



**Academia Nacional de Medicina
Mesa Directiva 2007-2008**

Dr. Emilio García Procel
Presidente

Dr. Manuel H. Ruíz Chávez
Vicepresidente

Dr. Antonio Marín López
Secretario general

Dr. Alejandro Treviño Becerra
Tesorero

Dr. Armando Mansilla Olivares
Secretario Adjunto

**Directorio
PRONADAMEG**

Dr. Manuel de la Llata Romero
Director

Dr. Juan Urrusti Sanz
Director Adjunto

Comité Normativo

Dr. Efraín Díaz Jouanen

Dr. Guillermo García Ramos

Dr. José Halabe Cherem

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Dr. Samuel Ponce de León Rosales

Dr. Julio Sotelo Morales

Coordinación Regional

Centro

Dr. José de Jesús Macías Mendoza

Sureste

Dr. José Antonio Cetina Manzanilla

Noroeste

Dr. Ernesto Ramos Martínez

Noreste

Dr. Ricardo Rangel Guerra

Occidente

Dr. Ignacio García de la Torre

VOX médica

Órgano de comunicación de los profesores y alumnos del Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General

Año 9 • Número 1 • Enero-Febrero 2008

CONTENIDO

Editorial

Enfermedad renal crónica y los diferentes tratamientos sustitutivos: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal

Dr. Alejandro Treviño Becerra 2

APRENDER ⇌ ENSEÑAR

Desarrollo de aptitudes clínicas en médicos en formación durante su práctica hospitalaria

Dr. Malaquías López-Cervantes, Dr. José Luís Galicia-Cruz, Dra. Alma Araceli Galicia-Romero, Dra. Rebeca Velasco-Reyna, Dra. Leticia Jaimes-Betancourt 3

PRONADAMEG INFORMA 4

Eventos especiales 5

Principales actividades 2008 - Sedes PRONADAMEG 6

Semblanzas y aportaciones de nuestros médicos

Miguel Francisco Jiménez, creador de la clínica moderna mexicana

Dr. Carlos Viesca Treviño 7

Problemas de salud emergentes

Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana). Primera de dos partes

Dr. Pablo Kuri Morales, Dr. David Alberto Hernández Arroyo 9

Monografía

Adenocarcinoma de tipo intestinal de senos paranasales

Isabel Alvarado-Cabrero, Jazmín De Anda-González, Gonzalo Valdez-Duarte 14

Programa de sesiones semanales de la ANMM 16

Ejercicio Clínico Patológico

Paciente masculino de 1 año un mes de edad con disminución del tono muscular en extremidades y falta de sedestación

Carlos Javier Arnaiz-Toledo y Luis Rodolfo Rodríguez Villalobos 17

Cuestionario del artículo seleccionado de Gaceta Médica de México 18

Respuestas al Ejercicio Clínico Patológico 18

Respuestas al cuestionario del artículo seleccionado de Gaceta Médica de México 18

Cuestionario del Ejercicio Clínico Patológico 19

Comentario preventivo al Ejercicio Clínico Patológico

Hombre de 74 años de edad con rinorrea y epistaxis recurrentes

Dr. Francisco Hernández Orozco, Dr. José Schimelmítz Idi 20

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS SUSTITUTIVOS: DIÁLISIS PERITONEAL, HEMODIÁLISIS Y TRASPLANTE RENAL

*DR. ALEJANDRO TREVIÑO BECERRA

No hay un registro nacional de pacientes en diálisis crónica, solo contamos con datos indirectos de la Fundación Mexicana del Riñón y de la industria de diálisis, pero se estima que de 40 a 50,000 son sujetos a este tratamiento y que anualmente la cifra se incrementa un 11%.

80% de estos pacientes son cubiertos por el IMSS, tanto en hospitales como en el hogar, tratándose de diálisis peritoneal; la atención de los pacientes en hemodiálisis tiene lugar en los hospitales y en las numerosas unidades subrogadas con que cuenta la institución.

En términos generales se considera que por cada enfermo en diálisis crónica hay otro que fallece sin acceso al tratamiento.

La insuficiencia renal es la cuarta causa de morbilidad y la tercera de mortalidad en la población atendida en el Hospital Juárez de México.

Las instituciones de salud del tercer nivel, como el Hospital Juárez de México, cuentan con un servicio de consulta especializada, la Clínica de Uremia, a cargo de un nefrólogo, una enfermera y una dietista o nutricionista, entre cuyas funciones está vigilar la evolución del paciente en una consulta especializada, a fin de estadificar la función renal residual. La elevación de los niveles de azoados, la morbilidad, el estado nutricional, capacidad laboral y el tratamiento prescrito son determinantes del futuro del paciente y la única forma de iniciar oportunamente el tratamiento de diálisis crónica, o bien inscribirlo en el Registro Nacional para Trasplante Renal y la de instalar la vía de acceso peritoneal o vascular para dializar al paciente.

Los tratamientos sustitutivos de diálisis crónica, o trasplante renal, se inician cuando la filtración glomerular del paciente, medida por la depuración de creatinina endógena en la orina de 24 hrs., es inferior a 10-15 ml/mm., y como indican las Guías Doqui, europeas y canadienses, cuando se presentan una o dos de las complicaciones siguientes: síntomas de «intoxicación urémica», retención importante de líquidos que no cede a diuréticos de asa, hiperkalemia, anemia crónica, por debajo de 8 grs., de hemoglobina, acidosis metabólica refractaria, o edema pulmonar agudo.

A todos los enfermos con indicaciones de trasplante se les debe buscar un donador vivo seleccionado, o si no hay contraindicaciones, inscribirlo en la lista de espera nacional de donación cadavérica. Mientras no se efectúe el trasplante los enfermos tendrán que estar en un programa de diálisis crónica.

- a) Hemodiálisis. Tres sesiones a la semana de 3 a 4 horas de duración.
- b) Diálisis peritoneal continúa ambulatoria, 8 litros diarios 7 días a la semana.
- c) Diálisis continúa cíclica o automática, con el esquema prescrito por el nefrólogo respecto a litros, ciclos y número de días de tratamiento.

En la actualidad prácticamente no hay criterios de eliminación para que los enfermos inicien diálisis crónica, aunque deberían retomarse algunos de los que imperaban a mediados del siglo XX: trastornos sicóticos graves, riesgo suicida, enfermedad concomitante con sobrevida esperada inferior a 6 meses.

La valoración de tratamiento de diálisis peritoneal debe respetar las contraindicaciones, a saber: obesidad mórbida, cirugías abdominales múltiples, trastornos de columna lumbosacra, riñones poliúísticos, deficientes hábitos higiénicos, desnutrición importante. Las contraindicaciones de la hemodiálisis son: imposibilidad de hacer acceso vascular, inestabilidad cardiovascular, lejanía del centro de hemodiálisis.

Las unidades de hemodiálisis deben cumplir con la Norma Oficial de Hemodiálisis y la Cédula de Evaluación de la Calidad de las Unidades de Hemodiálisis del Consejo de Salubridad General.

Es aconsejable que los pacientes sean incorporados a diálisis crónica después de ser presentados al Comité de Diálisis y que el tratamiento se aplique con la aceptación del enfermo o sus familiares y se capte en el censo nominal.

*MIEMBRO TITULAR DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C. Y DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN, HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO, SSA.

DESARROLLO DE APTITUDES CLÍNICAS EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DURANTE SU PRÁCTICA HOSPITALARIA

DR. MALAQUÍAS LÓPEZ-CERVANTES,* DR. JOSÉ LUÍS GALICIA-CRUZ,** DRA. ALMA ARACELI GALICIA-ROMERO,**
DRA. REBECA VELASCO-REYNA,*** DRA. LETICIA JAIMES-BETANCOURT***

Al término de las asignaturas básicas, los médicos en formación se enfrentan a la práctica clínica, esto implica abordar al paciente en forma integral, habilidad que en sí muchas veces es deficiente.

El aprendizaje es definido como «El cambio en la conducta debido a la experiencia»¹, y es mediante la práctica clínica, donde el alumno puede observar, estudiar y realizarla toma de decisiones, con lo cuál se logra una mejor atención a la salud y calidad de vida de los pacientes. Esto tiene relación directa con la educación que recibieron durante los primeros años.

Al hablar de educación nos referimos a la utilización de conocimientos teóricos y prácticos con el fin de desarrollar o perfeccionar las facultades del individuo. Existen varias formas de impartir el conocimiento, tomando en cuenta la tendencia predominante en cada una de ellas; según ALVES MATTOS tenemos cuatro tendencias:

- a) Tendencia tradicionalista o intelectualista: consiste en asignaturas rígidas, fijas, su instrumento se basa en la lección expositiva, el alumno ha de permanecer pasivo, ajeno a la reflexión, el resultado final se concibe en términos de erudición y perfeccionismo intelectual.
- b) Tendencia vitalista: la realidad social y el trabajo escolar guardan una estrecha relación, el trabajo social debe ser comunitario, la enseñanza se basa en las vivencias sociales cotidianas, la tendencia expositiva se cambia por el diálogo y la valoración crítica.
- c) Tendencia activista: las materias se ordenan alrededor de situaciones de gran interés que dan lugar a programas de actividades, donde el alumno crea, proyecta, realiza y valora su trabajo en conjunto funcional con sus maestros; este trabajo determina el desarrollo con una finalidad práctica de hábitos intelectuales (reflexión, iniciativa, orden), sociales (cooperación, solidaridad, valoración de lo ajeno, comportamiento social, responsabilidad, espíritu cívico), morales (honradez, constancia, apli-

cación, espíritu de trabajo) no hay libros de estudio, sino medios de consulta e información.

- d) Tendencia sociocéntrica: el punto fundamental de referencia es la comunidad local inmediata, con sus recursos, sus posibilidades y necesidades (sistema apoyada por la UNESCO en sus campañas de educación para adultos) programas comunitarios (gobierno, sanidad, religión, servicios públicos, transporte, cultura, población, recursos, folklore, historia, medio geográfico, etc.). Se utilizan todas las reglas del activismo y el fin es el de la formación de personas con alto conocimiento del medio social, con un espíritu cívico muy desarrollado para integrarse a la comunidad.²

El tipo de aprendizaje es básico para el desarrollo de aptitudes clínicas, en la mayoría de los casos es de tipo conductista, es decir el alumno adopta una actitud pasiva y dependiente, donde es mal considerada su opinión, por lo que evita sus participaciones, deteniendo su progreso.³

El interés del cognoscitvismo incluye la participación del alumno, en general, consiste en interiorizar, almacenar, transformar y recuperar datos.⁴

En muchas ocasiones, por la carga de trabajo hospitalaria, se dificulta llevar a cabo un nuevo tipo de enseñanza, ya que la tendencia tradicionalista se adapta con mayor facilidad a las necesidades e instalaciones establecidas, lo que conlleva a que el alumno al no tener una aptitud clínica reflexiva, únicamente trata de memorizar y retener información sin cuestionar.

No hay que perder de vista que para un desarrollo integral adecuado de estas aptitudes, el medio ambiente es de suma importancia.

Contar con las instalaciones necesarias, establecer espacios y horarios de clase, con una óptima distribución del trabajo y tener el material necesario para la práctica facilita la reflexión del conocimiento.

Una alternativa para que la enseñanza conlleve al aprendizaje es promover al alumno su participación

* SECRETARIO DE ENSEÑANZA CLÍNICA, INTERNADO Y SERVICIO SOCIAL, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

** MÉDICO PEDIATRA Y MÉDICA RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL CARLOS MAC GREGOR SÁNCHEZ NAVARRO, IMSS.

*** INSTRUCTORAS DEL CECAM, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

activa, cuestionando y reflexionando la información médica, y la manera de poner en práctica lo anterior es el estudio y discusión de casos clínicos reales.

La crítica propicia una vinculación teórico práctica sinérgica, se basa en el desarrollo de aptitudes propias de la elaboración del conocimiento, que tiene como pilar un enfoque epistemológico y participativo de la educación.³

Así como se promueve el avance tecnológico y económico de la sociedad, también se deben de llevar a la práctica estas nuevas alternativas de aprendizaje que darán como resultado el adecuado desa-

rollo de aptitudes clínicas, por lo que el médico en formación contará con todas las herramientas necesarias para brindar una atención de calidad.

Bibliografía

1. Chance P. Aprendizaje y conducta. Editorial Manual Moderno. 3ra edición. 2001: 25-28.
2. Enciclopedia técnica de la educación. T (II). Editorial Santillana, 1983:19-22.
3. García M J A, Viniegra V L. La formación de médicos familiares y el desarrollo de la aptitud clínica. Rev. Méd. IMSS 2004; 42 (4):309-320.
4. Hernández RG. Paradigmas de la psicología educativa. México: Instituto de la Comunicación Educativa; 1991:73-90.

PRONADAMEG INFORMA

Con la asistencia de los médicos inscritos en el Diplomado de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General "PRONADAMEG" y médicos residentes de la especialidad de Dermatología, los días 09 y 16 de octubre de octubre de 2007, se desarrolló el área de Dermatología perteneciente al módulo II de la Sede 02 de la Ciudad de México de PRONADAMEG. En esta ocasión, el curso tuvo como sede el auditorio del Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua" de la SSA, a petición de la Dra. Obdulia Rodríguez Rodríguez, Directora General de dicho Centro, Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina de México y Coordinadora de esta área del conocimiento médico.

Para la inauguración del curso, y en representación de la Dra. Rodríguez, el Dr. Fermín Jurado Santacruz, Jefe de Enseñanza y de la Clínica de Enfermedades Colagenovasculares del Centro Dermatológico, dió la bienvenida a los médicos presentes y al mismo tiempo agradeció que PRONADAMEG accediera a realizar el curso en las instalaciones del hospital; asimismo, el Dr. Jurado comentó que el curso fue preparado en colaboración con los jefes de servicio del propio Centro Dermatológico.

Inició la primera sesión el día 09, la Dra. María del

Carmen Padilla Desgarenes, Jefa del laboratorio de Micología, con el tema "Micosis superficiales y profundas, tiñas y micetoma", la Dra. Sonia Torres González, Dematooncóloga, abordó el tema "Cáncer de piel", en tanto que "Piodermias: impétigo y erisipela", fue dictado por la Dra. Virginia Martínez Estrada, Jefa de Cirugía Dermatológica; el tema "Dermatitis atópica y de contacto", fue desarrollado por la Dra. Pabeli Villaseñor Camacho, médica adscrita del Centro Dermatológico. Para finalizar la sesiones del día, el tema "Virosis cutáneas: verrugas vulgares, Herpes simple y zoster", fueron impartidos por el Dr. Daniel Alcalá Pérez, Dermatopatólogo del Centro.

La sesión del día 16 dió principio con la conferencia magistral "Lepra y Tuberculosis", dictada por la Dra. Obdulia Rodríguez. Acto seguido la Dra. Josefina Peña Ortiz, Jefa de la Clínica de Enfermedades Ampollosas, expuso el tema "Dermatosis autoinmunes: pénfigos", en tanto que al Dr. Fermín Jurado Santacruz, le correspondió impartir el tema "Urticaria", y el Dr. Carlos Lizarraga García, Dermatopatólogo, abordó el tema "Acné y dermatosis acneiformes". Para concluir el módulo académico, la Dra. María Antonieta Domínguez Gómez, Jefa del Servicio de Fototerapia, desarrolló el tema "Psoriasis y Vitíligo".



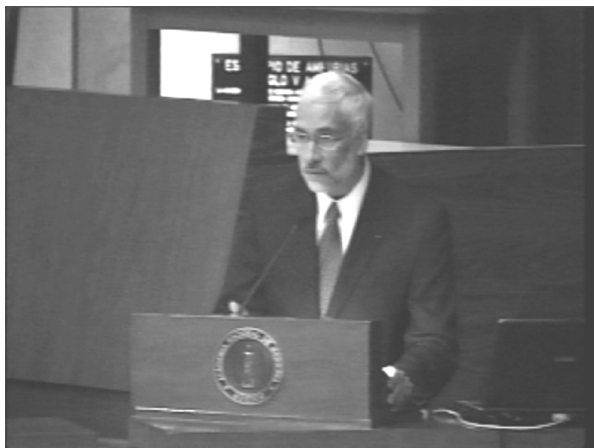
Dra. Obdulia Rodríguez Rodríguez



Panorámica de las sesiones

EVENTOS ESPECIALES

La Academia Nacional de Medicina de México y la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad organizaron, el día 13 de diciembre de 2007, el Seminario Internacional, «La Investigación en Envejecimiento y Salud: Un Imperativo Nacional».



Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo

En este magno evento participaron varias Instituciones Internacionales, como la Embajada de Francia, Institut Gériatrie Université de Bordeaux, Sealy Center on Aging University of Texas, Medical Branch at Galveston, e instituciones nacionales, entre ellas la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, el Consejo Nacional de la Población, la Fundación Mexicana para la Salud, la Sociedad de Geriatria y Gerontología de México AC (GEMAC), el Instituto de Atención al Adulto Mayor del D.F., el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán», el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Instituto Nacional de Salud Pública, El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, la Universidad Iberoamericana y la Universidad Nacional Autónoma de México.

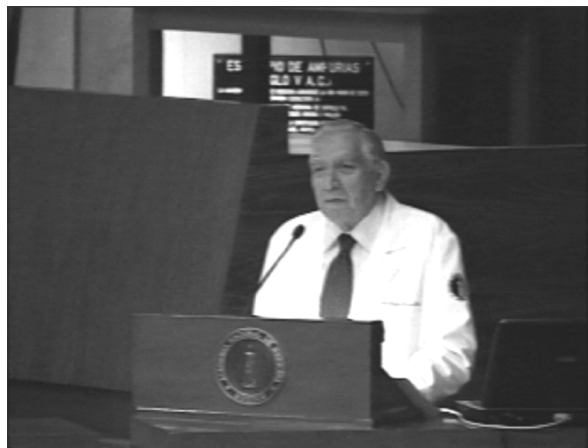
El Presidium estuvo integrado por las siguientes autoridades Dr. Emilio García Procel, Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México, Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg, Director de los Institutos Nacionales de Salud y en representación del Dr. Julio Sotelo Morales, Comisionado de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Dr. Joël Le Bail de la Embajada de Francia, Annie Marchegay de la Coordinación Científica de Francia, Muriel Rainfray, representante de la Sociedad Francesa de Geriatria, Dr. Leobardo Ruiz, responsable del área de Especialización y División de Estudios de Posgrado en la Facultad de Medicina de la UNAM, Dr. Alejandro Uribe, Presidente de la Sociedad de Geriatria

y Gerontología de México AC., Dra. Laura Angélica Bazaldúa, Presidenta de la Asociación Mexicana de Geriatria y Gerontología y Ana Helena Serna, en representación de la Lic. Cecilia Landerreche Gomez Morin, Titular del Sistema Nacional del DIF.

Acto seguido y teniendo como sede del evento el auditorio de la Academia Nacional de Medicina de México y en voz del Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Coordinador del Seminario y Jefe del Departamento de Geriatria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán» presentó al Dr. Emilio García Procel, quien presidió e inauguró el evento. En su alocución, el Dr. García Procel dió la bienvenida a los integrantes de la mesa de honor, extranjeros, invitados representantes de países hermanos, profesores y público en general. Al referirse a este seminario comentó que el futuro de la Geriatria es inquietante, ya que será dominado por los cuidados y el manejo de un número cada vez mayor de ancianos diseminados en todo el mundo; en esta situación preocupa una serie de asuntos que van desde los de carácter ético, los distintos aspectos de la enfermedad y la salud y aún los costos económicos y sociales, todos ellos de manera directa o indirecta en las complejas cuestiones del envejecimiento.

Asimismo, el Dr. García Procel deseó éxito al seminario en las disquisiciones planteadas y anheló que se hallen respuestas adecuadas para ofrecerlas a la creciente población respuesta a las cuales debemos anexarnos irremediamente ya que son consecuencias reales en el transcurso del andar humano.

También, le correspondió al Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg, dar su mensaje de bienvenida a los presentes, oportunidad que aprovechó el Dr. Lifshitz para enfatizar al público en general en que se preste atención al título del seminario, «La Investigación en Envejecimiento y Salud: Un Imperativo Nacional», ya que es necesario promover, propiciar y favorecer la investigación en el área de la Geriatria; así mismo, el Dr. Lifshitz comunicó que la Secretaria de Salud durante el año 2008, gene-



Dr. Emilio García Procel

rará el Instituto Nacional de Envejecimiento o bien de Geriátría, con la finalidad de que quienes se dediquen a la investigación en esta materia tengan todo el apoyo necesario para desarrollar el conocimiento necesario en pro de esta población.

El Seminario consto de tres directrices principales, la primera se dió a conocer a través del tema, «Tendencias Actuales: Los Grandes Temas en la Investigación Relacionada al Envejecimiento».

En este espacio se habló de «Nutrición», «El Envejecimiento Cerebral» y «La Fragilidad», tópicos abordados por los doctores Pascale Barberger Gateau y Jean Francois Dartigues del Institut de Santé Publique et Développement-Université de Bordeaux y por el Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, respectivamente.

Los ponentes, Alberto Valencia Armas, del Instituto Mexicano del Seguro Social con el tema «Los Costos de la Atención a la Salud en la Vejez» y Nelly Salgado de Snyder del Instituto Nacional de Salud Publica, con la plática «La Desigualdad», dieron a conocer la situación actual del envejecimiento dentro de dichos institutos.

En la segunda parte del evento, se abordaron los temas «Tendencias Actuales: Modelos Institucionales», desarrollados respectivamente, por los doctores Dr. Jean Francois Dartigues de «El Institut de Santé Piblique et Développement», la Dra. Helene Payatte de «El Institut National Du Vieillissement Canada» y el Dr. James Goodwin de «El Sealy Center on Aging», quienes ejemplificaron la manera en que se trabaja en beneficio de la población geriátrica en dichos institutos.

Para concluir el seminario, en la tercera parte de las temáticas, se abordó el tema, «La Situación Nacional: La Perspectiva Universitaria e Institucional», participando los destacados funcionarios Dolores Ortiz de la Huerta, de El Seminario Universitario de Envejecimiento en la UNAM, Ana Berta Pérez Lizaur de La Universidad Iberoamericana, Virgilio Partida Bush, de El Consejo Nacional de Población, Dra. Carmen García Peña, del Instituto Mexicano

del Seguro Social, Dr. Gustavo Castillo Rosales, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Act. Cuauhtémoc Valdez Olmedo, de La Fundación Mexicana para la Salud y la Maestra Elsa Veites, del Instituto del Adulto Mayor del DF.

El cierre y comentarios finales del programa corrieron a cargo de los doctores Alberto Lifshitz Guinzberg, Director de los Instituto Nacionales de Salud y Adolfo Martínez Palomo, Exdirector del Centro de Investigación y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional y ahora en funciones de Normatividad Política de Investigación en la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

En su intervención el Dr. Lifshitz, dijo sentirse complacido por el desarrollo de este seminario, ya que el propósito planteado cubrió todos los aspectos del programa. El Dr. Martínez, partiendo de su punto de vista como biólogo celular, comentó que es muy interesante estudiar y ver los logros que actualmente hay acerca del envejecimiento celular; por otro lado, destacó que como integrante del Comité Internacional de Bioética por la UNESCO, debe enfatizar que en el campo del envejecimiento hay un concepto relativamente novedoso, la «Responsabilidad Social de la Salud», tema que aborda el compromiso y responsabilidad de los Gobiernos e Institutos de Salud en el cuidado de la salud de los niños, adultos y ancianos; al mismo tiempo destacó que, no por lo antes mencionado, el anciano deberá depender de los demás para su cuidado, sino que también debe cuidarse a sí mismo.

Para finalizar, el Dr. Martínez informó también, que dentro de «El Plan Nacional de Investigación» se tomará en cuenta a la población geriátrica, ya que en anteriores consensos el tema no aparecía. Por tal motivo, agradeció la invitación realizada por parte de la Comisión, ya que para él fue fructífera y digna de tomarse en cuenta en la situación actual de la Salud.

PRINCIPALES ACTIVIDADES 2008 - SEDES PRONADAMEG

ZONA 1

SEDE	MÓDULO	FECHA DE INICIO	SEDE	MÓDULO	FECHA DE INICIO
01 Ciudad de México	I	14 de enero 2008	23 FM de la UC	IV	22 de febrero 2008
02 Ciudad de México	III	15 de enero 2008	25 FM en Durango	III	12 de enero 2008
09 DCBS de la UAT	II	19 de enero 2008	54 Asoc. Med. Chetumal	I	08 de enero 2008
10 FM de la UADY	I	10 de enero 2008	57 FM de la UAC	I	09 de enero 2008
13 FM de la UACH	III	12 de enero 2008			

ZONA 2

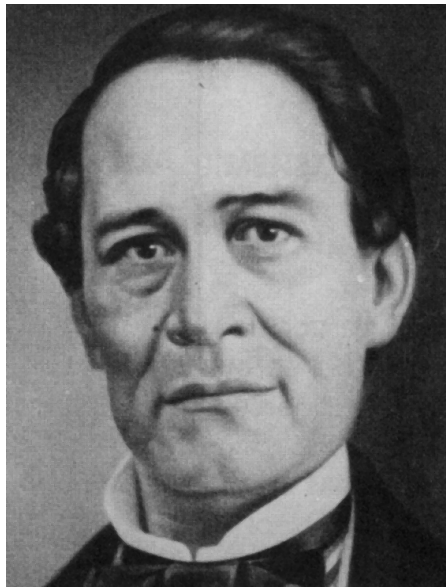
SEDE	MÓDULO	FECHA DE INICIO	SEDE	MÓDULO	FECHA DE INICIO
04 Hospital para la atención del niño poblano	I	16 de enero 2008	17 Sede Tuxtepec, OAx.	III	15 de febrero 2008
31 FM de la UAZ	III	04 de agosto 2007	59 Sede Tuxtepec	II	11 de agosto 2007
11 FM U.A. S.L.P.	I	08 de marzo 2008	74 Matehuala, S.L.P.	I	08 de marzo 2008
			75 Río Verde, S.L.P.	I	08 de marzo 2008

Sección a cargo del Dr. Carlos Viesca Treviño, Jefe del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM.

MIGUEL FRANCISCO JIMÉNEZ, CREADOR DE LA CLÍNICA MODERNA MEXICANA

DR. CARLOS VIESCA TREVIÑO*

En la medicina mexicana de mediados del siglo XIX destaca de manera incontrovertible la figura de Miguel Francisco Jiménez. Nacido en 1813 en Amozoc, Puebla – la misma del cada vez menos famoso «rosario» y de las espuelas para los también cada vez menos abundantes caballeros -, Jiménez murió el 2 de abril de 1875 en la ciudad de México, al parecer víctima de un cáncer hepático y habiendo sido atendido en su última enfermedad por uno de sus discípulos, Eduardo Liceaga, quien habría de ser el médico con más influencia para el desarrollo de la medicina mexicana en el siguiente medio siglo. Procedente de una familia humilde y huérfano a los 17 años, comenzó sus estudios en el seminario, en Toluca y en Taxco, para luego inscribirse al naciente Establecimiento de Ciencias Médicas en 1834. Allí le tocó vivir todas las peripecias que afligieron a la escuela al ser clausurada repetidas veces, despojársele de su edificio en el antiguo convento y hospital de Belem, no ser pagados sus catedráticos por el gobierno, y no aceptar las autoridades la protesta de éstos, que impartieron clases de manera gratuita en sus propios domicilios. Jiménez, como alumno del segundo año, firmó en 1835 la protesta en la que él y otros compañeros criticaban la actitud de las autoridades y agradecían la actitud encomiable de sus profesores. Entre clausuras y reaperturas y otros dimes y diretes, terminó sus estudios y presentó su examen para recibir el título de médico cirujano – en ambas facultades, como se decía entonces – los días 12 y 13 de septiembre de 1838. El tema que en suerte le tocó para su disertación fue el de *Lesiones de continuidad en general*. Once días después recibía su flamante título. A fi-



Miguel Francisco Jiménez

nes del mismo año se incorporaba como agregado al cuerpo docente de su escuela. A poco de ello tuvo lugar su primera tarea docente, profesando cátedra en sustitución de don Joaquín Villa. Algunos documentos relacionan que éste era profesor de Anatomía y que la suplencia fue en dicha cátedra, aunque aparentemente la realidad es otra, pues desde 1839 figuraba como profesor de clínica médica.

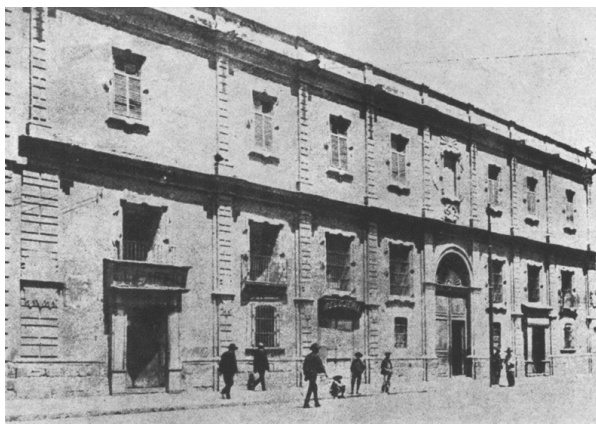
Sin embargo, el hecho fundamental es que Jiménez ocupó en propiedad la cátedra de clínica interna desde 1845, sucediendo a Francisco Rodríguez Puebla, hasta el año de su muerte y que fue allí en donde se desarrolló como el gran pensador

clínico que era y desde donde enseñó lo que había aprendido y lo que iba pensando acerca del conocimiento de la enfermedad por medio de la clínica a treinta generaciones de médicos mexicanos.

Sin duda Jiménez destaca por su papel de creador de una nueva escuela de clínica médica, con grandes deudas a los clínicos franceses, pero también con la capacidad crítica para disentir de ellos y preguntarse y plantear las diferencias que existían entre las formas de enfermar en el viejo continente comparadas con las presentes en nuestro país. Por lo regular la prosapia responde a una genealogía, y en el caso de Jiménez ésta nos conduce directamente a Manuel Carpio, otro extraordinario personaje que fuera su profesor de Fisiología. Carpio era ya un clínico moderno y a él había correspondido ser el mayor impulsor de la introducción del estetoscopio en la medicina mexicana. Jiménez aprendió de él a escuchar los ruidos del tórax y a interpretarlos en función de las alteraciones que pudieran tener los órganos y los modifica-

* MIEMBRO TITULAR DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C. Y JEFE DEL DEPARTAMENTO DE HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA MEDICINA, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM, SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES, NIVEL III.

ran. Con Carpio aprendió a valorar y a conocer la inmensa aportación de Laennec, el inventor de la auscultación y también el gran artífice de la semiología auscultatoria, muerto desde 1826, o sea diez años antes de que Jiménez estudiara su obra. No cabe duda de que entonces la renovación del conocimiento médico y la innovación de la tecnología accesible iban a un ritmo mucho más tranquilo que



Hospital de San Andrés. Fachada.

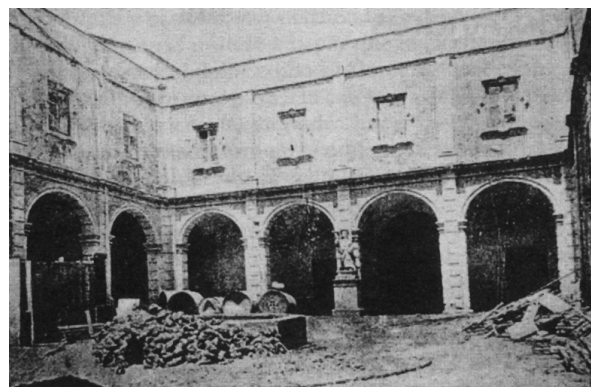
el nuestro; pensemos el hecho de que cien años después de muerto Laennec, Ignacio Chávez afirmaba en el Hospital General de México que todo el instrumental del cardiólogo se limitaba al estetoscopio y a la toalla clínica, el trapo que separaba al médico de su enfermo. Con buena razón ha señalado Fernando Martínez Cortés que entonces la medicina se limitaba a la clínica.¹

Pues bien, Jiménez aprendió a auscultar y también a percudir a sus enfermos y a leer en los datos que obtenía la realidad de lo que sucedía en el interior del cuerpo. Aprendió a pensar que había lesiones internas que se modificaban en el curso de la enfermedad, yendo más allá de la lesión inmutable que fuera la primera imagen de la anatomopatología. Para Carpio y luego para él -y esto fue una gran oportunidad para el desarrollo del pensamiento clínico-, las lesiones eran procesos funcionales en los que la alteración de la estructura era sólo la cara última de lo que allí había pasado, siendo lo más importante la secuencia de cambios que habían llevado a ella. En este sentido, Jiménez fue discípulo a distancia de Magendie, el gran fisiólogo que se preciaba de escudriñar las modificaciones de los organismos que eran manifestaciones de la vida, y de Cruveilhier, anatomopatólogo que predicaba que en la autopsia lo que se identificaba eran los resultados de esas modificaciones funcionales patológicas. Él fue un clínico que realizaba autopsias cuarenta años antes de que Manuel Toussaint introdujera en México la práctica de la autopsia de acuerdo a cómo las hacía Virchow en Ber-

lín. Fue un clínico que observó, que inspeccionó cuidadosamente el exterior de sus pacientes, que empleó los procedimientos más novedosos en su época para *mirar* su interior de manera indirecta, y que realizó autopsias para ver directamente los cambios, las huellas, que la dinámica de la enfermedad había dejado en el interior de ese cuerpo.

Fue de esta manera que llegó a esbozar delicadamente la evolución de los procesos neumónicos y a señalar que el pulmón sufría las fases llamadas de hepatización durante ellos y que éstas podían identificarse perfectamente valorando los cambios en la matidez pulmonar obtenidos a través de una percusión cuidadosa, hasta sutil. A mediados de la década del 1840, Jiménez estaba haciendo correlaciones anatomoclínicas de finura excepcional. No es de extrañar que diferenciara entre los empiemas y los derrames pleurales simples, entre los hidrotórax y los neumotórax y que pudiera establecer los diagnósticos correspondientes.

Palpando cuidadosamente en los espacios intercostales y buscando la renitencia de los líquidos subyacentes, estableció un método de diagnóstico del absceso hepático que también le permitía juzgar cuándo la cantidad de líquido justificaba su extracción. La práctica y la experiencia le enseñaron



Hospital de San Andrés. Patio.

que solamente se debía puncionar en los sitios de mayor renitencia y que si ésta faltaba el procedimiento estaría contraindicado. También le enseñaron que era mejor abrir por capas hasta fijar el peritoneo a la pared, aproximar la parte abscedada del hígado a ella y buscar el establecimiento de un tunel fistuloso antes de retirar el trócar, pues así no se desarrollaría una peritonitis, que entonces era punto menos que mortal. En este procedimiento, Jiménez tiene una prioridad mundial indiscutible.

Fue así también que pudo diferenciar entre los casos de tifo y los de tifoidea, llevando a su culminación las consideraciones que mantuviera Andral en Francia, y a dejar bien establecido que la evolu-

ción de la tifoidea en los pacientes mexicanos era menos grave que en los franceses y que, entre sus complicaciones, el sangrado predominaba en nuestro medio siendo la perforación más frecuente allá. Y también pudo anotar al calce que los pacientes mexicanos que se alimentaban tempranamente con atole, según tradición centenaria incorporada a la práctica médica por Carpio poco antes de 1840, se complicaban menos y se recuperaban antes y mejor que sus compañeros de mal europeos que eran sujetos a las clásicas dietas de agua de cebada por cuarenta días.

Todo esto y mucho más era lo que veían sus alumnos al acompañarlo todos los días, a la más temprana hora de la mañana, en su visita en las salas del hospital de San Andrés, en donde daba sus clases y era jefe de clínica.

Su obra no fue muy extensa. Dos opúsculos sobre el tifo, *Apuntes para la Historia de la Fiebre petequial o tabardillo que se observa en México*, publicado en

1846 sobre el texto de una conferencia pronunciada en la Sociedad Filoiátrica en 1844, y *Sobre la identidad de las fiebres*, en la que establece definitivamente la distinción entre tifo y tifoidea, publicada en 1865. Se ha reportado que escribió y publicó un libro de Clínica Médica en 1856, pero lo que más fama le dio fueron sus Lecciones de Clínica Médica, en las que reproducía lo que observaba con sus alumnos en el hospital y eran publicadas primero en la *Unión Médica*, revista de la Academia de Medicina, en 1856 y 57, y en la *Gaceta Médica de México*, órgano de la misma Academia renovada, a partir de 1865. Esta es la herencia escrita de este gran hombre, fundador sin lugar a duda de una escuela clínica mexicana de dimensión internacional.

Referencia

1. Martínez Cortés, Fernando, *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987, pp. 76 y ss.

PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES

Sección a cargo del Dr. Pablo Kuri Morales, Dirección General del Centro Nacional para la Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud

ENFERMEDAD DE CHAGAS (TRIPANOSOMIASIS AMERICANA)

DR. PABLO KURI MORALES,* DR. DAVID ALBERTO HERNÁNDEZ ARROYO**

Antecedentes

La enfermedad fue nombrada en reconocimiento al médico e infectólogo brasileño Carlos Chagas, quien en 1909 la había descrito por primera vez. En ese entonces, la enfermedad no era considerada un problema de salud pública de importancia. Chagas descubrió que los intestinos de *Triatomidae* albergaban un protozoo flagelado, una nueva especie del género *Trypanosoma*, y fue capaz de demostrar experimentalmente que éste podía transmitirse a monos títipos del género *Callithrix* que habían sido picados por el insecto portador. Estudios posteriores demostraron que el mono ardilla era también vulnerable a la infección.

Al parásito patogénico que causa la enfermedad, Chagas lo llamó *Trypanosoma cruzi* y luego *Schizotrypanum cruzi*, honrando en ambos casos a Oswaldo Cruz, el famoso médico y epidemiólogo bra-

sileño quien exitosamente combatió las epidemias de fiebre amarilla, viruela y la peste bubónica en Río de Janeiro y otras ciudades al comienzo del siglo XX.

La enfermedad de Chagas o mal de Chagas-Mazza, también denominada tripanosomiasis americana, es una infección tropical ocasionada por el parásito protozoo, *Trypanosoma cruzi*.

Los transmisores de la enfermedad de Chagas, o las especies de chinches de mayor importancia epidemio-

lógica son: *Triatoma dimidiata*, *T. barberi*, *Rhodnius prolixus*, *Dipetalogaster maxima* y el complejo *T. phyllosoma*, aunque todas las chinches hematófagas pueden transmitir el *Trypanosoma cruzi*.

Estos insectos llevan varios nombres de acuerdo al país, entre ellos, benchuca, vinchuca, kissing bug, chipo, chupança y barbeiro. Otras formas de transmisión menos frecuentes incluyen el ingerir comida

* DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES, SECRETARÍA DE SALUD.

** MÉDICO RESIDENTE DE EPIDEMIOLOGÍA, DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, SECRETARÍA DE SALUD.

contaminada con el parásito, transfusiones de sangre y transmisión fetal.

Panorama Epidemiológico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la enfermedad de Chagas afecta entre 16 y 18 millones de personas. Unos 100 millones (25% de la población de Latinoamérica) de personas estarían en riesgo de contraer la enfermedad y cada año morirían 50 mil personas. La enfermedad crónica de Chagas sigue siendo un gran problema de salud en muchos países de América Latina, a pesar de la eficacia de medidas preventivas e higiénicas, tales como el eliminar los insectos transmisores, lo cual ha reducido a cero la aparición de nuevas infecciones en al menos dos países en la región (Uruguay y Chile). Con el incremento en la migración de poblaciones, la posibilidad de transmisión por transfusión sanguínea ha llegado a ser sustancial en los Estados Unidos.

Prevalencia y tendencia de la enfermedad

Los estados de la Republica Mexicana con mayor número de casos en el 2006 fueron Morelos con 63 casos y una tasa de 3.63 por cada 100,000 habitantes; Quintana Roo con 27 casos y una tasa de 2.39 por cada 100,000 habitantes; Veracruz con 141 casos y una de tasa de 1.93 por cada 100,000 habitantes, Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Colima, Chihuahua, Hidalgo, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas no presentaron casos durante este año (Gráfica 1).

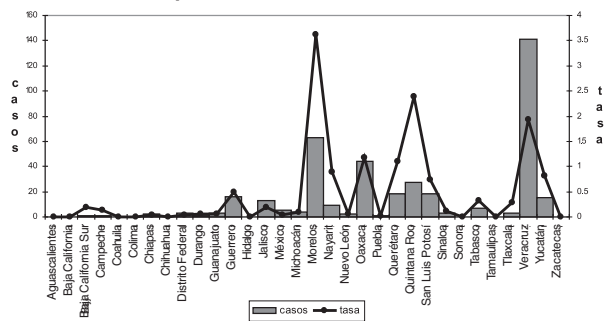
La incidencia de la enfermedad durante el 2006 se mantuvo constante con disminución en el mes de septiembre a una tasa de 0.9 por cada 100,000 habitantes y un incremento en el mes de diciembre, donde la tasa fue de 2.9 por cada 100,000 habitantes (Gráfica 2).

Para corroborar la gráfica 2 se realizó un análisis de los últimos 20 años, donde se observa que la incidencia de la enfermedad es constante, no teniendo predilección por alguna época del año en especial, pero al igual que en el 2006 hay ligera disminución en el mes de septiembre y elevación en el mes de diciembre, siendo el mes de enero el que presenta menos casos en este lapso de tiempo (Gráfica 3).

La enfermedad se presenta en todos los grupos de edad, registrándose la mayor cantidad de casos en los de 60 años y más, quienes tal vez se trate de enfermos en fase crónica pero que han sido registrados como casos nuevos en el sistema de información, dato que llama la atención debido a que pensaríamos encontrar la mayor cantidad de casos en la fase aguda y sobre todo en los menores de 15 años de edad (Gráfica 4).

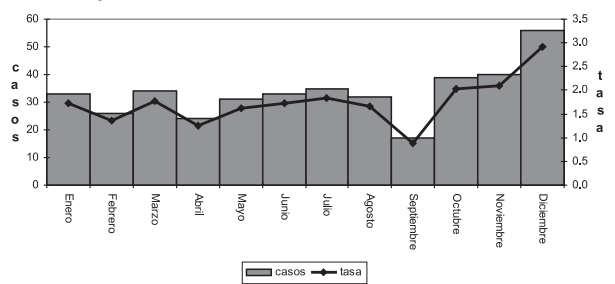
De los 400 casos registrados en el 2006 tenemos que el 88.5% de los diagnósticos se realizaron en la

Gráfica 1. Incidencia de enfermedades de Chagas por estado de la República Mexicana, 2006



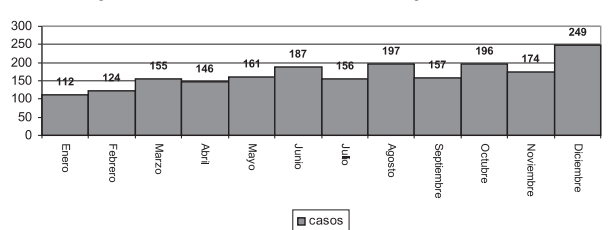
Fuente: Dirección General de Epidemiología/ Anuarios de Morbilidad 1986-2006.

Gráfica 2. Incidencia de enfermedad de Chagas por mes en la República Mexicana, 2006



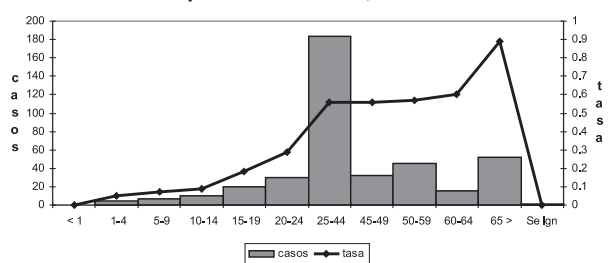
Fuente: Dirección General de Epidemiología/ Anuarios de Morbilidad 1986-2006.

Gráfica 3. Incidencia de enfermedad de Chagas 1986-2006 en la República Mexicana, acumulado por mes



Fuente: Dirección General de Epidemiología/ Anuarios de Morbilidad 1986-2006.

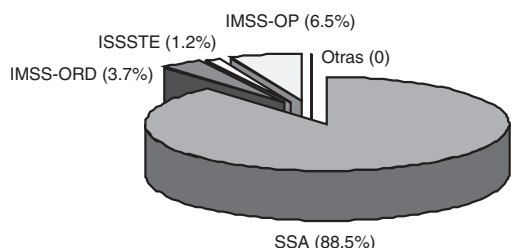
Gráfica 4. Incidencia de enfermedad de Chagas por grupo de edad en la República Mexicana, 2006



Fuente: Dirección General de Epidemiología/ Anuarios de Morbilidad 1986-2006.

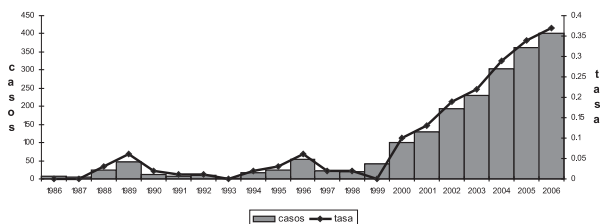
SSA, 6.5% para el IMSS-OP, 3.75% IMSS-RO y 1.25% para el ISSSTE, la SSA registra el mayor número de casos esto debido al tipo de población que maneja y a la distribución de sus unidades (Gráfica 5).

Gráfica 5. Incidencia de enfermedad de Chagas por fuente de notificación en la República Mexicana, 2006



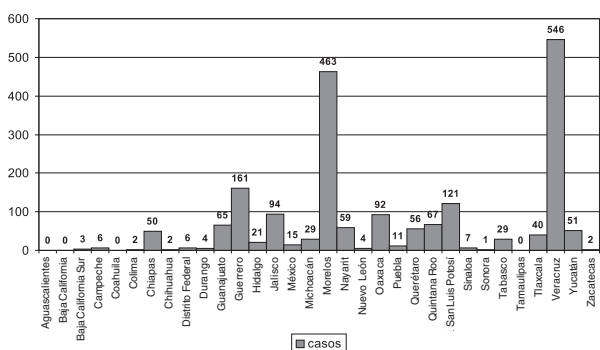
Fuente: Dirección General de Epidemiología/ Anuarios de Morbilidad 1986-2006.

Gráfica 6. Número de casos e incidencia de enfermedad de Chagas en México 1986-2006



Fuente: Dirección General de Epidemiología/ Anuarios de Morbilidad 1986-2006.

Gráfica 7. Incidencia de enfermedad de Chagas acumulado 1986-2006 en la República Mexicana



Fuente: Dirección General de Epidemiología/ Anuarios de Morbilidad 1986-2006.

En la República Mexicana la incidencia ha ido en aparente incremento, la tasa paso de cero casos por cada 100,000 habitantes en 1986 a 0.37 por cada 100,000 habitantes en el 2006 (Gráfica 6).

En un recuento realizado en los últimos 20 años se muestra que el estado que más casos ha reportado ha sido Veracruz seguido de Morelos, lo cual contrasta con Aguascalientes, Baja California, Coahuila y Tamaulipas quienes no registran casos (Gráfica 7).

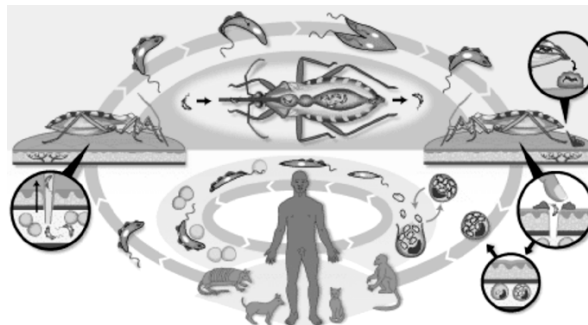
Mecanismo de infección

El mecanismo principal de infección es mediante la defecación de triatóminos infectados por *Trypanosoma cruzi* sobre la piel o mucosas de los reservorios o del hombre.

También se puede adquirir la enfermedad de Chagas por transfusión sanguínea, manejo de car-

nes de animales infectados, ingestión de insectos infectados y accidentes de laboratorio.

Ciclo de vida de la enfermedad de Chagas (figura 1)



Fuente: <http://epidemiologiamolecular.ula.ve/chagas/fotos>.

Cuadro Clínico

El parásito agrede al huésped por varios mecanismos. Pero quizás la destrucción de la masa de células del retículo endotelio, así como de otros tejidos, sean los más importantes.

La infección por *Trypanosoma cruzi* tiene una fase aguda inicial, que puede durar varias semanas, y una crónica, que puede perdurar durante el resto de la vida del paciente, que en ocasiones pueden ser muchos años. Una vez que el parásito penetra en el huésped, ya sea por el sitio de la picadura (chagoma de Romaña) o por otros mecanismos, comienza a multiplicarse como amastigote dando origen a un gran número de parásitos, que se diseminan por vía hematogena a cualquier parte del organismo.

En la mayoría de los casos, el período agudo es asintomático o se presenta como influenza leve. A la penetración del parásito, ya sea por la piel o por la conjuntiva ocular, sigue un período de incubación de cuatro a 15 días para que se presente, si la penetración es por la conjuntiva ocular, el llamado signo de Romaña, que se caracteriza por la aparición de edema bupalpebral unilateral, generalmente con infartación ganglionar retroauricular y fiebre de 39 a 41°C, cuadro clínico que desaparece espontáneamente en dos o tres semanas. Si la penetración fue por debajo de la piel, aparece el denominado chagoma de inoculación, en cuyo caso se presenta como nódulo subcutáneo, microadenitis regional y fiebre.

En 10% de los casos agudos de enfermedad de Chagas, más frecuentemente en los niños, puede surgir miocarditis aguda fulminante y aparecer lesiones neurológicas, sobre todo en pacientes inmunocomprometidos (SIDA, por ejemplo).

Los sobrevivientes a la infección aguda, ya sea aparente o inaparente, entran al estado crónico

asintomático e indeterminado que, como se mencionó, puede durar muchos años, en cuyo caso el paciente muere de viejo; pero 10 a 30% de personas en estado crónico desarrollan miocarditis y «organomegalia» después de varios años o décadas. Entre los signos más tempranos de miocarditis está la aparición de alteraciones en el electrocardiograma (ECG), principalmente bloqueos de rama derecha del haz de His, el cual puede aparecer años antes que los síntomas.

Los síntomas de miocarditis aparecen con mayor frecuencia en adultos jóvenes, con falla cardíaca por congestión biventricular, que frecuentemente se complica con tromboembolias pulmonares y sistémicas. El bloqueo auriculoventricular completo o arritmias ventriculares pueden causar paro cardíaco súbito (muerte súbita del leñador).

La denervación del esófago en casos de enfermedad de Chagas crónica produce un síndrome idéntico al de las acalasia idiopáticas del esófago. La disfunción del esfínter esofágico y desórdenes del peristaltismo causan disfagia, regurgitaciones, episodios recurrentes de neumonía por broncoaspiración y, algunas veces, dilatación permanente del esófago (megaesófago). El megacolon en la enfermedad de Chagas crónica se caracteriza por períodos prolongados de estreñimiento y ocasionalmente obstrucción intestinal y vólvulos.

Las infecciones por *Trypanosoma cruzi* durante el embarazo pueden producir abortos, problemas agudos de nacimiento o desarrollar, semanas posteriores al nacimiento, la enfermedad de Chagas congénita, que cursa con fiebre, ictericia, anemia, trombocitopenia, hepato esplenomegalia y lesiones de piel que contienen parásitos. La mortalidad en estos casos se produce por miocarditis, neumonía y encefalitis.

Diagnóstico

El diagnóstico de la enfermedad se basa en el cuadro clínico, asociado a las fases aguda y crónica del padecimiento, antecedentes de residencia en áreas endémicas de la enfermedad, transfusiones, madre chagásica y/o trasplante de órganos.

I. Fase aguda al demostrar la presencia del *Trypanosoma cruzi* o serología positiva en la sangre, por estudio directo o por la técnica de concentración de Strout, cultivo o xenodiagnóstico, serología positiva (HAI, IFI, ELISA y Aglutinación de Partículas).

II. Fase indeterminada. Serología positiva (HAI, IFI, ELISA y Aglutinación de Partículas) y xenodiagnóstico.

III. Fase crónica. El xenodiagnóstico y el cultivo en sangre en medios bifásicos pueden dar resultados positivos, y serología positiva (HAI, IFI, ELISA y Aglutinación de Partículas).

La confirmación del diagnóstico por laboratorio, se establece por la demostración del parásito o bien por al menos dos pruebas serológicas diferentes positivas. Los criterios de laboratorio para la clasificación de casos clínicos se harán según se indica en el cuadro I.

En lo que respecta si al cuadro que se presenta en la NOM 032 de criterios para la clasificación de casos de Tripanosomiasis americana, a simple vista pareciera confuso en lo que respecta al cuadro para el caso agudo (tercera fila) y caso crónico (sexta fila) ya que en estos se marca para ambos:

- Parásitos cualquier tipo (-)
- Serología dos pruebas (+)
- Sintomatología (+)

En este aspecto valdría la pena especificar que la diferencia, por ejemplo en lo que respecta a sintomatología (+) en ambos, se deberá valorar la evolución de la enfermedad.

Tratamiento

Tratamiento médico de la enfermedad de Chagas, es efectivo sólo mientras el parásito se encuentra circulante; una vez que ha causado lesiones en órganos blanco ya no es útil, por lo que el médico se limitará a la atención de las complicaciones. *El objetivo del tratamiento debe ser ministrarlo en la fase aguda, ya que previene daños posteriores; no obstante, durante la fase indeterminada tiene capaci-*

Cuadro I. Criterios para la clasificación de casos de Tripanosomiasis americana

Parásitos cualquier método	Serología dos pruebas	Sintomatología	Criterio diagnóstico de caso
+	+	+	Agudo
+	-	+	Agudo
-	+	+	Agudo
+	+	-	Indeterminado
-	+	-	Indeterminado
-	+	+	Crónico
-	-	+	No caso

Fuente: NOM-032-SSA2-2002

dad de limitar los daños en pacientes menores de 18 años. El esquema de tratamiento en fase aguda e indeterminada, es muy útil el nifurtimox, un derivado del nitrofurfurilideno. En adultos se administra a dosis de 7 a 10 mg por kg de peso por día (máximo 700 mg al día). En los menores de 15 años, la dosis se puede incrementar hasta los 15 mg por kg de peso, repartidos en tres tomas diarias, durante sesenta días consecutivos. En los casos indeterminados en menores de 18 años es útil el nifurtimox a las dosis citadas, para prevenir posibles complicaciones que se presentan en la fase crónica.

Un tratamiento alterno que ha mostrado ser eficaz es con benznidazol, un derivado del 2-nitroimidazol, a dosis de 5 mg por kg de peso al día en todas las edades, repartidas en dos tomas diarias durante treinta días ininterrumpidos. El esquema de tratamiento en fase crónica, es sintomático y se dirige a limitar los daños.

En Chagas congénito. La vigilancia de las mujeres embarazadas que padecen esta enfermedad será estricta, ya que un número importante de productos fallecen antes de nacer y, aquellos que sobreviven tienen una expectativa de vida menor a un año. Se ministrará al recién nacido el Benznidazol, a dosis diaria de 5 mg por kg de peso al día, durante 30 días consecutivos; esto disminuye el riesgo de morir.

La evaluación en casos agudos se debe centrar en los estudios parasitológicos y serológicos. La enfermedad de Chagas también es de evolución crónica y requiere una vigilancia sostenida durante años, sobre todo en los casos no tratados, tratados tardíamente o en forma incompleta. La vigilancia comprende el control del paciente en tratamiento, exámenes clínicos periódicos, parasitoscopías de sangre para verificar la erradicación de los tripanosomas circulantes, serología para conocer los niveles de anticuerpos y vigilancia del funcionamiento del corazón. El enfermo agudo puede considerarse como curado si dos exámenes diagnósticos consecutivos, con treinta días de intervalo, resultan negativos; con frecuencia, los cuadros agudos tratados a tiempo remiten pronto hacia la curación. Si no se logra la mejoría un mes después de administrado el medicamento, se realizarán los estudios clínicos y de laboratorio; según los resultados, se procede como sigue:

- Con parasitoscopia positiva; considerar y administrar nuevamente el tratamiento médico por 30 días.

- Con parasitoscopia y serología negativas. Si ha pasado un mes de concluido el último tratamiento, se considera curado el paciente.
- Con serologías positivas; el caso se catalogará como activo, no sujeto a terapia con fármacos específicos, pero que requiere vigilancia médica anual, que incluya un electrocardiograma y pruebas serológicas.
- Casos tratados no curados en fase indeterminada; si durante su seguimiento presentan manifestaciones clínicas de etapa crónica de la enfermedad, se canalizan a un centro hospitalario con servicios especializados para su estudio y manejo.

Comentarios

La enfermedad de Chagas tiene un comportamiento fascinante, debido a todas las etapas por las que se desarrolla, pudiendo denotar una fase rural y una fase urbana, ambas de gran interés para la salud pública.

El médico deberá recordar que un diagnóstico oportuno dará la pauta para iniciar un protocolo de investigación en los pacientes quienes cumplan con la definición operacional para ser considerados como pacientes sospechosos de la enfermedad, tal y como lo menciona la NOM 032 en el punto de diagnóstico, con la finalidad de confirmar o descartar el padecimiento de manera oportuna; de esta manera los beneficios para el paciente podrían ser mayores, por otro lado, en lo que respecta al entorno económico, los costos se reducen significativamente y la vida productiva de las personas se garantiza.

Así mismo se hace énfasis a la toma de gota gruesa como método diagnóstico en todo aquel individuo que cumpla con la definición operacional de caso, sobre todo en fase aguda, en donde se tendría mayor éxito en diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Bibliografía

1. http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_de_Chagas
2. NOM-032-SSA2-2002, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.
3. <http://epidemiologiamolecular.ula.ve/chagas/fotos/lifecycle.gif>
4. <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
5. www.drscope.com/privados/pac/generales/parasitologia/chagas.html

AMIIF

Investigación para la vida



Las Medicinas Originales son seguras y efectivas.

Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica, A.C.

Tels.: 5688-8303 y 8313 www.amiif.org.mx amiif@amiif.org.mx

MONOGRAFÍA

Monografía elaborada para el Ejercicio Clínico Patológico "Hombre de 74 años de edad con rinorrea y epistaxis recurrentes" que se publicó en versión parcial en Vox Médica No. 6 2007 y en toda su extensión en Gaceta Médica de México, Vol. 144, No. 1, Enero-Febrero 2008.

ADENOCARCINOMA DE TIPO INTESTINAL DE SENOS PARANASALES

ISABEL ALVARADO-CABRERO,* JAZMÍN DE ANDA-GONZÁLEZ,* GONZALO VALDEZ-DUARTE**

Los senos paranasales son el maxilar, etmoidal, frontal y el esfenoidal. El más grande es el seno maxilar, cada seno consta de una pared superior, un techo, pared inferior, piso, pared anterolateral, medial y posterior. Todos están cubiertos por epitelio de tipo respiratorio, similar al de la cavidad nasal. Este epitelio también se conoce como schneideriano, es de origen ectodérmico, derivado de la mucosa de la nasofaringe. La membrana de la mucosa es más delgada y tiene menor vascularidad que la cavidad nasal. Las glándulas seromucosas se encuentran en menor número y se localizan en el *ostium* del seno maxilar.^{1,2}

La enfermedad más frecuente de los senos paranasales es la constituida por las alteraciones inflamatorias, como son rinitis y sinusitis. Las neoplasias malignas del tracto sinonasal corresponden a menos

del 1% de todas las neoplasias y al 3% de las neoplasias del tracto aéreo superior. Las neoplasias afectan con mayor frecuencia el seno maxilar (60%), cavidad nasal (22%, seno etmoidal (15%) siendo los menos afectados el esfenoidal y el frontal (<3%).

Las neoplasias son diversas, la mayoría corresponden a carcinoma epidermoide y sus variantes (55%), seguidas de neoplasias no epiteliales (20%), tumores glandulares (15%), carcinoma indiferenciado (7%) y otros tipos de tumores (3%).³

La presentación clínica, los hallazgos radiológicos y la forma de diseminación de los carcinomas epidermoides, adenocarcinoma y otras neoplasias malignas del tracto sinonasal, es similar. La apariencia macroscópica de las lesiones, tiene un valor limitado, siendo el diagnóstico por histopatología.

* JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, IMSS.

** DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL DE PEMEX, PICACHO.

Los adenocarcinomas sinonasales son neoplasias malignas glandulares que se originan de las glándulas seromucosas o del epitelio respiratorio, por lo cuál se clasifican histológicamente como de adenocarcinoma de tipo glándula salival y adenocarcinomas de tipo no glándula salival.^{3,4}

El adenocarcinoma de tipo glándula salival no tiene predilección por sexo, se presenta con mayor frecuencia en hombres de edad promedio 55 años, afectando la mayoría de las veces el seno maxilar.

El adenocarcinoma de tipo no glándula salival se divide en dos categorías: el de tipo intestinal y el de tipo no intestinal. El de tipo intestinal es más frecuente en hombres (90%) y se ha encontrado asociado a exposición a polvos en ocupaciones, como por ejemplo, la madera. Antes de que en la industria se tomaran medidas adecuadas de protección, la incidencia de la enfermedad en carpinteros era de 100 a 500 veces más que en la población general. La exposición ocupacional prolongada es la regla, por lo general por décadas. El adenocarcinoma de tipo intestinal surge en los senos etmoidales en 40% de los casos, la cavidad nasal en 28% y en antro maxilar en 23% de los casos. En la literatura, se ha puesto de manifiesto que hay diferencias entre aquellos casos que se originan en individuos expuestos a polvos industriales y aquellos que ocurren en forma esporádica, a que los segundos ocurren en mujeres y afectan con mayor frecuencia al antro maxilar.^{5,6}

Los síntomas clínicos de estas neoplasias son similares: síntomas obstructivos, epistaxis, dolor y rinorrea son frecuentes, por lo que suelen ser subdiagnosticados como procesos inflamatorios de tipo rinitis o sinusitis. Al seguir un curso indolente, y agravarse signos como epistaxis y aparecer parálisis facial es obligado realizar estudios de gabinete para complementación diagnóstica. ⁽³⁾ La tomografía axial computarizada y la resonancia magnética han desplazado a las radiografías convencionales en los procesos patológicos del tracto sinonasal. La resonancia magnética ayuda a separar enfermedades inflamatorias y neoplasias benignas y malignas, además de proporcionar información para el tratamiento de la lesión, como la extensión, tamaño, invasión local, o presencia de metástasis.⁷

Los hallazgos macroscópicos pueden ser similares en ambos tipos de adenocarcinomas, por lo general son neoplasias sólidas, que infiltran extensamente al momento del diagnóstico. El de tipo intestinal suele ser un tumor fungante, con superficie ulcerada, y al corte, la superficie es gris, traslúcida, de aspecto mucinosa.^{3,4}

Histológicamente el adenocarcinoma de tipo intestinal, recapitula la morfología, tanto normal como neoplásica, de la mucosa del intestino. Los autores

como Batsakis y colaboradores lo clasifican en tres grupos: papilar, sésil y alveolar. Otros autores, como Lester y Thompson, lo clasifican como papila colónica, sólido y mucinoso.^{3,8}

En general, el adenocarcinoma de tipo intestinal se encuentra formado por glándulas o nidos de células neoplásicas revestidos por células absortivas y mucinosas, con variación en el grado de diferenciación. Por ejemplo, el bien diferenciado se encuentra formado por glándulas que semejan la mucosa normal del intestino, con células mucinosas, caliciformes y absortivas. Los tumores papilares consisten en frondas bordeadas de epitelio estratificado de células columnares que recuerdan la arquitectura vellosa de las lesiones intestinales.⁴

La forma más común de adenocarcinoma de tipo intestinal semeja al adenocarcinoma convencional colónico. En esta variante, las glándulas neoplásicas se constituyen de células cúbicas a cilíndricas, de formas y tamaños variables, con escaso estroma entre ellas. La mucina intracelular puede ser abundante en tumores bien diferenciados. Cuando estas neoplasias son poco diferenciadas, la formación de glándulas es mínima, compuestas por mantos sólidos de células neoplásicas. Pueden tener células en anillo de sello aisladas, formar nidos.^{8,9}

El adenocarcinoma de tipo no intestinal se subdivide en bajo y alto grado basado en la arquitectura, características nucleares y actividad mitótica.

El diagnóstico diferencial del adenocarcinoma de tipo intestinal, es principalmente con una metástasis de un carcinoma primario de intestino, para lo cuál resulta útil una historia clínica detallada, y estudios de inmunohistoquímica: el de tracto sinonasal tendrá expresión de cromogranina, y el primario colónico no, además, el colónico será positivo para antígeno carcinoembrionario, mientras que el sinonasal no. ⁽¹⁰⁾ Otra neoplasia que debe considerarse en el diagnóstico diferencial es el carcinoma mucoepidermoide derivado de las glándulas salivales, sin embargo, este último se caracteriza por la presencia de tres tipos celulares: células escamosas, claras e intermedias.^{3,10}

El tratamiento recomendado para los adenocarcinomas sinonasales es la resección quirúrgica adecuada, siendo importante en estos pacientes el grado de diferenciación. Se ha visto que tumores bien diferenciados, como el papilar, tienen mejor pronóstico (80% a 5 años) que los poco diferenciados (40% de sobrevida a 5 años. Los pacientes con el antecedente de exposición ocupacional tienen mejor pronóstico que los casos esporádicos, quizás por que se detectan en un estadio clínico temprano. La recurrencia local se produce en 50% de los casos, con metástasis a distancia en 15%, y se ha visto que la sobrevida puede mejorar con radioterapia adyuvante;

sin embargo, los adenocarcinomas del tracto sinonasal son localmente agresivos, con muerte en alrededor de 3 años después del diagnóstico.^{3,11}

Referencias

1. Fechner RE, Mills SE: larynx and pharynx. In Sternberg SS (ed): Histology for pathologist. New York: Raven Press, 1998:443-455.
2. Wening BM: anatomy and histology of the oral cavity, nasopharynx and neck. In Atlas of head and neck pathology. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993;:101-102.
3. Lester D.R. Thompson. Malignant neoplasm of the nasal cavity, paranasal sinuses, and nasopharynx. In Head and neck pathology. Churchill Livingstone,2006:155-213.
4. Douglas R Gnepp. Nonsquamous lesions af nasal cavity, paranasal sinuses and nasopharynx. In Diagnostic surgical pathology of the head and neck. W.B. Saunders company,2001:79-139.
5. Mills SE, Fechner RE, Cantrel RW. Aggressive sinonasal lesion resembling normal intestinal mucosa. Am J Surg Pathol 1982; 6: 803-809.
6. Wenig BM, Hyams VJ, Heffner DK. Nasopharyngeal papillary adenocarcinoma. A clinicopathologic study of a low-grade carcinoma. Am J Surg Pathol 1988; 12: 946-953.
7. Pilch BZ, Bouquot J, Bouquot J, Thompson LDR. Squamous cell carcinoma. In: Barnes EL, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, eds. Pathology and genetics of head and neck tumours: Kleihues P, Sobin LH, series eds. World Health Organization Classification of tumors. Lyon, France: IARC Press, 2005:15-17.
8. Batsakis NJG, Mackay B, Ordoñez NG. Enteric-type adenocarcinoma of the nasal cavity. An electron microscopic and immunocytochemical study. Cancer 1984; 54: 855- 860.
9. Barnes L. Intestinal-type adenocarcinoma of the nasal cavity and paranasal sinuses. Am J Surg Pathol 1986; 10: 192-202.
10. Bernstein JM, Montgomery WW, Balogh K Jr. Metastatic tumors to the maxilla, nose and paranasal sinuses. Laryngoscope 1966; 76: 621-650.
11. Kleinsasser O, Schroeder HG: Adenocarcinoma of the inner nose alter exposure to Word dust: morphological findings and relationships between histopathology and clinical behavior in 79 cases. Arch Otorhinolaryngol 1988; 245: 1-15.

PROGRAMA DE SESIONES SEMANALES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

FEBRERO 2008

MIÉRCOLES 6

Sede: auditorio de la Academia Nacional de Medicina

19:00 hrs.

CEREMONIA INAUGURAL

Palabras de bienvenida: Dr. Emilio García Procel

MARZO 2008

MIÉRCOLES 5

Sede: auditorio de la Academia Nacional de Medicina

19:00 hrs.

LA PREVENCIÓN CLÍNICA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES. UN NUEVO PARADIGMA PARA LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, RIESGO CARDIOVASCULAR Y SOBREPESO

Dr. Mauricio Hernández Ávila

ABRIL 2008

MIÉRCOLES 2

Sede: auditorio de la Academia Nacional de Medicina

19:00 hrs.

SALUD Y MIGRACIÓN

Dr. Rafael Herrera Esparza

MIÉRCOLES 13

Sede: auditorio de la Academia Nacional de Medicina

19:00 hrs.

SIMPOSIO: EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2007-2012: «5 OBJETIVOS – 10 ESTRATEGIAS»

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Miércoles 12

Sede: auditorio de la Academia Nacional de Medicina

19:00 hrs.

SIMPOSIO: PROGRESIÓN EN LA TERAPÉUTICA NEFROLÓGICA

Dr. Alejandro Treviño Becerra

MIÉRCOLES 9

Sede: auditorio de la Academia Nacional de Medicina

19:00 hrs.

SIMPOSIO: RENACIMIENTO DE LAS VACUNAS: BIOTECNOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

Dr. José Ángel Córdova Villalobos y Samuel Ponce de León Rosales

MIÉRCOLES 20

Sede: auditorio de la Academia Nacional de Medicina

19:00 hrs.

SIMPOSIO: HEPATITIS C

Dr. David Kershenovich

MIÉRCOLES 19

Sede: auditorio de la Academia Nacional de Medicina

19:00 hrs.

NO HABRÁ SESIÓN

SEMANA MAYOR

MIÉRCOLES 16

Sede: auditorio de la Academia Nacional de Medicina

19:00 hrs.

SIMPOSIO: HACIA UN HOSPITAL MODERNO

Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso

MIÉRCOLES 27

Sede: auditorio de la Academia Nacional de Medicina

19:00 hrs.

SIMPOSIO: ACTUALIDADES EN NEUROCIROLOGÍA

Dr. José Humberto Mateos Gómez

Miércoles 26

Sede: auditorio de la Academia Nacional de Medicina

19:00 hrs.

SIMPOSIO: PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA DE ENLACE

Dr. Juan Manuel Saucedo García

Miércoles 23

Sede: auditorio de la Academia Nacional de Medicina

19:00 hrs.

SIMPOSIO: DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO VS. EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA ¿CÓMO MANTENER LA COMPETENCIA?

Coordinador: Dr. Melchor Sánchez Mendiolea

Miércoles 30

Sede: auditorio de la Academia Nacional de Medicina

19:00 hrs.

SIMPOSIO: 65 AÑOS DE EXCELENCIA EN PEDIATRÍA

Dr. José Ignacio Santos Preciado

SECCIÓN DE AUTOEVALUACIÓN

EJERCICIO CLÍNICO PATOLÓGICO

NOTA:

Corresponde exclusivamente a la presentación del Caso Clínico. El Ejercicio Clínico Patológico, en toda su extensión, aparece en Gaceta Médica de México, Vol. 144, No. 2 Marzo-Abril 2008.

DIRECCIÓN DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TACUBAYA, SECRETARÍA DE SALUD

COORDINADOR: DR. MANUEL DE LA LLATA-ROMERO

COLABORADORES: DR. JUAN URRUSTI-SANZ,

DR. JESÚS AGUIRRE-GARCÍA

DR. ADALBERTO POBLANO-ORDÓÑEZ

Paciente masculino de 1 año un mes de edad con disminución del tono muscular en extremidades y falta de sedestación

CARLOS JAVIER ARNAIZ-TOLEDO*¹ Y LUIS RODOLFO RODRÍGUEZ VILLALOBOS**

Presentación del caso

Paciente de sexo masculino de 1 año y un mes de edad, con antecedentes de ser producto de la G:3, P-3, de madre de 25 años de edad, embarazo normoevolutivo, con control prenatal, obtenido por parto por vía vaginal, por medio de conducción de trabajo de parto por ruptura de membrana de 6 horas de evolución. Refiere la madre que al nacimiento no llora, presentándose cianosis generalizada, hipotonía y flacidez. Desconoce si requirió maniobras de reanimación, así como resultados de la valoración Apgar. Egresó inmediatamente con la madre, en cuanto al desarrollo psicomotriz refiere sostén cefálico a los 4 meses, sedestación a los 9 meses por períodos cortos no mayores de 5 minutos; no gateó, balbuceó al año, aún no camina, no controla esfínteres y está iniciando la bipedestación.

Inicia sintomatología desde hace dos meses, con períodos de presencia de cianosis peribucal intermitente, sin predominio de horario ni factores desencadenantes. No recibió tratamiento alguno resolviéndose espontáneamente, continuando con astenia, adinamia, apatía e indiferencia al medio, somnolencia e irritabilidad fácil, así como presencia de períodos de disnea que llegó a ser de pequeños esfuerzos, incluso en reposo, por lo que se internó en unidad hospitalaria para descartar cardiopatía.

El día previo a su ingreso presentó cianosis peribucal, sin datos de disnea o dificultad respiratoria, resolviéndose espontáneamente sin tratamiento médico.

El día de su ingreso presentó pausas respiratorias de aproximadamente 8 segundos, acompañadas de flacidez generalizada, palidez (++), pérdida del estado de alerta,

desviación de la mirada hacia arriba, sin respuesta a estímulos físicos, ni verbales; hiporreactividad fotomotora y consensual, con soplo holosistólico audible en foco pulmonar irradiado a cuello IV/VI. Tórax de forma piramidal, movimientos de amplexión y amplexación conservados, con entrada y salida de aire sin fenómenos agregados aparentes. Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, con caracteres normales, abdomen globoso, blando, depresible, sin hepato ni esplenomegalias, peristalsis presente; extremidades con hipotonía e hipotrofia muscular, reflejos osteotendinosos ausentes, llenado capilar distal de 2 a 3 segundos.

Signos vitales: frecuencia cardiaca: 136 x min, frecuencia respiratoria: 24 x min, saturación de oxígeno: 100%, temperatura: 35.9 °C, peso: 8.600 Kg.

Estudios de laboratorio: leucocitos:11,000 K/uL, Neutrófilos:48.8 %, linfocitos:49.9 %, hemoglobina: 13.6 g/dL, hematocrito: 42.6 %, plaquetas: 198,000 K/uL, segmentados:36 %, grupo sanguíneo A positivo, VSG: 1 mm/hr, sodio: 142 mmol/l, potasio:4.6 mmol/l, calcio: 1,18 mmol/l, glucosa:62 mg/dl, BUN: 11 mg/dl, creatinina: 0.5 mg/dl, BUN/creatinina:22.0, total CK: 113 U/L, CK-Mb: 74 U/L.

El manejo inicial se realizó manteniendo ayuno, con soluciones parenterales a requerimiento, aporte de oxígeno a flujo libre de 4 lts por min., logrando saturaciones de oxígeno de 90 a 97%; prosiguió el control de gasometría, equilibrio acido-base, y la vigilancia del patrón respiratorio.

Su evolución fue tórpida, mostrando respiración pausada y superficial progresiva durante los siguientes cinco días, bradipnea, tiro intercostal, retracción xifoidea, cianosis periférica y saturación de oxígeno menor del

*¹ DIRECTOR DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TACUBAYA, SECRETARÍA DE SALUD.

** JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TACUBAYA, SECRETARÍA DE SALUD

* CORRESPONDENCIA Y SOLICITUD DE SOBRETUROS. DR. CARLOS JAVIER ARNAIZ TOLEDO. DIRECCIÓN DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TACUBAYA, SECRETARÍA DE SALUD. AV. CARLOS LAZO ESQ. CON GAVIOTA, No. 25, COL. TACUBAYA, C.P.11870, MÉXICO, D.F., TEL.: 5515-7920 Y 5515-7987. CORREO ELECTRÓNICO: HPTACUBAYA@SALUD.GOB.MX

80%; la gasometría reveló acidosis respiratoria descompensada, por lo que se decidió practicar intubación endotraqueal, y manejo ventilatorio asistido (fase III de ventilación), con los siguientes parámetros: PEEP: 7, tiempo inspiratorio: 0.55, VT: 0.095, oxígeno: 75mV, presión pico:27, FIO2: 76%; se recurrió a la sedo-relajación con Midazolam (100mcg/kg/día) más Ketamina (1mg/kg/día) por vía intravenosa, para el manejo dinámico, presentando estabilización respiratoria. Durante los siguientes días y sin datos de descompensación, se disminuyó la medicación de sedo-relajación, hasta la suspensión completa. Se realizaron dos intentos de retirar el apoyo ventilatorio sin éxito, persistiendo la respiración pausada y superficial, así como acrocianosis y saturación de por debajo del 75%.

Ante la disminución del tono muscular en las extremidades y la falta de sedestación total a pesar de la edad, se solicitó valoración por parte de Ortopedia Pediátrica descartándose displasia acetabular, por lo que acordó el seguimiento del caso así como valoración para el manejo mediante estimulación muscular y rehabilitación por parte del Servicio de Terapia Física.

Se realizó estudio de neuroconducción sensorial, hallándose con latencias, amplitudes y velocidades en parámetros normales. Los estudios de neuroconducción motora tampoco mostraron alteraciones. La

electromiografía bilateral del músculo deltoides, primer interóseo derecho, bíceps derecho, vasto lateral bilateral, tibial izquierdo y extensor corto derecho con actividad de inserción disminuida, fibrilación de músculo vasto lateral derecho y bíceps derecho; la contracción mostró potenciales bifásicos de unidad motora de baja amplitud, duración normal y patrón de interferencia completa.

El Servicio de Neurología refiere que de acuerdo a sus antecedentes y a la presencia de hipotonía muscular, arreflexia, hipotrofia muscular generalizada, así como de fasciculaciones en la lengua, se trata de un síndrome hipotónico en estudio, a descartar atrofia espinal progresiva.

La valoración cardiológica posterior a EKGf reportó ritmo sinusal FC de 120 por min., *situs solitus*, eje P a +45°, eje QRS a +130°, leve crecimiento de cavidades derechas compatible con la edad. En el rastreo ecocardiográfico no se observan cortocircuitos intracardiacos, extracardiacos, ni dilatación de cavidades. Hay concordancia venoatrial, atrioventricular y ventriculoarterial, así como de la arteria pulmonar, la aorta es trivalva y el arco aórtico izquierdo es de características normales. Por lo tanto, el corazón es estructuralmente sano.

No se realizó biopsia muscular, al no disponer la unidad, de este tipo de estudios.

CUESTIONARIO DEL ARTÍCULO SELECCIONADO DE GACETA MÉDICA DE MÉXICO

CONCENTRACIONES DE PLOMO EN SANGRE Y REPROBACIÓN DE ESCOLARES EN LA CIUDAD DE MÉXICO. GACETA MÉDICA DE MÉXICO, VOL. 143, No. 5, SEPTIEMBRE–OCTUBRE DE 2007.

1. EN MÉXICO, ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL FACTOR DE EXPOSICIÓN AL PLOMO EN POBLACIONES PEDIÁTRICAS E INFANTILES?:
 - a) Humos de gasolina
 - b) Pinturas
 - c) Cosméticos
 - d) Juguetes
 - e) Uso de loza de barro vidriado
2. AÚN CUANDO LA NOM-EM-004-SSAI-1999, ESTABLECE COMO LIMITE MÁXIMO PERMISIBLE, UNA CONCENTRACIÓN DE PLOMO EN SANGRE DE 10 µG/DL, EN LA POBLACIÓN MEXICANA, DIVERSOS ESTUDIOS HAN DEMOSTRADO QUE A CONCENTRACIONES MENORES SE PRODUCEN EFECTOS TÓXICOS EN LA POBLACIÓN INFANTIL EN EL SIGUIENTE SISTEMA:
 - a) Hematopoyético
 - b) Renal
 - c) Nervioso
 - d) Endocrino
 - e) Músculoesquelético
3. DE ACUERDO CON EL ESTUDIO REALIZADO, ¿CUÁL FUE EL PORCENTAJE DE RIESGO DE REPROBAR ENTRE EL PRIMER Y TERCER AÑO DE PRIMARIA CON UN NIVEL DE PLOMO EN SANGRE MAYOR DE 10µg/DL?
 - a) 45 %
 - b) 44 %
 - c) 43 %
 - d) 42 %
 - e) 41 %
4. LA SIGUIENTE, ES LA PRINCIPAL ALTERNATIVA PARA DISMINUIR LA FUENTE DE EXPOSICIÓN AL PLOMO DE LA LOZA DE BARRO VIDRIADO:
 - a) Evitar el uso de estos productos
 - b) Emplear hornos que alcancen temperaturas mayores a 990°C para elaborar la loza
 - c) Reemplazo del uso de plomo por litio
 - d) Reemplazo del uso de plomo por estroncio
 - e) Reemplazo del uso de plomo por boro

*CUESTIONARIO ELABORADO POR LA COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA DE PRONADAMEG.

RESPUESTAS	RESPUESTAS AL EJERCICIO CLÍNICO PATOLÓGICO	RESPUESTAS AL CUESTIONARIO DEL ARTÍCULO SELECCIONADO DE GMM														
	"Hombre de 74 años de edad con rinorrea y epistaxis recurrente". Vox Médica No. 6, 2007	"Frecuencia de helmintiasis intestinal y su asociación con deficiencia de hierro y desnutrición en niños de la región occidente de México." GMM Vol. 143. No. 4, 2007 Vox Médica No. 6, 2007														
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">1. a</td> <td style="width: 20%;">2. b</td> <td style="width: 20%;">3. c</td> <td style="width: 20%;">4. b</td> <td style="width: 20%;">5. c</td> </tr> <tr> <td>6. a</td> <td>7. c</td> <td>8. d</td> <td>9. c</td> <td>10. b</td> </tr> </table>	1. a	2. b	3. c	4. b	5. c	6. a	7. c	8. d	9. c	10. b	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">1. e</td> <td style="width: 25%;">2. c</td> <td style="width: 25%;">3. e</td> <td style="width: 25%;">4. a</td> </tr> </table>	1. e	2. c	3. e	4. a
1. a	2. b	3. c	4. b	5. c												
6. a	7. c	8. d	9. c	10. b												
1. e	2. c	3. e	4. a													



VOX medica

Órgano de comunicación de los profesores y alumnos
del Programa Nacional de Actualización
y Desarrollo Académico para el Médico General

CUESTIONARIO EJERCICIO CLÍNICO-PATOLÓGICO

“PACIENTE MASCULINO DE 1 AÑO UN MES DE EDAD CON DISMINUCIÓN DEL TONO MUSCULAR EN EXTREMIDADES Y FALTA DE SEDESTACIÓN”

- ¿CUÁL ES EL ORIGEN DE ESTE CUADRO?
 - Traumático
 - Genético
 - Infeccioso
 - Viral
 - Endocrinológico
- ¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE ESTE CUADRO EN NEONATOS?
 - 1 en cada 1,000
 - 1-5 en cada 8,000
 - 1-3 en cada 5,000
 - 1-10 en cada 15.000
 - 1 en cada 10,000
- EL TIPO I DE ATROFIA MUSCULAR DEBIDA A DEGENERACIÓN DE LAS ALFAMOTONEURONAS DE LAS ASTAS ANTERIORES DE LA MÉDULA ESPINAL CORRESPONDE A:
 - Enfermedad de Werdnig:..Hoffman
 - Enfermedad de Duchenne
 - Enfermedad de Fried-Emery
 - Enfermedad de Kugelberg-Welander
 - Enfermedad de Dubowitz
- SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ATROFIAS MUSCULARES CON DEGENERACIÓN DE LAS ALFAMOTONEURONAS DE LAS ASTAS ANTERIORES DE LA MÉDULA ESPINAL LA FORMA EN LA CUAL EL PACIENTE PUEDE SENTARSE, PERO NO CONSIGUE LA BIPEDESTACIÓN Y DEAMBULACIÓN ES:
 - Forma leve
 - Forma intermedia
 - Forma grave
 - Forma sistémica
 - Forma elevada
- SE SABE QUE ESTE PADECIMIENTO SE HEREDA EN FORMA AUTOSÓMICA RECESIVA POR MUTACIONES ALÉLICAS DE UN GEN, IMPLICÁNDOSE DOS GENES QUE DAN ORIGEN A ESTA ENFERMEDAD QUE SON:
 - Intermedio neuronal y primario espinal
 - Proteína inhibidora de la apoptosis neuronal (NAIP) y supervivencia de la motoneurona (SMN)
 - Proteína aceleradora de la contracción neuronal y enzima fijadora de la relajación.
 - El gen neuronal de la función relajadora y el de la facilitación de la atrofia muscular
 - El gen sensitivo motor y el gen dominante de las neuropatías
- EL CROMOSOMA EN DONDE SE LOCALIZAN LOS GENES IMPLICADOS EN EL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD ES EL CROMOSOMA NÚMERO:
 - 8
 - 10
 - 15
 - 20
 - 25
- EL PRINCIPAL SÍNTOMA QUE HACE SOSPECHAR EL INICIO DE ESTE PADECIMIENTO ES:
 - Enfermedad gastrointestinal
 - Flexión del dedo índice
 - Debilidad muscular
 - Piel seca
 - Ojos opacos
- LA EVOLUCIÓN DE ESTE PADECIMIENTO SE CARACTERIZA POR CURSAR CON:
 - Infecciones respiratorias recurrentes
 - Alteraciones de cadera
 - Polineuropatías
 - Infecciones gastrointestinales
 - Infecciones del SNC
- EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ESTA ENFERMEDAD DEBE HACERSE CON:
 - Distrofia muscular congénita
 - Miopatías congénitas
 - Miastemia grave
 - Distrofia miotónica
 - Todas las anteriores
- EL DIAGNÓSTICO DE CERTEZA DEBE HACERSE MEDIANTE:
 - Biometría hemática y química sanguínea
 - Enzimas séricas musculares
 - Biopsia muscular
 - Citoquímica de líquido cefalorraquídeo
 - Infecciones del SNC Rx de tórax y huesos

DATOS DEL MÉDICO:

Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Nombre (s) _____

Sede No. _____

Ciudad _____

No. de registro _____



Instituciones de Educación Superior Participantes

Universidad Nacional Autónoma de México
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca
Universidad Autónoma de Nuevo León
Universidad Autónoma de Tlaxcala
Universidad Autónoma de Yucatán
Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Universidad Autónoma de Nayarit
Universidad Autónoma de Chihuahua
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Universidad Juárez del Estado de Durango
Universidad Autónoma de Coahuila
Universidad Autónoma del Estado de México
Universidad de Colima
Universidad Autónoma de Sinaloa
Universidad de Guanajuato
Universidad Autónoma de Chiapas
Universidad Autónoma de Querétaro
Universidad Autónoma de Zacatecas
Universidad Veracruzana
Universidad de Guadalajara
Universidad Autónoma de Guerrero
Universidad Autónoma de Tamaulipas
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto Politécnico Nacional
Universidad Regional del Sureste
Universidad Autónoma de Campeche
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Universidad Autónoma de Baja California Sur
Universidad Valle del Bravo
Universidad Autónoma de Guadalajara

Comité Editorial

Dr. Manuel de la Llata Romero
Editor

Dr. Juan Urrusti Sanz
Co-editor

Dr. Pablo Kuri Morales
Dr. Angel Gracia Ramírez
Dr. Adalberto Poblano Ordóñez
Dr. Roberto Sánchez Ramírez
Colaboradores

Vox Médica PRONADAMEG

Sótano del Bloque B, Unidad de Congresos
CMN Siglo XXI IMSS
Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores
06725 México D.F.
55 19 29 35 Tel y Fax
01 800 501 92 01
www.pronadameg.anmm.org.mx
vox-medica@pronadameg.com.mx

COMENTARIO PREVENTIVO AL EJERCICIO CLÍNICO PATOLÓGICO

HOMBRE DE 74 AÑOS DE EDAD CON RINORREA Y EPISTAXIS RECURRENTES

DR. FRANCISCO HERNÁNDEZ OROZCO,* DR. JOSÉ SCHIMELMITZ IDI**

La sintomatología del paciente no orienta fácilmente a un diagnóstico. Son síntomas vagos característicos de cualquier patología nasal o sinusal como reiteradamente ha sido comunicado en diferentes estudios.¹ La mayoría de los pacientes se diagnostican con la enfermedad avanzada.^{2,3,4} El médico tiene que tener presente la posibilidad de un padecimiento poco común. Las neoplasias de vías aéreas superiores constituyen del 1 al 3% en la población general, más frecuentes en caucásicos y en los hombres es el doble que en las mujeres,^{1,2} esto último tal vez debido al trabajo. En la consulta externa de un nosocomio constituyen una rareza por lo que hacer un diagnóstico temprano resulta un evento fortuito.^{1,2,3} Es más común el adenocarcinoma que el carcinoma epidermoide.⁵ La exploración minuciosa de la nariz no da los resultados que clarifiquen la presencia de una neoplasia. La persistencia de la enfermedad, la observación de una masa friable y el empeoramiento progresivo de síntomas y signos como edema facial, ulceraciones palatinas, dolor dental, halitosis, obstrucción del conducto nasosinusal, plenitud aural^{2,4,5} deben alertar sobre un problema diferente y realizar un estudio de imagen.

La tomografía axial computarizada como en el caso en estudio delimita y muestra la extensión del tumor. La localización en las celdillas etmoidales es típica y es menos frecuente en la mucosa nasal y en el antro. La neoplasia invade lentamente las áreas próximas oscureciendo el lugar de su inicio como el caso en comentario. Rara vez da metástasis pero las reincidencias son frecuentes a pesar de la radioterapia complementaria posquirúrgica. La quimioterapia se ha considerado solamente como un paliativo. La sobrevida a cinco años es variable y en algunas series llega al 80%, sin embargo hay que considerarlo agresivo y fatal.⁶ La TAC facilita la planeación al cirujano y su realización más exitosa, no sin antes hacer exámenes preoperatorios y la evaluación del riesgo. La resonancia magnética permite definir hasta que grado están involucrados los tejidos blandos, si hay destrucción ósea y secreciones en los senos o en el interior del tumor.⁴ La angiografía es útil si los límites del tumor son imprecisos o está en la vecindad del sistema carotídeo.

En el caso presentado el paciente era carpintero. La exposición a partículas inhalables ha recibido particular atención en trabajadores de la madera y el cuero^(5,7) aunque parece mayor el riesgo con la inhalación simultánea de formaldehído.⁸

La estirpe celular de la neoplasia está determinada por el origen embriológico ectodérmico de la mucosa nasal y de los senos. Los adenocarcinomas surgen de las glándulas mucoserosas, lo que determina estirpes distintas al estudio histopatológico, examen indispensables para el diagnóstico diferencial con otros tumores.

Hay que tener en cuenta para el postoperatorio del enfermo las posibles secuelas y su rehabilitación, además de la cicatrización adecuada y la preservación o reconstrucción de los defectos faciales, son necesarios para restaurar o ayudar en la recuperación de la voz y de la deglución. La funcionalidad tiene que prevalecer sobre la estética.^{3,9}

Referencias

1. Zimmer LA, Carrau RL. Neoplasms of the Nose and Paranasal Sinuses in Bailey Head and Neck Surgery-Otolaryngology. 4th edition 2006. 1481-1499.
2. Caplan LS, Hall I, Levine RS. Preventable risk factors for nasal cancer. *Ann epidemiol* 2000;10:186-191.
3. Fetoni et al. Management of advanced adenocarcinoma of maxillary sinus in a young woman during pregnancy: a case report. *Otolaryngol Head and Neck Surgery* 2002; 126:432-434.
4. Louis Davies, Gilbert Welch. Epidemiology of head and neck cancer in the United States. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2006:135, 451-457.
5. Batsakis. Pathology of Tumors of the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses in: Thawley comprehensive Management of head and neck tumors. 2nd edition 1999. 522-539.
6. Comba P et al. A case-control study of cancer of the nose and paranasal sinuses and occupational exposures. *Am J Indust Med.* 1992; 22:511-520.
7. Katz TS et al. Malignant tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses. *Head and Neck* 2002; 24:821-829.
8. Luce et al. Occupational risk factors for sinonasal cancer: a case control study in France. *Am J Indust Med* 1992; 21:163-175.
9. Holt GR. Sinonasal neoplasms and inhaled air toxics. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 1994; 111:12-14.

* MIEMBRO TITULAR DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

** MEDICO ADSCRITO DEL INSTITUTO DE LA COMUNICACIÓN HUMANA, SSA Y STAFF DEL AMERICAN BRITISH COWDRAY CENTER, I.A.P.