

# La Prensa Médica Argentina

Fundada  
el 10 de junio de 1914



Director: Dr. Pablo A. López

Directores Asociados:  
Dr. Manuel L. Martí  
Dr. Eduardo Saad

Dr. Ariel P. López - Asistente del Director

## CONSEJO ASESOR

Dr. Osvaldo González Aguilar  
*Cirugía de cabeza y cuello*

Dr. Daniel Cione *Diagnóstico por imágenes*

Dr. Luis Chiappetta Porras *Cirugía*

Dr. Marcelo Corti *Infectología*

Dr. Daniel Piñeiro *Cardiología*

Dr. Carlos Luna *Neumonología*

Dr. Miguel Ángel Allevato *Dermatología*

Dr. Mario S. Palermo *Obstetricia*

Dr. Jorge D. Lemus  
*Epidemiología y Salud Pública*

Dr. Manuel Montesinos *Cirugía General*

Dr. Hugo Said Alume *Cirugía oncológica*

Dr. Carlos Damin *Toxicología*

Dr. Miguel Ayerza *Ortopedia*

Dr. Pablo Chiaradía *Oftalmología*

Dr. Carlos Kukso *Otorrinolaringología*

Dr. Federico Micheli *Neurología*

Dr. Juan Sordá *Gastroenterología*

Dr. Ariel P. López *Genética y Biología Molecular*

Dr. Miguel L. Podestá *Urología*



Premio: MAESTRO DE LA MEDICINA ARGENTINA®  
es marca registrada de Ediciones Médicas del Sur  
Visite nuestro website: [www.prensamedica.com.ar](http://www.prensamedica.com.ar)

Editores: EDICIONES MEDICAS DEL SUR SRL

Director Editorial: Claudio Alberto López

Gerente

email: [ediciones@prensamedica.com.ar](mailto:ediciones@prensamedica.com.ar) / [edimedsur@hotmail.com](mailto:edimedsur@hotmail.com)

Junín 917 - p. 2° "D" (C1113AAA) Buenos Aires. Telefax (54-11) 4961-9213



# La Prensa Médica Argentina

## ÍNDICE

Mayo 2018  
Vol. 104 - N° 3

- 
- 109 LEPRA DIMORFA LEPROMATOSA CONYUGAL  
Y. C. Valencia, A. Sehtman, C. Roncoroni, E. Covián, M. Allevato
- 
- 114 ANETODERMIA SECUNDARIA A SÍFILIS  
D. Dávila, J. P. Valdivieso, A. Sehtman, M. A. Allevato, M. Marini
- 
- 118 CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA EN PACIENTE HIV CON CD4 MAYOR A 500. REVISIÓN  
BIBLIOGRÁFICA Y REPORTE DE UN CASO  
N. Camo; S. Daquila; G. Garro; C. Giuliano; L. Orihuela Rocha; S. Aguirre
- 
- 124 NUESTRA EXPERIENCIA Y CONDUCTA TERAPEUTICA EN LA HERNIA INGUINAL  
COMPLICADA  
E. Gómez, C. Padilla, F. Marizcurena, S. Carrizo, J. Martínez Peluaga, A. Martín,  
B. Taborda, M. Sánchez, Ch. Janikow, P. E. Lada
- 
- 130 FACTORES SOCIALES EN LA VIVENCIA DEL CUERPO DE MUJERES CON PESO NORMAL Y  
CON OBESIDAD: ROL DE LA MADRE, EL PADRE Y LA PAREJA  
F. Díaz-Castrillón, C. Cruzat-Mandich, C. Barros-Aylwin, C. Moore-Infante, V. Silva-Mack
- 
- 147 GRANULOMATOSIS DE WEGENER. A PROPÓSITO DE UN CASO  
A. J. Vanrell, J. Peralta, A. Saez, M. A. Rodríguez Sáenz
- 
- 151 PROTOCOLO FAST TRACK ("RAPIDA IMPLEMENTACION") DISMINUYE EL TIEMPO DE  
ESTADÍA HOSPITALARIA, Y EL TIEMPO DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN POR VÍA BUCAL,  
EN EL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA COLORECTAL ELECTIVA  
J. Garza-Sánchez, A. J. Montiel-Jarquín, E. García-Cano, O. Espinosa-González,  
I. López-Peralta; E. Amaro-Balderas; J. Loria-Castellanos
- 

La Prensa Médica Argentina (ISSN: 0032-745X) es marca registrada de Ediciones Médicas del Sur SRL.  
Publicación mensual de marzo a diciembre, 10 números por año. Precio de la suscripción anual: \$600.-  
Para reprints de artículos de años anteriores, dirigirse a [acabiblio@biblioteca.anm.edu.ar](mailto:acabiblio@biblioteca.anm.edu.ar)

Visite nuestra página web para mayor información: [www.prensamedica.com.ar](http://www.prensamedica.com.ar)  
Teléfono: 54-11-4961-9213 / E-mail: [edimedsur@hotmail.com](mailto:edimedsur@hotmail.com) / [presmedarg@hotmail.com](mailto:presmedarg@hotmail.com)  
Junín 917 - 2° D (COD.1113AAA) Buenos Aires



 **Flogocox**  
etoricoxib

**ACCIÓN SELECTIVA CONTRA  
EL DOLOR Y LA INFLAMACIÓN**

• Rapidez analgésica y persistencia del efecto durante 24 horas <sup>1</sup>

• Excelente tolerabilidad gastrointestinal <sup>2</sup>

• Seguridad Cardiovascular <sup>3</sup>



Presentaciones:

Flogocox 60 mg: Envases por 28 comprimidos.  
Flogocox 90 mg: Envases por 14 y 28 comprimidos.  
Flogocox 120 mg: Envases por 7 comprimidos.

 **Bagó**

1. Malmstrom K, et al. Etoricoxib in acute pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and active comparator-controlled dose-ranging study. Clin Ther. 2004 May;26(5):667-79. 2. Zacher J, et al. A comparison of the therapeutic efficacy and tolerability of etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis. Curr Med Res Opin. 2003;19(8):725-36. 3. Curtis SP, et al. Pooled analysis of thrombotic cardiovascular events in clinical trials of the COX-2 selective inhibitor etoricoxib. Curr Med Res Opin. 2006 Dec;22(12):2365-74.



# La Prensa Médica Argentina

## CONTENTS

May 2018  
Vol. 104 - N° 3

- 
- 109 LEPROMATOUS DIMORPHIC LEPROSY IN SPOUSES  
Y. C. Valencia, A. Sehtman, C. Roncoroni, E. Covián, M. Allevato
- 
- 114 ANETODERMA SECONDARY TO SYPHILIS. CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW  
D. Dávila, J. P. Valdivieso, A. Sehtman, M. A. Allevato, M. Marini
- 
- 118 DISSEMINATED CRYPTOCOCCOSIS AMONG AN HIV-INFECTED PERSON WITH CD4 HIGHER THAN 500 cel/ $\mu$ l  
N. Camo; S. Daquila; G. Garro; C. Giuliano; L. Orihuela Rocha; S. Aguirre
- 
- 124 AUTHOR'S EXPERIENCE AND THERAPEUTIC MANAGEMENT WITH COMPLICATED INGUINAL HERNIA  
E. Gómez, C. Padilla, F. Marizcurena, S. Carrizo, J. Martínez Peluaga, A. Martín, B. Taborda, M. Sánchez, Ch. Janikow, P. E. Lada
- 
- 130 SOCIAL FACTORS THAT AFFECT THE CORPORAL EXPERIENCE IN NORMAL WEIGHT AND OBESE WOMEN : THE MOTHER'S ROLE, THE FATHER AND THE COUPLE  
F. Díaz-Castrillón, C. Cruzat-Mandich, C. Barros-Aylwin, C. Moore-Infante, V. Silva-Mack
- 
- 147 WEGENER'S GRANULOMATOSIS : A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE  
A. J. Vanrell, J. Peralta, A. Saez, M. A. Rodríguez Sáenz
- 
- 151 FAST TRACK DECREASES THE HOSPITAL STAY, THE TIME OF BEGINING OF ORAL FEEDING IN THE PATIENT UNDERGOING ELECTIVE COLORECTAL SURGERY  
J. Garza-Sánchez, A. J. Montiel-Jarquín, E. García-Cano, O. Espinosa-González, I. López-Peralta; E. Amaro-Balderas; J. Loria-Castellanos
- 

La Prensa Médica Argentina (ISSN: 0032-745X) is published monthly from march to december, 10 issues per year, 1 volume per year, by Ediciones Médicas del Sur SRL (Junín 917 - 2° D - [C1113AAA] Buenos Aires, Argentina).  
e-mails [ediciones@prensamedica.com.ar](mailto:ediciones@prensamedica.com.ar) / [presmedarg@hotmail.com.ar](mailto:presmedarg@hotmail.com.ar)

Instructions appear on the web site: [www.prensamedica.com.ar](http://www.prensamedica.com.ar)  
For reprints of former issues ask to: [acabiblio@biblioteca.anm.edu.ar](mailto:acabiblio@biblioteca.anm.edu.ar)

 **DIOCAM**<sup>®</sup>  
CLONAZEPAM 0,5 / 1 / 2 / SL 0,25 mg

*La vida está ahí,  
simple y tranquila...*

Paul Verlaine



## PRESENTACIONES

**DIOCAM SL 0,25 MG:**

envase de 30 comprimidos sublinguales

**DIOCAM 0,5 - 1 - 2 MG:**

envases de 30 y 60 comprimidos



Para más información  
sobre DIOCAM<sup>®</sup>  
visite nuestra web:  
[www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar)

Gador   
Al Cuidado de la Vida

DIOCAM® 0,50-1-2. Comprimidos. DIOCAM®SL 0,25. Comprimidos sublinguales. Venta bajo receta archivada. COMPOSICION: Cada comprimido de clonazepam 0,50-1-2 mg contiene: clonazepam 0,50-1-2 mg, respectivamente. Cada comprimido sublingual contiene: clonazepam 0,25 mg; excipientes c.s. ACCION TERAPEUTICA: Antiepiléptico, ansiolítico. INDICACIONES: Trastornos de ansiedad: trastorno de angustia (ataque de pánico) con o sin agorafobia (DSM IV). Trastornos comiciales: indicado solo o como adyuvante, en el tratamiento del síndrome de Lennox-Gastaut, crisis convulsivas acinéticas y mioclónicas. Clonazepam puede ser empleado en pacientes con Petit-Mal que no han respondido a succinimidas y como fármaco de segunda elección en el síndrome de West. POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACION: Trastornos de Ansiedad: Ataque de pánico con o sin agorafobia: Adultos: La dosis inicial es 0,25 mg 2 veces al día. Puede aumentarse hasta una dosis de 1 mg/día cada 3 días. Dosis mayores a 1 mg/día fueron menos efectivas y estuvieron asociadas con mayor incidencia de efectos adversos. No obstante, es posible que algunos pacientes puedan beneficiarse con dosis de hasta 4 mg/día, aunque en estas circunstancias, la dosis debe incrementarse en aumentos de 0,125 a 0,25 mg 2 veces al día cada 3 días hasta el control de los síntomas o la aparición de efectos adversos. Para disminuir la somnolencia, se recomienda la administración de una sola dosis al acostarse. En las crisis agudas de pánico y/o ansiedad, administrar un comprimido sublingual de 0,25 mg. Se recomienda que el tiempo de permanencia debajo de la lengua no sea menor de 3 minutos, sin deglutir ni masticar. No existe evidencia disponible sobre cuál es el lapso de tratamiento, el médico que prescribe clonazepam durante períodos extensos debe reevaluar periódicamente la utilidad del fármaco de acuerdo con los resultados obtenidos en cada paciente. No existe experiencia en ensayos clínicos para tratar con clonazepam a pacientes con trastorno de pánico en menores de 18 años de edad. Trastornos comiciales: Adultos: La dosis inicial no debe superar 1,5 mg/día dividida en 3 tomas. La dosis puede incrementarse en aumentos de 0,5 a 1 mg cada 3 días hasta controlar adecuadamente las convulsiones o hasta que los efectos adversos no permitan incrementos adicionales de la dosis. La dosis de mantenimiento debe individualizarse para cada paciente dependiendo de la respuesta clínica. Por lo general, suele ser suficiente con una dosis de mantenimiento de 3-6 mg diarios. La máxima dosis diaria recomendada es 20 mg. El uso de múltiples agentes anticonvulsivantes puede producir un incremento de los efectos adversos depresores del Sistema Nervioso Central. Niños: La dosis inicial para lactantes y niños de hasta 10 años (o hasta 30 kg de peso) es de 0,01-0,03 mg/kg/día, divididos en 2 o 3 tomas. La dosis puede irse aumentando en 0,25-0,5 mg cada 72 horas hasta que se alcance una dosis de mantenimiento aproximada de 0,1 mg/kg/día, que desaparezcan por completo las convulsiones o que los efectos secundarios impidan seguir aumentando la dosis. La dosis máxima en niños de hasta 10 años es de 0,2 mg/kg/día. Siempre que sea posible, la dosis diaria deberá dividirse en tres tomas iguales, si las dosis no se distribuyen equitativamente, la más alta deberá administrarse por la noche antes de acostarse. Para niños y adolescentes de 10-16 años, la dosis inicial es de 1-1,5 mg/día, divididos en 2 o 3 tomas. Esta dosis puede irse aumentando en 0,25-0,5 mg cada 72 horas hasta que se alcance la dosis de mantenimiento individual (por lo general, de 3-6 mg/día). Clonazepam puede administrarse simultáneamente con otros, uno o más fármacos antiepilépticos, en cuyo caso habrá que ajustar la dosis de cada fármaco para conseguir el efecto deseado. Ancianos: Se debe tener especial cuidado durante el ajuste a dosis elevadas en estos pacientes. Pacientes con insuficiencia renal: De acuerdo con los estudios farmacocinéticos no se precisa ningún ajuste posológico en estos pacientes. Pacientes con alteraciones de la función hepática: No existen datos disponibles que indiquen si la insuficiencia hepática influye sobre la farmacocinética de clonazepam. Suspensión del tratamiento: El tratamiento con clonazepam, no debe suspenderse de forma abrupta, sino gradualmente. Se deberá reducir lentamente la dosis, por ej: 0,125 mg cada 3 días. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad conocida al clonazepam, a las benzodiacepinas o a algunos de sus excipientes. Insuficiencia respiratoria severa o insuficiencia hepática severa. Pacientes en coma, con abuso de drogas o alcohol o con glaucoma de ángulo estrecho. ADVERTENCIAS: Los pacientes que reciban clonazepam deben ser advertidos que esta droga puede reducir el nivel de alerta, por lo que no deben operar maquinarias riesgosas o manejar vehículos. El efecto depresor sobre el SNC puede ser potenciado por alcohol y drogas depresoras. Como ocurre con otros antiepilépticos, el tratamiento con clonazepam no debe suspenderse en forma abrupta, sino que la dosis se reducirá escalonadamente. La suspensión brusca puede provocar síntomas de abstinencia. Abuso y dependencia: El consumo de benzodiacepinas puede conducir al desarrollo de dependencia física y psíquica con estos productos. El riesgo de dependencia aumenta con la dosis y la duración del tratamiento y es > en pacientes con antecedentes de drogadicción. Se han producido con posterioridad a la suspensión abrupta del tratamiento, síntomas de abstinencia similares a los observados con barbitúricos y alcohol. PRECAUCIONES: Se han notificado casos de ideación y comportamiento suicida en pacientes en tratamiento con antiepilépticos para varias indicaciones. No se conoce el mecanismo de este riesgo y los datos disponibles no excluyen la posibilidad de un incremento del riesgo para clonazepam. Por lo tanto, se debe controlar la aparición de signos de ideación y comportamiento suicida en los pacientes y valorar el tratamiento adecuado. Cuando el clonazepam se utiliza en pacientes en quienes coexisten diferentes tipos de trastornos convulsivos, puede aumentar la incidencia o precipitar el comienzo de convulsiones tónico-clónicas generalizadas y requerir la administración de otros antiepilépticos. El uso simultáneo de ácido valproico puede producir crisis de ausencia. Se debe administrar con precaución a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, y en pacientes con apnea del sueño. Administrar con especial precaución a pacientes con insuficiencia renal ya que la droga es excretada por riñón. Evitar asociar con alcohol y/o depresores del SNC ya que pueden incrementar los efectos clínicos del clonazepam (sedación severa, depresión respiratoria y/o cardiovascular). Precaución en pacientes con dificultad para manejar secreciones ya que clonazepam puede incrementar la producción de saliva y secreción bronquial. Pacientes con Intolerancia a la lactosa no deben tomar este medicamento. En pacientes con porfiria, clonazepam debe ser utilizado con precaución porque puede tener un efecto porfirigénico. El tratamiento con clonazepam, así como con otros benzodiacepínicos puede originar dependencia. Pruebas de laboratorio durante el uso prolongado: Efectuar hemogramas y test de función hepática periódicos durante el tratamiento a largo plazo con clonazepam. Uso en Embarazo: Debido a la experiencia acumulada con otros miembros de la familia de las benzodiacepinas, se asume que el clonazepam es capaz de producir un aumento en el riesgo de anomalías congénitas cuando se administra a mujeres embarazadas durante el primer trimestre. Su empleo debe evitarse especialmente durante el primer trimestre del embarazo. El médico evaluará la relación riesgo/beneficio en caso de ser estrictamente necesario. Lactancia: Las madres tratadas con clonazepam no deben amamantar. Si el tratamiento se considera absolutamente necesario, debe abandonarse la lactancia materna. Riesgos de la suspensión abrupta: la suspensión abrupta de clonazepam, particularmente en los pacientes sometidos a terapias anticomiciales con altas dosis y prolongadas, puede precipitar el estado epiléptico. Por ello es prudente disminuir el régimen de dosificación de manera gradual cuando se va a interrumpir la terapia con clonazepam. A medida que se produce la suspensión gradual, es posible que sea necesario recurrir a una terapia simultánea de sustitución con otro anticonvulsivante. Interacciones Medicamentosas: Clonazepam puede administrarse simultáneamente con otros antiepilépticos. La adición de un nuevo fármaco a la pauta terapéutica debe llevar consigo una cuidadosa valoración de la respuesta al tratamiento, pues aumenta el riesgo de reacciones adversas. Si se decide asociar varios antiepilépticos, será preciso ajustar la dosis de cada uno para conseguir el efecto deseado. La fenitoina, fenobarbital, carbamazepina y ácido valproico pueden aumentar el aclaramiento renal y por ello disminuir los niveles séricos de clonazepam cuando se administran simultáneamente. El clonazepam no es un inductor de las enzimas responsables de su propio metabolismo. La asociación con ácido valproico ocasionalmente ha llevado a un status epiléptico tipo "pequeño mal". Cuando se coadministra clonazepam con depresores del SNC incluyendo el alcohol, los efectos sobre la sedación, respiración y la hemodinámica pueden verse intensificados. REACCIONES ADVERSAS: Las más frecuentes son: Trastornos del sistema inmunológico: Reacciones alérgicas y casos aislados de anafilaxis. Trastornos psiquiátricos: Disminución de la capacidad de concentración, inquietud, confusión y desorientación. Se han observado las siguientes reacciones paradójicas: excitación, irritabilidad, comportamiento agresivo, agitación, nerviosismo, hostilidad, ansiedad, trastorno del sueño, pesadillas y sueños vívidos. Sistema Nervioso Central: Somnolencia, lentitud en los reflejos, hipotonía muscular, mareos, ataxia. Trastornos oculares: Nistagmus. Trastornos Cardíacos: Casos de insuficiencia cardíaca incluyendo paro cardíaco. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: Depresión respiratoria, sobre todo si el clonazepam se administra por vía IV. Trastornos musculoesqueléticos: Debilidad muscular. Trastornos generales: Cansancio. Lesiones traumáticas, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos terapéuticos: Aumento del riesgo de caídas y fracturas en pacientes ancianos que toman benzodiacepinas. Población Pediátrica: Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: Clonazepam puede causar un aumento de la producción de saliva o de secreción bronquial. Ante la presencia de eventos adversos agradeceremos comunicarse telefónicamente al 0800-220-2273 (CARE) o por mail a farmacovigilancia@gador.com. PRESENTACIONES: DIOCAM®: envases conteniendo 30, 50 y 60 comprimidos. DIOCAM® SL: envases conteniendo 30 comprimidos sublinguales. GADOR S.A. Darwin 429 - C1414CUI - Buenos Aires - Tel: (011) 4858-9000. Para mayor información, leer el prospecto completo del producto o consultar en www.gador.com.ar. Fecha de última revisión ANMAT: Ene-2014.

# REMPEC

ESCITALOPRAM



Remisión temprana

Favorece la motivación

Mínimas Interacciones

Economía de tratamiento



**Rápida acción antidepresiva en pacientes polimedicados**



Rempec 10 - Rempec 20: envase conteniendo 30 comprimidos recubiertos.



# UCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERAS DE GRADO

**Medicina**

**Odontología**

**Lic. en Nutrición**

**Lic. en Kinesiología y Fisiatría**

**Departamento de Ingreso**

Av. Alicia Moreau de Justo 1300 - Puerto Madero  
Tel: 0-810-333-4647 - ingreso@uca.edu.ar - Lunes a Viernes 9 a 20 hs

**Carreras y Cursos de Posgrado**

Av Alicia Moreau de Justo 1600 PB - Puerto Madero  
Tel: 4349-0419/20 - csmedicas@uca.edu.ar - Lunes a Viernes de 14.30 a 20 hs

**uca.edu.ar**



## Libros de Medicina



### PROGRESOS EN ATEROTROMBOSIS

Desde la genética aplicada a la medicina personalizada.  
Ricardo J. Esper y Jorge O. Vilariño y colaboradores  
Un volumen encuadernado, 352 páginas.



### GUIA PARA LA EVALUACION DE LAS INCAPACIDADES MEDICAS DEL APARATO LOCOMOTOR

Salomón Schachter , Marcos Holm y Julio H. Pueyrredón  
En rústica, 161 páginas.



### MANUAL DE SALUD MENTAL

Rodolfo Fahrer y Alfredo Ortiz Frágola  
En rústica, 336 páginas.



### LIPIDOLOGIA: PRESENTE Y FUTURO

Del metabolismo y la biología vascular a la práctica clínica.  
Jorge O. Vilariño y Alberto Lorenzatti  
Encuadernado, con apéndice de figuras en colores, 304 páginas.



### LA MARAVILLOSA MEDICINA Y LA SALUD

Pedro I. Muzzio  
En rústica, 131 páginas.



### Guía de NUTRICION y DIABETES

Adolfo V. Zavala y colaboradores  
En rústica, 373 páginas.

---

EDICIONES MEDICAS DEL SUR -- LA PRENSA MEDICA ARGENTINA

Informes: [presmedarg@hotmail.com](mailto:presmedarg@hotmail.com)



**En Novartis,  
los pacientes son la razón de  
lo que hacemos.**



# Lepra dimorfa lepromatosa conyugal

Yolexi Castilla Valencia<sup>1</sup>, Ariel Sehtman<sup>2</sup>, Clarisa Roncoroni<sup>3</sup>, Esteban Covián<sup>4</sup>, Miguel Allevato<sup>5</sup>

Pren. Méd. Argent.  
Mayo 2018  
Vol. 104 - N° 3  
109-113

## INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad infecto contagiosa, crónica, causada por el *Mycobacterium leprae*. La respuesta inmunológica del huésped frente a éste bacilo, es variable, determinando diferentes formas clínicas de la misma enfermedad.

Entre los espectros Lepromatoso y Tuberculoide, ambas formas clínicas estables, se puede presentar el tipo Dimorfo, con gran inestabilidad inmunológica, determinando características clínicas, según el polo al que más se acerque. La lepra dimorfa lepromatosa se caracteriza por máculas pardas y violáceas, gran número de lesiones y menos definición en sus bordes, tamaños variables y alteración de la sensibilidad.

La lepra conyugal se presenta en muy pocos casos, conociendo que el contacto íntimo durante mucho tiempo es un factor importante, pero también se ha demostrado el papel fundamental de la inmunidad y genética para adquirir y desarrollar la enfermedad.

Presentamos dos casos de lepra dimorfa lepromatosa en cónyuges, con 20 años de convivencia, en los cuáles se encontró la misma forma clínica de presentación. Este es un hecho infrecuente, dada la baja contagiosidad del patógeno y las múltiples variedades que podrían presentar.

## CASO CLÍNICO 1 (CASO ÍNDICE)

Varón de 45 años, albañil, oriundo de Corrientes y que residía en González Catán desde hace más de 20 años. Con

antecedentes de hipertensión arterial, tratada con enalapril 5 mg por día, bebedor de alcohol frecuente. Consultó por dermatosis generalizada asintomática de aproximadamente 3 años de evolución.

**Al examen físico dermatológico** presentaba alopecia de colas de cejas e infiltración de lóbulos de orejas (foto 1), múltiples placas eritemato amarronadas, infiltradas, de tamaño variable de 2 a 10 cm de diámetro, redondeadas y ovaladas, de límites difusos, anhidróticas, con alteración de la sensibilidad termoalgésica, lesiones nodulares diseminadas a predominio de tronco y extremidades, de superficie eritematosa y de tamaños variados (Fotos 2) dolorosos en forma espontánea y a la palpación.

Se palpaba nervio cubital derecho engrosado y adenopatías inguinales no dolorosas. No presentaba fiebre ni otros síntomas acompañantes.



Foto 1

1 Médica becaria de 3° año. Cátedra y División de Dermatología. Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA.

2 Médico de planta, Subjefe División Dermatología. Cátedra y División de Dermatología. Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA.

3 Médica visitante. Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer.

4 Jefe de residentes. Cátedra y División de Dermatología. Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA.

5 Jefe División Dermatología. Prof. titular de dermatología (UBA). Cátedra y División Dermatología Hospital de Clínicas "José de San Martín"

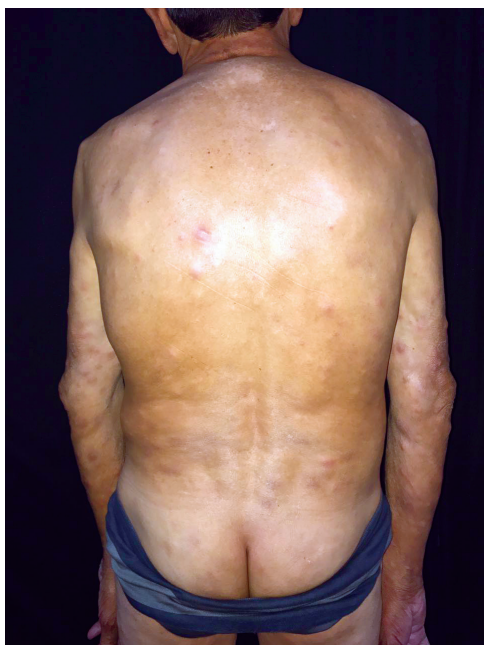


Foto 2

Se realizaron **laboratorios** en los que se resaltó anemia.

**Biopsia escisional** de un nódulo de antebrazo izquierdo cuyo estudio histopatológico informó dermis reticular y predominantemente hipodermis con engrosamiento septal y compromiso lobulillar con denso infiltrado inflamatorio constituido por histiocitos vacuolados y linfocitos con aislados polimorfonucleares neutrófilos y células gigantes multinucleadas (Foto 3).

**La técnica de Ziehl Neelsen** demostró presencia de bacilos intra y extracitoplasmáticos (globis) (Foto 4). La baciloscopia fue positiva (+++) en piel y mucosa nasal.

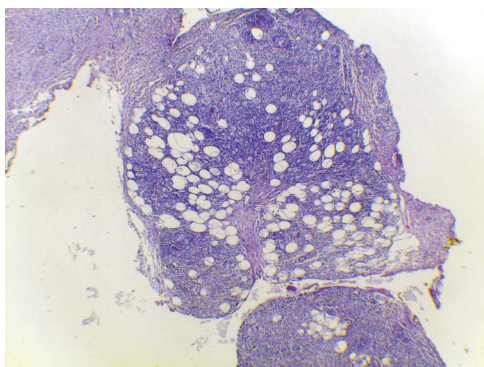


Foto 3

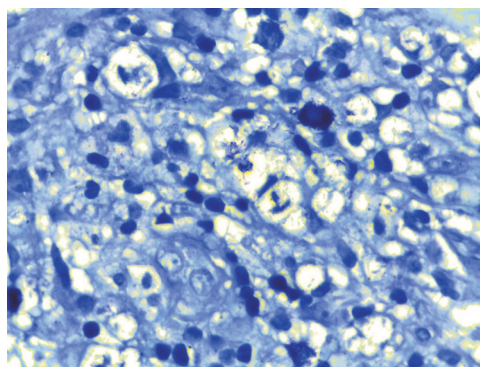


Foto 4

Con la clínica y los estudios complementarios arribamos al diagnóstico de eritema nodoso leproso (episodio reaccional tipo II), en contexto de lepra dimorfa lepromatosa.

Se indicó tratamiento OMS multibacilar con Rifampicina 600 mg, Dapsona 100 mg y Clofazimina 300 mg (mensual supervisado) y Dapsona 100 mg más Clofazimina 50 mg (diario autoadministrado), por su episodio reaccional y neuritis se indica corticoides a dosis de 40 mg/día y talidomida 100 mg/día. Al mes se constata mejoría de su dermatosis, sin presencia de nuevas lesiones y mejoría de la neuritis por lo que se empieza descenso de corticoides durante 4 meses hasta suspensión, y continúa con talidomida hasta la fecha, por la presencia de episodios reaccionales tipo II al intentar la suspensión de la misma.

Actualmente continúa con el tratamiento multibacilar hasta completar las 12 dosis.

## CASO CLÍNICO 2

Mujer de 55 años de edad, ama de casa, oriunda de Corrientes. Convive con el paciente (caso índice) desde hace más de 20 años, por lo que es evaluada en el control de contactos. Sin antecedentes personales relevantes.

**Al examen físico dermatológico** presentaba alopecia de colas de cejas (foto 5) múltiples máculas eritematosas, con bordes mal definidos y centro



Foto 5

levemente más claro, asintomáticas, distribuidas en tronco, abdomen y extremidades de 1 año de evolución (Foto 6). La sensibilidad termoalgésica de las lesiones se encontraba conservada y no se palpaban nervios engrosados ni adenopatías. Tampoco presentaba fiebre ni otros síntomas sistémicos.

Se solicitaron **laboratorio** sin alteraciones.



Foto 6

Con la clínica y los estudios complementarios arribamos al diagnóstico de lepra dimorfa lepromatosa. Inició tratamiento multibacilar de la OMS, igual que su cónyuge. Al pasar 2 meses se evidenció mejoría de las lesiones sin aparición de nuevas máculas y deberá continuarlo hasta completar 12 dosis.

## COMENTARIOS

La lepra es una patología crónica, infectocontagiosa, endémica en algunos países, curable y propia del hombre.<sup>1-5</sup>

La lepra dimorfa se caracteriza por ser inestable inmunológicamente y poder virar a cualquiera de los extremos. Cuando es dimorfa lepromatosa se caracteriza clínicamente por mayor cantidad de lesiones tipo maculas pardas, violáceas, con bordes difusos, con distribución bilateral pero asimétricas, además alteración de la sensibilidad que puede ser mínima o anestesia total, como en nuestro paciente índice.<sup>3,6-9</sup>

La transmisión de la enfermedad se produce en forma directa entre un enfermo bacilífero y un huésped susceptible, tiene una baja contagiosidad ya que solo un 10% de la población expuesta al riesgo la contrae, sabiéndose además el papel fundamental de la genética y la inmunidad para el contagio y desarrollo de la misma.<sup>1-11</sup>

El tratamiento es administrado por la OMS mensual supervisado y diario autoadministrado el cual recibieron nuestros pacientes. Son 12 dosis en plazo máximo de 18 meses en pacientes multibacilar y 6 dosis en plazo máximo de 9 meses en pacientes paucibacilar). Es importante realizarlo correctamente ya que es una enfermedad prevenible, tratable y curable, además se disminuye el riesgo de presentar discapacidades y se corta la cadena epidemiológica.

La lepra conyugal es rara, la baja patogenicidad del bacilo sumado a la alta resistencia del adulto conducen a que

sea una rareza la adquisición de esta enfermedad en los cónyuges, a pesar del contacto íntimo, repetido y directo. La incidencia es baja (oscila entre el 0,3 y el 7,8 %) siendo más frecuente en miembros consanguíneos como hijos, hermanos y padres, lo que va más a favor del componente genético como factor determinante para el desarrollo de la enfermedad.<sup>10-11</sup>

Recordar que siempre debemos pensar en lepra, saber que la lepra conyugal tiene pocos reportes en la literatura, no así cuando se presenta en miembros de la misma familia como padres e hijos. Es claro que el contacto íntimo y prolongado favorece el contagio pero la inmunidad es fundamental para adquirir la enfermedad.

Resaltamos el caso índice niega antecedentes de lepra conocido en sus familiares así como tampoco en sus hijos.

#### AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración a la Dra Maria de los Ángeles Juárez. Médica patóloga. Servicio de patología Hospital de Clínicas "José de San Martín"

#### REFERENCIAS

- Hidalgo Pereira F.I., et ál. Caracterización epidemiológica de la lepra en el municipio de Cumanaagua (1983-2012). *Revista cubana de higiene y epidemiología*. 2014; 52(2):163-172.
- Fonseca Noriega L., et ál. Lepra: enfermedad antigua sigue siendo un problema de salud pública en la actualidad. *Un. Bras. Dermatol* 2016. 91(4) 547-8.
- Pautas sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la lepra. Ministerio de la Salud. Presidencia de la Nación. Edición 2012.
- Fischer. J., et ál. Lepra y discapacidad grado 2. Revisión de 10 años del Servicio de Dermatología del Hospital F. J. Muñoz. *Dermatol Argent* 2013; 19(6):407-412.
- Palombo M., et ál. Lepra dimorfa lepromatosa. (Borderline Lepromatosa, BL). [internet], *Rev. argent. dermatol.* 2012; 93(1) <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-300X2012000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2012000100005&lng=es&nrm=iso)>, [20 de junio del 2017], ISSN 1851-300X.
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la lepra 2016-2020.
- Tiscornia J.E. Lepra, patogenia e inmunidad. *Dermatol Argent* 2005; 19(4): 301-306.
- Táquez. A.E., et ál. Lepra en la infancia: Desafío diagnóstico. [internet] *Rev. argent. dermatol.* 2011; 92(4)2-10. <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851300X2011000400002&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851300X2011000400002&lng=es)>, [06 de junio del 2017], ISSN 1851-300X. Torres Guerrero. E., et ál. Lepra. Clasificación y cuadro clínico. *Dermatol Rev Mex* 2012; 56(1):47-54.
- Melendéz. E., et ál. Lepra Conyugal. *Rev. salud pública. Sup.* 2006; 8(1): 24-32.
- Joyce M Patricia. Aspectos históricos de la susceptibilidad humana a la Lepra y el riesgo de transmisión conyugal. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz. Sup1.* 2012; 107: 17-21.

#### SUMMARY

*Leprosy is a contagious, chronic infectious disease caused by Mycobacterium leprae. The immune response of the host to this bacillus is variable, determining different clinical forms of the same disease.*

*Between the Lepromatous and Tuberculoid spectra, both stable clinical forms, the*



*Dimorfo type can be presented, with great immunological instability, determining clinical characteristics, according to the pole to which most approaches*

*Lepromatous dimorphic leprosy is characterized by brown and violet macules, large number of lesions and less definition at its edges, variable sizes and alteration of sensitivity.*

*Conjugal leprosy occurs in very few cases, knowing that intimate contact for a*

*long time is an important factor, but has also demonstrated the fundamental role of immunity and genetics to acquire and develop the disease.*

*We present two cases of lepromatous dimorphic leprosy in spouses, with 20 years of cohabitation, in which the same clinical presentation was found. This is an infrequent fact, given the low infectivity of the pathogen and the multiple varieties that could occur.*

# Anetodermia secundaria a sífilis

Diana Dávila<sup>1</sup>, Juan Pablo Valdivieso<sup>2</sup>, Ariel Sehtman<sup>3</sup>, Miguel Ángel Allevato<sup>4</sup>, Mario Marini<sup>5</sup>

Pren. Méd. Argent.  
Mayo 2018  
Vol. 104 - N° 3  
114-117

1 Médica Cursista 3er año. Carrera de Médico Especialista en Dermatología.  
2 Médico Concurrente 3er año. Carrera de Médico Especialista en Dermatología.  
3 Médico Dermatólogo.  
4 Jefe División de Dermatología y Profesor Titular de Dermatología (UBA).  
5 Profesor Titular Consulto de Dermatología (UBA).

División Dermatología. Hospital de Clínicas "José de San Martín" (UBA). Av. Córdoba 2351, 4° piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina. Código postal C1120AAR.  
Correspondencia: [divisiondermatologia@gmail.com](mailto:divisiondermatologia@gmail.com). Correspondencia del autor: [dianacdavi-laq@hotmail.com](mailto:dianacdavi-laq@hotmail.com)  
Agradecimiento a la Dra. María Juárez, Médica Patóloga.

## CASO CLINICO:

Mujer de 28 años de edad, oriunda de Paraguay, con diagnóstico de secundarismo sífilítico (VDRL 1:8 dil y FTA-Abs positivo), tratada con 3 dosis de penicilina benzatínica 2.400.00 UI 5 meses previos al inicio del cuadro cutáneo, que se caracterizó por múltiples lesiones redondeadas, sinusoidales, atróficas, normocrómicas, asintomáticas, de tamaño variable entre 0.5-0.7 cm de diámetro localizadas en tórax anterior y posterior, abdomen y en raíz de miembros inferiores. (Figs.1, 2). La piel comprometida se observó laxa, adelgazada y sin resistencia a la palpación.

No presentó compromiso ganglionar, ni sistémico.

Se realizó una biopsia cutánea por losange que abarcó piel afectada y perilesional de una de las lesiones localizadas en el abdomen. La histopatología evidenció con tinción de hematoxilina y eosina (HyE), una epidermis sin alteraciones significativas y en dermis

superficial con vasos dilatados y escaso infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular. (Fig.3). Con la técnica de azul Victoria se observaron fibras elásticas, en sectores disminuidas y adelgazadas y en otros ausentes (Fig.4). Con la clínica y la anatomía patológica se arribó al diagnóstico de anetodermia. Se planteó como tratamiento la exéresis quirúrgica de las lesiones de mayor tamaño, pero la paciente decidió no realizarse este procedimiento.

## DISCUSIÓN

La anetodermia (término que deriva del griego *aneto* (laxo) y *derma* (piel), es una rara alteración elastolítica benigna e infrecuente caracterizada por la dismi-



**Fig. 1 y 2:** Placas redondeadas, sinusoidales, atróficas, normocrómicas, asintomáticas, de tamaño variable entre 0.5-0.7cm de diámetro localizadas en tórax anterior y posterior, abdomen y en raíz de miembros inferiores.



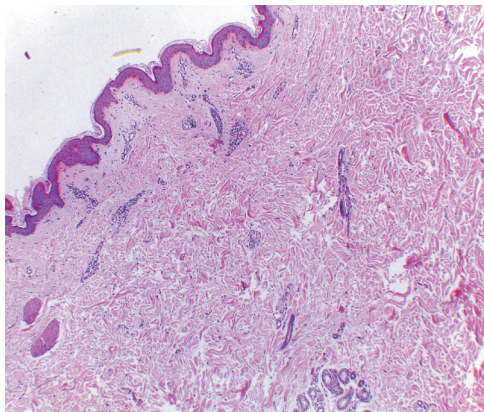


nución o ausencia de las fibras elásticas dérmicas con la consecuente herniación y/o invaginación cutánea<sup>1-2</sup>.

Descrita por Jadassohn en 1892 como atrofia macular por presentar áreas localizadas de elastólisis<sup>3-4</sup>. Al principio se las categorizaban como inflamatoria (o de Jadassohn-Pellizzari) y no inflamatoria (de novo o de Schweninger-Buzzi)<sup>5</sup>. En la actualidad esta clasificación ha sido abandonada por la falta de concordancia entre los aspectos clínicos y patológicos entre ambos grupos y ha sido reemplazada por anetodermia primaria (AP) cuando ocurre sobre piel previamente sana y anetodermia secundaria (AS) cuando implica lesiones que asientan en el mismo sitio de otra preexistente<sup>6</sup>.

La AP se observa con mayor frecuencia en pacientes portadores de enfermedades autoinmunes como síndrome antifosfolipídico y lupus eritematoso cutáneo<sup>3,5,7</sup>. Dentro de las dermatosis más comunes de anetodermia secundaria se encuentra el acné y la varicela, y en menor frecuencia la sífilis, lepra, sarcoidosis, tuberculosis, granuloma anular, urticaria pigmentosa, pilomatrixoma, entre otras<sup>2-3</sup>.

Se han descripto pocos casos de anetodermia familiar como una condición rara que puede asociarse con anomalías



**Fig. 3:** H-E 40X: Epidermis sin alteraciones significativas, en dermis superficial con vasos dilatados y escaso infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular.

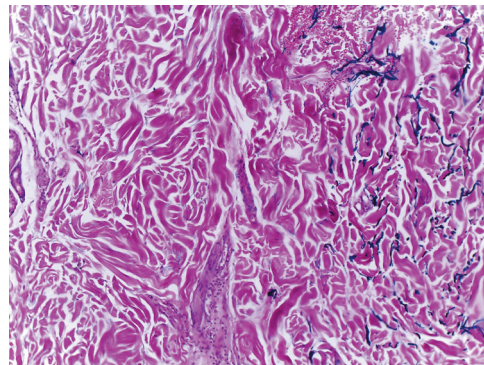
óseas, neurológicas y oculares<sup>8</sup>.

La patogenia de la anetodermia se debe a la pérdida o disminución de las fibras elásticas de la piel, que puede explicarse por defectos en su síntesis, destrucción de las fibras o aumento de la actividad de las enzimas elastolíticas, como las metaloproteinasas que actúan por degradación de la elastina<sup>3,9</sup>.

Se caracteriza clínicamente por máculas o placas blanco cerúleo o rosadas, bien circunscritas, atróficas, con depresión central a la palpación (signo de "ojal") que a menudo siguen las líneas de tensión de la piel. Se localizan frecuentemente en tronco o extremidades, y suelen respetar la cara, palmas y plantas. En ocasiones se pueden herniar especialmente cuando se ubican en zonas de flexión. En casos de enfermedad secundaria, puede adoptar un polimorfismo lesional<sup>2-3</sup>. Nuestro paciente presentó lesiones de similares características a las descritas anteriormente.

El estudio histopatológico evidencia pérdida focal o completa del tejido elástico en dermis papilar y/o reticular media asociada a un infiltrado perivascular inflamatorio presente en estadios iniciales de la lesión<sup>2</sup>. En el caso de nuestra paciente se decidió la biopsia por losange para comparación de tejido normal versus tejido con pérdida de fibras elásticas.

Entre los principales diagnósticos diferenciales se encuentran la elastólisis



**Fig. 4:** Técnica de azul Victoria 100X: Fibras elásticas, en sectores disminuidas y adelgazadas y otras, las fibras están ausentes.

dérmica media caracterizada por arrugas finas y degradación selectiva de la elastina sólo en la dermis media; cutis laxa que se manifiesta como piel laxa y redundante con pérdida o fragmentación de fibras elásticas que suele abarcar también órganos internos;<sup>9</sup> y las cicatrices como principal diagnóstico diferencial clínico<sup>3,7</sup>.

En cuanto a la terapéutica se mencionan varias opciones: triamcinolona intralesional, ácido acetil salicílico, dapsona, fenitoína, penicilina G, niacinato de inositol e hidroxiclороquina, vitamina E, niacina oral, colchicina y ácido aminocapróico (un derivado de la lisina que puede funcionar a través de la regulación de enzimas proteolíticas)<sup>1-2, 10</sup>. También rellenos con silicona, ácido poli-L-láctico y ácido hialurónico<sup>3</sup>. La extirpación quirúrgica es considerada cuando el número de lesiones es escaso<sup>2</sup>.

Recientemente, un informe en la literatura describió el tratamiento exitoso de las lesiones de anetodermia secundaria a Síndrome de Stevens-Johnson con CO2 ablativo (10.600nm) y radiofrecuencia (RF)<sup>3</sup>.

En caso de anetodermias secundarias, es de destacar el control de la dermatosis subyacente para prevenir la aparición de nuevas lesiones<sup>1-2, 10</sup>.

Presentamos un caso poco frecuente de asociación de sífilis secundaria y anetodermia. Se destaca la importancia del seguimiento a largo plazo, y los nuevos tratamientos que mejoran la calidad de vida de quienes padecen esta condición.

#### REFERENCIAS

1. Dagatti S, Lizárraga V, Mortera M, Fernández R. Anetodermia secundaria a sífilis. Arch. Argent. Dermatol. 2004; 54:265-268.
2. Di Martino B, Agüero F, Rodríguez M, Knopfmacher O, Bolla L. Anetodermia secundaria a Lúes.

Presentación de un caso. Dermatol Venez. 2010; 48: 35-38.

3. Emer J, Roberts D, Sidhu H, Phelps R, Goodheart H. Generalized Anetoderma after Intravenous Penicillin Therapy for Secondary Syphilis in an HIV Patient. J Clin Aesthet Dermatol. 2013; 6(8):23-28.
4. Jain N, Rathore BS, Bhardwaj A, et ál. Primary anetoderma in a young male involving palms, soles and the scalp: Rarest of the rare. Indian J Dermatol 2015; 60:215.
5. Veasey J, Lellis R, Rene L, Porto R, MA Mattei G. Anetoderma due to secondary syphilis: Report of two cases and discussion of the histopathological findings. International Journal of STD & AIDS. 2017;1-5
6. Hasbún Acuña P, et al. Anetodermia primaria: un predictor cutáneo de autoinmunidad. Reumatol Clin. 2017.
7. Borbón Y, Fernández M, Jin Kim H, et ál. Anetodermia primaria asociada a lupus eritematoso sistémico. Arch. Argent. Dermatol. 2016;(4):108-112
8. Patrizi A, Nerl I, Viridi A, Misciali C, D' Acunto C. Familiar anetoderma: a report of two families. Eur J Dermatol 2011; 21(5): 680-5.
9. Jung Eun Kim, Ki Min Sohn, Young Jun Woo, Kwan Ho Jeong, Miri Kim, et al. A Clinico immunohistopathologic Study of Anetoderma: Is Protruding Type More Advanced in Stage. Than Indented Type? Journal of Immunology Research. 2016; 1-10.
10. Moya J, Spelta M. Anetodermia. Dermatol Argent 2009; 15(5):324-333.

#### RESUMEN

La anetodermia es una entidad cutánea benigna, rara e infrecuente, cuya carac-



terística es la pérdida localizada de fibras elásticas a nivel de la dermis. Suele observarse en pacientes con síndrome antifosfolipídico, lupus eritematoso sistémico, acné y varicela y de manera inusual como manifestación de una sífilis secundaria. Comunicamos el caso de una mujer con secundarismo sífilítico que desarrolló anetodermia posterior a este proceso infeccioso.

Palabras claves: anetodermia, fibras elásticas, sífilis secundaria

### SUMMARY

*Anetoderma is a benign, rare and infrequent cutaneous entity whose characteristic is the localized loss of elastic fibers at the level of the dermis. It is usually observed in patients with antiphospholipid syndrome, systemic lupus erythematosus, acne and varicella and an unusual way as a manifestation of secondary syphilis. We report a case of a woman with syphilitic secondary disease who developed an anetoderma after this infectious process.*

*Key words: anetodermia, elastic fibers, secondary syphilis*

# Criptococosis diseminada en paciente HIV con CD4 mayor a 500.

## Revisión bibliográfica y reporte de un caso.

Nancy Camo<sup>1</sup>; Silvina Daquila<sup>1</sup>; Grisel Garro<sup>1</sup>; Carla Giuliano<sup>2</sup>; Luis Orihuela Rocha<sup>1</sup>; Sofía Aguirre<sup>3</sup>

Pren. Méd. Argent.  
Mayo 2018  
Vol. 104 - N° 3  
118-123

### CARTA DE PRESENTACIÓN

Los autores declaran que el trabajo es original y no ha sido publicado previamente.

Los autores no tienen conflictos de intereses a declarar pertenecientes a este artículo.

En conformidad con la publicación y habiéndose cumplido los requisitos de autoría.

Asimismo se informa que el manuscrito ha sido leído y aprobado por todos los autores, que ceden los derechos y autorizan su publicación.

### INTRODUCCIÓN

La criptococosis resulta de la infección por el hongo *Cryptococcus neoformans*, una levadura que contiene una cápsula de polisacáridos, que metaboliza la urea y las catecolaminas, y se transmite por la inhalación de excremento de aves, principalmente palomas(4)(1). Afecta principalmente dos sitios, el pulmón y el SNC (éste último donde se generan el 50% de los casos debido al tropismo del hongo) (5). Se considera una micosis oportunista dada su capacidad de infección en pacientes que presentan factores de riesgo para inmunosupresión, como HIV (se asocia a marcada inmunodeficiencia, con un recuento de linfocitos T CD4+ menor a 100 células/μL)(3), uso prolongado de glucocorticoides, trasplantes, enfermedades neoplásicas, así como sarcoidosis(4)(6) AIDS represents the most common risk factor for the development of cryptococcosis. Despite of rapid scale-up of antiretroviral the-

rapy programs and global investment in HIV care over the past decade, the decline in incidence and mortality rates associated with cryptococcosis has not been commensurate. This article puts into context recent diagnostics studies and morphologies - with special attention to laboratory diagnosis based on classical mycology: (a(7)(3)(8).

Reportamos el caso de una paciente de 50 años de edad retropositiva, pero con recuento de linfocitos CD4 absolutos mayor a 500 células/μL (850 células/μL.) quien se hospitalizó para estudio de un síndrome neurológico y en quien se arribó al diagnóstico de criptococosis diseminada (con documentación microbiológica en SNC y pulmón). Los aspectos referentes a esta enfermedad, como epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento y complicaciones, se discuten en este reporte de caso.

### OBJETIVOS

Describir un caso clínico de criptococosis diseminada en paciente HIV positiva con CD4 mayor a 500 (cél/μL.) debido a la infrecuencia de dicha entidad en pacientes con recuento linfocitario dentro de límites normales.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de un caso clínico. Paciente atendido en el servicio de clínica médica, infectología y terapia intensiva del Hospital Carlos G. Durand entre los meses de enero de 2018 y febrero de 2018.

1 Unidad de Clínica Médica, Hospital Carlos Durand, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

2 Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Carlos Durand, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

3 Unidad de Farmacia, Hospital Carlos Durand, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Dirección de correspondencia a Orihuela Rocha, Luis Edgar. Hospital Carlos G. Durand. Juan B. Ambrosetti Cdad. Autónoma de Buenos Aires, Av. Díaz Vélez 5044, C1405DCS CABA.

Dirección de correo electrónico: luiss.or13@gmail.com

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 50 años que consulta en guardia externa por presentar cefalea y alteración de la marcha de un mes de evolución, asociado a equivalentes febriles y deterioro del sensorio. Se realiza TC de encéfalo que no evidencia lesiones agudas y punción lumbar que informa líquido cefalorraquídeo incoloro, límpido, (presión de apertura de 30 cm de H<sub>2</sub>O), Leucocitos 3/mm<sup>3</sup>, Glucosa 40 mg% (valor de referencia 50-75), Proteínas 58 mg% (valor de referencia 15-40), tinta china positiva, se interpreta cuadro como criptococosis meníngea iniciándose tratamiento con anfotericina y fluconazol.

Se solicita serología de HIV positivo (RP 543.46, carga viral de 19100 copias/ml, HIV log 4.28 log<sub>10</sub>, CD4 absoluto 850 cel/ul). Durante la internación se solicita Antígeno para Cryptococo Neoformans en LCR título de 1/5000 y antígeno para Cryptococo neoformans en Suero título de 1/1000. La paciente evoluciona con shock séptico a foco respiratorio con evidencia en TAC tórax con infiltrado pulmonar bilateral, por lo cual inicia antibióticos (piperacilina tazobactam y vancomicina). Ingresa a unidad cerrada para IOT/ARM y vasopresores. En unidad cerrada se realiza lavado bronco alveolar, obteniéndose cultivo micológico de Cryptococcus Neoformans en BAL con sensibilidad a fluconazol CIM 2, voriconazol CIM 0.12 y anfotericina B CIM 0.5. Se interpreta cuadro como criptococosis sistémica. Evoluciona con disfunción orgánica múltiple, produciéndose el óbito.

## DISCUSIÓN

### Definición

La criptococosis es una micosis sistémica cosmopolita de carácter oportunista cuyo agente causal es una levadura capsulada, el *Cryptococcus neoformans*

o gatti. El *Cryptococo* infecta al hombre y a animales susceptibles por vía inhalatoria, provocando en huéspedes inmunocompetentes una primoinfección asintomática. La diseminación sanguínea origina múltiples localizaciones, las cuales se hacen clínicamente evidentes ante defectos de la inmunidad mediada por células asociándose con frecuencia a linfomas, leucemia, enfermedades del sistema retículo endotelial, sarcoidosis, artritis reumatoidea, hepatitis, cirrosis y diabetes. (3)(9)(8).

### Epidemiología

El *Cryptococo neoformans* posee una distribución universal, desarrollándose preferentemente en ambientes enriquecidos con componentes nitrogenados, principalmente a partir de las excretas desecadas de las palomas. A diferencia de las otras variedades, *Cryptococo neoformans* variedad gattii no se ha cultivado de excrementos de aves. Ellis y Pfeiffer cultivaron a *Cryptococo neoformans* variedad gattii a partir de muestras tomadas de especies de Eucaliptos: *E. camaldulensis* y *E. tereticornis* en Australia. Debido a que estos árboles fueron exportados a otras partes del mundo, los autores interpretaron que estas especies de árboles podían ser un vector infeccioso. (3,9,10).

### Patogenia

Las levaduras escasamente capsuladas serían los elementos infecciosos, sólo estas formas, por su pequeño tamaño, podrían acceder al alveolo pulmonar. En los espacios alveolares se enfrentan inicialmente con los macrófagos locales. El desarrollo de la enfermedad depende directamente del estado inmunológico del huésped, del tamaño del inóculo y de la virulencia de la cepa infecciosa. En el SNC se producen las manifestaciones clínicas más relevantes de la enfermedad, por la ausencia de factores solubles séricos anti-criptococos en el LCR, la deficiencia de factores quimiotácticos,

opsoninas, y de la actividad de complemento en el LCR. Si bien la base del neurotropismo no está clara, puede relacionarse a la afinidad del hongo por tejidos ricos en catecolaminas, particularmente la dopamina, que son sustratos de la fenoloxidasa para la síntesis de melanina y colaboraría con la virulencia del criptococo.(5)(3).

### Manifestaciones clínicas

El sitio de infección parece variar según el serotipo de *Cryptococcus* y la inmunocompetencia del huésped. Por ejemplo, *Cryptococcus gattii* normalmente causa una infección pulmonar en huéspedes inmunocompetentes, mientras que *Cryptococcus neoformans* causa infección en SNC en huéspedes inmunocomprometidos. En pacientes con SIDA con meningitis criptocócica, la afectación extraneuronal es bastante común, llegando al 50% en una serie de casos. Los sitios comunes de infección incluyen los pulmones, la médula ósea, la piel y el tracto genitourinario(9)(3).

### Exámenes complementarios

El diagnóstico de meningitis criptocócica se establece mediante punción lumbar, que generalmente muestra una presión de apertura elevada, proteínas elevadas y un recuento elevado de glóbulos blancos. Los indicadores de enfermedad más grave en el muestreo de LCR incluyen presión de apertura elevada, bajo nivel de glucosa, recuento de leucocitos inferior a 20 células por mm, título elevado de antígeno criptocócico y presencia del organismo por tinción con tinta china. El diagnóstico de la criptococosis se realiza con mayor frecuencia mediante la prueba de aglutinación de látex para el antígeno polisacárido capsular. Este antígeno puede obtenerse del fluido cerebroespinal (CSF) o del suero, y cuando está presente en el LCR, es más del 90% sensible y específico para el diagnóstico de la meningitis criptocócica. Sin

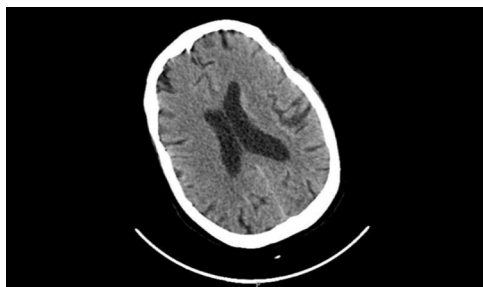
embargo, pueden ocurrir falsos positivos, particularmente en presencia de un factor reumatoide positivo. En entornos de recursos limitados, la prueba de antígeno de aglutinación de látex a menudo no está disponible, por lo que los métodos de detección del organismo incluyen hemocultivos, cultivo de LCR y frotis de tinta china. Sin embargo, la tinta china era 51% sensible y el cultivo de LCR 89%. Por el contrario, la prueba de antígeno tenía una sensibilidad del 97% y del 87% del SNC y la sangre, respectivamente (3,6,9) provocando en huéspedes inmunocompetentes una primoinfección asintomática. Crece preferentemente en ambientes ricos con componentes nitrogenados, principalmente a partir de las excretas desecadas de las palomas que son ricas en nitrógeno y creatinina, con alto contenido en sales y pH alcalino, cualidades que facilitan la supervivencia del hongo. La diseminación hematogena del agente causal provoca múltiples localizaciones, las cuales se hacen clínicamente evidentes en pacientes con deterioro de la inmunidad mediada por células. A partir de la eclosión del SIDA se produjo un aumento significativo del número de casos, transformándose esta última condición en la causa predisponente más importante de esta micosis. La mayoría de los pacientes con SIDA y criptococosis del SNC presentan signos y síntomas de meningitis o meningoencefalitis subagudas como cefalea, fiebre, parálisis de nervios craneales, letargo, coma o amnesia de varias semanas de evolución. La anfotericina B es el pilar terapéutico del tratamiento. En nuestro estudio analizamos las características demográficas, epidemiológicas, clínicas, el líquido cefalorraquídeo, el diagnóstico micológico y el tratamiento empleado en los pacientes hospitalizados en Sala 11 con diagnóstico de criptococosis meníngea. En la criptococosis meníngea asociada al SIDA, el diagnóstico puede

realizarse por el análisis de distintos tipos de especímenes biológicos, siendo los principales el examen microscópico directo del LCR con tinción de tinta china y el cultivo. (AU).

### Tratamiento

El tratamiento para la meningitis u otras formas de enfermedad criptocócica invasiva se divide en una fase de inducción de dos semanas, seguida de una fase de consolidación de 8 semanas y luego una fase de mantenimiento prolongado a partir de entonces. Se hace una distinción importante en las directrices para diferenciar el tratamiento del SNC frente a la enfermedad no del SNC; por lo tanto, se debe realizar una punción lumbar entre pacientes inmunocomprometidos con enfermedad criptocócica para descartar meningitis(9,11).

### Ilustraciones



### REFERENCIAS

1. Rajasingham R, Smith RM, Park BJ, Jarvis JN, Govender NP, Chiller TM, et al. Global burden of disease of HIV-associated cryptococcal meningitis: an updated analysis. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2018 Feb 24];17(8):873–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28483415>
2. Devaraj S, Hemarajata P, Versalovic J. Acta bioquímica clínica latinoamericana. *Acta bioquímica clínica Latinoam* [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 24];47(2):421–34. Available from: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-29572010000200008](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572010000200008)
3. Cangelosi D, De Carolis L, Trombetta L, Wainstein C. Criptococosis meníngea asociada al SIDA . Análisis de los pacientes varones HIV (+) con criptococosis meníngea internados en la Sala 11 del Hospital Francisco J Muñiz. *Rev Asoc Med Argent*. 2009;122(4):22–7.
4. Perfect JR, Dismukes WE, Dromer F, Goldman DL, Graybill JR, Hamill RJ, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Cryptococcal Disease: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2010 Feb 1 [cited 2018 Feb 24];50(3):291–322. Available from: <https://academic.oup.com/cid/article-lookup/doi/10.1086/649858>
5. Denham S, Brown J. Mechanisms of Pulmonary Escape and Dissemination by *Cryptococcus neoformans*. *J Fungi* [Internet]. 2018 Feb 17 [cited 2018 Feb 24];4(1):25. Available from: <http://www.mdpi.com/2309-608X/4/1/25>
6. Colombo F et al. Updating: Cryptococcosis Diagnostic Aspects. *J AIDS Clin Res* [Internet]. 2014 Nov 28 [cited 2018 Feb 24];5(12):1–7. Available from: <https://www.omicsonline.org/open-access/updating-cryptococcosis-diagnostic-aspects-2155-6113.1000391.pdf?aid=36046>
7. Castañeda E, Lizarazo J. Protocolo de estudio y manejo de los pacientes con criptococosis A protocol for the study and management of patients with cryptococcosis *Infectio Asociación Colombiana de Infectología*. *Infectio* [Internet]. 2012 Dec 1 [cited 2018 Feb 24];16(3):123–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123939212700383>
8. Patterson TF, Andriole VT. Cu-

- urrent concepts in cryptococcosis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* [Internet]. 1989 May [cited 2018 Mar 2];8(5):457–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2502410>
9. Warkentien T, Crum-Cianflone NF. An Update on Cryptococcosis Among HIV-Infected Persons Tyler. *Int J STD AIDS* [Internet]. 2010 Oct [cited 2018 Mar 5];21(10):679–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21139145>
  10. Frola C, Guelfand L, Blugerman G, Szyld E, Kaufman S, Cahn P, et al. Prevalence of cryptococcal infection among advanced HIV patients in Argentina using lateral flow immunoassay. *PLoS One* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 5];12(6):e0178721. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28617817>
  11. Warkentien T, Crum-Cianflone NF. An Update on Cryptococcosis Among HIV-Infected Persons Tyler. *Int J STD AIDS* [Internet]. 2010 Oct [cited 2018 Mar 2];21(10):679–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21139145>

## RESUMEN

**Resumen:** La criptococcosis es la micosis sistémica más frecuente entre los

**Tabla 1.** Terapia recomendada para la meningitis criptocócica, la enfermedad diseminada o la fungemia en pacientes con VIH.

FASE	TERAPIA PRIMARIA		REGÍMENES ALTERNATIVOS		
INDUCCIÓN	AmBd o formulación lipídica AmB PLUS Flucytosine durante 2 semanas	AmBd o LFAmB durante 4 a 6 semanas	AmBd PLUS fluconazol 800 mg al día durante 14 días	Fluconazol ≥800 mg (1200 mg preferido) al día más flucitosina durante 6 semanas	Fluconazol 800-2000 mg al día como monoterapia durante al menos 10 semanas
CONSOLIDACIÓN	Fluconazol 400 mg al día durante un mínimo de 8 semanas	Ninguna	Fluconazol 400 mg al día	Ninguna	Ninguno <sup>5</sup>
MANTENIMIENTO (SUPRESIÓN)	Fluconazol 200 mg al día O Itraconazol 400 mg al día O AmBd 1 mg / kg / semana	Igual que la primaria	Igual que la primaria	Igual que la primaria	Igual que la primaria
CRIPTOCOCOSIS PULMONAR					
FACTORES DEL HUESPED	MEDICACIÓN	DURACIÓN	COMENTARIOS		
SÍNTOMAS LEVES A MODERADOS	Fluconazol 400 mg al día	Terapia de por vida con fluconazol	En pacientes con VIH, se puede considerar la interrupción de la terapia si el recuento de CD4 aumenta por encima de 100 células/mm <sup>3</sup> .		
SÍNTOMAS SEVEROS	Tratar como enfermedad del SNC				

Adaptado de Perfect JR, et al. Pautas de práctica clínica para el manejo de la enfermedad criptocócica: actualización de 2010 por IDSA. *Clin Infect Dis*. 2010; 50: 291-322.

<sup>1</sup> Deoxicolato de anfotericina B (AmBd) 0,7 a 1 mg / kg IV al día.

<sup>2</sup> Formulaciones lipídicas de anfotericina (LFAmB): AmB liposomal 3-4 mg / kg diarios o complejo lipídico AmB (ABLC) 5 mg / kg IV al día.

<sup>3</sup> Flucytosine 100 mg/kg al día, dividido cuatro veces al día, se prefiere la vía oral.

<sup>4</sup> La terapia de mantenimiento se continuará durante al menos 12 meses. Luego, puede considerar suspenderse si recibe HAART con un CD4 > 100 células / mm<sup>3</sup> y una carga viral indetectable o baja de VIH durante al menos tres meses.

<sup>5</sup> Reservado para pacientes que no pueden tolerar azoles.

\* Ya está recibiendo fluconazol





pacientes con HIV SIDA(1). Su prevalencia oscila entre el 5% y el 25%, de acuerdo con la región geográfica que se considere(2). La localización habitual de esta micosis en el paciente VIH es el sistema nervioso central (SNC)(1). La diseminación sanguínea del agente causal ocurre ante defectos de la inmunidad mediada por células, asociándose con frecuencia a linfomas, leucemia, enfermedades del sistema retículo endotelial. A partir de la eclosión del HIV se produjo un aumento significativo del número de casos, transformándose esta última condición en la causa favorecedora más importante(3).

**Palabras clave:** Criptococosis diseminada; *Cryptococcus neoformans*; Micosis sistémica.

#### SUMMARY

*Cryptococcosis is the most frequent systemic mycosis among patients with HIV AIDS (1). Its prevalence ranges between 5% and 25%, according to the geographical region considered (2). The usual location of this mycosis in the HIV patient is the central nervous system (CNS) (1). Blood dissemination of the causative agent occurs due to defects of cell-mediated immunity, frequently associated with lymphomas, leukemia, reticuloendothelial system diseases. From the emergence of HIV, there was a significant increase in the number of cases, with the latter condition becoming the most important favorable cause (3).*

**Key words:** Disseminated cryptococcosis; *Cryptococcus neoformans*; Systemic micosis.

# Nuestra experiencia y conducta terapéutica en la hernia inguinal complicada

Eugenia Gómez<sup>1</sup>, Carlos Padilla<sup>1</sup>, Florencia Marizcurena<sup>1</sup>, Santiago Carrizo<sup>1</sup>, Julián Martínez Peluaga<sup>1</sup>, Alé Martín<sup>2</sup>, Bruno Taborda<sup>2</sup>, Martín Sánchez<sup>2</sup>, Christian Janikow<sup>2</sup>, Paúl Eduardo Lada<sup>3</sup>

Pren. Méd. Argent.  
Mayo 2018  
Vol. 104 - N° 3  
124-129

## INTRODUCCIÓN

El nacimiento de la cirugía herniaria en el siglo XIX con Eduardo Bassini, fue quien logro con gran éxito la reparación quirúrgica de esta patología que mantiene hasta los días de hoy su vigencia (1). Hoy en día es una de las patologías quirúrgicas de la pared abdominal más frecuentes, lo que implica que su tratamiento quirúrgico debe ser rápido, eficaz y de bajo costo.

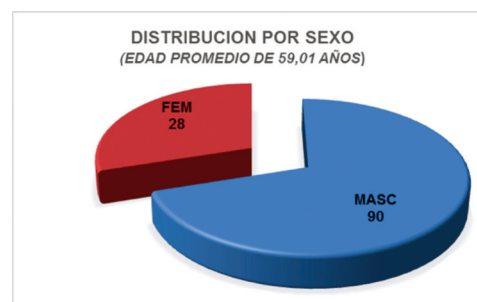
La hernia inguinal ó crural no tratada se complica frecuentemente con la aparición de un problema de espacio dentro del saco herniario, que condiciona el aumento de presión en el interior del mismo y en consecuencia puede dar lugar inicialmente a un compromiso de la luz intestinal, condicionando un cuadro clínico de obstrucción intestinal denominada encarceración herniaria ó hernia atascada, y posteriormente con el correr de las horas, origina un compromiso de la luz vascular y, como consecuencia, un proceso de isquemia intestinal, que puede incluso evolucionar hacia la estrangulación herniaria (2).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero del 2000 y diciembre del 2015 fueron internados y tratados quirúrgicamente 118 pacientes con diagnóstico de hernia inguinal atascada en el servicio de Guardia Central del Hospital Nacional de Clínicas, cuyo estudio se realizo con un protocolo de trabajo y en forma prospectiva. Todos fueron controlados, examinados clínicamen-

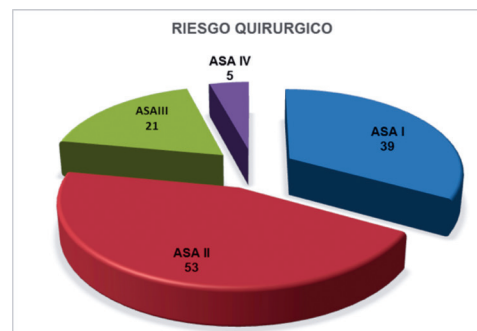
te en el postoperatorio y realizado un seguimiento durante un periodo de 5 años.

Del total de pacientes 90 correspondían al sexo masculino (76,27 %) y 28 al sexo femenino (16,94 %), con un promedio de edad de 59 años (rango entre 17 y 93 años) (**Gráfico 1**).



Al ingreso 39 pacientes (33,05 %) presentaban un riesgo quirúrgico **ASA I**, 53 pacientes (44,91 %) **ASA II**, 21 pacientes (17,71 %) **ASA III**, 5 pacientes (4,23 %) **ASA IV** (**Gráfico 2**).

Dentro de los antecedentes clínicos: 16 pacientes de sexo masculino presentaban historia de prostatismo (13,55 %), 19 pacientes con alteraciones respiratorias (16,10 %), 19 pacientes padecían estreñimiento (16,10 %), 7 pacientes con trastornos cardiacos (5,93 %), 1 con psoriasis (0,84 %) y finalmente 1 paciente con quimio + radioterapia (0,84 %).



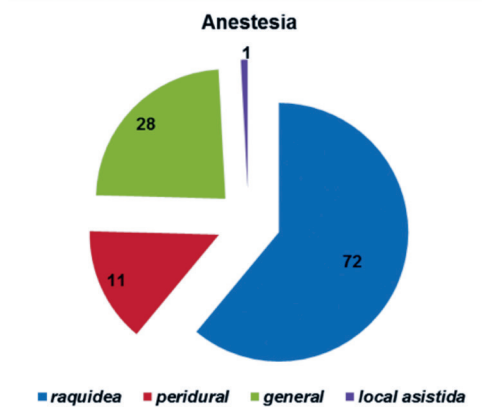
1 Residente de Cirugía General. Servicio de Guardia Central. Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.

2 Jefe de Guardia Central. Servicio de Guardia Central. Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.

3 Jefe del Departamento de Guardia Central. Servicio de Guardia Central. Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Lada Paúl Eduardo. Crisol 167. 3° piso. "M". Nueva Córdoba. (5000) Córdoba. Argentina.

En relación a los síntomas el total de los pacientes presentaban dolor inguino-crural, acompañado de una tumorción irreductible y de fenómenos de inflamación locales. Fueron intervenidos bajo anestesia raquídea 72 pacientes (61,01 %), en 28 casos (23,72 %) se realizó anestesia general, en 11 se utilizó anestesia peridural (14,40 %) y en 1 con local asistida (0,84 %) (**Gráfico 3**). Se indicó a todos los pacientes como antibiótico profilaxis una dosis de cefalosporina de 2° generación y continuados por 2 a 4 días.



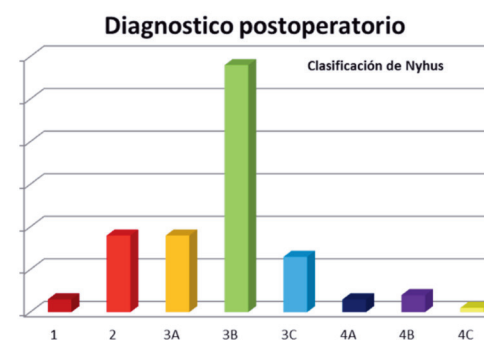
La hernio plastia fue realizada a lo Bassini modificada, con un abordaje anterior, en todos los casos se redujo el saco con una jareta invaginante en las hernias directas y resección del mismo en las indirectas, con una incisión relajadora de Tanner sobre la unión de tendón conjunto con la aponeurosis del recto.

## RESULTADOS

Con respecto al diagnóstico preoperatorio del total de los pacientes, se sospechó en 102 pacientes hernia inguinal atascada (86,44 %), en 15 casos una hernia crural (12,71 %) y finalmente en 1 una hernia recidivada (0,84 %).

En el diagnóstico postoperatorio utilizamos la clasificación de Nyhus. Del total de pacientes, se presentó en

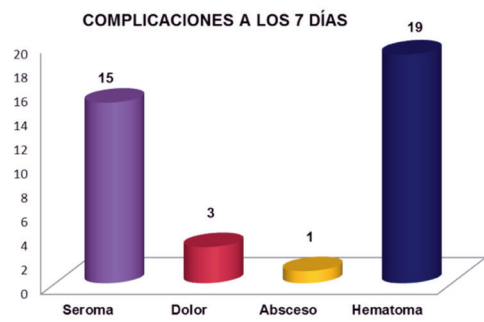
3 pacientes (2,54 %) un Nyhus tipo **1** (hernia indirecta con orificio profundo indemne), en 18 casos (15,25 %) tipo Nyhus **2** (hernia indirecta con orificio profundo agrandado), también en 18 (15,25 %) Nyhus tipo **3A** (hernias directas), en 58 casos (49,15 %) Nyhus **3B** (hernia indirecta con destrucción de la pared posterior e inguino-escrotal), en 13 (11,01 %) padecieron un Nyhus **3C** (hernia crural), en 3 oportunidades (2,54 %) Nyhus **4A** (hernias directas recidivadas o bilaterales), en 4 casos (3,38 %) una Nyhus **4B** (hernias indirectas recidivadas o bilaterales), y finalmente en 1 caso (0,84 %) Nyhus **4C** (crurales) (**Gráfico 4**).



En 96 pacientes se llevó a cabo la técnica de Bassini modificada (81,35 %), en los 22 restantes la técnica de Mc Vay (18,64 %). En 38 oportunidades se realizó la resección de epiplón por estar comprometido (32,20 %), en 88 se complementó con una incisión relajadora tipo Tanner (74,57 %) y en 5 pacientes se dejaron drenajes (4,23 %). Por otro lado, se colocaron en 116 oportunidades (98,30 %) antibiótico profilaxis.

En relación a la mortalidad 1 paciente falleció (0,84 %) de 78 años de edad con un ASA III, por un ACV que posteriormente tuvo un infarto. Se observó una complicación intra quirúrgica que fue una lesión del cordón (0,84 %). Dentro de la morbilidad y durante la internación, 19 pacientes (16,10 %) tuvieron un hematoma, en 5 casos (4,23 %) una retención urinaria, en 2 (1,69

%) dolor neurítico en región inguinal y finalmente 1(0,84 %) tuvo un fecaloma que se solucionó con su ruptura. En el control a los 7 días, se observó que 15 pacientes (12,71 %) tenían un seroma, en 19 pacientes (16,10 %) tuvieron un hematoma, 3 casos (2,54 %) continuaron dolor neurítico en región inguinal y finalmente 1 paciente (0,84 %) tuvo un absceso de la herida quirúrgica (**Gráfico 5**). En relación a la estadía hospitalaria 49 pacientes (41,52 %) estuvieron internado un día, en 53 casos (44,91 %) dos días y finalmente 16 (13,55 %) tres días.



Con respecto al tiempo de recuperación para la realización de su actividad normal, 5 pacientes (46,61 %) a las 4 semanas volvieron a su actividad normal, 45 pacientes (38,13 %) a las 3 semanas y 18 pacientes (15,25 %) presentaron vida normal a las dos semanas de su postquirúrgico. En un segundo control a los 3 meses se puso en evidencia que 3 pacientes (2,54 %) tenían dolor neurítico, en 1 caso (0,84 %) con sensación anestésica. Obtuvimos un control a los 5 años que demostró que 3 pacientes (2,54 %) con dolor neurítico y 8 habían recidivado de su hernia (6,77 %) (**Gráfico 6**).



El resto de los 110 pacientes (93.20 %) fueron controlados y examinados a los 10 años no observándose recidiva de su enfermedad.

## DISCUSION

La hernia atascada es aquella que no podemos reducir, pero al paciente no le produce un cuadro de dolor abdominal agudo, al no existir compromiso vascular de ninguna de las estructuras del saco. El anillo es lo suficientemente ancho como para que no produzca isquemia alguna. En las hernias estranguladas suele aparecer bruscamente en la región inguino-crural, tras un pequeño o gran esfuerzo que provoca una hiper presión abdominal y la salida a través del orificio del saco herniario y su contenido: las asas intestinales, el epiplón, etc., no se pueden retornar a la cavidad tras la rápida salida; muchas veces, la dilatación de esas asas por aire y la contracción muscular por el dolor impiden la reducción, produciéndose una falta de riego y de retorno sanguíneo con todas las consecuencias, como la necrosis, si se prolonga la situación en el tiempo. Se trata de una urgencia quirúrgica inmediata sin dilatar la espera, ya que tendríamos que reseca el tramo intestinal afectado, aumentando la morbilidad a la reconstrucción herniaria (2).

La estrangulación herniaria se presenta con más frecuencia en las edades extremas de la vida, pudiendo llegar a presentarse como complicación en el 30 % de los casos congénitos, a menudo durante los primeros meses de vida. En números absolutos, son más frecuentes los casos en personas mayores, estando la media de edad de presentación alrededor de los 65 años. Si no son tratadas las hernias que aparecen en la edad adulta, presentarán una frecuencia de estrangulación de alrededor del 4.5 %, si bien el riesgo es mayor en los primeros 3 meses tras el diagnóstico, periodo en

el que se produce la estrangulación en un 2.8 % de los casos, con una mortalidad operatoria que puede variar entre el 3 al 5 % (3), a diferencia de operar en forma electiva esta patología la mortalidad es muy baja.

De 5 al 13% de las hernias se operan de urgencia (4) tanto en países desarrollados como en los en vías de desarrollo, se continúan operando hernias de urgencia con una mortalidad global asociada cercana al 5%, la cual se eleva a un 20% cuando se realiza una resección intestinal (5).

La cirugía herniaria de urgencia se practica preferentemente en pacientes de edad avanzada con múltiples patologías asociadas, lo cual hace que el riesgo de complicaciones no sea bajo (6) (3). La mediana de edad de nuestra serie fue de 59 años (rango entre 17 y 93 años) y el 56,8% presentaba una o más comorbilidades. La gran mayoría de las hernias operadas de urgencia son hernias atascadas, por lo que la manifestación clínica más habitual en nuestra serie fue el dolor inguino-crural, acompañado de una tumoración irreductible.

La hernia complicada más frecuentemente encontrada en nuestra serie según la clasificación de **Nyhus 3B** en 58 casos (49,15 %) (Hernia indirecta con destrucción de la pared posterior e inguino-escrotal), coincidiendo con lo publicado por Derici y cols (4), como así también Kulah y cols (7) que describen la hernia inguinal como la más frecuentemente complicada.

En relación a cómo reparar las hernias de urgencia, se discute mucho si colocar o no malla por el riesgo de infección de ésta, en nuestra serie se utilizó la Técnica de Bassini modificada en 96 pacientes (81,35 %). Sabemos que el tratamiento quirúrgico de elección de las hernias complicadas, es reparar la hernia con una baja morbi-mortalidad operatoria y con una baja recidiva a largo plazo. Con respecto a esto nuestra serie presentó una baja morbi-mortalidad y

tuvimos 8 recidivas (6,77 %) en los pacientes controlados a los 5 años.

La utilización de mallas durante hernias atascadas y estranguladas, con la técnica de Lichtenstein fue descrita por primera vez por Pans y cols (8), que demostraron buenos resultados. A similares conclusiones llegaron el estudio de Henry y cols (9) con la utilización de la utilización de Mesh Plug. Algunos estudios (10) (11) (12) han comparado la técnica de Bassini modificada y la de Tension Free en la hernias estranguladas, indicando que la hernioplastia a lo Lichtenstein es un método seguro y eficaz. Otros estudios (13) (14), demuestran que la infección es baja con el implante de prótesis, pero creemos que se deben realizar diferentes estudios para confirmar estos resultados.

Una complicación esperada en el postoperatorio de las hernias atascadas o encarceradas es la infección local, debido a la isquemia o necrosis del epiplón debido a invasión masiva de bacterias desde el sistema digestivo dentro de la herida quirúrgica. En coincidencia con Wysocki y cols (3), creemos que los antibióticos es un elemento importante para el tratamiento de esta situación y que debe ser mantenida durante 2 a 4 días. Asimismo, pensamos que en casos de masiva contaminación del saco de la hernia no recomendamos la implantación de prótesis y los antibióticos deben ser usados en forma sistemática.

Con respecto a los días de hospitalización el 82 % de nuestros pacientes fue dado de alta al 2do día posoperatorio. Con respecto al tiempo de recuperación para la realización de su actividad normal, 5 pacientes (46,61 %) a las 4 semanas volvieron a su actividad normal, 45 pacientes (38,13 %) a las 3 semanas y 18 pacientes (15,25 %) presentaron vida normal a las dos semanas de su post quirúrgico

Como conclusión podemos afirmar que la técnica de Bassini modificada en el tratamiento de las hernias inguinales

atascadas, es una opción válida y segura si no se cuenta con la posibilidad de colocar malla, obteniendo buenos resultados inmediatos y con una baja recidiva a largo plazo.

#### REFERENCIAS

1. Bassini E. Nuovo Metodo Operativo per la Cura Radicale dell'Ernia Inguinale. Padova, Italy: Prosperini, 1889.
2. Ortega Serrano J.: La hernia complicada: encarceración y estrangulación. En Fernando Carbonell Tatay. Hernia inguinocrural. La hernia complicada: encarceración y estrangulación. Pág. 289. Ed. Ethicon. Valencia 2001.
3. Wysocki A, Kulawik J, Pożniak M, et al.: Is the Lichtenstein Operation of Strangulated Groin Hernia a Safe Procedure?. *World. J. Surg.* 2006. 30: 2065-2070.
4. Derici H, Unalp H, Bozdogan A, et al.: Factors affecting morbidity and mortality in incarcerated abdominal wall. *Hernias* 2007. 11: 341-346.
5. Martínez-Serrano MA, Pereira J, Sanchoa J, et al.: Hernia estrangulada. ¿Todavía mortal en el siglo XXI?. *Cir. Esp.* 2008. 83:199-204.
6. Bessa M, Katri K, Abdel-Salam W, et al.: Early results from the use of the Lichtenstein repair in the management of strangulated groin hernia. *Hernia* 2007. 11: 239-242.
7. Kulah B, Kulacoglu I, Oruc M, et al.: Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults. *Am. J. Surg.* 2001. 181: 101-104.
8. Pans A, Desai C, Jaquet N.: Use of a preperitoneal prosthesis for strangulated groin hernia. *Br. J. Surg.* 1997. 84: 310-312.
9. Henry X, Randriamanantsoa V, Verhaeghe P, et al.: Is there a reasonable role for prosthetic materials in the emergency treatment of hernias? *Chirurgie.* 1994-95. 120: 123-128.
10. Papaziogas B, Lazaridis C, Makris J, et al.: Tension-free Repair versus modified Bassini technique (Andrews technique) for strangulated inguinal hernia: a comparative study. *Hernia.* 2005. 9: 156-159.
11. Catena F, La Donna M, Gagliardi S, et al.: Use of prosthetic mesh in complicated incisional hernias. *Minerva Chir.* 2002. 57: 363-369.
12. Habib FA, McAleese P, Kolachalam RB.: Laparoscopic approach to the management of incarcerated hernia of appendices epiploicae: rapport of two cases and review of the literature. *Surg. Laparosc. Endosc.* 1998. 8: 425-428.
13. Liao K, Ramirez J, Carryl S, et al.: A new approach in the management of incarcerated hernia. Emergency laparoscopic hernia repair. *Surg. Endosc.* 1997. 11: 944-945.
14. Leibl BJ, Schmedt CG, Kraft T, et al.: Laparoscopic transperitoneal hernia repair of incarcerated hernias: Is it feasible? *Surg. Endosc.* 2001. 15: 1179-1183.

#### RESUMEN

**Antecedentes:** La hernia inguinal ó crural no tratada se complica frecuentemente con la encarceración o el estrangulamiento de la misma.

**Lugar de Aplicación:** Servicio de Guardia Central. Hospital Nacional de Clínicas. Universidad Nacional de Córdoba.

**Diseño:** Estudio Prospectivo y protocolizado.

**Material y método:** Entre enero de 2000 y diciembre de 2015 fueron intervenidos quirúrgicamente 118 pacientes con diagnóstico de hernia inguinal atascada. 90 correspondían al sexo masculino y 28 al sexo femenino,

con un promedio de edad de 59 años. En relación a los síntomas el total de los pacientes presentaban dolor inguino-crural, acompañado de una tumoración irreductible. Fueron intervenidos bajo anestesia raquídea 72 casos, 28 generales, 11 peridural y 1 con anestesia local asistida.

**Resultados:** En 96 pacientes se llevó a cabo la técnica de Bassini modificada, en los otros 22 casos la técnica de Mc Vay. En 38 oportunidades se realizó la resección de epiplón por estar comprometido, en 88 se complementó con una incisión relajadora tipo Tanner y en 5 pacientes se dejaron drenajes. En el control a los 7 días, se observó que 15 pacientes habían tenido seromas, en 3 casos presentaban dolor postoperatorio, 1 paciente tuvo un absceso y 19 presentaron un hematoma. En un control los 5 años que demostró que 3 pacientes presentaban dolor neurítico y 8 habían recidivado su hernia.

**Conclusiones:** La técnica de Bassini modificada en el tratamiento de las hernias inguinales atascadas es una opción válida y segura, obteniendo buenos resultados inmediatos y con una baja recidiva a largo plazo.

**Palabras Claves:** Hernia inguinal complicada. Dolor y tumor en región inguinal. Técnica de Bassini modificada.

#### SUMMARY

*The author's experience with the therapeutic management of complicated inguinal hernias, is presented.*

**Background:** *The non-operative treatment of both the inguinal and crural hernias can frequently be complicated by incarceration or strangulation of the hernia.*

**Studyground:** *Emergency department, Clinical National Hospital, National University of Córdoba. Argentina.*

**Design:** *Prospective and protocolized study.*

**Material and Method:** *Between January 2000 through December 2015, 118 patients underwent operative procedures with diagnosis of obstructed inguinal hernia. There were 90 males and 28 females with an average age of 59 years. All of them had inguinal-crural pain and irreducible hernia. 72 cases were operated upon, with rachideal anesthesia, 28 with general anesthesia, 11 with peridural, and in 1 case, with local anesthesia.*

**Results:** *96 patients were operated with the Bassini's modified technique, 22 cases with the Mc Vay's technique, and in 38 cases with the resection of the omentum. 88 patients received a Tanner's incision and 5 cases needed a drainage. At the seventh day of control, 15 patients had seromas, 3 suffered postoperative pain, in one case an abscess was developed, and hematomas were observed in 19 cases. At the 5th year control, 3 patients had neuritic pain and 8 patients presented recurrent hernias.*

**Discussion:** *Bassini's modified technique is a valid option for obstructed inguinal hernia with excellent close results and at long term, with a low recurrence rate.*

**Key Works:** *Incarcerated hernias; Pain and tumor of the inguinal region. Bassini's modified technique.*

# Factores sociales en la vivencia del cuerpo de mujeres con peso normal y con obesidad: rol de la madre, el padre y la pareja

Fernanda Díaz-Castrillón, Claudia Cruzat-Mandich, Cecilia Barros-Aylwin, Catalina Moore-Infante, Victoria Silva-Mack

Pren. Méd. Argent.  
Mayo 2018  
Vol. 104 - N° 3  
130-146

Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria, CECA, Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago, Chile

Fernanda Díaz-Castrillón, Claudia Cruzat-Mandich, Cecilia Barros-Aylwin, Catalina Moore-Infante y Victoria Silva-Mack, Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria, CECA, Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago, Chile.

Correspondencia: Fernanda Díaz-Castrillón, Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria, CECA, Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez, Diagonal Las Torres #2640 Peñalolén, Santiago, Chile. E-mail: fernanda.diaz@uai.cl

## INTRODUCCIÓN

En la sociedad occidental actual prima un modelo estético asociado a la delgadez y a una forma androgénica del cuerpo femenino, caracterizada por un bajo índice de masa corporal (1,2,3), modelo que determina la forma en que las personas se sienten consigo mismas. La interacción del cuerpo con el entorno social y cultural, determina la forma en que los individuos vivencian su cuerpo, especialmente en relación al grado de satisfacción con él (3,4), y por tanto, los modos en que estos se proyectan y están en el mundo (5,6,7).

Paradójicamente, y en paralelo, la obesidad se ha transformado en un problema de salud pública, siendo una enfermedad que afecta a un porcentaje importante de la población mundial, y que alcanza en Chile al 30,7% de las mujeres y al 19,2% de los hombres (8,9). Aunque no se la considera un problema mental (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (5ª ed.), 10), sí se la asocia con dificultades afectivas como depresión, ansiedad y estrés, afectando especialmente la calidad de vida de quienes la padecen (11,12,13,14,15,16).

Diversas investigaciones (17,18) relacionan el sobrepeso y la obesidad con baja satisfacción corporal y con malos tratos recibidos desde el entorno social (19). Se ha visto que, especialmente en mujeres adolescentes y jóvenes de población general, no clínica, los ideales estéticos culturales asociados al cuerpo fomentan la comparación y la insatisfacción con la propia apariencia física (20,21,22). Esto a su vez afecta los hábitos alimentarios, dado que es a través de

éstos que se pueden modificar la forma y el tamaño corporal (3,23).

En este sentido, existe una compleja interacción entre el cuerpo y el mundo social y cultural, la que genera contenidos simbólicos que afectan la construcción de los significados que damos al propio cuerpo (24). Lo anterior es especialmente relevante, dado que esta normativa estética puede favorecer alteraciones en la construcción de la imagen corporal (5). En un estudio realizado con adultos obesos, acerca de la percepción sobre el ideal de delgadez transmitida por los medios de comunicación de masas (25), estos describían que los medios, al hacer una representación negativa sobre la obesidad, transformaban el ideal delgado en algo normativo y en un estándar moral, que habla de personas capaces de tener disciplina sobre sus cuerpos. De esta manera los mensajes publicitarios afectarían aspectos identitarios/valóricos (no solo conductuales) de quienes responden y de quienes no responden al estándar corporal ideal, como es el caso de las personas con obesidad.

En el mismo sentido, las imágenes de los medios asociadas al ideal de delgadez son factores importantes en la manera de percibir el propio cuerpo (26), siendo probable que la internalización de los estándares mediáticos como guía de belleza, originen insatisfacción corporal (27,28,29,30,31,32,33). Se ha estudiado que las revistas y publicidad televisiva dirigida a públicos femeninos, contienen anuncios con un aumentado énfasis en la pérdida de peso (34,35). La estética de la delgadez imperante para las mujeres y la exposición a este tipo



de mensajes publicitarios, disminuye la estima corporal (36), e incluso en personas de peso saludable, promueve inseguridad sobre el propio cuerpo. Muchas mujeres experimentan vivencias de inadecuación y vergüenza acerca de su aspecto corporal, lo que genera preocupación, insatisfacción e incluso desesperación (37).

Aun cuando la insatisfacción corporal es algo transversal a diversas culturas, existe cierta diversidad en las valoraciones y preferencias estéticas en relación al cuerpo (38). Respecto a esto, la mujer latinoamericana pareciera tener que cumplir con estándares culturales de belleza más complejos e incluso contradictorios, ya que simultáneamente con la delgadez, también se valora un tipo de cuerpo curvilíneo (39). Respecto a la población hispanoamericana, se reporta que la insatisfacción corporal es un 35% más alta que en otras poblaciones como la europea y la norteamericana, lo que la expone a mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario (40,41). En el contexto chileno, la evidencia en población general, adolescente y joven, muestra que existe una tendencia general a desear pesar menos y una alta insatisfacción con el propio cuerpo, asociado a la necesidad de alcanzar los estándares culturales de delgadez (21, 42, 43).

Por otra parte, el discurso cultural sobre el cuerpo es transmitido al interior de la familia, donde se adquiere lo esencial de la experiencia corporal. Carlson (4) plantea que especialmente las actitudes, valores y mensajes de los padres y pares durante el desarrollo, fomentan la internalización de los ideales de belleza, variando la fuerza de su influencia desde la niñez hasta la adolescencia. Aquí son centrales los encuentros con padres y cuidadores, que contienen mandatos culturales sobre cómo debe verse el cuerpo (37). El ideal de delgadez puede ser asimilado a través de comentarios y/o críticas directas o indirectas hacia el cuerpo. Esto puede incluir bromas y jui-

cios relacionados con el peso, así como mensajes persuasivos sobre conductas para bajar de peso (44), los cuales podrían influir en prácticas alimentarias poco saludables, como dietas, uso de laxantes, purgas u otros (45).

Asociado a lo anterior, se ha visto que la presión percibida por ser delgada ejercida desde los padres, pareja y pares, predice un aumento en la insatisfacción corporal (21, 46) y en la aparición de hábitos alimenticios alterados (27, 44). Madres y padres que suelen involucrarse en conversaciones relacionadas con el peso (*fat talk*), tendrían hijos con más probabilidad de desplegar comportamientos poco saludables para controlar su peso (47), constituyéndose la preocupación de los padres por el peso del niño, en un factor de riesgo importante (48).

Por otro lado, el *fat talk* también ocurre frecuentemente dentro del contexto de las relaciones de pareja, asociado a experiencias tanto negativas como positivas (49), y está vinculado con las conductas de dieta y la satisfacción corporal (50). Al respecto, se ha encontrado directa relación entre conversaciones negativas acerca del cuerpo (*body talk*) al interior de la pareja y patología alimentaria. Incluso la conversación positiva sobre el cuerpo en la pareja resultaría perjudicial para personas de IMC alto. Esto se debería a que ambas conducen a una comparación social con un ideal cultural que podría generar una motivación por modificar el cuerpo de alguna manera (51).

Los estudios anteriormente revisados subrayan la importancia de la idealización de la delgadez como factor de riesgo psicosocial para los trastornos alimentarios. Existirían factores de personalidad, como emotividad negativa y perfeccionismo, que incrementarían este riesgo (52). Asimismo, un bajo auto-concepto podría aumentar la vulnerabilidad de las mujeres a la internalización del ideal delgado y a la comparación social relacionada con la apariencia física (53).

Considerando lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue describir y comparar la influencia de factores sociales, específicamente de vínculos cercanos (madre, padre y pareja), sobre la vivencia del cuerpo en mujeres jóvenes con peso normal y con obesidad.

## MÉTODO

La presente investigación es de carácter exploratorio y utilizó un diseño descriptivo-analítico con un enfoque metodológico cualitativo, basado en la Grounded Theory o Teoría Fundamentada (54). Esto permite acceder a procesos subjetivos de los entrevistados, así como sistematizar información a partir de fenómenos emergentes que surgen desde el discurso de los participantes, favoreciendo una mayor comprensión del fenómeno estudiado.

El muestreo fue de tipo no probabilístico, intencionado, basado en el muestreo teórico que permite seguir un proceso secuencial de reclutamiento de los participantes en base a la información emergente. Para acceder a las participantes, se contó con un informante clave. Se privilegió la homogeneización de la muestra en variables sociodemográficas y de historia clínica, diferenciando a las participantes fundamentalmente en cuanto al Índice de Masa Corporal ([IMC]\* relación: talla/peso). Esto tiene la ventaja de profundizar en un grupo particular, hipotetizando la transferibilidad de los resultados a una población similar, aunque no permita generalizar a otros tipos de población.

Los criterios de inclusión fueron: (a) mujeres chilenas entre 18 y 25 años, (b) con estudios superiores, (c) nivel socioeconómico medio y (d) IMC: entre 18,5 y 24,9 para las normo-peso y superior a 40 para aquellas con obesidad (obesidad mórbida). Los criterios de exclusión fueron: (a) presencia de compromiso cognitivo y/o alteraciones

del juicio de realidad y (b) presencia de sintomatología afectiva que interfiriera con sus relatos. Para cumplir con el criterio anterior se utilizó el Inventario de Síntomas SCL-90\_R de L. Derogatis (SCL-90-R; 55,56), instrumento validado en muestra chilena y que permite evaluar sintomatología psiquiátrica indicativa del estado clínico actual del individuo.

Las participantes fueron incorporadas de manera voluntaria, previo proceso de consentimiento informado. Se les detalló los objetivos y procedimientos, comprometiendo el resguardo de la confidencialidad por parte del equipo de investigación. Además, la investigación fue aprobada por el comité de ética de la Universidad Adolfo Ibáñez.

El criterio para definir el tamaño de la muestra fue de saturación teórica, es decir, el proceso de recolección de información finaliza cuando los datos se repiten entre las entrevistadas y no surgen temáticas nuevas. Es así como quedó conformada finalmente por ocho mujeres, cuatro con obesidad mórbida y cuatro normo-peso, cuyas edades fluctuaban entre los 20 y 25 años; todas residentes en la ciudad de Santiago, Chile. El IMC de las participantes con obesidad fluctuaba entre 44 y 70.6 (obesidad tipo III o mórbida) y el de las normo-peso entre 19.8 y 21.2. Todas ellas tenían estudios técnicos, trabajaban en el área de la salud, pertenecían a un nivel socioeconómico medio y vivían en comunas periféricas de la ciudad.

Tres de las participantes con obesidad habían recibido tratamiento psicológico, psiquiátrico o nutricional anteriormente y solo una de las con peso normal. Dos de las participantes presentaban antecedentes médicos personales (una con obesidad y una normo-peso) y todas, salvo una participante con obesidad, tenían antecedentes de algún familiar con diabetes. Tres de las participantes con obesidad habían presentado sobrepeso infantil, y sólo una de las

participantes normo-peso. Todas vivían con familiares, salvo una participante normo-peso que vivían con dos amigas. Dos participantes con obesidad tenían pareja estable, al igual que en el caso de las participantes normo-peso. Sólo dos tenían hijos, una con obesidad y una normo-peso (ver tablas 1 y 2).

**Tabla 1:** Descripción sociodemográfica de la muestra

ID	EDAD	IMC	CON QUIÉN VIVE	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCACIONAL
1A	20	45.5 KG/M <sup>2</sup>	MADRE Y DOS HERMANAS ADOLESCENTES	SOLTERA	TÉCNICO PARAMÉDICO EN ENFERMERÍA
1B	23	70.6 KG/M <sup>2</sup>	PADRES Y HERMANOS ADOLESCENTES	SOLTERA	TÉCNICO PARAMÉDICO EN ENFERMERÍA
1C	22	54.92_KG/M <sup>2</sup>	ABUELOS Y PAREJA	EN RELACIÓN HACE MÁS DE 1 AÑO	TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA
1D	21	44 KG/M <sup>2</sup>	PADRES, ABUELO MATERNO, HERMANOS ADOLESCENTES E HIJA	EN RELACIÓN HACE MÁS DE 3 AÑOS	TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA
2A	25	21.2 KG/M <sup>2</sup>	DOS AMIGAS	SOLTERA	ASISTENTE DENTAL (TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ODONTOLOGÍA)
2B	25	19.8 KG/M <sup>2</sup>	PADRES Y DOS HERMANAS ADOLESCENTES	SOLTERA	ASISTENTE DENTAL (TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ODONTOLOGÍA)
2C	23	20 KG/M <sup>2</sup>	PAREJA, HIJO, PADRES Y DOS HERMANAS DE SU PAREJA	EN RELACIÓN HACE 5 AÑOS	ASISTENTE DENTAL (TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ODONTOLOGÍA)
2D	23	21 KG/M <sup>2</sup>	PADRES, DOS HERMANOS, PAREJA Y SUS DOS HIJOS, Y TÍO MATERNO	EN RELACIÓN HACE 7 AÑOS	ASISTENTE DENTAL (TÉCNICO NIVEL SUPERIOR EN ODONTOLOGÍA)

**Tabla 2:** Antecedentes médicos de la muestra

ID	TRATAMIENTOS PREVIOS	ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES	ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES	CAMBIOS DE PESO	SOBREPESO INFANTIL
1A	SÍ	RESISTENCIA A LA INSULINA	DIABETES (ABUELA MATERNA) Y CÁNCER (ABUELO PATERNO)	AUMENTO DE 6 KG EN UN AÑO (CON INICIO DE RELACIÓN)	SÍ
1B	SÍ	SIN ANTECEDENTES	DIABETES E HIPERTENSIÓN (AMBOS PADRES) Y CÁNCER GÁSTRICO (AMBOS ABUELOS)	A LOS 11 AÑOS, DURANTE ENSEÑANZA MEDIA Y HACE 7 MESES (POR CESANTÍA)	SÍ
1C	NO	SIN ANTECEDENTES	DIABETES (ABUELO), APNEA DEL SUEÑO (PADRE) Y TRATAMIENTO SALUD MENTAL (ABUELA)	SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS	SÍ
1D	SÍ	SIN ANTECEDENTES	HIPERTENSIÓN (ABUELA PATERNA) Y CÁNCER (ABUELA MATERNA)	AUMENTO DESPUÉS DE MENARQUIA, DURANTE SU EMBARAZO Y PERIODO POST PARTO	LUEGO DE 19 AÑOS
2A	NO	SIN ANTECEDENTES	HIPERTENSIÓN (ABUELA) Y DIABETES (PADRE)	SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS	SÍ
2B	NO	SIN ANTECEDENTES	ARTRITIS (MADRE) Y DIABETES (ABUELA)	SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DESDE LOS 15 AÑOS	NO
2C	SÍ	SIN ANTECEDENTES	DIABETES (ABUELA) E HIPERTENSIÓN (MADRE)	DURANTE EMBARAZO AUMENTO 15 KG (POSTERIORMENTE VUELVE A PESO CONSTANTE)	NO
2D	NO	HIPOTIROIDISMO Y ESCOLIOSIS LEVE	DIABETES (ABUELA Y TÍOS) E HIPOTIROIDISMO	SIN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS (DURANTE ENSEÑANZA BÁSICA POR DEBAJO PESO NORMAL)	NO

Para la recolección de los datos se realizaron entrevistas en profundidad (57), en base a un guión temático. Algunas de las preguntas fueron: ¿Qué factores familiares, sociales y culturales se encuentran asociados a cómo perciben su cuerpo? ¿Cómo creen que los demás perciben su cuerpo? ¿De qué manera afectan estas percepciones en el cuidado o no que le dan a su cuerpo? ¿Qué personas significativas son más importantes al momento de darle importancia a su cuerpo? ¿Qué experiencias, agentes, personas son las que más las han presionado para estar delgadas? ¿Qué tipo de presión sienten que reciben? ¿Cuáles de esas presiones son más importantes y cuáles no son tan importantes? ¿Cómo describirían alguna situación en que recibieron alguna presión específica para estar delgada?

La duración de las entrevistas fue de aproximadamente 90 minutos, y fueron realizadas por dos psicólogas clínicas debidamente capacitadas.

Como una forma de complementar la caracterización de la muestra en variables relevantes para la investigación, se aplicó un cuestionario sociodemográfico. Para evaluar la influencia de situaciones y agentes que transmiten el modelo estético cultural, se utilizó el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-40), versión española. Ambos fueron aplicados vía online después de las entrevistas. El CIMEC-40 fue creado por Toro, Zalamero y Martínez (58), quienes hicieron una versión para mujeres y otra para hombres. Evalúa la influencia de los agentes y situaciones que transmiten el modelo estético actual. Está compuesto por cinco factores que evalúan malestar con la imagen corporal, influencia de la publicidad, influencia de los mensajes verbales, influencia de los medios sociales e influencia de las situaciones sociales. Cuenta con 40 preguntas, cuyas respuestas son evaluadas en una escala de tres puntos: a) Sí, siempre (2), b) Sí, a

veces (1), c) No, nunca (0). A mayor puntuación denota mayor influencia de los medios sociales. La puntuación máxima es 80 y la mínima 0. El cuestionario fue elaborado y validado en una muestra española de 59 mujeres con anorexia y 59 controles (58). Presentó una consistencia interna de 0.93 medida a través de alfa de Cronbach. El punto de corte se estableció en 23-24.

El análisis de los datos se basó en los procedimientos de la Teoría Fundamentada (54, 59). Las entrevistas se transcribieron íntegramente, y el análisis fue realizándose de manera sucesiva y acumulativa, lo que permite un análisis descriptivo, por medio de la codificación abierta, en donde se extraen las principales temáticas de lo que las entrevistadas señalan, organizándose en conceptos, categorías y sub-categorías. Si bien el proceso continúa con la codificación axial y selectiva, para efectos de este artículo solo se presenta el nivel descriptivo alcanzado del análisis de los datos, por medio de la codificación abierta. Además, el proceso de análisis de datos fue triangulado dentro del equipo de investigación, como una forma de asegurar rigurosidad metodológica.

## RESULTADOS

### *Resultados Cuantitativos*

Aunque los resultados del CIMEC-40 no permiten generar un análisis concluyente a la población que representarían las participantes, mujeres jóvenes chilenas de la ciudad de Santiago, sí puede favorecer la reflexión sobre el tipo de variables más influyentes en relación a la condición de obesidad o normo-peso en estas mujeres.

Los puntajes muestran que el grupo de participantes con obesidad puntuó significativamente más alto que las participantes con peso normal en la sub-escala de Malestar con la Imagen

**Tabla 3:** Puntuaciones obtenidas por cada sujeto en el CIMEC-40

	OBESIDAD				NORMO-PESO			
	2A	2B	2C	2D	1A	1B	1C	1D
MALESTAR CON LA IMAGEN CORPORAL	1	5	2	4	7	12	5	12
INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD	2	0	1	0	0	2	0	8
INFLUENCIA DE MENSAJES VERBALES	2	3	1	2	2	3	0	3
INFLUENCIA DE MODELOS SOCIALES	2	4	2	5	4	4	2	5
INFLUENCIA DE LAS SITUACIONES SOCIALES	1	2	1	1	2	5	0	5
PUNTAJE TOTAL	17	26	8	19	23	34	17	48

Corporal ( $p=0,029$  M-W) (ver tabla 3).

Por otra parte, y aun cuando no resulta estadísticamente significativo, en ambos grupos se aprecia una importante influencia de los modelos sociales en la percepción de su imagen corporal.

## RESULTADOS CUALITATIVOS

A continuación se describen las categorías que fueron emergiendo de las entrevistas, haciendo distinciones entre ambos grupos de mujeres. Dichas categorías se irán intercalando con frases textuales de las participantes.

### 1. Los padres como emisores de mensajes acerca del cuerpo/peso de mujeres.

Las mujeres entrevistadas hacen alusión a múltiples mensajes acerca de su cuerpo, su figura y/o su peso provenientes de diversos miembros de su familia, donde la madre y el padre surgen como las figuras que claramente más aluden al tema, y a quienes las participantes parecen atribuir mayor importancia. Resulta interesante observar la dinámica de estos mensajes sobre el cuerpo de las jóvenes, según si se trata de mujeres con obesidad o normo-peso, y de si el emisor es la madre o el padre.

Lo que digan los demás no me importa. Sí, mi familia (párrafos 11-12, entrevistada 2B).

#### 1.1. Mensajes de la madre

La madre aparece como una figura central tanto en mujeres con obesidad como con peso normal, siendo una de las personas al interior de la familia cu-

yos comentarios son relevantes para las participantes.

#### Participantes con peso normal.

En ellas los comentarios de la madre acerca del cuerpo de la joven parecen cumplir una función de validación: la madre aparece reforzando la adecuación de la delgadez, lo que parece fortalecer la autoestima de la hija. No queda claro si su validación está asociada a la salud o a la estética, aunque más bien parece centrarse en el aspecto estético, siendo especialmente sensibles al aumento de peso.

Si me dicen que estoy más flaca y que me veo bien [...] esa es como la opinión que más me interesa a mí. No de los demás. Y lo más importante es mi mamá, mis familiares. (párrafo 11, entrevistada 2A).

A veces de mi mamá [considera opiniones sobre su propio cuerpo] [...] ¿Cómo crees tú que yo me veo? Entonces, me dice: no, estás bien. (párrafo 11, entrevistada 2B).

Yo le digo a mi mamá que podría engordar un poco y ella me dice: no, trata de mantenerte. (párrafo 54, entrevista 2B).

Un momento en que la madre habría hecho comentarios críticos sobre el cuerpo de una de las jóvenes normo-peso, fue cuando ésta había subido algo de peso.

La verdad nunca me han criticado [por su cuerpo]. Mi mamá no más... que cuando estuve más gordita me lo decía, pero yo me llevo súper bien con ella. (párrafo 7, entrevistada 2D).

*Participantes con obesidad*

En mujeres con obesidad, en cambio, no aparecen mensajes de validación de la madre. Más bien sus comentarios apuntan a la necesidad de cuidarse, y específicamente a bajar de peso, lo que podría atribuirse a motivos de salud, aunque no es explícito. Estos comentarios van desde una sugerencia con la que concuerda la participante, hasta llamados de atención por su modo de comer.

Mi mamá me dice: "Dale, tienes que bajar, es por tu bien". Entonces, como que ahí yo digo: "Sí, tiene razón" (párrafo 19, entrevistada 1B).

Sí me reta (reprende). A veces me dice como: "ya, pero X, no comas más". (párrafo 58, entrevistada 1B).

No es que me moleste. Sino que es como cuídate, baja de peso, es como que se preocupa (...). Mi mamá a veces. Es como si, tú me entiendes, si ya, para qué. (párrafo 16, entrevistada 1A).

Además, en el caso de dos participantes con obesidad, aparece la figura materna asociada a mensajes de descalificación y estigmatización -directos o indirectos-, durante su infancia.

Cuando yo era chica mi mamá [...] me molestaba. Me decía como sobrenombres [...] me dijo: "pareces globo o te vas a ir rodando al colegio", y algo más me dijo, no me acuerdo. Entonces fue algo que me quedó marcado porque era mi mamá." (párrafo 30, entrevistada 1A).

Y como que yo me sentí súper mal porque mi mamá se reía y no me defendió [por bromas que le estaban haciendo por su peso].... Y yo estaba chica. (párrafo 51, entrevistada 1C).

**1.2. Mensajes del Padre**

La figura paterna aparece como otro miembro de la familia que también hace comentarios sobre el peso y el cuerpo de la joven, más centrados en el cuidado de la salud.

*Participantes con peso normal*

En el discurso de las mujeres normo-

peso, el padre de una de las participantes expresa comentarios de preocupación por su alimentación a propósito de su delgadez. Aun cuando envía un mensaje general que refuerza la autoestima física de su hija, este comentario parece traslucir una asociación entre la delgadez y ciertos riesgos para la salud, dejando en segundo plano el tema estético.

¿Estás comiendo bien? Y todas esas cosas [el padre le pregunta]... Bueno, mi papá siempre me dice que soy linda. Pero igual me dice, pero tan flaca [...]. Se preocupa. [...]. Dice que me va a pesar cuando me vaya para ver si subí algo." (párrafos 3 y 12, entrevistada 2C).

*Participantes con obesidad*

No se mencionan mensajes paternos que refuercen la validación del cuerpo de las jóvenes con obesidad desde el punto de vista estético. En el caso de tres de las participantes con obesidad, la figura paterna expresa mensajes que apuntan a la necesidad de cuidado, con preocupación por el peso de la hija y la sugerencia de que adelgace, aludiendo explícitamente a los riesgos de salud en dos de ellas. La mención a enfermedades graves podría apuntar a mayor criterio de realidad por parte de la figura paterna.

Yo creo que mi papá lo ve por un tema de salud. Pero los demás lo ven como por un tema estético [...]. No sé, que pueda tener un accidente cerebrovascular o algo así, que pueda quedar mal [...] "X, puedes quedar postrada en una cama, si no te cuidas..." (párrafo 55, entrevistada 1B).

Que está con el miedo de que [...] por estar mal o gorda, tenga un ataque quizás, un ataque cardíaco [...]. Son como miedos de papá [...]. La presión que más me aporta son estas que me dice mi papá, que baje de peso por una cosa de salud (párrafos 32 y 34, entrevistada 1D).

En dos casos los mensajes van dirigidos al control de la ingesta, generando malestar y tensión en la participante y en el clima familiar.

No te comas eso”, “Pero, X, deja eso ahí” [...]. Y me retaba todo el día, todo el día... Y, al final, él provocó esto porque él me crió así [...]. No me dejaba hacer nada. ( párrafo 36, entrevistada 1C).

Es que tienes que bajar, y no sé qué!. Pero, así como más bruto, yo creo, para decir las cosas (párrafo 52, entrevista-da1B).

Pese a estos comentarios coercitivos, no se mencionan burlas ni mensajes paternos de descalificación, quedando la duda de si no los emiten o si las participantes no los reportan.

### 1.3 Efecto de los mensajes parentales.

Los comentarios de ambos padres acerca del cuerpo de las participantes, parecen afectarlas de modo muy distinto, según se trate de jóvenes con obesidad o normo-peso. En el caso de las jóvenes de peso normal, se observa tanto agrado como molestia por comentarios sobre su delgadez.

#### *Participantes con peso normal*

Sí me dicen que estoy más flaca y que me veo bien. Entonces, como que eso me agrada (párrafo 11, entrevistada 2A).

También cuando mis papás me dicen [opinan sobre su delgadez]. Ellos me da lata [incomodidad] que me digan (párrafo 11, entrevistada 2C).

#### *Participantes con obesidad*

En estas participantes los comentarios de la madre y del padre parecen generar sistemáticamente malestar, que se traduce en diversas emociones de tinte negativo.

Me daba rabia con ellos. Les decía que no es que yo quiera estar así, es un problema les decía, que no me entienden (párrafo 32, entrevistada1B).

Me carga cuando me empiezan a retar [...]. A lo mejor me puedo cuidar, pero cuando nazca de mí, no de ellos! [...]. Si al final yo veo lo que hago y lo que no? (párrafos 11 y 16, entrevistada 1C)

Los mensajes tanto de la madre co-

mo del padre, a propósito de su peso, generan una presión hacia la joven, que no se traduce en conductas concretas de autocuidado, o bien se reportan intentos de disminuir la ingesta, que no se mantienen en el tiempo.

Cuando con mi papá peleábamos, sí, obvio que me sentía presionada a cambiar ese aspecto, pero no lo hacía [...] O lo hacía, pero unos días y después ya no lo hacía más (párrafo 33, entrevista-da1B).

Que mi mamá me hiciera esos comentarios para mí era feo y me sentía mal y sí dejé de comer un tiempo (párrafo 36, entrevistada 1A).

## 2. La pareja como emisora de mensajes acerca del cuerpo/peso de mujeres.

Al igual que los padres, la pareja también parece tener un rol muy relevante en relación a la vivencia del propio cuerpo de las jóvenes participantes, con independencia de si se trata de mujeres obesas o normo-peso.

#### *Participantes con peso normal y con obesidad*

Mi pololo [pareja], que es con el que yo vivo. Como que me debería importar su opinión y nada más (párrafo 12, entrevistada1C). (Mujer con obesidad).

Muy importante, porque tu pareja te ve completamente como eres [...]. Tienen la confianza de decirte cómo eres (párrafo 41, entrevistada 2A). (Mujer con peso normal).

Asumiendo la relevancia de la pareja en relación a la vivencia del cuerpo de la mujer, su rol específico parece ser algo complejo y hasta contradictorio, emitiendo mensajes de aceptación y refuerzo, a la vez que mensajes que cuestionan y generan inseguridad.

### 2.1 Mensajes de la pareja que refuerzan positivamente.

La pareja parece sustentar la autoestima, valorando el cuerpo de la mujer

con sus mensajes (y miradas), lo que genera en ella un efecto positivo, haciéndola sentirse bien, lo que se da tanto en mujeres obesas como con peso normal.

*Participantes con peso normal.*

Él me decía que le gustaba mi cuerpo, que era súper lindo, “no tienes que preocuparte de nada” (párrafo 27, entrevistada 2B).

Pero sí me siento bien valorada. Mi pareja siempre está preocupada de tirarme para arriba [subir el ánimo] (párrafo 32, entrevistada 2C).

*Participantes con obesidad*

A él le gusta como yo soy, porque él me conoció así y le gusta como soy. Está todo el día diciéndome que estoy bonita, que me veo bien, me sube el ánimo (párrafo 38, entrevistada 1D).

Me siento súper cómoda con él no hay nada que me incomode, o sea a lo mejor conmigo, pero no hay nada de que como que a lo mejor no le va a gustar a él (párrafo 13, entrevistada 1A).

La aceptación del cuerpo por parte de la pareja en mujeres con obesidad puede tener un doble efecto: querer cuidarse para estar mejor o, por el contrario, llevarla a descuidarse.

Y eso a mí me sube el ánimo y me da motivación, quizás, para bajar de peso... Como yo le dije que había ido al gimnasio, fue con él (párrafo 38, entrevistada 1D).

Igual siento que me juega en contra porque el hecho de que no haya prejuicios [de su pareja con la obesidad], y porque igual dejé hartos tiempos de hacerlo [de maquillarse] (párrafo 15, entrevistada 1A).

## 2.2 Mensajes de la pareja que cuestionan y generan inseguridad

Sin embargo, junto a esta aceptación del cuerpo, aparecen mensajes de la pareja tanto verbales como no verbales, que les generan inseguridad. En algunos casos al explicitar que se vería mejor

si hiciera un cambio. Esos mensajes de la pareja tienen un efecto anímico negativo y producen cierta incomodidad con el cuerpo frente a la mirada del otro, y parecen hacerlas pensar que la pareja podría preferir un cuerpo distinto, más delgado en el caso de las mujeres con obesidad, o con más peso y curvas en el caso de mujeres con peso normal. El hecho que esta situación se observe en mujeres de diferentes pesos, parece apuntar a que ellas (mujeres) serían muy vulnerables frente a los comentarios y las miradas de su pareja sobre su cuerpo, con independencia de su peso.

*Participantes con peso normal*

O sea, el hecho de sentirme muy delgada es por la pareja, por cómo la mira uno [...] Pero siempre hay algo que me incomoda del cuerpo. Siempre hay algo ahí que incomoda (párrafo 32, entrevistada 2C).

Que me vea flaca él es como incómodo. Típico que a los hombres le gustan las mujeres más rellenitas [con más grasa y curvas], con más cuerpo y cosas así. Entonces, igual me siento incómoda (párrafo 11, entrevistada 2C).

Mi pololo [pareja] me decía que estaba muy delgada. Yo como que me empecé a sentir mal (párrafo 2, entrevistada 2D).

Se observa en una participante con peso normal que los mensajes críticos de la pareja sobre su cuerpo delgado generan malestar y temor a dejar de ser atractiva para él. A la vez, generan el deseo de intentar un cambio que le permita sentirse mejor a los ojos de la pareja.

Que quizás ya no le iba a gustar y él compararme con las otras niñas que sí son más rellenitas [pensamiento que le generaba mensaje de pareja sobre delgadez]. Entonces, ahí empecé a comer mucho. Platos más grandes, porque yo quería engordar. No me veía bien (párrafos 2 y 3, entrevista 2D).

Llama la atención en una participante con peso normal, que los comentarios



de la pareja acerca de su cuerpo que son vividos como negativos o cuestionadores de su delgadez, serían respuesta a comentarios críticos de la misma participante sobre su delgadez.

Pero él no lo hacía en mala, es que como yo siempre andaba diciendo que estaba incómoda, él siempre me decía pero hace ejercicio, hace algo [...] porque yo estaba todos los días: "mira, que estoy flaca" (párrafo 24, entrevistada 2C)

#### *Participantes con obesidad*

La pareja en ocasiones alude al exceso de peso de las participantes obesas, explicando la conveniencia de que ésta adelgace.

Sí, porque él siempre me decía, pero X, si tú eres bonita, tienes que bajar de peso [...] me molestaba, pero yo sabía que él lo decía por mi bien [...] porque en ese momento yo pensaba: "Yo no le gusto y por eso me está diciendo eso" (párrafos 49 y 50, entrevistada 1B)

El temor a no ser atractiva para el otro, o incluso al abandono, también se observa en mujeres con obesidad, donde no queda claro si es provocado por mensajes concretos, verbales o no verbales, o por un cuestionamiento propio frente a la conciencia del exceso de peso, y de cómo ese peso disminuiría su atractivo frente al otro. En un caso, el peso es la explicación que la joven se da ante el término de una relación.

A lo mejor, me iba a encontrar fea [...]. A veces, igual, me aparecían las dudas [...] a lo mejor va a encontrar a alguien que sea más linda, más flaca, que le llame la atención y... vamos a terminar... (párrafos 24 y 25, 1B).

Yo tenía miedo de que no le podía gustar porque pucha uno nunca se ve como se ve en la foto, en contextura, entonces me dije que a lo mejor no le iba a gustar (párrafo 20, entrevistada 1A).

Empezó a pololear [tener relación de pareja] con una niña mucho más delgada que yo, y eso fue para mí un golpe

igual fuerte, quizás si hubiese estado flaca como ella, quizás hubiese estado conmigo (párrafo 36, entrevistada 1D).

En una participante con obesidad, al explicitar este temor, la pareja hace un comentario de aceptación de su cuerpo, mensaje que la participante no logra creer. Hilando más fino, este mensaje puede ser contradictorio, y podría interpretarse como rechazo del cuerpo / peso / figura de ella. Al asegurarle que no se enamoró de ella por su cuerpo, podría implicar que eso sería improbable, confirmando que su cuerpo no es atractivo.

Que él me quería como yo era. Que él no se había enamorado de mí por mi estado físico, sino que por otras cosas [...] No le creía, no le creía (párrafos 25 y 26, 1B).

La participante con obesidad que refiere haber sido abandonada por su pareja, dada su obesidad, da cuenta de una respuesta alimentaria paradójica; tanto con disminución de la ingesta como con sobre-ingesta. No queda claro el orden de estas respuestas, aunque da a entender que la sobre-ingesta sería una conducta más estable en el tiempo, al describirla como un comportamiento similar a una adicción.

Comía menos, para que quizás él estuviera conmigo. Porque yo eso sentía. Que él quizás no quería estar conmigo por mi gordura (párrafo 36, entrevista 1D).

Cuando tuve esta separación con el papá de mi hija. Ahí yo comí mucho. Es como, yo lo veo como un vicio. Es como para el alcohólico, el alcohol (párrafo 21, entrevistada 1D).

#### CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

A partir de los datos obtenidos, se evidencian algunos resultados interesantes a discutir, y otros que confirman hallazgos de investigaciones previas. Un primer aspecto, hace referencia a que la insatisfacción con la imagen corpo-

ral, aun cuando es significativamente mayor en las mujeres con obesidad, está presente en alguna medida en todas las mujeres del estudio. Esto es coincidente con evidencias internacionales (20, 22) y con hallazgos en muestras no clínicas de jóvenes chilenas, en que la insatisfacción corporal y el deseo de pesar menos es un común denominador, independientemente de su IMC (21). Asimismo, este resultado podría confirmar la internalización de estándares mediáticos que generan disconformidad con el propio cuerpo observada en diversos estudios (27, 28, 29, 30, 31, 32, 33), y permitiría pensar que dicha insatisfacción se relaciona con influencias sociales más amplias que la mera valoración por la delgadez.

Un segundo aspecto, tiene que ver con los distintos niveles de influencia que ejercen los comentarios de las personas significativas más cercanas (padre, madre, pareja), en la satisfacción con la propia imagen. Los resultados de este estudio coinciden con otras investigaciones, en el sentido de que la presión por ser delgada ejercida por los padres, pareja y pares, se relaciona con la insatisfacción corporal (21, 28, 37, 46). Esta presión es percibida a través de los mensajes emitidos por ellos, los que en ocasiones son contradictorios. Al parecer, y tal como han observado autores como Pokrajac y Ambrosi (44), la internalización de la imagen de belleza occidental y su ideal de delgadez, se ve mediada por los comentarios de padres y pareja, generando malestar con la imagen corporal, especialmente en participantes con obesidad.

En el presente estudio, tanto las participantes con peso normal como aquellas con obesidad, describen mensajes verbales negativos por parte de la madre/padre respecto de su peso (delgado u obeso); las participantes con obesidad describen incluso mensajes descalificadores, aunque sólo de la madre, todos los cuales generan estados emocionales

negativos. Esto resulta interesante, dados los hallazgos que apuntan a que la preocupación de los padres por el peso de sus hijos(as), puede constituirse en un factor de riesgo importante para el desarrollo de problemas alimentarios (28, 47, 48). Dado que algunas de las participantes con obesidad, describen cómo la madre en su infancia avalaba burlas acerca de su peso, cabe preguntarse si hubo a lo largo de su historia excesiva preocupación y/o comentarios negativos por parte de los padres acerca del peso, figura y/o hábitos alimenticios de su hija, que hayan influido en el origen o evolución de su exceso de peso.

La madre aparece aquí como una figura central en todas las participantes, lo que es consistente con hallazgos de otros estudios respecto a la influencia de los comentarios maternos en el desarrollo de estrategias poco saludables de control de peso (27, 47). Por otra parte, según estos resultados pareciera que las madres envían mensajes más centrados en lo estético que en la salud.

El rol del padre en esta área ha sido hasta ahora poco estudiado y con escasas evidencias significativas (27). Estos primeros hallazgos muestran una figura paterna cuyos mensajes apuntan mayormente a la necesidad de cuidado y preocupación por la salud, y aparentemente menos a lo estético. Lo anterior puede ser un aporte respecto a su posible influencia en la imagen y satisfacción corporal de sus hijas y en el cambio de estilos de vida. Esto puede instalar la necesidad de incorporar al padre en los programas de intervención, desde su rol más pragmático. Sin embargo, de acuerdo a lo que se observa en el presente trabajo, también la figura paterna puede ser coercitiva respecto a la conducta alimentaria, y aun cuando sus mensajes de control de la ingesta no parecen tener un efecto en el cambio de conducta, sí generan potenciales cuestionamientos internos.

La pareja pareciera cumplir un rol ambivalente, de aceptación y al mis-

mo tiempo disgusto con el peso de las participantes entrevistadas. No muestra una postura clara respecto al valor que asigna al peso o la figura de la mujer. Por una parte, la pareja parece sustentar la autoestima en ambos grupos del estudio, valorando el cuerpo de la mujer con sus mensajes y haciéndola sentirse bien. Esta valoración del cuerpo en mujeres con obesidad puede tener un doble efecto: actuar como un motivador para cuidarse y estar mejor o, por el contrario, llevarla a descuidarse al sentirse aceptada tal cual es.

Por otra parte, aparecen mensajes verbales o no verbales de parte de la pareja, que generan inseguridad, tanto en mujeres con obesidad como con peso normal. Lo anterior parece apuntar a que las mujeres jóvenes serían altamente vulnerables a los comentarios y las miradas de su pareja, con independencia de su peso. En el presente estudio, se observan como efectos el temor a dejar de ser atractiva o incluso temor al abandono. Cabe preguntarse si esto se debe a los comentarios de la pareja o al filtro que cada una aplica desde su propia historia de relaciones afectivas. El comportamiento de la pareja es percibido entonces de manera contradictoria, ya que emite mensajes de aceptación y refuerzo, a la vez que mensajes que generan inseguridad. Esta presencia de *fat talk* al interior de la pareja y su sensible efecto en el grado de satisfacción corporal de las mujeres, es un fenómeno consistente con lo descrito en estudios previos (49, 50, 51).

Otro aspecto a analizar es el efecto de los ideales de belleza en la relación de pareja. En relación a los hallazgos de este estudio, se observan sentimientos de ambivalencia en las participantes, en cuanto a sentirse realmente atractivas para sus parejas. Esto puede deberse a la contradicción entre los ideales de delgadez internalizados desde la familia y los medios de comunicación, versus la percepción de que tanto mujeres normopeso y delgadas como muy obesas no son

tan atractivas. Pareciera que el ideal de belleza femenino estaría determinado culturalmente y varía de un país a otro (38). Es posible además que éste haya ido cambiando y que no exista un solo ideal compartido por todos los grupos o niveles socioeconómicos. Asimismo, puede ocurrir que los ideales se superpongan, al recibir mensajes opuestos desde las personas significativas. Es así como, de acuerdo al estudio de Viladrich et al. (39), las mujeres latinas mantienen un ideal estético asociado a la delgadez y simultáneamente aprecian un tipo de cuerpo curvilíneo. Esto podría generar malestar con el propio cuerpo, a la vez que gran confusión respecto a cómo éste es vivenciado y pensado (mentalizado).

De los resultados expuestos, surge la necesidad de seguir estudiando esta población, que por edad es más vulnerable a la influencia social ligada al cuerpo (19, 43). Por otra parte, y dada esta vulnerabilidad, resulta preocupante la ausencia de conductas de autocuidado, especialmente en mujeres con obesidad y comorbilidades asociadas.

Asimismo, parece relevante profundizar en la influencia del padre sobre la relación que tienen las jóvenes con su corporalidad, figura, peso y alimentación. Si bien no se observa un efecto claro de los mensajes de promoción del autocuidado, como tampoco de los mensajes coercitivos de control de ingesta, cabe destacar que la figura paterna aparece en este estudio como menos centrada en lo estético, y aportando criterio de realidad, tanto en cuanto a la necesidad de alimentarse bien, en el caso de hijas con peso normal, como de cuidarse y prevenir problemas graves de salud en el caso de hijas con obesidad. De acuerdo a Guzmán, Hitelman y Kaplan (60), la figura del padre pudiera tener un rol relevante, en tanto sujeto de indentificación para pacientes anoréxicas, al representar la posibilidad de configurar la agencia para desenvolverse en un mundo competitivo y poco protegido. Estas pacientes carecerían de

identificaciones masculinas en el plano simbólico, por tanto, es posible hipotetizar que un mayor involucramiento de la figura paterna pudiera ser un aporte tanto en la prevención de trastornos alimentarios como en el tratamiento de éstos.

Considerando todo lo descrito anteriormente, llama la atención que independiente del peso, la presión e influencia de las personas cercanas no parece ser suficiente para generar cambios en los hábitos de vida de las mujeres participantes del presente estudio, especialmente en aquellas que presentan obesidad.

Finalmente, considerando como limitación las características homogéneas de la muestra, sería interesante realizar estudios con muestras de otros niveles socioeconómicos, para comparar si la influencia de las personas cercanas es similar, y/o si los ideales de belleza internalizados son compartidos.

#### REFERENCIAS

1. Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En R. Behar y G. Figueroa (Eds.), *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica* (pp. 17-53). Santiago: Mediterráneo. 2004. doi: <http://doi.org/ctfh7j>
2. Cortez D, Gallegos M., Jiménez T, Martínez P, Saravia S., Cruzat-Mandich C, Díaz- Castrillón, F, Behar R, Arancibia M. Influence of sociocultural factors on body image from the perspective of adolescent girls. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2016; 7(2): 116-124. doi: <http://doi.org/cc39>
3. Tiggemann, M. Sociocultural Perspectives on Human Appearance and Body Image. 2011. En Thomas F. Cash y Linda Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of sciences, practices and intervention* (pp. 12-19). The Guilford Press: London.
4. Carlson D. Interpersonal and familial influences on the development of body image. 2011. En Thomas F. Cash y Linda Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of sciences, practices and intervention* (pp. 110-118). The Guilford Press: London.
5. Carballo R, Bonilla A. Identidades y cuerpo: El efecto de las normas genéricas. 2000. *Papeles del Psicólogo* (75), 34-39. Extraído el 14 de septiembre de 2017 de [http://www.academia.edu/31238073/Identidades\\_y\\_cuerpo\\_el\\_efecto\\_de\\_las\\_normas\\_gen%C3%A9ricas](http://www.academia.edu/31238073/Identidades_y_cuerpo_el_efecto_de_las_normas_gen%C3%A9ricas)
6. Carreras X, Duero, D. Sentimiento de orientación vital y vivencia del cuerpo en personas con trastornos de la alimentación: un estudio fenomenológico-narrativo. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2012; 4(3): 30-47. Extraído el 14 de septiembre de 2017 de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/5165>
7. Detrez C. *La construction sociale du corps*. París: Seuil. 2002.
8. Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Geneva: WHO. 2013.
9. Ministerio de Salud. Chile. *Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010*.
10. American Psychiatric Association. *Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos*. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2014.
11. Carrasco D, Gómez E, Staforelli, A. Obesidad y adolescencia: Exploración de aspectos relacionales y emocionales. *Terapia Psicológica*, 2009; 27(1): 143-149. doi: <http://doi.org/fq5vrx>
12. Collipal E, Silva H, Vargas, R, Martínez, R. Significado de la obesidad para los adolescentes de Temuco-Chile. *International Journal*

- of Morphology, 2006; 24(2): 259-262. doi: <http://doi.org/b2zmt2>
13. Duffecy J, Bleil M, Labott S, Browne A, Galvani, C. Psychopathology in adolescents presenting for laparoscopic banding. *Journal of Adolescent Health*, 2008; 43(6): 623, 625. doi: <http://doi.org/b3rr2p>
  14. Latner J, Wilson R. Obesity and body imager in adulthood. En Thomas F. Cash y Linda Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of sciences, practices and intervention* (pp. 189-197). The Guilford Press: London. 2011.
  15. Tapia A. Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 2006; 33(2): 352-357. doi: <http://doi.org/c2t6q9>
  16. Zeller M, Roehrig H, Modi A, Daniels S, Inge, T. Health-related quality of life and depressive symptoms in adolescents with extreme obesity presenting for bariatric surgery. *Pediatrics*, 2006; 117(4): 1155-1161. doi: <http://doi.org/fv4bqt>
  17. Contreras-Valdez J, Hernández-Guzmán L, Freyre, M. Body dissatisfaction, self-esteem, and depression in girls with obesity. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2016; 7(1): 24-31. doi: <http://doi.org/cc38>
  18. Neumark-Sztainer D, Wall M, Larson N, Eisenberg M, Loth, K. Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 2011; 111(7): 1004-1011. doi:<http://doi.org/fwbwns>
  19. Neumark-Sztainer D. Obesity and Body Image in Youth. En Thomas F. Cash y Linda Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of sciences, practices and intervention* (pp. 180-188). The Guilford Press: London. 2011.
  20. Hargreaves D, Tiggemann, M. Idealized media images and adolescent body image: "comparing" boys and girls. *Body Image*, 2004; 1(4): 351-361. doi: <http://doi.org/b4fcwf>
  21. Heras D, Díaz-Castrillón F, Cruzat-Mandich C, Lecaros, J. (In) Satisfacción con la imagen corporal en jóvenes chilenas de 15 a 25 años: en la línea de la prevención. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 2017; 23(9): 69-80. Extraído el 14 de septiembre de 2017 de <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/viewArticle/439>
  22. Van den Berg P, Paxton S, Keery H, Wall M, Guo J, Neumark-Sztainer, D. Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body Image*, 2007; 4(3): 257-268. doi: <http://doi.org/fstbg3>
  23. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor J, López-Miñarro, P. Imagen corporal: Revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 2013; 28(1): 27-35. doi: <http://doi.org/3fg>
  24. Marín A, Bedoya, M. Cuerpo vivido en la experiencia de mujeres con diagnóstico de anorexia o bulimia. *Latreia*, 2009; 22(8): 219-226. doi: <http://doi.org/f2s3r8>
  25. Couch D, Thomas S, Lewis S, Warwick R, Holland K, Komesaroff, P. Obese people's perceptions of the thin ideal. *Social Science & Medicine*, 2016; 148(1): 60-70. doi: <http://doi.org/cc4b>
  26. Rivarola M, Penna, F. Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 2006; 8(2): 61-72. Extraído el 14 de septiembre de 2017 de <http://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=80280205>
  27. Balantekin K, Birch L, Savage, J.

- Family, friend and media factors are associated with patterns of weight-control behavior among adolescent girls. *Eating and Weight Disorders*, 2017; 1-9. Doi: 10.1007/s40519-016-0359-4
28. Berbert de Carvalho PH, dos Santos M, Caputo, ME. An etiological model of disordered eating behaviors among Brazilian women. *Appetite*, 2017; 116: 164-172.
  29. Cheng H. Disordered Eating Among Asian/Asian American Women: Racial and Cultural Factors as Correlates. *The Counseling Psychologist*, 2014; 42(6): 821-851. doi: <http://doi.org/f6jx8p>
  30. Cruzat-Mandich C, Haemmerli C, García A. Trastornos de la conducta alimentaria: Reflexionando en torno a las variables socioculturales. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2012; 3(1): 54-61. Extraído el 14 de septiembre de 2017 de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232012000100007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232012000100007)
  31. Dye H. Does an internalizing society and media message cause body dissatisfaction, in turn causing disordered eating? *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 2016; 13(2): 217-227. doi: <http://doi.org/cc4d>
  32. Karazsia B, Van Dulmen M, Wong K, Crowther, J. Thinking meta-theoretically about the role of internalization in the development of body dissatisfaction and body change behaviors. *Body Image*, 2013; 10(4): 433-41. doi: <http://doi.org/f5frs>
  33. Levine M, Chapman, K. Media Influences on body image. En Thomas F. Cash y Linda Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of sciences, practices and intervention* (pp.101-109). The Guilford Press: London. 2011.
  34. Andersen A, DiDomenico, L. Diet vs. shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 1992; 11(3): 283-287.
  35. Wiseman C, Gunning F, Gray, J. Increasing pressure to be thin: 19 years of diet products in television commercials. *Eating Disorders*, 1993; 1(1): 52-61. doi: <http://doi.org/cf46xm>
  36. Shentow-Bewsh R, Keating L, Mills, J. Effects of anti-obesity messages on women's body image and eating behavior. *Eating Behaviors*, 2016; 20(1): 48-56. doi: <http://doi.org/f748cv>
  37. Orbach S. *La tiranía del culto al cuerpo*. Barcelona: Paidós. 2010.
  38. Padgett J, Biro F. Different shapes in different cultures: body dissatisfaction, overweight, and obesity in African-American and Caucasian females. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2003; 16(6): 349-354. doi: <http://doi.org/dgccc5>
  39. Viladrich A, Yeh M, Bruning N, Weiss, R. "Do real women have curves?" Paradoxical body images among Latinas in New York City. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2009; 11(1): 20-28. doi: <http://doi.org/c7xwtt>
  40. Robinson T, Killen J, Litt I, Hammer L, Wilson D, Haydel K, Hayward C, Taylor C. Ethnicity and body dissatisfaction: are Hispanic and Asian girls at increased risk for eating disorders? *Journal of Adolescent Health*, 1996; 19(6): 384-396. doi: <http://doi.org/b69fsp>
  41. Robinson T, Chang J, Haydel J, Killen, J. Overweight concerns and body dissatisfaction among third grade children: The impact of ethnicity and socioeconomic status. *Journal of Pediatrics*, 2001; 138(2), 181-187. doi: <http://doi.org/b77dxc>

42. Caqueo-Urizar A, Ferrer-García M, Toro J, Gutiérrez-Maldonado J, Peñaloza C, Cuadros-Sosa Y, Gálvez-Madrid M. Associations between sociocultural pressures to be thin, body distress, and eating disorders symptomatology among Chilean adolescent girls. *Body Image*, 2011; 8(1): 78-81. doi: <http://doi.org/d5w4pw>
43. Cruzat-Mandich C, Díaz-Castriellón F, Lizana-Calderón P, Castro, A. Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. *Revista Médica de Chile*, 2016; 144(6): 743-750. doi: <http://doi.org/cc4c>
44. Pokrajac A, Ambrosi N. Sociocultural attitudes towards appearance and body dissatisfaction among adolescent girls in Croatia. *Eating and Weight Disorders*, 2007; 12(4): 86-91. doi: <http://doi.org/cc4f>
45. Quiles M, Quiles S, Pamies A, Bottella A, Treasure J. Peer and family influence in eating disorders: a meta-analysis. *European Psychiatry*, 2013; 28(4): 199-206. doi: <http://doi.org/f4zs7m>
46. Presnell K, Bearman S, Stice E. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 2004; 36(4): 389-401. doi: <http://doi.org/f8t>
47. Berge J, Maclehose R, Loth K, Eisenberg M, Bucchianeri M, Neumark-Sztainer, D. Parent conversations about healthful eating and weight: associations with adolescent disordered eating behaviors. *JAMA Pediatrics*, 2013; 167(8): 756-53. doi: <http://doi.org/cc36>
48. Domínguez P, Olivares S, Santos, J. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 2008; 58(3): 249-255. Extraído el 14 de septiembre de 2017 de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/123925>
49. Berge J, Pratt K, Miller L. Weight conversations in romantic relationships: What do they sound like and how do partners respond? *Families, Systems & Health*, 2016; 34(3): 213-220. doi: <http://doi.org/f85srz>
50. Boyes A, Fletcher G, Latner, J. Male and female body image and dieting in the context of intimate relationships. *Journal of Family Psychology*, 2007; 21(4): 764-8. doi: <http://doi.org/b6tkmh>
51. Chow M, Hart E, Tan, C. Body talk, weight status, and pathological eating behavior in romantic relationships. *Appetite*, 2017; 117(1): 135-142. doi: <http://doi.org/cc37>
52. Keel P, Forney, K. Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2013; 46(5): 433-9. doi: <http://doi.org/f4xtqg>
53. Vartanian L, Dey S. Self-concept clarity, thin-ideal internalization, and appearance-related social comparison as predictors of body dissatisfaction. *Body Image*, 2013; 10(4): 495-500. doi: <http://doi.org/cc4g>
54. Glaser B, Strauss, A. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company. 1967.
55. Derogatis L R. *The SCL-90-R. Clinical Psychometric Research*: Baltimore. 1975.
56. Gempp R, Avendaño, C. Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 2008; 26 (1): 39-58.
57. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos en investigación*. Barcelona: Paidós. 1998.
58. Toro J, Salamero M, Martínez, E. Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body sha-

- pe model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994; 89(3): 147-151. doi: <http://doi.org/fhmcrd>
59. Strauss A, Corbin, J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Bogotá, Colombia: CONTUS-Editorial Universidad de Antioquia. 2002.
60. Guzmán M, Hitelman L, Kaplan, M. Anorexia Nerviosa; la Mirada del Padre. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 2009, 26(1): 97-105.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir y comparar la influencia de factores sociales, específicamente de vínculos cercanos (madre, padre y pareja), sobre la vivencia del cuerpo en mujeres jóvenes con peso normal y con obesidad. Se realizó una investigación exploratoria cualitativa y se analizaron los datos a través de codificación abierta, basada en la Teoría Fundamentada. La muestra estuvo conformada por ocho mujeres, cuatro con obesidad mórbida y cuatro normopeso, entre 20 y 25 años. Los resultados confirman que la insatisfacción corporal está presente en todas las participantes independiente de su peso corporal. Las personas cercanas ejercen presión por la delgadez, la madre estaría más centrada en lo estético, mientras el padre expresaría mayor preocupación por la salud. Las participantes se muestran vulnerables a los mensajes contradictorios de la pareja, generando

inseguridad. Sin embargo, la presión de los vínculos cercanos no sería suficiente para generar cambios de hábitos. Se observa ambivalencia entre la valoración de un cuerpo delgado y otro curvilíneo, ideales que se superponen y generan malestar.

*Palabras claves: mujeres jóvenes, insatisfacción corporal, influencias sociales, ideal estético*

## SUMMARY

*The objective of this study was to describe the influence of social factors, specifically close affective bonds (mother, father and couple), on body experience in young women with obesity and normal weight. A qualitative exploratory research was carried out and data were analyzed with Grounded Theory. A sample of eight women between 20 and 25 years old participated, four of them with morbid obesity and four with normal weight. The results confirm that body dissatisfaction is present in all the participants, which is associated with the pressure to be thin exerted by the people close to them. Mothers are more centered on the aesthetic, while fathers seem to have more concern about health. Participants are vulnerable to the couple's conflicting messages, generating insecurity. However, the pressure of the environment does not seem to be enough to change the habits. Ambivalence is observed between the appreciation of a thin body and a curvilinear one at the same time, ideals that overlap and generate discomfort.*

*Key Words: youth women, body dissatisfaction, social influences, esthetic ideal*



# Granulomatosis de Wegener. A propósito de un caso

Andrés Julián Vanrell<sup>1</sup>, Juan Peralta<sup>2</sup>, Andrés Saez<sup>3</sup>, Miguel Ángel Rodríguez Sáenz<sup>4</sup>

Pren. Méd. Argent.  
Mayo 2018  
Vol. 104 - N° 3  
147-150

1 Jefe de División Diagnóstico por Imágenes. Docente Adscripto Cátedra de Diagnóstico por Imágenes UBA Director Asociado Subsele Hospital Tornú. Carrera de Especialistas en Diagnóstico por Imágenes. Sede Hospital de Clínicas. UBA. Director Centro Formador Carrera de Posgrado de Médicos Especialistas en Diagnóstico por Imágenes de la USAL. Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. GCBA

2 Médico de planta. Sector Tomografía Computada Multislice. Hospital General de Agudos Dr. E Tornú. GCBA

3 Médico de planta. Encargado de Intervencionismo guiado por Imágenes. Sector Tomografía Computada Multislice y Ecografía. Hospital General de Agudos Dr. E Tornú. GCBA

4 Médico, en formación de la Carrera de Posgrado de Especialistas en Diagnóstico por Imágenes, segundo año, de la Universidad del Salvador. Hospital General de Agudos Dr. E Tornú. GCBA.

Correspondencia: Dr. Andrés J. Vanrell. jvanre@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

La Granulomatosis de Wegener -GW- es una enfermedad sistémica autoinmune, caracterizada por inflamación de pequeños vasos, lo que la diferencia de otras enfermedades vasculares. compromete diferentes órganos y sistemas, siendo aun de etiología dudosa. Se encuentra dentro de un complejo clínico patológico caracterizado por vasculitis granulomatosa de los tractos respiratorios tanto alto como bajo: presentando nodulos pulmonares que pueden llegar a cavitarse; compromiso renal: glomerulonefritis; conjuntivitis, otitis, ulceración de piel y mucosas, inclusive hemoptisis entre otros.

Más del 90% de los pacientes presentan ANCA C positivo (anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos) siendo el mas específico el pr3 (proteinas 3) y la biopsia anatomopatológica, la cual confirma el diagnostico. Dentro de los hallazgos radiológicos se encuentran desde opacidades bilaterales múltiples mal definidas, consolidaciones lobares o segmentarias con signos de vidrio esmerilado, nódulos o masas múltiples que pueden presentar cavitación ocasionadas por oclusiones e infartos vasculares y necrosis en su interior; requiriendo en la mayoría de los casos la realización de biopsias para confirmar su diagnóstico.

## MATERIALES Y MÉTODOS :

Se realizó estudio de tomografía computada multidetector ( TCMD) con tomografo Toshiba Activion 16 canales,

con reconstrucciones multiplanares, de torax con contraste endovenoso, ventana pulmonar, osea y de partes blandas.

Contraste yodado no ionico ioversol 320 - 125 cc a una velocidad de 2.5 ml/seg, por via venosa antecubital usando bomba inyectora de un cabezal Optistat. Comienzo de las adquisiciones a los 40 seg de iniciado el bolo EV, se complementa con reconstrucciones multiplanares y ventana para mediastino y parénquima pulmonar.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 56 años, que presenta síntomas constitucionales aproximadamente por 3 meses, fiebre malestar general, otalgia izquierda tratada en varias oportunidades con antibioticos oral y tópico sin mejoría, presenta compromiso pulmonar: tos, disnea, dolor punzante en hemitórax izquierdo.

Rx tórax: **muestra** radio opacidad de base y angulo costofrenico izquierdo, con signos de consolidación en el derecho; por lo que obliga a su internación e inicio de antibioticos EV, sin mejoría; persistiendo febril.

Se realiza TC de torax que muestra derrame pleural izquierdo, imagen hiperdensa en relación a parénquima de base izquierda. (Figuras 1,2,3,4,5)

Se decide biopsia guiada por TC, fibrobroncoscopia y ANCAS anti PR3; los cuales definen el diagnostico de granulomatosis de Wegener (Figuras 6 y 7). Se replantea el tratamiento suspendiendo los antibioticos e iniciando metilprednisolona - ciclofosfamida, con buena tolerancia, evolucionando afebril,

le dan de alta con seguimiento por el Dpto. de Reumatología.

### HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS:

TC:

Figura 1: (TC). Masas nodulares cavitadas bilaterales, posteriorinferior y medial

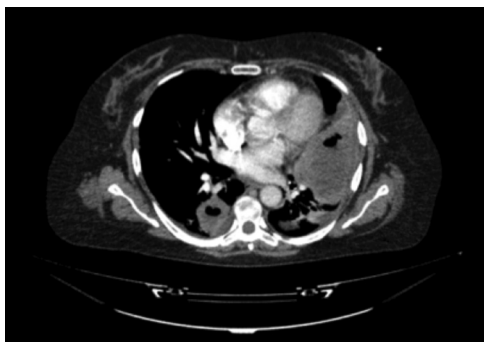


Figura 2 : (TC). masas nodulares cavitadas bilaterales con amplia area de consolidación izquierda y derrame pleural izquierdo, que impresiona loculado.



Figura 3: TC Presenta nodulos y masas multiples cavitadas bilaterales, derrame pleural izquierdo

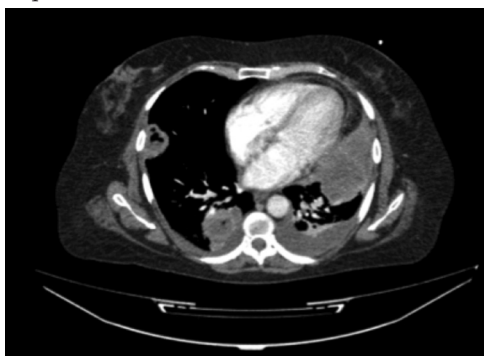


Figura 4: (TC). Corte coronal , presenta masas cavitadas bilaterales, Mediastino con imágenes ganglionares de aspecto reactivo inflamatorio.



Figura 5: Tomografía computada – (TC). Corte coronal , presenta masas cavitadas bilaterales, con areas de vidrio esmerilado



Figura 6: Tinción de Hematoxilina-Eosina (HE), Aisladas células gigantes multinucleadas, focos de necrosis fibrinoide que podrían corresponder a paredes vasculares dañadas, fragmentos alveolares con trama conservada. Hallazgos sugestivos de granulomatosis de wenerger.

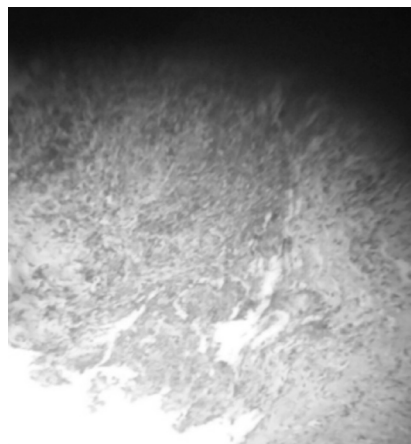
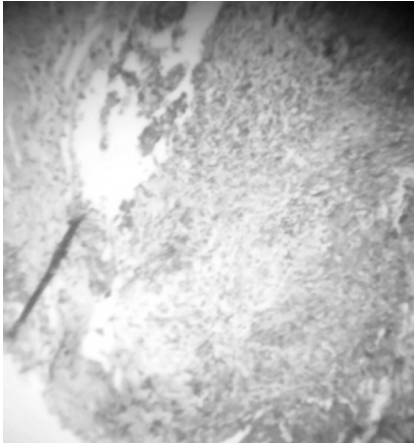


Figura 7: Tinción de HE. Fragmentos de parenquima pulmonar con histoarquitectura distorcionada, necrosis basofílica, rodeada de histiocitos en empalizada



## DISCUSIÓN

Las enfermedades vasculares son una gama de patologías sistémicas que pueden generar amplias discusiones y errores al inicio de sus síntomas, logrando manejos que no permiten mejoría en la mayoría de pacientes y necesariamente conllevan un sin número de exámenes hasta lograr un diagnóstico preciso, lo que obliga a la necesidad de hacer cambios en los tratamientos en el curso de la enfermedad.( 1,2,3) Es así como se procura rápidamente cubrir la mayor cantidad de diagnósticos diferenciales debido al deterioro y compromiso de los pacientes y las posibilidades de morbimortalidad fatales o secuelas. Es así que se debe lograr la inclusión de imágenes diagnósticas desde el principio de la sintomatología como lo son radiografía de tórax , tomografía computada – TC y resonancia magnética - RM que permiten enfocar el diagnóstico de patologías diferenciales y lograr la priorización de manejos médicos como lo son la toma de biopsias guiadas por TC (4,5) que procura el estudio anatómopatológico, citológico etc. Aunado a estudios inmunológicos, que nos dan el diagnóstico certero, para la toma de de-

cisiones oportunas que se ven reflejadas en la resolución pertinente de la enfermedad en los pacientes (6)

## CONCLUSIÓN

Las vasculitis granulomatosas son enfermedades de pequeños vasos que compromete diferentes órganos, de los cuales los de mayor compromiso son el sistema respiratorio y el renal entre otros,(7) en el presente caso se evidenciaron síntomas constitucionales que afectaron el oído, el pulmón, el riñón, evidenciando que la radiografía de tórax seguida de la tomografía computada permiten dar un margen aproximado de la enfermedad, aunado a la toma de biopsia, en este caso pulmonar y el test ANCA -C PR3 positivo confirman los criterios diagnósticos de la granulomatosis de Wegener(8).

## REFERENCIAS

1. Alandete Germán, M. Domingo Montañana, S. Isarria Vidal, J. Villar Samper, M. Afectación torácica en las vasculitis. Hallazgos radiológicos SERAM 2014. E. de la Vía Oraá, S.
2. Aydin M1, Akkoyunlu ME2, Yakar F2, Ergul N3, Sezer M2. Intense FDG uptake on PET/CT in the upper and lower respiratory system indicative of Wegener's granulomatosis. [Rev Esp Med Nucl Imagen Mol.](#) 2014 Jan-Feb;33(1):32-5. doi: 10.1016/j.remn.2013.03.003. Epub 2013 May 14.
3. Marta Hernandorena González, Marta Bértolo Domínguez, Rosa Dosa Muñoz, María Victoria Pérez Martínez, Miguel Ángel Mollá Landete ., Vasculitis de Wegener: diferentes presentaciones pulmonares en el diagnóstico inicial y durante la evolución de la enfermedad .

- Rev. argent. radiol. vol.73 no.3 Ciudad Autónoma de Buenos Aires jul./set. 2009
4. Lakshmi Ananthakrishnan, Nidhi Sharma, Jeffrey P. Kanne Pictorial Essay. Wegener's Granulomatosis in the Chest: High-Resolution CT Findings American Journal of Roentgenology. 2009;192:676-682. 10.2214/AJR.08.1837
  5. Guillevin L, Pagnoux C. Treatment of ANCA-associated vascularitides. Presse Med, 2007; 36: 922-7.
  6. Stone, JH. Limited versus severe Wegener's granulomatosis: baseline data on patients in the Wegener's granulomatosis etanercept trial. Arthritis Rheum 2003; 48:2299-309.
  7. Reinhold-Keller, E, Beuge, N, Latza, U, et al. An interdisciplinary approach to the care of patients with Wegener's granulomatosis: Long-term outcome in 155 patients. Arthritis Rheum 2000; 43:1021-32.
  8. Jean-François Cordier, M.D. Dominique Valeyre, M.D., Loïc Guillevin, M.D., Robert Loire, M.D., Jeanne-Marie Brechot, M.D. Pulmonary Wegener's Granulomatosis. A Clinical and Imaging Study of 77 Cases. April 1990 Volume 97, Issue 4, Pages 906-912

## RESUMEN

Las enfermedades vasculares se encuentran divididas para su mejor comprensión en patologías de vasos grandes medianos o pequeños calibres; en este apartado nos dedicamos a revisar un caso específico de enfermedad granulomatosa de Wegener que corresponde directamente a una enfermedad

de pequeños vasos, que comprometió los ojos, los oídos, los pulmones, los riñones y la piel; logrando reunir la parte clínica, patología, las imágenes diagnósticas, laboratorios y el manejo farmacológico.

Se debe tener en cuenta que los sistemas de mayor compromiso son el respiratorio y el renal no dejando a un lado el otorrino la piel, el gastrointestinal y sistema nervioso entre otros.

Siendo de importancia la pesquisa de los ANCA (anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos) siendo el más específico el pr3 (proteínasa3) y la biopsia anatomopatológica, la cual confirma el diagnóstico.

## SUMMARY

*Vascular diseases are divided for better understanding in pathologies of medium large vessels or small calibers; in this section, we review a specific case of Wegener's granulomatous disease that corresponds directly to a disease of small vessels, which affected the eyes, ears, lungs, kidneys and skin; managing to gather the clinical part, pathology, diagnostic images, laboratories, pharmacological management. It must be taken into account that the systems of greatest commitment are the respiratory and the renal, not leaving aside the otorrino skin, gastrointestinal and nervous system among others. The ANCA (antineutrophil cytoplasmic antibodies) is of importance, with the most specific being pr3 (proteinase3) and the anatomopathological biopsy, which confirms the diagnosis.*

**Key Words:** *necrotizing granulomatous vasculitis, neutrophil cytoplasmic antibodies, ANCA PR3, Wegener's granulomatosis.*

# Protocolo fast track (“rápida implementación”) disminuye el tiempo de estadía hospitalaria, y el tiempo de inicio de la alimentación por vía bucal, en el paciente sometido a cirugía colorectal electiva

Jorge Garza-Sánchez<sup>1</sup>, Álvaro José Montiel-Jarquín<sup>2</sup>, Eugenio García-Cano<sup>1</sup>, Omar Espinosa-González<sup>1</sup>, Ibrahim López-Peralta<sup>3</sup>; Eileen Amaro-Balderas<sup>2</sup>; Jorge Loria-Castellanos<sup>4</sup>

Pren. Méd. Argent.  
Mayo 2018  
Vol. 104 - N° 3  
151-157

This work received not support for the study in the form of grants, it has not been presented in any partial or full Congress.

## INTRODUCTION

Despite the scientific evidence for Fast-track protocols in colorectal surgery, it is difficult to impose it because many surgeons still have cultural barriers, such as fear of change. That is why the question remains as to whether the colorectal surgery is best according to the principles of “enhanced recovery after surgery” or traditional care and how to improve the focus and Fast-track deployment.

Despite these advances patients undergoing elective colorectal surgery continue to suffer high morbidity and mortality, with longer in-hospital stays after surgery (1).

Preoperative fasting, dehydration caused by intensive preparation of the colon, surgical trauma, the use of drains, nasogastric tube, an excessively long fluid and the use of opioid analgesics made the patient keep bedridden for days, more edema of the intestinal walls by the absence of oral feeding and therefore the increased risk of complication (2).

The complication rate of a patient undergoing conventional colorectal surgery preparation ranges from 15 to 20%, and increased hospital stay six and ten days (3).

Kehlet and colleagues first described a program of rapid postoperative recovery, called “Enhanced Recovery After Surgery” (ERAS), which it is commonly called “Fast track”. In their study they conducted a perioperative protocol that was able to reduce the average hospital stay up to 4 days, the metabolic response to trauma, complications and costs of care as well as accelerating the recovery of patients without compromising their safety (4).

Currently there are multiple Fast-track protocols, but in general these focus on pre care, trans and postoperative patient. The contributions of these protocols are based on the inclusion of new anesthetic drugs, restriction transoperative liquids, disuse of bowel preparation and prolonged fasting, the limitation on the use of drains and nasogastric and urinary catheters, patient recovery off bed, and the gradual onset of adequate diets (5,6).

The aim of this study is to compare the Fast-track with conventional bowel preparation in patients undergoing elective colorectal surgery.

## METHODS

Transversal, retrospective study, conducted in patients from digestive tract surgery in a Third Level Medical Facility. Review of medical records was conducted during January 2012 to August 2015. Patients of both genders

1 Hospital Ángeles Puebla, México.

2 High Speciality Medical Unit Hospital of Trauma and Ortopedics from Puebla State, Instituto Mexicano del Seguro Social; National Academy of Education; Posgrado from Popular Autonomous University of the State of Puebla;

3 High Speciality Medical Unit Hospital of Specialities from the State of Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social;

4 Division of Special Programs at Instituto Mexicano del Seguro Social;

Corresponding Author: Alvaro José Montiel-Jarquín. Diagonal Defensores de la República esquina 6 poniente s/n. Colonia Amor, Puebla México CP 72140. E mail: dralmoja@hotmail.com alvaro.montielj@imss.gob.mx

were included under the ASA I, II and III classification, who underwent elective colorectal surgery (left colectomy) for benign disease that included polypoidosis, diverticular disease, inflammatory diseases of the colon, megacolon, an anastomosis, by open approach. Diabetic patients and patients who had some kind of stoma before surgery were excluded.

A total of 86 patients divided into two groups of 43 patients each were included.

#### **Group A: conventional care group (GCC).**

They were given routine information on colorectal surgery. Patients were admitted the day before surgery, were managed with diet without waste and liquid from 48 hours before surgery, and suspension orally eight hours before surgery; bowel preparation was performed with polyethylene glycol and 3 bulking enemas administered every 4 hours before surgery, 4 mg of ondansetron was administered. All the patients were managed with balanced general anesthesia, placed nasogastric tube which was withdrawn when restarting peristalsis with channeling at least one gas from the rectum, transurethral catheter type Foley continued until the removal of IV solutions. The onset was orally at the time of restoration of peristalsis, mobilization of patients was according to the surgeon's discretion, analgesia was given with NSAIDs metamizol type and intravenous ketorolac. Antibiotics agreed to the surgeon's discretion.

#### **Group B: Fast-track group (GFT).**

Patients were informed about the procedure carried out for surgery: German Quality Assurance Program Fast-track II: Preoperative = informed consent, without bowel preparation, intravenous fluids 2 hours before surgery, with ondansetron antiemetic prophylaxis, dexamethasone 4 mg and 8 mg

intravenous, preoperative analgesia; Intraoperative = total intravenous anesthesia with high epidural T6 - T8, fluid restriction to 3000 ml. The incision was average, was used transverse when possible. Removal of the nasogastric tube was at the end of anesthesia and placed intracavity drains. Analgesia was initiated with NSAIDs 20 minutes before the end of anesthesia; postoperative = the first day of surgery nonopioid analgesic used, postoperative liquids were limited to 500 ml. It began with clear liquid diet at 6 hours up to 1500 ml. 500 ml intravenous colloids were administered if they had orthostatic changes, ambulation started as soon as possible and stitches were removed after 8 days after surgery (7,8).

Hospital discharge criteria were: soft diet tolerance, channeling of gases through rectum, pain controlled by oral analgesics and acceptance of the registration.

The variables included were age, gender, weight, height, starting orally feeding in hours, days of hospital stay, channeling gases by rectum, procedural complications by itself, reoperations, patient status at discharge and mortality per month.

Statistical analysis: descriptive statistics were used, frequencies for qualitative variables, for ordinal average and standard deviation. The association was demonstrated with X<sup>2</sup> for qualitative variables, Student t test for quantitative variables.

## **RESULTS**

There were a total of 86 patients, 43 (50%) in group A (GCC) and 43 (50%) in group B (GFT).

In group A, a frequency of 29 males (67.4%) and 14 females (32.6%) was observed, while the B group showed a frequency of 23 males 23 (53.5%) and 20 females (46.5%).

The average age was  $58.93 \pm 16.88$  for GCC and the GFT  $58.34 \pm 14.79$  years without statistically significant difference ( $p = 0.867$ ); the average weight for the GCC was  $67 \pm 12.23$  kg and  $69.14 \pm 13.46$  GFT Kg no significant difference ( $p = 0.482$ ); the average size for the GCC group was  $163.02 \pm 7.99$  cm and the GFT  $160.93 \pm 09.03$  cm without statistically significant difference,  $p = 0.283$ . Between both groups of patients, there were statistically significant differences between the onset of oral and hospital stay days,  $p = 0.000$  for both differences. (Table 1)

At 24 hours post surgery pain measurement by the VAS scale in the GCC was  $3.42 \pm 1.139$  and  $2.86 \pm 0.941$  of,  $p = 0.001$ .

In the GCC ( $n = 43$ ), 28 (65.1%) had no complications, 15 (34.9%) had the following complications: 5 (11.6%) wound dehiscence, 4 (9.3%) eventration, 2 (4.7%) bleeding with ileus, 2 (4.7%) postoperative ileus and 2 (4.7%) enterocutaneous fistulas. Rehospitalization rate due directly derived from surgery was 34.88% for this group.

In GFT ( $n = 43$ ), 33 (76.7%) had no complications, 10 (23.3%) had the following complications: 3 (7%) bleeding, 3 (7%) seroma, 1 (2.3%) anastomosis dehiscence 1 (2.3%) pulmonary thromboembolism, 1 (2.3%) abscess and 1 (2.3%) enterocutaneous fistula, no statistically significant differences between groups  $p = 0.723$ , X2. Rehospitalization rate due directly derived from surgery was 23.25% for this group.

As for reoperation in the GCC ( $n = 43$ ), they were carried out 11 (25.6%) reoperations: 7 (16.3%) surgical toilets with closure wall, two (4.7%) laparotomy with hemostasis and 2 (4.7%) restoration of intestinal transit; while the GFT ( $n = 43$ ), 4 (9.3%) had some form of reoperation. Reoperations performed in this group were: 1 (2.3%) surgical toilet and wall closure, 1 (2.3%) left hemicolectomy, 1 (2.3%) remodeling

colostomy and 1 (2.3%) placing of a Bogota bag without statistically significant difference,  $p > 0.05$ , X2.

Complications presented in both patient groups according to the classification of Dindo-Clavien are shown in the following table. (Table 2)

There were no statistically significant differences between complications and reoperations performed in both groups,  $p > 0.05$ , X2. (Table 3)

There was also no statistically significant differences between time to first flatus channeling in both groups,  $p > 0.05$ . (Table 4)

There were no deaths in both groups of patients.

## DISCUSSION

At present times, the main goals of surgery are the effectiveness and safety, as well as some situations that are changing fast-pacely. The Fast-Track concept is based on principles of evidence-based medicine, surgical stress reduction and pain management, affecting the course of the patient, their environment preoperatively, intraoperatively and throughout the subsequent evolution. Kehlet proposed a multimodal program that must surgeons, anesthetists, physiotherapists, and nurses participate as a teamwork in order to improve recovery of surgical patients and reduce complications (9), although to date it is unknown which aspect of the Fast-track is favoring a greater degree with the best course of patients with colorectal surgery (10).

With respect to age, weight and height of patients, there were not statistically significant differences for both groups of patients included ( $p > 0.05$ ).

The average age of patients was 58.93 for the GCC and 58.34 for GFT. These average ages are lower than described by some authors that reported an average of 66 and 68.7 years for patients with Fast-track (9,10).

## TABLES

**Table 1:** Test samples related, mean difference between both GCC and GFT groups for age, weight, height, onset of oral feeding and days of hospital stay.

	Media	t	p
Age - Age	58.93	0.168	0.867
	58.34		
Weight- Weight	67.00	-0,709	0.482
	69.14		
Height - Height	163.02	1,087	0.283
	160.93		
Beginning PO	124.83	9,223	0,000
	27.86		
HSL	17.27	3,988	0,000
	5.67		

**Abbreviations:**

Age in years, weight in kilograms, height in centimeters, beginning PO =start of oral feeding (hours), HSL=hospital stay length, t=t statistics, p= probability.

**Table 2:** Complications presented according to Dindo-Clavien classification

		Dindo-Clavien classification (Grade)					Total
		I	II	III	IV	V	
Group	GCC	0	9	6	0	0	10
	GFT	0	5	5	0	0	15

= Group a

**Abbreviations:**

GCC = conventional surgery group, GFT = Fast-Track group.

**Table 3:** Complications presented in both patient groups (Chi square).

		GFT		Total	p
		Without complications	complications		
GCC	Without complications	twenty	8	28	0.260
	complications	13	2	fifteen	
Total		33	10	43	

**Abbreviations:**

GCC = conventional surgery group, GFT = Fast-Track group, p = probability

**Table 4:** Reinterventions presented in both patient groups (Chi square).

		GFT			p
		No reoperations	with reoperation	Total	
GCC	No reoperations	28	4	32	0.218
	with reoperations	eleven	0	eleven	
Total		39	4	43	

Abbreviations: GCC = conventional surgery group, GFT = Fast-Track group, p = probability.



With respect to the preoperative score of the American Society of Anesthesiologists (ASA) grades I, II and III were included, because these patients can be brought safely to elective colorectal surgery (10). In recent years it has been challenged the traditional management of patients undergoing colorectal surgery due to better understanding of physiological, biochemical and intensive care aspects. Thus the basic pathogenesis for the development of postoperative morbidity is given by complications arising from anesthesia, the surgical technique, response to surgical stress which induces an increase in demand for endocrine organ systems and biochemical changes (5,10, 11,12,13).

The average onset time of the oral feeding (in hours) was much lower in the GFT compared with GCC, with statistically significant differences  $p = 0.000$ . We should take into consideration that all hospitalized patients with prolonged fasting show discomfort, which could be resolved with the GFT.

The average hospital stay for the GFT was 5.67 days, similar to that reported by L. Espindo who mentions that 93% of patients with colorectal surgery handled by Fast-track had a hospital stay between 4 and 5 days (10). Basse et al compared a traditional protocol against one Fast-track which included 260 consecutive patients operated for colorectal surgery and concluded that the time to first defecation time, hospital stay length, and morbidity were significantly reduced with the Fast-track protocol, with no statistically significant differences in the rate of rehospitalization (14,15).

In this series the average VAS assessment of pain at the GFT was  $2.86 \pm 0.941$  to 24 hours of patients visited after surgery. This evaluation is slightly higher than that presented by Espindo L, who refers to average less than 2 VAS pain during hospitalization of patients with colorectal pathology op-

erated with Fast-track. Also a fact that is worth mentioning is that in this series the differences between pain presented in the GCC and GFT are significant  $p = 0.001$ .

Concerning the complications of surgery presented by the patients, there were no statistically significant differences between groups  $p = 0.260$ . According to Dindo-Clavien classification, all the complications of patients in both groups were in grades II and III. The complications of surgery were GFT in 23.25% of patients, higher than that presented by Espindo L (17.5%) for patients undergoing colorectal surgery Fast Track. Other authors conclude that Fast-track protocols for colorectal surgery are safe, do not increase mortality or rehospitalization rates but refer the need for more evidence (14,15,16).

As for reoperated patients, these were higher in the GCC (25.6%) compared to the GFT (9.3%), but with no statistically significant difference ( $p = 0.218$ ). Some authors report the same or similar percentages in reoperations in patients undergoing colorectal surgery with Fast Track (9,17,18,19,20).

Currently the consensus on the management of colorectal surgery is leaning toward using Fast-track protocols, but when complications occur in patients, they can be as severe as patients with conventional management protocols. For best results, it is required the preparation of the multidisciplinary team (anesthesia, nursing, surgeons) involved in the care of patients with colorectal disease operated with Fast-track protocols, making a greater adherence to the guidelines and prospective studies to compare these groups of patients with the same surgical procedures.

## REFERENCIAS

1. Bona S, Molteni M, Rosati R, Elmore U, P Bagnoli, Monzani R,

- et. al. Introducing an enhanced recovery program after surgery in colorectal surgery: A single center experience. *World J Gastroenterol.* 2014; 20: 17578-17587.
2. Caravaca MCohen ME, Bilimoria KY, Ko CY, Richards K, Hall BL. Variability in length of stay after colorectal surgery: assessment of 182 hospitals in the National Surgical Quality Improvement Program. *Ann Surg* 2009; 250: 901-907.
  3. Ruiz-Rabelo JF, Monjero-Ares I, Torregrosa-Gallud A, Delgado-Plascencia L, Cuesta MA. Multimodal rehabilitation programs (Fast - track) in laparoscopic colorectal surgery. *Cir Esp* 2006; 80: 361-368. doi: 10.1016 / S0009-739X (06) 70988-5
  4. Gouvas N, Tan E, Windsor A, Xynos E, PP Tekkis. Fast Track versus standard care in colorectal surgery: a meta analysis update. *Int J Colorectal Dis.* 2009; 24: 1119 1131. doi: 10.1007 / s00384-009-0703-5.
  5. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal Strategies to Improve surgical outcome. *Am J Surg.* 2002; 183: 630-641.
  6. Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J, Arroyo-Sebastian A, Cheikh-Moussa K, Moya-Forcen P. Effects of nutritional intervention in the fast-track programs in colorectal surgery: a systematic review. *Nutr Hosp.* 2016; 33: 983-1000.
  7. Polle SW, Wind J, Führung JW, Hofland J, Gouma DJ, Bemelman WA. Implementation of a fast track perioperative care program: what are the difficulties? *Dig Surg.* 2007; 24: 441-449.
  8. Braumann C, Guenther N, P Wendling, Engemann R, Germer CT, Probst W, et.al. Perioperative Multimodal Rehabilitation in Elective Resection of Colonic Cancer Conventional: Results from the German Multicenter Quality Assurance Program Fast Track II. *Dig Surg.* 2009; 26: 123-129.
  9. R. Espinoza Navigating towards a model of Fast-Track Surgery. *Rev Chil Cir.* 2010; 62: 219-220.
  10. They were-Collazo F, Garcia-Alonso M, Sanz R-Lopez, Sanz-Ortega G, Ortega-Lopez M, Zuñiga Well J, Et. to the. Results of the implementation of a fast-track protocol in a unit colorectal surgery: a comparative study. *Cir Esp.* 2012; 90: 434-439.
  11. Espíndola L. Colon surgery open with "Fast Track" or accelerated-recovery. *Rev Chil Cir.* 2009; 61: 158-167.
  12. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence based Surgical Care and the Evolution of Fast Track Surgery. *Ann Surg.* 2008; 248: 189-198.
  13. Kehlet H. Fast track colorectal surgery. *Lancet.* 2006; 371: 791-793
  14. Jakobsen DH, Sonne E, J Andreasen, Kehlet H. Convalescence after colonic With fast-track surgery vs conventional care. *Colorectal Dis.* 2006; 8 (8), 683-687.
  15. Basse L, JE Thorbøl, Lossl K Kehlet H. Colonic accelerated rehabilitation or surgery With conventional care. *Dis Colon Rectum.* 2004; 47: 271-277.
  16. Wind J, Polle SW, Jin Kon Fung PH, CH DeJong, von Meyenfeldt MF, et al. Systematic review of Enhanced Recovery Programs in colonic surgery. *Br J Surg.* 2006; 93: 800-809.
  17. Zargar-Shoshtari K, Connolly AB, Israel LH, Hill AG. Fast track reduces complications following surgery May major colonic surgery. *Dis Colon Rectum.* 2008; 51: 1633-1640.
  18. Slim K, Vicaut E, Launay-Savary MV, C Contant, J. Chipponi Updated systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials on the role of mechanical

- bowel preparation before colorectal surgery. *Ann Surg.* 2009; 249: 203-209.
19. Bundgaard-Nielsen M, K Holte, Secher NH, Kehlet H. Monitoring of peri-operative fluid administration by individualized goal-directed therapy. *Anaesthesiol Acta Scand.* 2007; 51: 331-340.
20. Gouvas N, Tan E, Windsor A, Xynos E, PP Tekkis. Fast-track versus standard care in colorectal surgery: a meta analysis update. *Int J Colorectal Dis.* 2009; 24: 1119-1131.

## RESUMEN

**Introducción:** el protocolo "fast track" (rápida implementación) ha revolucionado a la cirugía colorectal. Algunos cirujanos aún efectúan la preparación preoperatoria

para los pacientes que serán sometidos a cirugía colorectal. El propósito de este escrito es el de comparar los resultados entre el protocolo "fast track" y la cirugía convencional en la preparación de los pacientes sometidos a cirugía colorectal por afecciones benignas.

**Métodos:** desde enero 2012 hasta agosto 2015, los pacientes operados por cirugía colorectal debido a afecciones benignas se incluyeron en el estudio. El grupo de comparación consistió en pacientes con cirugía colónica mayor con cuidado convencional y el "fast track".

**Resultados:** hubo 86 pacientes en total, 43 para cada grupo. Ambos grupos eran similares. Los pacientes con cuidado convencional tuvieron una estadía hospitalaria mayor y de inicio de la alimentación por boca comparada con los pacientes del protocolo "fast track",  $p = 0.000$  para ambas diferencias.

Las complicaciones postoperatorias y las reoperaciones fueron similares en

ambos grupos, sin ninguna diferencia significativa,  $p > 0.05$ . No hubo fallecimientos en los dos grupos.

**Conclusión:** el protocolo "fast track" es efectivo en la cirugía colorectal electiva porque disminuye el tiempo del comienzo de la alimentación por boca y el de la estadía hospitalaria en los pacientes, sin comprometer la seguridad.

## SUMMARY

**Introduction:** The Fast-track protocol has revolutionized colorectal surgery. Some surgeons still perform preoperative preparation for patients undergoing colorectal surgery. The aim of this paper is to compare the results between the Fast-track protocol and conventional surgery in preparing patients undergoing colorectal surgery for benign disease.

**Methods:** From January 2012 to August 2015, the patients operated for colorectal surgery for benign diseases were included. The comparison group consisted of patients with major colon surgery with conventional care and Fast-track.

**Results:** There were 86 patients in total, 43 in each group. Both groups were similar. Patients with conventional care had higher hospital stay and start of oral feeding compared to patients in Fast-track protocol,  $p = 0.000$  for both differences. Postoperative complications and reoperations were similar in both groups, with no significant difference,  $p > 0.05$ . *There were no deaths in both groups.*

**Conclusion:** *Fast-track protocol is effective in elective colorectal surgery because it decreases the start time of the oral feeding and the hospital stay of patients without compromising safety.*

**Keywords:** *colorectal surgery; Fast-track; hospital stay.*



# MANUAL DE SALUD MENTAL

Rodolfo D. Fahrer  
Alfredo Ortíz Fragola

La práctica asistencial y docente de muchos años en el Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas "J. de San Martín" es el origen de este libro. Se trata de un manual para alumnos y jóvenes profesionales sobre los fundamentos de la salud mental, con una concepción integral del hombre y la matriz ambiental en la que está inserto.

# MANUAL DE NUTRICIÓN Y DIABETES

Adolfo Zavala y cols.

Este libro se ha ideado como una síntesis didáctica de los conocimientos nutricionales que prevalecen actualmente. Se ha procurado aislar en cada capítulo lo más trascendente del tema de manera tal que no se desvirtúe la información en aras de la brevedad.

[edimedsur@hotmail.com](mailto:edimedsur@hotmail.com)

