.

Los implantes se forman por la molécula de silicona llamado PDMS (**polidimetilsiloxano**), que contiene átomos de oxígeno, carbono, hidrógeno y silicio.

En los implantes más actuales hay una cierta cohesión, es decir, son menos líquidos y mas gelatinosa debido al número de interconexiones y la longitud del polímero, así como existen varios modelos de implantes de mama y los implantes en comparación con hace una década atrás hubo un gran avance en términos de seguridad y los resultados a largo plazo. En este sentido, el desarrollo de nuevas superficies de revestimiento de estos implantes, el mayor avance fue respecto a la **durabilidad** y la **resistencia** de estos nuevos materiales.

Han existido varias generaciones de prótesis desde las que estaban hechas de silicona líquida y el material sintético que formaba la cápsula exterior (Dacron). Con una única conformación todos los implantes tenían una forma redonda, hasta las de la quinta generación a partir de 2003 hasta el 2006. Se introdujeron importantes cambios en el sobre (la capa externa de la prótesis) asociado con el desarrollo de una silicona cohesiva más suave, más natural, pero todavía con cohesividad.

Entre las dos marcas más importantes están McGhan (Allergan), quien desarrolló la llamada capa de **Biocell**, y la Mentor (Ethicon), quien desarrolló la capa llamada **Siltex**.

Probablemente en los próximos años los nuevos desarrollos buscaran reducir la posibilidad de ruptura y contractura capsular. En la sexta generación de implantes que vendrán, el uso de la nanotecnología en la fabricación de nuevos acabados y

texturas le ayudará en la mejor calidad de los implantes con resultados a largo plazo, ya que algunos estudios experimentales han demostrado una influencia positiva en el comportamiento de los fibroblastos y en la producción de la fibrosis, siendo estas características de la contracción capsular.

Septum Rinoplastia, “II Jornadas Nacionales de Especialidades Quirúrgicas 2012”, Quito, Mayo 16-20

La Septum Rinoplastia es una de las cirugías más frecuentes que se realiza cuando existe una laterorrinia, desviación septal o estética. Esta desviación es generalmente la manifestación externa de las estructuras nasales internas desviadas que producen una insuficiencia ventilatoria nasal.

Es por ello que el cirujano plástico estético este muy familiarizado con las características anatómicas de la nariz.

Para la evaluación de la simetría nasal se divide la cara en 4 cuadrantes con un eje vertical en la línea media y un eje horizontal a nivel de los cantos mediales

Se traza 4 líneas horizontales principales a nivel de la línea de implantación pilosa, reborde supraorbitario, base de la nariz y mentón.

En la cara armoniosa los 3/3 deben ser de igual altura, la base de la nariz debe estar a 1 o 2 mm por dentro de las líneas verticales trazado desde los cantos mediales. A través de la hendidura labial se traza una línea para dividir el 1/3 inferior de la cara.

El plano horizontal de Frankfort se traza desde el centro del conducto auditivo externo (CAE) hasta el reborde orbitario inferior. Una línea perpendicular a la de Frankfort se dibuja por delante de los labios permite la evaluación de la convexidad facial. El ángulo naso-labial debe ser entre 90 y 105 grados

El puente de la nariz debe dibujar 2 líneas paralelas ligeramente cóncavas que se extienden desde cejas hasta punta nasal. En la punta se observa 3 puntos luminosos, la base de la nariz debe formar un triangulo equilátero, 2/3 mayores son de la columnela y eje mayor de los orificios nasales, 1/3 superior correspondiente al lóbulo de la punta. El nasion es el punto deprimido del ángulo frontonasal, se traza un línea entre el borde del tarso y el borde de parpado

La proyección de la punta se mide trazando una línea desde la unión ala-mejilla hasta la punta, cruzada por una línea vertical tangente al labio superior, cuando más del 60% de la punta esta por delante de la línea vertical se considera una proyección exagerada.

El dorso debe tener unos 2mm por detrás de la línea que va desde el nasion a la punta, en el perfil los orificios nasales se ven como óvalos angostos, que son divididos en partes iguales por el eje mayor. Las alteraciones de esta regla corresponden a las alteraciones de la longitud alar o de la posición de la columnela.

Anatomía quirúrgica

Estructura esquelética: Huesos nasales, apófisis ascendentes de los maxilares, hueso frontal, espina nasal.

Estructura cartilaginosa: Cartílagos laterales extendiéndose por debajo de los huesos nasales, borde anterior del tabique y hueso vómer. Cartílagos alares: crus

interna, crus media, crus externa. Cartílagos sesamoideos: Ligamento intercrural, ligamento intercartilaginoso

Tabique nasal: Huesos nasales, lámina perpendicular del etmoides, hueso vómer, hueso palatino, espina nasal, cartílago del tabique, septum o tabique membranoso.

Tejidos blandos: piel, TCS superficial, capa fibromuscular con fascia superficial y profunda, TCS profundo, lámina fibrosa longitudinal que incluye el periostio, pericondrio y ligamentos nasales.

Músculos de la nariz: Piramidal, elevador del labio superior y ala nasal, anómalo de la nariz músculo nasal, músculo nasal, depresor del tabique nasal, transverso de la nariz, compresor menor del orificio nasal, dilatador anterior del orificio nasal.

Arterias de la nariz: Facial, angular, labial inferior, rama alar inferior, rama alar superior, dorsal de la nariz, rama terminal de la art. etmoidal anterior.

Nervios de la nariz: etmoidal anterior, ramos terminales del n. etmoidal anterior, infraorbitario, infratroclear.

C. POSTERS EN CONGRESOS INTERNACIONALES

Espiradenoma Ecrino Múltiple “Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericanos”, Santiago de Chile, Mayo 2-5 del 2014

El espiradenoma es una neoplasia benigna epitelial, de crecimiento lento, derivado de la glándula sudorípara ecrina, a partir de su porción secretante y ductal. Denominado también mioepitelioma, se observa con una frecuencia escasa. Usualmente es un nódulo solitario dérmico: profundo o subcutáneo, firme al tacto de color rojo-azulado, con dimensiones que varían entre 0.3 cm- 5 cm, dolorosos. La localización anatómica más frecuente es en el tronco y extremidades, ocasionalmente en cuero cabelludo. Se ha reportado casos congénitos, múltiples y familiares relacionados con herencia autosómica dominante.

e presenta el caso de un paciente masculino de 65 años, sin antecedentes clínicos relevantes que acude por presentar dermatosis en cuero cabelludo de 4 años de evolución, caracterizados por nódulos de 2cm, bordes regulares, superficie lisa, brillante, coloración eritemato-violacea, simétricos, dolorosos a la palpación, localizados en región parietal derecha y de crecimiento lento. En el estudio histopatológico se encontró piel con múltiples nódulos localizados en la dermis constituidos por células pequeñas y uniformes, formando pequeñas luces que alternan con material eosinófilo PAS positivo. Las lesiones son uniformes y no se observa atipia.

Bacteriología y Antibiograma de las Quemaduras en la Unidad de Quemados del Hospital Carlos Andrade Marín de Enero 2012 a Junio 2012.

Dra. Romero Tamia*, Dr. Vega Santiago**, Dr. Sierra Diego***

* Médica Egresada de Cirugía Plástica – USFQ- HCAM
 ** Médico Posgradista de Cirugía Plástica. B4 – USFQ- HCAM
 *** Jefe de Servicio de Cirugía Plástica – HCAM
 Correspondencia:
 Dra. Tamia Romero Quezada
 E-mail: tamiamed@gmail.com

RESUMEN

Como parte de las infecciones nosocomiales en una Unidad de Quemados, las infecciones en las quemaduras son un factor importante para el aumento de la morbilidad. A esto se añade el aumento de la resistencia antibiótica en contra de los patógenos más comunes como la *Pseudomona Aeruginosa*, *Acinetobacter spp*, *Klebsiella Pneumoniae*, *Enterobacter spp.*, y *S. Aures*. Por lo tanto es importante conocer las bacterias que se aislen en las quemaduras de los pacientes de nuestro Hospital.

Se diseñó un estudio descriptivo con pacientes que fueron ingresados a la Unidad de Quemados del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) de Enero 2012 a Junio 2012. Se estudió las variables de edad, sexo, tipo de quemadura, grado de quemadura, porcentaje de quemadura y días de hospitalización. Igualmente se analizó los cultivos y sus respectivos antibiogramas para conocer el perfil bacteriológico y el porcentaje de resistencia a los antibióticos.

Se estudió 65 pacientes, 14 fueron mujeres y 51 hombres. La edad promedio de los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados es de 24 años. 22 individuos presentaron quemadura eléctrica y 43 individuos con quemadura térmica. Un 69.23% de los pacientes tuvieron lesiones de menos del 30% de la SCQ y el 56.92% quemaduras de 2do grado (superficial y/o profundo). La bacteria más común aislada en los 29 cultivos analizados fue la *Pseudomona aeruginosa* (37.93%), seguida por el *Acinetobacter baumannii* (20.69%) y la *E. Coli BLEE* (10.34%). Esta última bacteria tiene 100% de resistencia a las cefalosporinas de tercera y cuarta generación. El *Acinetobacter baumannii* tiene resistencia a la amikacina y al imipenem en un 100%; la gentamicina, la ceftazidima, el meropenem y PIP/TAZ en un 83%. La *Pseudomona Aeruginosa* es resistente a la gentamicina en 81%, a la ciprofloxacina en 64% y al cefepime en 36%.

PALABRAS CLAVE: bacteriología, quemaduras, antibiograma

ABSTRACT

As part of nosocomial infections in a burn unit, burns infections are an important factor for increased morbidity and mortality. Add to this the increased antibiotic resistance against most common pathogens such as *Pseudomona aeruginosa*, *Acinetobacter spp*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter spp.* and *S. Aures*. Therefore it is important to know the bacteria are isolated in burns patients at our hospital.

We designed a descriptive study with patients who were admitted to the Burns Unit of Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) from January 2012 to June 2012. We studied the variables of age, sex, type of burn, degree of burn, burn rate and hospital days. Also examined tissue cultures and their antibiogram to determine the bacteriological profile and the percentage of antibiotic resistance.

We studied 65 patients, 14 were women and 51 men. The average age of patients admitted to the Burn Unit is 24 years. 22 individuals had electrical burn and 43 individuals with thermal burn. A 69.23% of patients had lesions less than 30% of the SCQ and 56.92% with 2nd degree burns (superficial and / or deep). The most common bacteria isolated in the 29 tissue cultures studied was *Pseudomona aeruginosa* (37.93%), followed by *Acinetobacter baumannii* (20.69%) and *E. Coli BLEE* (10.34%). The latter bacterium has 100% resistance to cephalosporins of third and fourth generation. The *Acinetobacter baumannii* is resistant to amikacin and imipenem in a 100% and the gentamicin, ceftazidime, meropenem and PIP / TAZ in 83%. *Pseudomonas aeruginosa* is resistant to gentamicin in 81%, to ciprofloxacin in 64% and to ceftazidime in 36%.

KEY WORDS: Bacteriology, burn wounds, antibiogram.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones en las Unidades de Quemados son patologías muy comunes ya que la barrera natural de la piel está afectada y a veces hasta ausente según los diferentes grados de quemadura. Los patógenos pueden invadir aumentando el riesgo tanto de una infección en la quemadura como de una infección sistémica, que se relaciona con el porcentaje de la lesión. En pacientes con quemaduras severas de más del 40% de la superficie corporal total (SCT), el 75% de las muertes son relacionadas a sepsis por infección de la quemadura u otras complicaciones.¹

Los pacientes están inmunocomprometidos especialmente en aquellos con una estancia hospitalaria prolongada, que necesitaron de procedimientos invasivos como intubación endotraqueal, cateterización urinaria o de un vaso sanguíneo, o los que estuvieron en algún ambiente contaminado.²

Inmediatamente a la injuria de la quemadura, la superficie de la piel está libre de microorganismos. Sin embargo en las estructuras profundas como las glándulas sudoríparas y los folículos pilosos, están las bacterias gram positivas como el estafilococo que coloniza la herida en las primeras 48h. Posteriormente, en un promedio de 5 a 7 días, la quemadura es colonizada por bacterias gram positivas, gram negativas y levaduras provenientes del tracto respiratorio alto, de la flora normal del aparato gastrointestinal del paciente, del ambiente hospitalario o del contacto de los trabajadores de la salud (manos).^{1, 3}

Las infecciones fúngicas se desarrollan tardíamente en pacientes que se les han administrado antibióticos de amplio espectro, como por ejemplo la *Candida* spp. Las infecciones por anaerobios son raras excepto en quemaduras eléctricas. Las infecciones por virus como el herpes simple o herpes zoster son complicaciones raras en las heridas.³

La progresión natural de la colonización bacteriana al pasar los días es de gram positivas a gram negativas. Por el día 21 posquemadura el 57% de las quemaduras abiertas serán colonizadas por bacterias gram negativas resistentes, por lo que la elección del antibiótico es limitada.⁴

Las bacterias más comunes encontradas en las quemaduras según varios reportes son: *Pseudomona Aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterobacter* spp., *Klebsiella pneumoniae*, *Clostridium Difficile* y el *S. Aureus* meticilino resistente.^{1, 2, 4} Si estas bacterias producen infección en las quemaduras aparecerán signos locales, los cuales se deberán identificar oportunamente para su tratamiento. Estos signos incluye la conversión de una injuria de espesor parcial a una de espesor total, extensión rápida de la celulitis alrededor del tejido sano, delimitación rápida de la escara y necrosis del tejido.^{1, 5, 6} Las infecciones de la quemadura se clasifican en: (ver tabla 1).

Características de la quemadura	Grupos bacterianos que causan infección en la quemadura
Impétigo de la quemadura	Pérdida del epitelio en una herida injertada, superficie reepitelizada o en el sitio donador.
Infección relacionada con la cirugía en la quemadura	En excisiones de la quemadura o sitio donadores que no han epitelizado. Formación de nueva escara o necrosis focal de la superficie de la herida. Presencia de pus en la herida.
Infección invasiva en quemaduras no sometidas a cirugía	En pacientes con quemaduras de 2do grado profundo o 3er grado. Existen nódulos profundos en la superficie de la herida. Escara delimitada, color café, negro o violáceo.

Tabla 1. Clasificación de las infecciones de la quemadura. 5,6

Las infecciones en las quemaduras son un factor importante en la morbilidad del paciente en una Unidad de Quemados por lo que es válido conocer la bacteriología de las quemaduras en el Hospital Carlos Andrade Marín para realizar un manejo local adecuado de estas lesiones, un uso apropiado de la antibioticoterapia y posteriormente poder evaluar la necesidad de un programa de control de infección en este tipo de infecciones nosocomiales.

MATERIALES Y MÉTODOS.

El diseño del estudio es descriptivo. Se tomó en cuenta a los pacientes que fueron ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) desde el Enero del 2012 a Junio del 2012.

Se estudió 65 pacientes y se obtuvo los datos de las Historias Clínicas en el Sistema AS400. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, tipo de quemadura, grado de quemadura, porcentaje de quemadura y días de hospitalización. El análisis de los datos fue mediante medidas de tendencia central y frecuencias.

Se revisó igualmente los resultados de los cultivos y antibiogramas de las quemaduras realizados por el Departamento de Microbiología del Hospital. En total se efectuaron 29 cultivos en 18 pacientes y las muestras fueron las biopsias de las quemaduras. Se analizó el tipo de bacterias que se aisló en los cultivos, y la sensibilidad y resistencia de cada patógeno a los diferentes antibióticos.

RESULTADOS

De los 65 pacientes estudiados, 14 son mujeres y 51 son hombres. La edad promedio de los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados es de 24 años (DE +/- 20)

con un rango de 1 a 85 años. Un 26,15% corresponden a pacientes entre 0 y 5 años, y un 27,69% entre 30 a 60 años (tabla 2). Se manejó 22 pacientes (33,85%) con quemadura eléctrica, de los cuales el 95,45% fueron de sexo masculino. 43 pacientes (66,15%) tuvieron una quemadura térmica, de los cuales el 48% por agua caliente y el 32,5% por combustión de gasolina y gas doméstico. El grado de Quemadura al ingreso de la Unidad de Quemado se resume en la tabla 3.

Grupo de edades (años)	Número de pacientes	Frecuencia (%)
0 - 5	17	26,15
5 - 20	5	7,69
20 - 30	7	10,77
30 - 40	13	20
40 - 60	16	24,62
>60	5	7,69
TOTAL	65	100

Tabla 2. Frecuencias por grupo de edades.

Grado de Quemadura	Número de Pacientes	Frecuencia (%)
2da (Superficial y profunda)	37	56,92
3da y 4da	17	26,15
5da	10	15,28
3da y 4da	1	1,54
TOTAL	65	100

Tabla 3. Grado de Quemadura y frecuencias

El porcentaje promedio de Superficie Corporal Quemada (SCQ) fue de 22% (DE +/- 16,5) con un rango de 1 a 70%. Se dividió en: (ver tabla 4).

SCQ	N	Frecuencia	Tipo de Quemadura	N	Frecuencia
<20%	45	69,23%	Térmica	36	84,44%
>20%	20	30,77%	Eléctrica	15	75%

N: Número de pacientes.

Tabla 4. Estratificación de la SCQ con el tipo de quemadura.

Se estratificó también la SCQ y el Tipo de quemadura por grupos de edades, estos resultados se demuestran en las figuras 1 y 2.

El promedio de días de hospitalización en la Unidad de Quemados fue de 18 días (DE +/- 13) con un rango de 1 a 51 días, 5 pacientes se transfirieron a una Unidad de Terapia Intensiva (UTI), 3 de ellos fuera del HCAM, es decir a una Clínica de convenio por falta de espacio físico. En los 29 cultivos se identificaron los siguientes organismos (ver Figura 3):

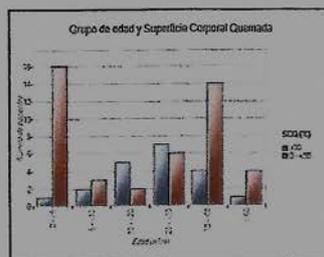


Fig.1

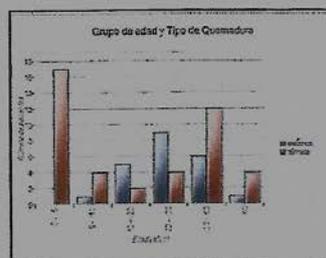


Fig.2

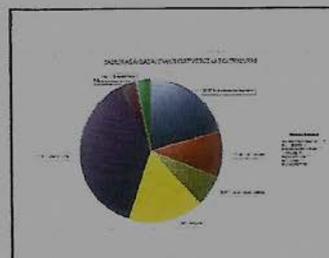


Fig.3

Las tablas 5 y 6 muestran el porcentaje de resistencia y sensibilidad, a los antibióticos de las diferentes bacterias Gram negativas aisladas en los cultivos, respectivamente. En el único cultivo que se aisló *S. Aureus*, éste fue sensible solo a Vancomicina.

Antibiótico	<i>Pseudomona Aeruginosa</i> N (%)	<i>Acinetobacter Baumannii</i> N (%)	<i>E. Coli Blee</i> N (%)	<i>Enterobacter Cloacae</i> N (%)
Ceftriaxona	1 (5)	3 (50)	1 (33)	2 (100)
Ciprofloxacina	7 (34)	6 (100)	3 (100)	2 (100)
Gentamicina	9 (80)	5 (83)	1 (33)	2 (100)
Amoxicilina +ISL	NP	2 (33)	3 (100)	2 (100)
Aztreonam	NP	2 (33)	3 (100)	1 (50)
Meropenem	NP	5 (83)	NP	NP

N= número de cultivo, % = porcentaje entre paréntesis, NP= no probado, PIP/TAZ: piperacilina/tazobactam. Tabla 5. Patrón de resistencia a los antibióticos de bacterias Gram negativas.

Antibiótico	<i>Pseudomona Aeruginosa</i> N (%)	<i>Acinetobacter Baumannii</i> N (%)	<i>E. Coli Blee</i> N (%)	<i>Enterobacter Cloacae</i> N (%)
Vancomicina	1 (5)	NP	NP	NP
Cefepime	6 (55)	NP	NP	NP
Ciprofloxacina	2 (19)	NP	NP	NP
Levofloxacina	NP	2 (33)	NP	NP
Amikacina	13 (11)	NP	1 (33)	2 (100)
Amoxicilina +ISL	1 (9)	NP	NP	NP
Augmentin + ISL	1 (9)	1 (33)	NP	NP
Aztreonam	6 (73)	NP	NP	2 (100)
Tazobactam	6 (55)	NP	2 (100)	2 (100)
Meropenem	10 (91)	NP	3 (100)	2 (100)
PIP/TAZ	9 (82)	NP	3 (100)	2 (100)
Colistin	1 (9)	6 (100)	NP	NP
Minosomicina	NP	3 (33)	1 (33)	NP

N= número de cultivo, % = porcentaje entre paréntesis, NP= no probado, PIP/TAZ: piperacilina/tazobactam. Tabla 6. Patrón de sensibilidad a los antibióticos de las bacterias Gram Negativas

DISCUSIÓN

En este estudio encontramos que el grupo más frecuente de quemaduras ocurre entre 30 y 60 años de edad con un 27.69% seguidos del grupo pediátrico entre 0 y 5 años con un 26.15% lo que nos lleva a realizar una comparación con las estadísticas norteamericanas la que nos indican 32% para el primer grupo y tan solo 15% para el segundo (American Burn Association National Burn Repository (2011 report)). Uno de los grupos de riesgo sigue siendo el adulto. Debemos tomar en cuenta que factores externos sobre situación social y cultural pueden afectar nuestras estadísticas pediátricas, por otra parte el tipo de quemaduras se encuentran en íntima relación con las estadísticas norteamericanas. Las quemaduras eléctricas

siguen siendo las más complejas en cuestión del tratamiento antibiótico ya que el tejido necrótico de aparición tardía ocasiona que las infecciones sean de tiempo prolongado y provoquen un mayor tiempo hospitalario. En la Unidad de Quemados del HCAM se aislaron principalmente bacterias gram negativas: *Pseudomona aeruginosa* (37.93%), *Acinetobacter baumannii* (20.69%) y *E. Coli BLEE* (10.34%). Estos patógenos concuerdan con el tipo de bacterias encontradas en otras Unidades de Quemados. 3, 9, 10. Las proporciones varían según los estudios, pero la *Pseudomona* sigue siendo la principal bacteria aislada en las quemaduras, como por ejemplo, Mehta y col. en 51.15% 7, Beheshtii y col. en 32.2% 2, un 43.15% según el National Hospital

Discharge Survey (NHDS) del 2008.

La segunda bacteria más común es el *Acinetobacter baumannii* que en comparación con otros reportes las cepas de *Acinetobacter* spp. tienen menos porcentaje, en 11 – 14 %.^{2, 7, 9} son superados por las enterobacterias (15.5 %– 17%)^{11, 2}.

Dentro de las enterobacterias encontramos la *Escherichia Coli* que tiene la característica que es BLEE, es decir bacterias con betalactamasas de espectro extendido, y que son capaces de lograr resistencia bacteriana a las cefalosporinas de 3ra generación, monobactámicos y aminoglicósidos.¹⁴ Lo que explica que en nuestra Unidad, esta bacteria tenga un 100% de resistencia a las cefalosporinas de tercera y cuarta generación, igual que al Aztreonam y un 33% a la gentamicina. Las enterobacterias encontradas en nuestro estudio son sensibles al imipenem, meropenem, piperacilina tazobactam y amikacina (100%).

La *Pseudomonas* aislada en nuestro servicio es resistente a la gentamicina en 81%, a la ciprofloxacina en 64% y al cefepime en 36%, proporciones menores en comparación a otros estudios en los cuales hubo 100% de resistencia a la gentamicina y ciprofloxacina,^{8, 100%} a cefalosporinas de 3er y 4to generación² o gentamicina en 89.22% y ciprofloxacina en 78.81%.⁹

Aunque la *P. aeruginosa* es sensible a antibióticos como la amikacina (91%), cefalosporina de 3er generación como la ceftazidima (82%), cefalosporina de 4ta generación como el cefepime (55%), los carbapenémicos (82%) y Piperacilina / tazobactam (91%), es considerada una bacteria multiresistente, que se define como resistente a al menos 3 tipos de antibióticos (antibióticos lactámicos, carbapenémicos, aminoglicósidos y quinolonas)¹³. Esta bacteria la podemos aislar en el ambiente hospitalario también, especialmente en lavabos, colchones, baños, barandas que predisponen al contagio de paciente a paciente.⁹

Las cepas de *Acinetobacter* son organismos cocobacilos aeróbicos gram-negativos. El *A. baumannii* es uno de los patógenos más relevantes por estar asociado a factores como la estancia en unidades de terapia intensiva, a ventilación mecánica, uso previo de antibiótico, uso de catéteres intravasculares, entre otros; y es ya considerada una bacteria multiresistente mostrando resistencia al imipenem y a una o más drogas en las cuales históricamente era sensible.⁷

En nuestro estudio, el *A. baumannii* tiene resistencia a la amikacina y al imipenem en un 100%; la gentamicina, la ceftazidima, el meropenem y PIP/TAZ en un 83%, estos resultados son similares a otros reportes, 87% al imipenem, 63% a la amikacina y fue la bacteria más comúnmente aislada en las quemaduras y urocultivos.¹⁰ En nuestra Unidad de Quemados el *A. baumannii* es sensible a antibióticos específicos como el colistin y la minociclina (100 y 83% respectivamente). El colistin es un medicamento que debe ser tomado en cuenta para el tratamiento de este patógeno como lo hicieron en Argentina, en una Unidad de Quemados Pediátrica, y concluyendo que es una droga segura en casos seleccionados con infecciones de bacterias gram-negativas multiresistentes.¹³

CONCLUSIÓN

Las infecciones en pacientes quemados son provocadas por múltiples factores como un manejo inicial inconveniente de la quemadura, un estado nutricional deficiente, uso inadecuado o tardío de antibióticos y definitivamente la estancia hospitalaria prolongada.

Estamos enfrentando en la Unidad de Quemado del Hospital Carlos Andrade Marín la presencia de bacterias multiresistentes en los cultivos de las quemaduras lo que

nos demuestra que se debe permanentemente realizar un control de las infecciones nosocomiales y evitar así que los patógenos se conviertan en pan-resistentes. Las recomendaciones van desde el manejo adecuado de las quemaduras como la escisión y el tratamiento con injertos tempranos, y el uso estratégico de antibióticos tópicos 6, 9, 12, y el control en el ambiente hospitalario con la vigilancia bacteriológica, aislamiento de los cuartos, técnicas universales de antisepsia, reducción del uso de antibióticos de amplio espectro, mejoramiento de la higiene del personal, restricción de la circulación del personal 2, 6, 12.

Por lo tanto se alienta que se realicen en la Unidad de Quemados del HCAM un regular análisis microbiológico del ambiente hospitalario, del personal y de los pacientes quemados. Así podremos realizar comparaciones con otros años y evaluar el control de las infecciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dairde Church, Sameer Elsayed, Owen Reid, Brent Waston, and Robert Lindsay. Burn Wound Infections. *Clinical Microbiology Reviews*. Apr. 2006, p. 403-434
2. Shahnaz Beheshti, Mohammadali Zia. Bacteriology of burns and antibioticogram in an Iranian burn care center. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*, April 2011 Vol. 5(4), pp. 538-541.
3. Hospenthal Duans, Cunha Burke. Burn Wound Infections. Uptodate: 24 Jul 2011. Disponible en: [http://medicine.medscape.com/article/213595-overview#a0104]
4. Hamdon David, Total Burn Care. Chapter 12: Treatment of Infections in Burns. Third Edition. 2007. Pp. 136-176.
5. Oncul O., Ulkur E., Acar A., Turhan V., Yeniz E., Karacaer Z. Prospective analysis of nosocomial infections in a Burn Care Unit, Turkey. *Indian J Med Res* 130, December 2009, pp 758-764.
6. Rode H., VALE I do, MILLAR A J. Burn Wound Infection. *CME January 2009 Vol.27 No.1*, pp 26-30.
7. Trottier Vincent, Gonzalez Segura Penelope, Namias Nichotias, King David, Pizano Louis, Schulman Carl L. Outcomes of *Acinetobacter baumannii* Infection in Critically Ill Burned Patients. *Journal of Burn Care & Research*, Volume 28, Number 2, March/April 2007, pp. 248-254.
8. Sharma and Taneja. Burns, antimicrobial resistance & infection control. *Indian J Med Res* 126, December 2007, pp 505-507.
9. Mehta Mejula, Dutta Priye, Gupta Varsha. Bacterial isolates from burn wound infections and their antibiograms: An eight-year study. *Indian J Plast Surg*, January-June 2007, pp 25-28.
10. Keen Edward F. et al. Incidence and bacteriology of burn infections at a military burn center. *Burns*. JBUR. 2009, pp 1-8.
11. Zulfiqar Ali et. Al. Effectiveness of β Lactam antimicrobial drugs against Gram Negative Bacteria. *Professional Mod J* Apr-Jun 2011;18(2): 300-305. 12.
12. Özkurt Zülal et al., Reducing hospital infection rates in the burn unit by adherence to infection control measures: a six-year experience. *Türk J Med Sci* 2012; 42 (1): 17-24.
13. Rosanova Maria et al. Use of Colistin in a Pediatric Burn Unit in Argentina. *Journal of Burn Care & Research* July/August 2009, pp 1-9.
14. Pedrosa et al. Resistencia bacteriana en las bacterias productoras de betalactamasas extendidas (blee). *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias* 2006;5(1)

10:45 - 11:30 Radicofarmacia Avances Tecnológicos
 Expositor: Dra. Vanessa Santillán

11:30 - 12:15 Tratamiento laser en Gineco-Obstetricia
 Expositor: Dr. Diego Calderón

12:15 - 13:00 Fecundación Asistida
 Expositor: Dr. Santiago Chivaz

Receso

14:00 - 14:45 Taller de Bioseguridad
 14:45 - 15:30 Riesgos Biológico

15:30 - 16:15 Percepción del riesgo biológico
 16:15 - 16:45 Coffa break

16:45 - 17:30 Evaluación del riesgo
 17:30 - 18:15 Higiene de los espacios físicos
 Respuestas MSP

Mgsc. Lilian Salazar

Sábado 09

08:00 - 08:45 Manifiesto de la Vía Aérea
 Expositor: Dr. Javier Andrade

08:45 - 09:30 Atención del Paciente Crítico con diagnóstico de AH1 N1
 Expositor: Dr. Rene Orellana

09:30 - 10:15 Oxigenoterapia en pacientes pediátricos en UCI
 Expositor: Dr. Jorge Apifa

10:15 - 10:45 Coffe break

10:45 - 11:30 Implante Codair
 Expositor: Dra. Susana Rodríguez

11:30 - 12:15 Intervención de enfermería en paciente crítico posición prona
 Expositor: Mgsc. Mónica Bultrón

12:15 - 13:00 Intervención de enfermería en el paciente crítico adulto
 Expositor: Mgsc. Lilian Calcedo

Receso

14:00 - 14:45 Reclutamiento termostabilización
 Expositor: Lic. Victoria Alcom

15:30 - 16:15 CLASIFICACIÓN

AVALES



Hospital Carlos Andrade Marín
 Ministerio de Salud Pública
 Universidad Internacional
AVAL CURRICULAR
 Congreso 60 horas
 Taller Bioseguridad 20 horas

Información

maguita659@yahoo.com ; pily_salazar@yahoo.es;
 neryeloz@hotmail.com;
 marisol.rentirez.69@hotmail.com

Teléfonos: 095100855 / 097822503 / 0947077708
HCAM: 2223888. Ext 163 Recuperación.

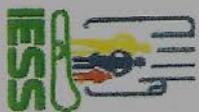
Inversión

- Médicos \$ 100
- Enfermeras \$ 90
- Odontólogos \$ 90
- Obstetras \$ 90
- Tecnólogos \$ 80
- Auxiliares de Enfermería. \$ 70
- Camilleros..... \$ 70
- Servicios Varios.....\$ 70
- Estudiantes.....\$ 60
- Taller Fuera del Congreso \$ 40

Inscripciones a Nivel Nacional
 Banco Pichincha Cuenta N° 3146556304
 Banco de Guayaquil Cuenta N° 7183798
 A nombre de Cámara de Comercio de Ambato



96973
 97
 9647739.



PRIMER CONGRESO NACIONAL DE INTERVENCIÓN DEL
 EQUIPO DE SALUD EN EL AVANCE DE NUEVAS
 TECNOLOGÍAS CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS
 Y PRIMER TALLER DE BIOSEGURIDAD

Hospital Carlos Andrade Marín
 Quito - Ecuador



Junio 2012

<p>Lunes 04</p> <p>08:00 - 10:00 Inscripciones</p> <p>10:00 - 10:30 Inauguración</p> <p>10:30 - 11:15 Nuevas Técnicas Quirúrgicas HIFU</p> <p>Expositor: Dr. Ricardo Yeppez Mora</p> <p>11:15 - 11:45 Coffe Break</p> <p>11:45 - 12:30 Green Light en Prostata</p> <p>Expositor: Dra. Saskia Suárez</p> <p>12:30 - 13:15 Toxinas Botulínicas en vejiga neurogénica</p> <p>Expositor: Dr. Alfonso Flores</p> <p>Receso</p> <p>14:00 - 14:45 Medicina Física Kinesioterapia</p> <p>Expositor: Dr. Hugo Larve Rodas</p> <p>14:45 - 15:30 Situación actual de los Cuidados Palliativos como alternativa de atención al enfermo terminal</p> <p>Expositor: Dra. Sandra Cevallos</p> <p>15:30 - 16:15 Avances Oncológicos</p> <p>Expositor: Dra. Mónica Cachimuel</p> <p>16:15 - 16:45 Coffe break</p> <p>16:45 - 17:30 Terapia Respiratoria en Pacientes Críticos</p> <p>Expositor: Tgla. Angéla Duque</p> <p>17:30 - 18:15 Neumonía como complicación AH1 N1 y Aspectos de Bioseguridad</p> <p>Expositor: Dr. Santiago Cadena</p> <p>Martes 05</p> <p>08:00 - 08:45 Colelap Nuevas Técnicas Quirúrgicas</p> <p>Expositor: Dra. Rocío Quilbiguña</p> <p>08:45 - 09:30 Manga Gástrica Nuevas Técnicas contra la Obesidad</p> <p>Expositor: Dra. Jenny Baca</p> <p>09:30 - 10:15 Cirugía en 3 dimensiones Avances Tecnológico mejoran la visión de la cirugía laparoscópica.</p> <p>Expositor: Dr. Mauricio Puente</p> <p>10:15 - 10:45 Coffe break</p> <p>10:45 - 11:30 Cirugía a Corazón Abierto Avances Tecnológicos</p> <p>Expositor: Dr. Carlos Najera</p> <p>11:30 - 12:15 Intervención de Enfermería en pacientes Post-operados de corazón.</p> <p>Expositor: Lic. Rocío Padilla</p>	<p>12:15 - 13:00 Avances Tecnológicos en Implante de Mamma</p> <p>Expositor: Dr. Santiago Vega</p> <p>Receso</p> <p>14:00 - 14:45 Medios de contraste y su uso en el paciente Hospitalizado. Unidad de la Tomografía Multislice</p> <p>Expositor: Dr. Wagner Espinoza</p> <p>14:45 - 15:30 Avances Tecnológicos en Odontología e Implantología.</p> <p>Expositor: Dr. Javier Yeppez</p> <p>15:30 - 16:15 Avances Tecnológicos en Oftalmología</p> <p>Expositor: Dr. Diego Padilla</p> <p>16:15 - 16:45 Coffe break</p> <p>16:45 - 17:30 Avances Tecnológicos en Neurocirugía (Neurovegetación y Aspiración Ultrasonica)</p> <p>Expositor: Dr. Fredi Sigcha</p> <p>17:30 - 18:15 Control de catéteres endovenosos, tubos y líneas venosas con radiología convencional.</p> <p>Expositor: Dr. Wagner Espinoza</p> <p>Miércoles 06</p> <p>08:00 - 08:45 Hemodilísis Interrampón de Enfermería</p> <p>Expositor: Lcda. Laura Vásconez</p> <p>08:45 - 09:30 Trasplante Hepático Avances Tecnológicos</p> <p>Expositor: Dr. Iván Cavallos</p> <p>09:30 - 10:15 Simpatomía Avances Tecnológicos</p> <p>Expositor: Dr. Sergio Poveca</p> <p>10:15 - 10:45 Coffe break</p> <p>10:45 - 11:30 Trasplante Renal Desarrollo Tecnológico</p> <p>Expositor: Dr. Manuel Guanufa</p> <p>11:30 - 12:15 Intervención de Enfermería en Trasplante Renal</p> <p>Expositor: Lic. Fanny Lora</p> <p>12:15 - 13:00 Diagnóstico de Insuficiencia Venosa Ecoduplex</p> <p>Expositor: Dr. Marco Medina</p> <p>Receso</p> <p>14:00 - 14:45 Nuevos Horizontes en Cirugía de Columna</p> <p>Expositor: Dra. Monserrat Favari</p> <p>14:45 - 15:30 Avances Tecnológicos en Artroscopia de rodilla</p> <p>Expositor: Dr. Luis Calderón</p>	<p>15:30 - 16:15 Anestesia en el Paciente Hepatopatológico</p> <p>Expositor: Dra. Mayorie Pareja</p> <p>16:15 - 16:45 Coffe break</p> <p>16:45 - 17:30 Análisis Post-Quirúrgica Inmediata</p> <p>Expositor: Dra. Teresa Narango</p> <p>17:30 - 18:15 Radiofrecuencia una Alternativa del dolor crónico</p> <p>Expositor: Dr. Mario Paz</p> <p>Jueves 07</p> <p>08:00 - 08:45 Avances y Tecnología en Medicina Intensiva</p> <p>Expositor: Dr. Cristian Cavallos</p> <p>08:45 - 09:30 Atención del paciente Politraumatizado en Urgencias</p> <p>Expositor: Dra. Judith Borja</p> <p>09:30 - 10:15 Elastografía por Ultrasonido</p> <p>Expositor: Dr. Marco Cárdenas</p> <p>10:15 - 10:45 Coffe break</p> <p>10:45 - 11:30 Avances Tecnológicos en Laboratorio</p> <p>Expositor: Dr. Ramiro Salazar</p> <p>11:30 - 12:15 Mamografía</p> <p>Expositor: Dra. Valeria Mata</p> <p>12:15 - 13:00 Medicina Nuclear y Molecular</p> <p>Expositor: Dr. Eduardo Rubio</p> <p>Receso</p> <p>14:00 - 14:45 Taller de Bioseguridad</p> <p>14:45 - 15:30 Principios de la Bioseguridad</p> <p>15:30 - 16:15 Normas Generales de la Bioseguridad</p> <p>16:15 - 16:45 Coffe break</p> <p>16:45 - 17:30 Importancia de la Bioseguridad en los Centros Sanitarios</p> <p>Accidentes de Trabajo por Riesgo Biológico</p> <p>Responsables MSP</p> <p>Mgsc. Liliana Salazar</p> <p>Viernes 08</p> <p>08:00 - 08:45 Diagnóstico Citológico Elastocitología</p> <p>Expositor: Dr. Ramiro Recalde</p> <p>08:45 - 09:30 ETS e Infertilidad</p> <p>Expositor: Dr. Effrain Aguaguña</p> <p>09:30 - 10:15 Técnicas Endoscópicas, Histeroscopia</p> <p>Expositor: Dr. Diego Hernández</p>
--	---	--

PRIMER CONGRESO NACIONAL DE INTERVENCIÓN DEL
EQUIPO DE SALUD EN EL AVANCE DE NUEVAS
TECNOLOGÍAS CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS Y PRIMER
TALLER DE PROSEGURIDAD
HOSPITAL CARLOS ANTONIO DE MARÍN
QUINTAYUPUR
FEBRO 2012

Avances tecnológicos
en implantes
mamarios

Historia

Definición de implante

Indicaciones de implantes

Tipos de implantes

Aspectos de seguridad

Implantes de silicona

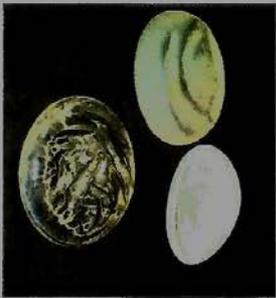
Implantes de agua salada

Implantes de gel de silicona

Implantes de gel de silicona con cápsula de silicona

Implantes de gel de silicona con cápsula de silicona y gel de silicona

Implantes de gel de silicona con cápsula de silicona y gel de silicona y gel de silicona



Tipos

Estimado: Colectivo, Gélido y Blando Porcino, Colectivo Gélido

Forma anatómica	Modo de posición	Forma anatómica	Forma de inserción
Fulcrónica (FL)	Modo de posición (FM)	Forma anatómica (FF)	Forma de inserción (FX)
Modo de posición (ML)	Forma anatómica (MM)	Forma de inserción (MF)	Forma de inserción (MX)
Forma anatómica (LL)	Forma de inserción (LM)	Forma de inserción (LF)	Forma de inserción (LX)

Ubicación

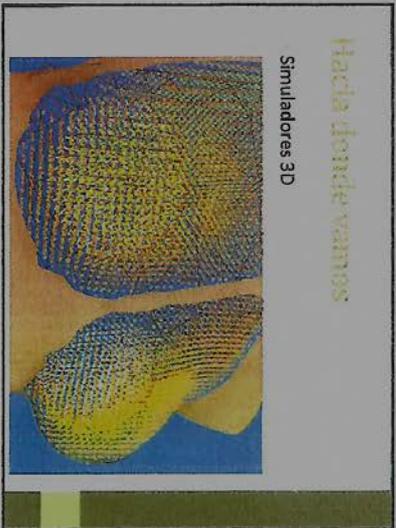
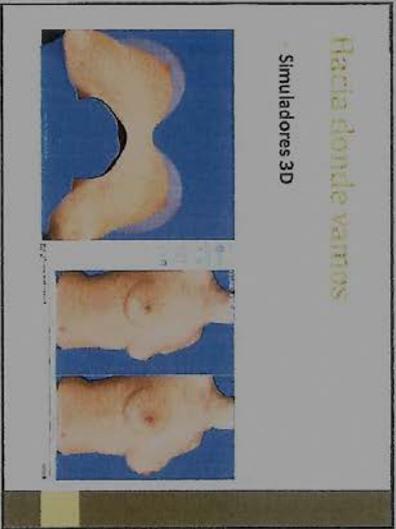
Breast Implant Placement Information

Subcutaneous Implant Subglandular Implant Subpectoral Implant

Características

Características





JORNADAS NACIONALES DE ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS 2012



I Parte: Del 2 al 6 de Mayo 2012

II Parte: 16 al 20 de Mayo 2012

Auditorio General
Hospital Carlos Andrade Marín
Quito - Ecuador

120 Horas Académicas



AVAL ACADÉMICO:



AVAL INSTITUCIONAL:



ORGANIZA:



14h15-15h00	Hipertrofia Prostática Benigna <i>Dr. William Napoleón Barragán B. / Especialista en Urología Universidad Técnica Particular De Loja. Urólogo del Hospital de la Policía.</i>
15h00-15h45	Litiasis de las Vías Urinarias <i>Dr. William Napoleón Barragán B. / Especialista en Urología Universidad Técnica Particular De Loja. Urólogo del Hospital de la Policía.</i>
15h45-16h15	RECESO
16h15-17h00	Cáncer de Próstata <i>Dr. Nancy Paquiza A. / Especialista en Urología Universidad San Francisco de Quito. Médico del Hospital Eugenio Espejo, Líder de Servicio de Cirugía Plástica.</i>
17h00-17h45	Sangrado uterino disfuncional, tratamiento quirúrgico <i>Dr. Bolívar Gonzalo Gonzales F. / Especialista en Ginecología y Obstetricia Universidad Técnica Particular De Loja. Médico Tratante Jefe del Servicio de Ginecología de Nueva Clínica Internacional</i>
17h45-19h00	Trauma Hepático <i>Dr. Jenny Elizabeth Arboleda B. / Cirujana Pediatra del Hospital Baca Ortiz.</i>

**Sábado 19 de Mayo:
Cirugía Plástica, Cirugía de Mano y Reconstructiva**

HORA	TEMA
08H00-08H45	Trauma en Miembro Superior <i>Dr. Edison Oswaldo Rodríguez R. / Especialista en Cirugía Plástica. Médico del Hospital Eugenio Espejo, Líder de Servicio de Cirugía Plástica</i>
08H45-09H30	Tratamiento Inicial De Paciente Quemado Grave <i>Dr. Diego Mauricio Proaño L. / Especialista en Cirugía Plástica Universidad Internacional del Ecuador</i>
09h30-10h15	Suturas en Cara y Lesiones Tendinosas en Mano <i>Dr. Claudio Esteban Rivera N. / Posgrado en Cirugía Plástica Universidad San Francisco de Quito. Diplomado Gestión en Salud para el Desarrollo Local Universidad Técnica Particular de Loja.</i>
10H15-10H30	RECESO
10h30-11h15	Lesiones de Punta de Dedo <i>Dr. Tamita Alejandra Romero Q. / Postgrado Cirugía Plástica Hospital Carlos Andrade Marín</i>
11H15-12H00	Parálisis Facial: 10 Primeros Casos en Ecuador Tratados con Microcirugía <i>Dr. Walter Francisco Huaraca H. / Cirujano Plástico Universidad Estatal Paulista de Botucatu-Brasil.</i>
12H00-12H45	Tratamiento Nuevo, Único y Definitivo para Arrugas Faciales <i>Dr. Walter Francisco Huaraca H. / Cirujano Plástico Universidad Estatal Paulista de Botucatu-Brasil.</i>
12H45-13H30	ALMUERZO
13h30-14h15	Nuevos logros en parálisis facial <i>Dr. Walter Francisco Huaraca H. / Cirujano Plástico Universidad Estatal Paulista de Botucatu-Brasil.</i>
14h15-15h00	Conceptos Actuales en el Tratamiento de las Fracturas del Radio Distal <i>Dr. Fidel Cayón / Postgrado en Cirugía de Mano Universidad El Bosque Colombia.</i>
15h00-15h45	Septum Rinoplastia <i>Dr. Santiago Javier Vega R. / Posgrado Cirugía Plástica Hospital Carlos Andrade Marín.</i>
15h45-16h15	RECESO
16h15-17h00	Lesiones Tendinosas*
17H00-17H45	Amputaciones*
17H45-19H00	Colgajos*

Domingo 20 de Mayo: Temas Libres

ESPIRADENOMA ECRINO MULTIPLE

*Dra. Nelly Machado. **Dr. Santiago Vega***Dr. Jorge Flores. ****Dr. Franklin Cabrera.

*Médico Especialista en Dermatología

**Médico Especialista en Cirugía Plástica-Estética y Reconstructiva

***Medico Especialista en Medicina Interna

****Médico Especialista en Dermatología-Jefe de Servicio

CASO CLINICO.

Masculino de 65 años, sin antecedentes clínicos relevantes, acude por presentar dermatosis en cuero cabelludo de 4 años de evolución, caracterizada por nódulos de 2 cm, bordes regulares, superficie lisa, brillante, coloración eritemato-violacea, simétricos, dolorosos a la palpación, localizados en región parietal derecha y de crecimiento lento.



HISTOPATOLOGICO.

Piel con múltiples nódulos localizados en la dermis constituidos por células pequeñas y uniformes formando pequeñas luces que alternan con material eosinófilo PAS positivo. Las lesiones son uniformes y no se observa atipia.



El espiroadenoma es una neoplasia benigna, epitelial de crecimiento lento, derivado de la glándula sudorípara ecrina, a partir de su porción secretante y ductal. Denominado también mioepitelioma, se observa con una frecuencia escasa. Usualmente es un nódulo-solitario dérmico: profundo o subcutáneo, firme al tacto de color rojo-azulado, con dimensiones que varían entre 0.3cm – 5cm, dolorosos. La localización anatómica más frecuente es en tronco y extremidades, ocasionalmente en cuero cabelludo. Se ha reportado casos congénitos, múltiples y familiares relacionados con herencia autosómica dominante.

BIBLIOGRAFIA

- Espiroadenoma Ecrino en Cuero Cabelludo: a propósito de un caso. A. Rodríguez, A. Matheus, D. Vásquez Manzanilla, E. Araujo, V. Valera. Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de Leon, 2002; 33(1-2):7-10.
- Marquez Garcia a, et al. Cilindromas y Espiroadenomas multiples esporadicos en la cabeza y en el tronco en una mujer peruana. piel (barc). 2013.
- Neoplasias de glándulas sudoríparas. José María Ollague-Torres, María E. Vera . Dermatología Peruana 2005; Vol 15(3) 211.



Hematoma de Recto Abdominal Espontáneo. Manejo por el Servicio de Cirugía Plástica. Reporte de un caso.

Dra. Romero Tamia*, Dr. Vega Santiago**, Dr. Samaniego Juan Fernando***

Dr. Sierra Diego****

* Médica Egresada de Cirugía Plástica - USFQ - HCAM

** Médico Posgraduado de Cirugía Plástica. EA - USFQ - HCAM

*** Médico Tratante de Cirugía Plástica - HCAM

**** Jefe de Servicio de Cirugía Plástica - HCAM

*Coautor.

Correspondencia:

Dra. Tamia Romero Quezada

RESUMEN

El hematoma espontáneo de pared abdominal es una patología infrecuente y que debe ser considerado dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo. Su manejo depende de la presentación clínica y evolución de esta patología, por lo que la decisión de realizar un tratamiento quirúrgico debe ser certera.

Reportamos el caso de una paciente de 69 años de edad que es evaluada en emergencia presentando dolor abdominal agudo acompañado por una masa localizada en hemiabdomen superior. Las imágenes de gabinete iniciales reportaban una posible masa tumoral en pared abdominal por lo que se pidió una biopsia al servicio de Cirugía Plástica. Posteriormente las características clínicas y la TAC confirman que se trata de un hematoma de pared abdominal espontáneo causado por el esfuerzo físico de la tos. Se decide no realizar una intervención quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: Hematoma espontáneo, pared abdominal, músculo recto.

ABSTRACT

Spontaneous hematoma of the abdominal wall is an uncommon pathology and should be considered in the differential diagnosis of acute abdomen pain. Their management depends on clinical presentation and evolution of the disease, so the decision of surgical treatment must be accurate.

We present the case of a 69-year-old woman patient who is evaluated in emergency presenting with acute abdominal pain accompanied by a mass in upper abdomen. Images of staff reported a possible initial tumor mass in the abdominal wall so it is called a biopsy at the service of Plastic Surgery. Subsequently the clinical and CT confirmed that this is a spontaneous abdominal wall hematoma caused by physical effort of coughing. It was decided not to perform surgery.

KEY WORDS: Spontaneous hematoma, abdominal wall, rectus sheath.

INTRODUCCIÓN

El hematoma de la vaina de los rectos puede ser clasificado como postraumática y espontáneo, siendo la segunda infrecuente y se produce por rotura de la arteria epigástrica superior o inferior. Existe factores predisponentes en ciertos pacientes, siendo la tos uno de los antecedentes más importantes. Puede cursar con inestabilidad hemodinámica por el sangrado, dolor abdominal y sensación de masa abdominal.

Se presenta un caso de una paciente quien llega con dolor abdominal de pocas horas de evolución al servicio de urgencias. Se descarta que sea una patología intrabdominal por lo que posteriormente se interconsulta

al Servicio de Cirugía Plástica para valoración y realización de biopsia de masa de pared abdominal diagnosticada por TAC.

CASO CLÍNICO

La paciente tiene 69 años de edad, sin alergias, no toma ninguna medicación. Tuvo dos embarazos. Refiere como antecedentes patológicos personales, una enfermedad respiratoria que no especifica de varios años de evolución. Acude al Hospital Carlos Andrade Marín a Emergencias por presentar de manera súbita, dolor abdominal tipo

continuo localizado en hemiabdomen superior y en forma de cinturón de 2 horas de evolución y que ha ido aumentando de intensidad. Al examen físico se encuentra diaforética, algica, con un abdomen distendido, doloroso en epigastrio y mesogastrio, ruidos hidroaéreos positivos, presencia de masa de 6cm de diámetro en hipocondrio izquierdo.

Los exámenes de laboratorio revelan tiempos de coagulación normales (TP 10.8', INR 0.98), biometría normal (Leucocitos 7190, Neu 54.8%, Hb 14.8, Hcto 45.7%, plaq. 281.400), electrolitos normales, creatinina normal, amilasa y lipasa dentro de parámetros normales. En la RX de abdomen se reporta ileo y en la ecografía, imagen de ecogenicidad heterogénea que mide aproximadamente 106mm x 54mm en hipocondrio izquierdo a nivel de pared abdominal.

A las 24 horas de su ingreso a emergencias se realiza una TAC de abdomen simple y contrastada (S/C) donde se evidencia masa a nivel de hipocondrio izquierdo

dependiente de tejido colular subcutáneo de 28cm x 6cm desde hipocondrio derecho hasta fosa iliaca izquierda (Foto 1 y Foto 2).

Fue evaluada por el servicio de gastroenterología y de Cirugía General quienes dan de alta por la presencia del tumor de partes blandas y no ser una patología intraabdominal. Dentro de las impresiones diagnósticas se debía descartar un fibrolipoma por lo que se interconsulta al servicio de Cirugía Plástica para una posible biopsia. Se evalúa nuevamente a la paciente y su anamnesis indica que desde hace 1 año presenta unos persistentes con expectoración blanquecina. El dolor ha disminuido pero se palpa una masa a nivel de hipocondrio izquierdo de 12cm de diámetro y la presencia de equimosis a nivel de hipocondrio y flanco izquierdo, la cual apareció 48 horas después del inicio del dolor (Foto 3, Foto 4.). Igualmente se realizó una nueva biometría hemática que reveló la disminución del hematocrito de 10 puntos pero no hubo repercusión hemodinámica.

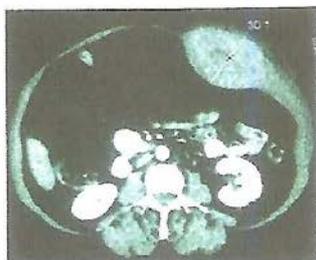


Foto 1. 1er día de hospitalización. TAC S/C do abdomen. Masa heterogénea en pared abdominal.



Foto 3. 48h de hospitalización. Vista superior del abdomen del paciente.



Foto2. 1er día de hospitalización. TAC S/C de abdomen y pelvis corte sagital. Masa heterogénea en pared abdominal



Foto 4. 48h de hospitalización. Vista lateral izquierda del abdomen del paciente

La paciente permaneció 10 días hospitalizada en el servicio de Cirugía Plástica con diagnóstico de hematoma de pared abdominal y con un manejo expectante. Se decidió no realizar ninguna cirugía y manejar el dolor con analgésicos al inicio intravenosos y luego por vía oral. Neumología dio un control y un seguimiento a su patología pulmonar. Cirugía Plástica realizó un seguimiento mensual hasta los 3 meses con una resolución completa de los síntomas y signos a los 2 meses.

DISCUSIÓN

El hematoma de pared abdominal es una entidad infrecuente y que se presenta en pacientes con factores de riesgo: como HTA, uso de cumarínicos, trastornos de la coagulación, patología pulmonar.^{1, 2,3} En este caso la paciente presentaba tos de larga data sin un diagnóstico definitivo de su patología pulmonar. Ese síntoma produce un aumento de la presión a nivel de la vaina de los músculos rectos o del mismo músculo. La sensación de masa abdominal y/o el dolor se localiza con predominancia a nivel infraumbilical por ausencia de la vaina posterior del recto por debajo de la línea semicircular de Douglas, donde las arterias epigástricas se encuentran menos protegidas.^{3, 7} Existe mayor frecuencia en las mujeres (3: 1)² debido al antecedente de estiramiento y posible lesión que sufren las arterias epigástricas con el aumento del perímetro abdominal por embarazo.⁴

Existen pocos datos estadísticos sobre frecuencia y mortalidad. En 1999, Klingler y col. encontraron una incidencia de 1.8% entre 1257 pacientes admitidos en el hospital con dolor abdominal y que fueron diagnosticados con ultrasonido. ¹ En algunos estudios, como el de Cerdán y colaboradores, se refieren dos casos por año, sin embargo es una entidad subdiagnosticada.

La mortalidad se estima en un 4% y suele ser debida a shock hipovolémico, aunque aumenta al 18% en pacientes intervenidos e incluso al 25% en los anticoagulados.^{2, 4}

El instrumento diagnóstico esencial fue el examen de imagen mediante TAC que demostró una masa a nivel de pared abdominal de gran tamaño, unilateral, heterogéneo (densidad de grasa y músculo) intramuscular y a descartar su posible origen neoplásico; por lo que el servicio de Emergencias pide valoración por el servicio de Cirugía Plástica para la realización de una biopsia en quirófano.

La TAC tiene una sensibilidad y especificidad del 100% ² para el diagnóstico del hematoma de pared abdominal en los primeros 5 días de aparición.¹

Otras herramientas diagnósticas pueden ser ecografía y la RNM. Esta última nos ayuda a diferenciar hematomas de larga evolución con tumorações como lipomas, fibromas, liposarcomas⁴, a las 2 o 3 semanas de evolución los hematomas desarrollan un anillo concéntrico.⁴

Un signo importante que nos orientó al diagnóstico de hematoma y no masa tumoral, fue la evidencia posterior (2 días después del inicio del cuadro clínico) de zonas de equimosis a nivel de pared lateral de abdomen y periumbilical (Foto 5 y Foto 6).

Este signo se lo ha descrito como el signo de Lanflet^{2, 3}, que consiste en la aparición de equimosis periumbilical o sobre la masa. En los casos que tenemos que diferenciar una masa intra abdominal de una perteneciente a la pared abdominal es necesario buscar el signo de Fothergill, en donde se realiza una contracción voluntaria de los músculos rectos (el paciente levanta la cabeza o sus piernas en la posición supina), con esta acción los hematomas del recto abdominal son fijos, mas dolorosos y mas sensibles a la palpación. Mientras que las masas intra abdominales no tienen estas características. ^{1, 10}



Foto 5. 3er día de hospitalización. Signo de Lanflet en abdomen de la paciente.



Foto 6. 3er día de hospitalización. Equimosis en flanco izquierdo más marcada.

Una de las dudas fue si era o no un caso quirúrgico. Este hematoma se lo puede clasificar como tipo II según la clasificación de 1996 (Tabla 1). Por ser una patología autolimitada es mejor tener una conducta expectante y de observación. Por lo tanto, no se le realizó ninguna intervención quirúrgica. Se controló su dolor con analgésicos IV y posteriormente analgésicos orales. Se completó con un diagnóstico y un tratamiento a su patología pulmonar que fue la causante de su sangrado.

Tipo I	Hematoma leve, intramuscular, unilateral que no disece la fascia adyacente al recto abdominal.
Tipo II	Hematoma moderado que disece la fascia adyacente al recto abdominal.
Tipo III	Hematoma severo que disece la fascia y se extiende a peritoneo y espacio prevesical.

Tabla 1: Clasificación según TAC del hematoma del recto abdominal. ^{1, 10}

Dentro del tratamiento tenemos un manejo conservador o invasivo. Las características clínicas del hematoma son la pauta para decidir que tipo de tratamiento se elige. Los hematomas tipo I no necesitan hospitalización. Los hematomas II y III es necesario hospitalización para observación de la evolución del hematoma.⁸ Si estamos frente a un sangrado activo con repercusión hemodinámica que no responde a la resucitación hídrica se decidirá el manejo invasivo con cirugía (evacuación del hematoma y ligadura del vaso sangrante) o con embolización.^{1, 2, 3.}

El tratamiento clínico consiste en analgésicos, antiinflamatorios, reposo y hielo. 2.4 Si el paciente está anticoagulado será necesario siempre hospitalizarlo para observación y revertir la anticoagulación en el caso de inestabilidad hemodinámica, expansión del hematoma o de anemia sintomática. 1,5.

La resolución del hematoma tipo I es en aproximadamente 1 mes, el tipo II en 2 a 4 meses y el tipo III necesita más de 3 meses. 1, 9

CONCLUSIÓN

El hematoma espontáneo de la vaina de los rectos es de difícil diagnóstico y deberá ser considerado como diagnóstico diferencial de abdomen agudo para definir un tratamiento conservador o invasivo. Es una patología de tejidos blandos por lo que, en este caso, fue manejada por el servicio de Cirugía Plástica. Es importante calificar adecuadamente al tipo de hematoma según sus características clínicas y complementar su estudio con técnicas de laboratorio y de imagen para tomar la decisión de una intervención quirúrgica.

Dentro del tratamiento tenemos un manejo conservador o invasivo. Las características clínicas del hematoma son la pauta para decidir que tipo de tratamiento se elige. Los hematomas tipo I no necesitan hospitalización. Los hematomas II y III es necesario hospitalización para observación de la evolución del hematoma.⁸ Si estamos frente a un sangrado activo con repercusión hemodinámica que no responde a la resucitación hídrica se decidirá el manejo invasivo con cirugía (evacuación del hematoma y ligadura del vaso sangrante) o con embolización.^{1, 2, 3.}

El tratamiento clínico consiste en analgésicos, antiinflamatorios, reposo y hielo. 2.4 Si el paciente está anticoagulado será necesario siempre hospitalizarlo para observación y revertir la anticoagulación en el caso de inestabilidad hemodinámica, expansión del hematoma o de anemia sintomática. 1,5.

La resolución del hematoma tipo I es en aproximadamente 1 mes, el tipo II en 2 a 4 meses y el tipo III necesita más de 3 meses. (1-9)

BIBLIOGRAFIA

1. Wan-Tau Cheng, Steven Dronen. Rectus Sheath Hematoma. Updated: Mar 18, 2011. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/artículo/776871-overview>.
2. García Bear, M^a D. Macías Robles. R.P. Escleroco. Demageo Barreiro, J.I. Jorge Barreiro. Hematoma espontáneo de la vaina del recto: un reto diagnóstico. Emergencias 2000; 12:262-271.
3. José Francisco Villena-Tovar. Hematoma de la vaina de los músculos rectos del abdomen. Informe de un caso. Rev Mex CIR 2010; 78:543-545.
4. M.P. García, M.L. Martín, O. Bonachía, J. Lázaro, T. Butrón, J. García, M. García, R. Ramos y M. Lomas. Hematoma espontáneo de la pared abdominal: una causa infrecuente de abdomen agudo. Cir Esp 2001; 69: 616-618.
5. Kaşım Çağlayan, Atilla Çelik. Spontaneous lateral abdominal wall hematoma as a complication of coughing: Case report and literature review. J. Exp. Clin. Med., 2009; 26:20-24.
6. Naoto Fukunaga, Shizuo Ikegaya, Junichiro Satomi and Koichi Saioh. Lateral abdominal wall hematoma as a rare complication after carotid artery stenting: a case report. World Journal of Emergency Surgery 2009, 4:50-41.
7. Simón Diego C, Fermi Romero I, Molins, Escobar B, Alarcón López A. Carrera, Gutiérrez J, Murillo Perogrins J et al. Hematoma de la vaina de los rectos: aportación de cuatro nuevos casos. Cir Esp 2000; 67:200-3.
8. Selin Kapan Ahmet N Turhan, Halil Alis, Mustafa U Kalayci, Sinan Hatipoglu, Hakan Yigitbas and Ersan Aygun. Rectus Sheath Hematoma: three case reports. Journal of Medical Case Reports 2008, 2:22.
9. Lindholm Erika, Bastidas Juan, Bostick Peter. Rectus Sheath Hematoma in a Healthy Woman. J Surg Radiol. 2011 Jul 1. 2 (3).
10. O Osinbowale and JR Bartholomew. Rectus sheath hematoma. Vasc Med November 2008 vol. 13 no. 4 275-279.
11. S Aksy, C Caltiskan, H Gonullu, O Dal, MA Korkut, N Erkan. Rectus sheath haematoma: a rare cause of abdominal pain. Hong Kong j.emerg.med. 2011; 18:161-165.
12. Meharaj D, Teolucksingh T, Perry A, Naraynsingh V. Rectus sheath haematoma: a new set of diagnostic features. Postgrad Med J 2002; 78:755-756.
13. Donaldson J, Knowles CH, Clark SK, Renfrew I, Lobo. Rectus Sheath Haematoma Associated with Low Molecular Weight Heparin: A Case Series. Ann R Coll Surg Engl. 2007 April; 89(3): 309-312.
14. Charles Wayne Parry, MD Bradley J. Phillips, MD. Rectus Sheath Hematoma: Review of an Uncommon Surgical Complication. Hospital Physician September 2001:56 35-37.

Hematoma de Recto Abdominal Espontáneo. Manejo por el Servicio de Cirugía Plástica. Reporte de un caso.

Dra. Romero Tamia*, Dr. Vega Santiago**, Dr. Samaniego Juan Fernando***

Dr. Sierra Diego****

* Médica Egresada de Cirugía Plástica - USFQ- HCAM

** Médico Posgradista de Cirugía Plástica. BA -USFQ-HCAM

*** Médico Tratante de Cirugía Plástica - HCAM

**** Jefe de Servicio de Cirugía Plástica - HCAM

*Coautor.

Correspondencia:

Dra. Tamia Romero Quezada

RESUMEN

El hematoma espontáneo de pared abdominal es una patología infrecuente y que debe ser considerado dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo. Su manejo depende de la presentación clínica y evolución de esta patología, por lo que la decisión de realizar un tratamiento quirúrgico debe ser certera.

Reportamos el caso de una paciente de 69 años de edad que es evaluada en emergencia presentando dolor abdominal agudo acompañado por una masa localizada en hemiabdomen superior. Las imágenes de gabinete iniciales reportaban una posible masa tumoral en pared abdominal por lo que se pidió una biopsia al servicio de Cirugía Plástica. Posteriormente las características clínicas y la TAC confirman que se trata de un hematoma de pared abdominal espontáneo causado por el esfuerzo físico de la tos. Se decide no realizar una intervención quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: Hematoma espontáneo, pared abdominal, músculo recto.

ABSTRACT

Spontaneous hematoma of the abdominal wall is an uncommon pathology and should be considered in the differential diagnosis of acute abdomen pain. Their management depends on clinical presentation and evolution of the disease, so the decision of surgical treatment must be accurate.

We present the case of a 69-year-old woman patient who is evaluated in emergency presenting with acute abdominal pain accompanied by a mass in upper abdomen. Images of staff reported a possible initial tumor mass in the abdominal wall so it is called a biopsy at the service of Plastic Surgery. Subsequently the clinical and CT confirmed that this is a spontaneous abdominal wall hematoma caused by physical effort of coughing. It was decided not to perform surgery.

KEY WORDS: Spontaneous hematoma, abdominal wall, rectus sheath.

INTRODUCCIÓN

El hematoma de la vaina de los rectos puede ser clasificado como postraumática y espontáneo, siendo la segunda infrecuente y se produce por rotura de la arteria epigástrica superior o inferior. Existe factores predisponentes en ciertos pacientes, siendo la tos uno de los antecedente más importantes. Puede cursar con inestabilidad hemodinámica por el sangrado, dolor abdominal y sensación de masa abdominal.

Se presenta un caso de una paciente quien llega con dolor abdominal de pocas horas de evolución al servicio de urgencias. Se descarta que sea una patología intrabdominal por lo que posteriormente se interconsulta

al Servicio de Cirugía Plástica para valoración y realización de biopsia de masa de pared abdominal diagnosticada por TAC.

CASO CLÍNICO

La paciente tiene 69 años de edad, sin alergias, no toma ninguna medicación. Tuvo dos embarazos. Refiere como antecedentes patológicos personales, una enfermedad respiratoria que no especifica de varios años de evolución. Acude al Hospital Carlos Andrade Marín a Emergencias por presentar de manera súbita, dolor abdominal tipo

continuo localizado en hemiabdomen superior y en forma de cinturón de 2 horas de evolución y que ha ido aumentando de intensidad. Al examen físico se encuentra diaforética, algica, con un abdomen distendido, doloroso en epigastrio y mesogastrio, ruidos hidroaéreos positivos, presencia de masa de 6cm de diámetro en hipocondrio izquierdo.

Los exámenes de laboratorio revelan tiempos de coagulación normales (TP 10.8", INR 0.98), biometría normal (Leucocitos 7190, Neu 54.8%, Hb 14.8, Hcto 45.7%, plaq. 281.400), electrolitos normales, creatinina normal, amilasa y lipasa dentro de parámetros normales. En la RX de abdomen se reporta ileo y en la ecografía, imagen de ecogenicidad heterogénea que mide aproximadamente 106mm x 54mm en hipocondrio izquierdo a nivel de pared abdominal.

A las 24 horas de su ingreso a emergencias se realiza una TAC de abdomen simple y contrastada (S/C) donde se evidencia masa a nivel de hipocondrio izquierdo

dependiente de tejido celular subcutáneo de 28cm x 6cm desde hipocondrio derecho hasta fosa iliaca izquierda (Foto 1 y Foto 2).

Fue evaluada por el servicio de gastroenterología y de Cirugía General quienes dan de alta por la presencia del tumor de partes blandas y no ser una patología intraabdominal. Dentro de las impresiones diagnósticas se debía descartar un fibrolipoma por lo que se interconsulta al servicio de Cirugía Plástica para una posible biopsia. Se evalúa nuevamente a la paciente y su anamnesis indica que desde hace 1 año presenta unos tos persistente con expectoración blanquecina. El dolor ha disminuido pero se palpa una masa a nivel de hipocondrio izquierdo de 12cm de diámetro y la presencia de equimosis a nivel de hipocondrio y flanco izquierdo, la cual apareció 48 horas después del inicio del dolor (Foto 3, Foto 4.). Igualmente se realizó una nueva biometría hemática que reveló la disminución del hematocrito de 10 puntos pero no hubo repercusión hemodinámica.

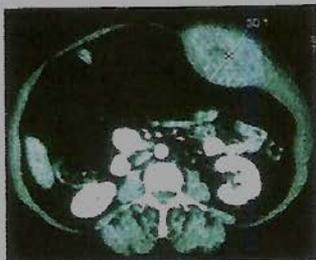


Foto 1. 1er día de hospitalización. TAC S/C de abdomen. Masa heterogénea en pared abdominal.



Foto 3. 48h de hospitalización. Vista superior del abdomen del paciente.



Foto 2. 1er día de hospitalización. TAC S/C de abdomen y pelvis corte sagital. Masa heterogénea en pared abdominal.



Foto 4. 48h de hospitalización. Vista lateral izquierda del abdomen del paciente.

La paciente permaneció 10 días hospitalizada en el servicio de Cirugía Plástica con diagnóstico de hematoma de pared abdominal y con un manejo expectante. Se decidió no realizar ninguna cirugía y manejar el dolor con analgésicos al inicio intravenosos y luego por vía oral. Neumología dio un control y un seguimiento a su patología pulmonar. Cirugía Plástica realizó un seguimiento mensual hasta los 3 meses con una resolución completa de los síntomas y signos a los 2 meses.

DISCUSIÓN

El hematoma de pared abdominal es una entidad infrecuente y que se presenta en pacientes con factores de riesgo: como HTA, uso de cumarínicos, trastornos de la coagulación, patología pulmonar.^{1, 2,3} En este caso la paciente presentaba tos de larga data sin un diagnóstico definitivo de su patología pulmonar. Ese síntoma produce un aumento de la presión a nivel de la vaina de los músculos rectos o del mismo músculo. La sensación de masa abdominal y/o el dolor se localiza con predominancia a nivel infraumbilical por ausencia de la vaina posterior del recto por debajo de la línea semicircular de Douglas, donde las arterias epigástricas se encuentran menos protegidas.^{3, 7}

Existe mayor frecuencia en las mujeres (3: 1)² debido al antecedente de estiramiento y posible lesión que sufren las arterias epigástricas con el aumento del perímetro abdominal por embarazo.⁴

Existen pocos datos estadísticos sobre frecuencia y mortalidad. En 1999, Klingler y col. encontraron una incidencia de 1.8% entre 1257 pacientes admitidos en el hospital con dolor abdominal y que fueron diagnosticados con ultrasonido. ¹ En algunos estudios, como el de Cerdán y colaboradores, se refieren dos casos por año, sin embargo es una entidad subdiagnosticada. La mortalidad se estima en un 4% y suele ser debida a shock hipovolémico, aunque aumenta al 18% en pacientes intervenidos e incluso al 25% en los anticoagulados.^{2, 4}

El instrumento diagnóstico esencial fue el examen de imagen mediante TAC que demostró una masa a nivel de pared abdominal de gran tamaño, unilateral, heterogéneo (densidad de grasa y músculo) intramuscular y a descartar su posible origen neoplásico; por lo que el servicio de Emergencias pide valoración por el servicio de Cirugía Plástica para la realización de una biopsia en quirófano.

La TAC tiene una sensibilidad y especificidad del 100% ² para el diagnóstico del hematoma de pared abdominal en las primeras 5 días de aparición.¹

Otras herramientas diagnósticas pueden ser ecografía y la RNM. Esta última nos ayuda a diferenciar hematomas de larga evolución con tumorações como lipomas, fibromas, liposarcomas⁴, a las 2 o 3 semanas de evolución los hematomas desarrollan un anillo concéntrico.⁴

Un signo importante que nos orientó al diagnóstico de hematoma y no masa tumoral, fue la evidencia posterior (2 días después del inicio del cuadro clínico) de zonas de equimosis a nivel de pared lateral de abdomen y periumbilical (Foto 5 y Foto 6).

Este signo se lo ha descrito como el signo de Lanfott^{2, 3}, que consiste en la aparición de equimosis periumbilical o sobre la masa. En los casos que tenemos que diferenciar una masa intra abdominal de una perteneciente a la pared abdominal es necesario buscar el signo de Fothergill, en donde se realiza una contracción voluntaria de los músculos rectos (el paciente levanta la cabeza o sus piernas en la posición supina), con esta acción los hematomas del recto abdominal son fijos, mas dolorosos y mas sensibles a la palpación. Mientras que las masas intra abdominales no tienen estas características. ^{1, 10}



Foto 5. 3er día de hospitalización. Signo de Lanfott en abdomen de la paciente.



Foto 6. 3er día de hospitalización. Equimosis en flanco izquierdo más marcado.

Una de las dudas fue si era o no un caso quirúrgico. Este hematoma se lo puede clasificar como tipo II según la clasificación de 1996 (Tabla 1). Por ser una patología autofimitada es mejor tener una conducta expectante y de observación. Por lo tanto, no se le realizó ninguna intervención quirúrgica. Se controló su dolor con analgésicos IV y posteriormente analgésicos orales. Se completó con un diagnóstico y un tratamiento a su patología pulmonar que fue la causante de su sangrado.

Tipo I	Hematoma leve, intramuscular, unilateral que no diseca la fascia anterior al recto abdominal
Tipo II	Hematoma moderado que diseca la fascia anterior al recto abdominal
Tipo III	Hematoma severo que diseca la fascia y se extiende a peritoneo y espacio prevesical

Tabla 1: Clasificación según TAC del hematoma del recto abdominal. ^{1, 10}

Dentro del tratamiento tenemos un manejo conservador o invasivo. Las características clínicas del hematoma son la pauta para decidir que tipo de tratamiento se elige. Los hematomas tipo I no necesitan hospitalización. Los hematomas II y III es necesario hospitalización para observación de la evolución del hematoma.⁸ Si estamos frente a un sangrado activo con repercusión hemodinámica que no responde a la resucitación hídrica se decidirá el manejo invasivo con cirugía (evacuación del hematoma y ligadura del vaso sangrante) o con embolización. 1, 2,3.

El tratamiento clínico consiste en analgésicos, antiinflamatorios, reposo y hielo. 2,4 Si el paciente está anticoagulado será necesario siempre hospitalizarlo para observación y revertir la anticoagulación en el caso de inestabilidad hemodinámica, expansión del hematoma o de anemia sintomática. 1,5.

La resolución del hematoma tipo I es en aproximadamente 1 mes, el tipo II en 2 a 4 meses y el tipo III necesita más de 3 meses. 1, 9

CONCLUSIÓN

El hematoma espontáneo de la vaina de los rectos es de difícil diagnóstico y deberá ser considerado como diagnóstico diferencial de abdomen agudo para definir un tratamiento conservador o invasivo. Es una patología de tejidos blandos por lo que, en este caso, fue manejada por el servicio de Cirugía Plástica. Es importante calificar adecuadamente al tipo de hematoma según sus características clínicas y complementar su estudio con técnicas de laboratorio y de imagen para tomar la decisión de una intervención quirúrgica.

Dentro del tratamiento tenemos un manejo conservador o invasivo. Las características clínicas del hematoma son la pauta para decidir que tipo de tratamiento se elige. Los hematomas tipo I no necesitan hospitalización. Los hematomas II y III es necesario hospitalización para observación de la evolución del hematoma.⁸ Si estamos frente a un sangrado activo con repercusión hemodinámica que no responde a la resucitación hídrica se decidirá el manejo invasivo con cirugía (evacuación del hematoma y ligadura del vaso sangrante) o con embolización. 1, 2,3.

El tratamiento clínico consiste en analgésicos, antiinflamatorios, reposo y hielo. 2,4 Si el paciente está anticoagulado será necesario siempre hospitalizarlo para observación y revertir la anticoagulación en el caso de inestabilidad hemodinámica, expansión del hematoma o de anemia sintomática. 1,5.

La resolución del hematoma tipo I es en aproximadamente 1 mes, el tipo II en 2 a 4 meses y el tipo III necesita más de 3 meses. (1-9)

BIBLIOGRAFÍA

1. Wan-Tsu Cheng, Steven Dronen. Rectus Sheath Hematoma. Loosetel: Mar 16, 2011. Disponible en: <http://medscape.com/articulo/776871-ovar/lea/>.
2. García Bear, M^a D. Macías Robles, R.F. Escribano Domínguez Barreiro, J.I. Jorge Barreiro. Hematoma espontáneo de la vaina del recto: un reto diagnóstico. *Emergencias* 2000; 12:269-271.
3. José Francisco Villena-Tovar. Hematoma de la vaina de los músculos rectos del abdomen. Informe de un caso. *Rev Mex CIR* 2010; 76:543-545.
4. M.P. García, M.L. Martín, O. Bonachia, J. Lázaro, T. Butrón, J. García, M. García, R. Ramos y M. Lomas. Hematoma espontáneo de la pared abdominal: una causa infrecuente de abdomen agudo. *Cir Esp* 2001; 69: 616-618.
5. Kasim Çağlayan, Atilla Çelik. Spontaneous lateral abdominal wall hematoma as a complication of coughing: Case report and literature review. *J. Exp. Clin. Med.*, 2009; 26:20-24.
6. Naoto Fukunaga, Shizuo Ikeyama, Junichiro Satomi and Koichi Satoh. Lateral abdominal wall hematoma as a rare complication after carotid artery stenting: a case report. *World Journal of Emergency Surgery* 2009, 4:39-41.
7. Simón Diego C, Ferrí Romero I, Molina, Escobar B, Alarcón López A, Carrera, Gutiérrez J, Murillo Peregrina J et al. Hematoma de la vaina de los rectos: aportación de cuatro nuevos casos. *Cir Esp* 2000; 67:200-3.
8. Solin Kapan Ahmet N Turhan, Halil Alis, Mustafa U Kalayci, Sinan Halpoglu, Hakan Yigitbas and Ersan Aygun. Rectus Sheath Hematoma: three case reports. *Journal of Medical Case Reports* 2008, 2:22.
9. Lindholm Erika, Bastidas Juan, Bostick Peter. Rectus Sheath Hematoma In a Healthy Woman. *J Surg Radiol.* 2011 Jul 1, 2 (3).
10. O Osinbowale and JR Bertholomew. Rectus sheath hematoma. *Vasc Med* November 2008 vol. 13 no. 4 275-279.
11. S Akay, C Calliskan, H Gonullu, O Dalt, MA Korkut, N Erkan. Rectus sheath hematoma: a rare cause of abdominal pain. *Hong Kong J emerg med.* 2011; 18:161-165.
12. Maharaj D, Teelucksingh T, Perry A, Naraynsingh V. Rectus sheath haematoma: a new set of diagnostic features. *Postgrad Med J* 2002; 78:755-756.
13. Donaldson J, Knowles CH, Clark SK, Renfrew I, Lobo. Rectus Sheath Haematoma Associated with Low Molecular Weight Heparin: A Case Series. *Ann R Coll Surg Engl.* 2007 April; 89(3): 309-312.
14. Charles Wayne Perry, MD Bradley J. Phillips, MD. Rectus Sheath Hematoma: Review of an Uncommon Surgical Complication. *Hospital Physician* September 2001:56 35-37.

www.radla2014.com



XXXII Reunión Anual de Dermatólogos Latinoamericano

2-5 mayo 2014 · Santiago de Chile · Espacio Riesco



PROGRAMA OFICIAL





CIRUGÍA PLÁSTICA

Sociedad Ecuatoriana de Cirugía Plástica
Reconstructiva y Estética

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN CIENTÍFICA DE LA SECPRE

La Recuperación de la Proporción Estética de la Estructura Máxilo-Mandibular en los Pacientes con Bi-retrusión Facial mediante Osteotomía Maxilar y Distracción Mandibular

Alojenosis Iatrogénica, Efectos Indeseables por Infiltración de Modelantes

Reconstrucción Mamaria Postmastectomía con Expansor Cutáneo y Prótesis Anatómicas de Gel de Silicona

Lesiones Por Presión. Normatización Quirúrgica

SECPRE

Volumen 3 2012

II Jornadas Nacionales de Especialidades Quirúrgicas 2012

Septum Rinoplastia

Dr. Santiago Vega

Simetría

- División de la cara en 4 cuadrantes
 - Un eje vertical y un eje horizontal
 - Un eje horizontal a nivel de los ojos y modiales

Simetría Nasal

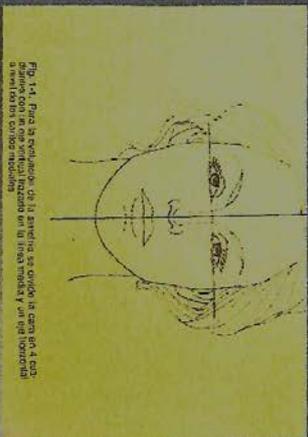


Fig. 14. Para la evaluación de la simetría se divide la cara en 4 cuadrantes con un eje vertical trazado en el nivel de los ojos y un eje horizontal a nivel de los cuernos modiales.

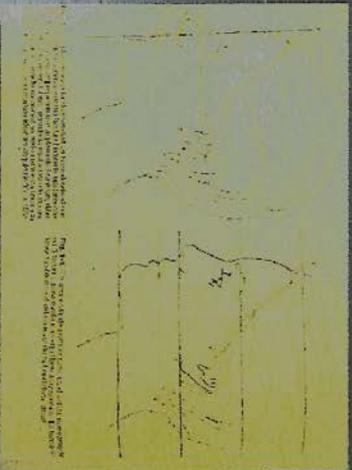
Simetría

- Se traza 4 líneas horizontales principales
 - Línea de implantación
 - Línea de simetría
 - Línea de simetría
 - Línea de simetría
- En la cara arriñonosa los 3/5 deben ser de igual altura
 - La base de la nariz debe estar a los 2/3 del centro de las líneas verticales precedentes
 - En la resolución todo se construye a partir de un sólo punto de línea



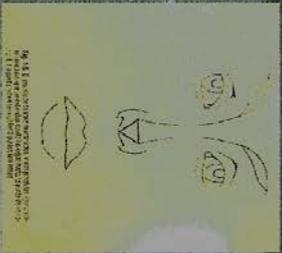
Simetría

- Plano horizontal de Frankfort se traza desde el centro del CME hasta el labio inferior inferior
- Una línea perpendicular a la de Frankfort se dibuja por delante de los labios y tiene la convexidad facial
- El ángulo nasolabial debe ser entre 90° y 100° grados



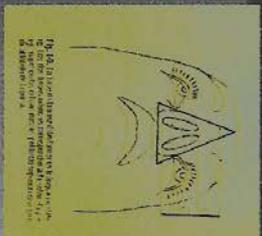
Simetría

- El puente de la nariz debe dibujar 2 líneas paralelas ligeramente concavas que se extienden desde cerca hasta punta nasal.
- En la punta se observan 3 puntos luminosos.



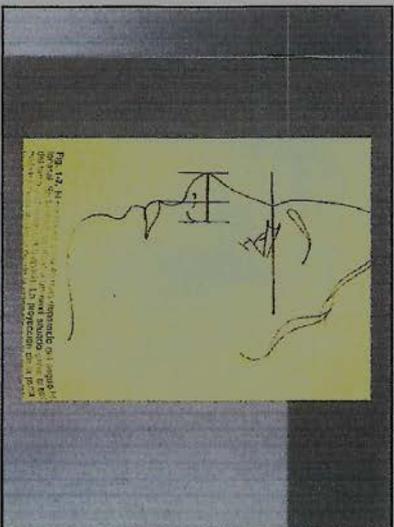
Simetría

- La base de la nariz debe formar un triángulo equilátero.
- 2/3 mayores son de la columna y eje mayor de los orificios nasales.
- 1/3 superior correspondiente al labio de la punta.



Simetría

- El nasion es el punto de partida del ángulo frontobasal.
- Se traza un línea entre el borde del ojo y el borde de párpado.
- La proyección de la punta se mide trazando una línea desde la unión al ángulo hasta la quinta cruzada por una línea vertical tangente al labio superior.
- Cuando más del 50% de la punta se proyecta de la línea vertical se considera una proyección exagerada.



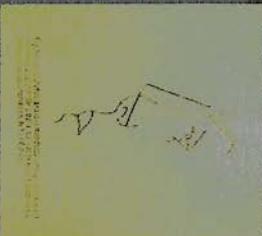
Simetría

- El dorso debe tener unos 2mm por detrás de la línea que va desde el nasion a la punta



Simetría

- La longitud nasal se mide desde el nasion hasta el punto de máxima proyección de la punta
- La relación entre longitud nasal y proyección debe ser 1:0,6



Simetría

- En el perfil los orificios nasales se ven como óvalos angostos, que son divididos en partes iguales por el eje mayor
- Las alteraciones de esta regla corresponden a las alteraciones de la longitud alar o de la posición de la columela.





Anatomía quirúrgica

■ Tabique nasal

1. Huesos nasales
2. Lámina perpendicular del etmoides
3. Hueso vomer
4. Hueso palatino
5. Esfeno nasal
6. Cartilago del tabique
7. Septum cartilagineo membranoso



Anatomía quirúrgica

■ Tejidos blandos

1. piel
2. TCS superficial
3. Capa fibromuscular con fascia superficial y profunda
4. TCS profundo
5. Lámina fibrosa profunda del lig. inclave al reborde pterigomaxilar y lig. amigdalinas



Anatomía quirúrgica

■ Músculos de la nariz

1. Piramidal
2. Elevador del ala superior y de la nariz
3. Alar lateral
4. Alar medial
5. Depresor del tabique nasal
6. Transverso de la nariz
7. Alar lateral
8. Elevador anterior del ala inferior del ala nasal (Dilator anterior del orificio nasal)



Anatomía quirúrgica

■ Arterias de la nariz

1. Art. facial
2. Art. Angular
3. Art. Labial inferior
4. Rama alar inferior
5. Rama alar superior
6. Art. Dorsal de la nariz
7. Rama terminal de la art. etmoidal anterior



Anatomía quirúrgica

Nervios de la nariz

- 1. N. etmoidal anterior
- 2. Ramos terminales del n. etmoidal anterior
- 1. N. infraorbitario
- 2. N. infraorbitales



7/29/2015



7/29/2015

Trabajos Científicos · POSTERS

Cáncer de piel no Melanoma

- PE-171** CARCINOMA SARCOMATOIDE. REPORTE DE UN CASO / SM Mancía Zelaya · J Recalde · B Di Martino · L Bolla · M Rodríguez · O Knopfmacher · O Knopfmacher / Hospital de Clínicas Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Asunción/ Paraguay
- PE-183** MICOSIS FUNGOIDE VARIEDAD POIKILODÉRMICA, A PROPÓSITO DE DOS PACIENTES / M Cuesta · M Vola · ME Mazzei · J Barcia / Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas, Montevideo/ Uruguay
- PE-246** MICOSIS FUNGOIDES SOLITARIA: INFORME DE UN CASO EN PACIENTE PEDIÁTRICO TRATADO CON RESECCIÓN QUIRÚRGICA / IA Esquivel · BA Torres-Alvarez · D Hernández / Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí/ México
- PE-333** ESPIRADENOMA ECRINO MÚLTIPLE / NP Machado · S Vega · J Flores · F Cabrera / Hospital Carlos Andrade Marín Quito/ Ecuador
- PE-379** LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES CD 30+. ¿MICOSIS FUNGOIDE TRANSFORMADA? / MJ Blanzari · J Llenas · D Litvack · S Pereyra · M Herrero · A Guidi · A Guidi · M Papa / Clínica Universitaria Reina Fabiola - Hospital Córdoba, Córdoba/ Argentina
- PE-440** CARCINOMA EPIDERMÓIDE METASTÁSICO: REPORTE DE 3 CASOS / N Lascano · S Palacios / Centro de la piel. CEPI, Quito/ Ecuador
- PE-457** USO DO ULTRASSOM DE ALTA FREQUÊNCIA (22MHz) NA DIFERENCIAÇÃO ENTRE HIDROCISTOMA E CARCINOMA BASOCELULAR / Elisa Barcaui · Antonio Carlos Pires Carvalho · Paulo Marcos Valiante · Juan Piñeiro-Maceira · Carlos Baptista Barcaui / Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro/ Brasil
- PE-463** ACROMETÁSTASE ASSOCIADA A CÂNCER DE PULMÃO: RELATO DE CASO / Vanessa de Sousa Mançano · Maria Isabel Ramos Saraiva · Luiz Octávio Baldin Caltran · Agnes Mayumi Nakano Oliveira · José Rodrigues Pereira / Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP) / Brasil
- PE-465** CARCINOMA ESPINOCELULAR RÁPIDAMENTE PROGRESIVO EN PACIENTE PORTADOR DE LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA / MJ Pérez Anker · C Guebenlián · A de Cunto · C Agorio / Cátedra de Dermatología, Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Montevideo/ Uruguay
- PE-500** CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL, A PROPÓSITO DE UN CASO / V Vial 1 · D Pérez 2 / 1. Consultorio Los Bajos San Agustín, Calera de Tango 2. CESFAM Hermanos Carrera, Vallenar/ Chile
- PE-519** DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS VARIEDAD FIBROSARCOMATOSO Y PIGMENTADO / MS Bertolo · MV Fuentelsaz · J Arellano · C Misad · C Desde / Servicio de Dermatología Hospital San Juan de Dios, Sede Occidente Universidad de Chile, Santiago, / Chile
- PE-556** CARCINOMA ESCAMOMELANOCÍTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO / PF Silva 1 · G Pino 1 · M Lefimil 1 · C Monsalves 1 · L Carreño 2 / 1. Hospital Las Higueras, Talcahuano 2. Universidad de Chile, Santiago/ Chile
- PE-562** MICOSE FUNGÓIDE HIPOCRÔMICA EM PACIENTE JOVEM / Andressa Rocha Siepierski · Monice Da'Alago Tomasi · Stephanie Alcantara Espinoia · Isabela Fernandes · Rosa Cascone · Luiza Dantas Dupin · Luiza Dantas Dupin / BWS - Instituto de pós graduação, São Paulo / Brasil
- PE-565** ENFERMEDAD DE BOWEN A PROPÓSITO DE UN CASO / C Quiroga · S Encinas · F Rollano / Hospital de Clínicas Universitario, La Paz/ Bolivia