

Gaceta Médica de Bilbao

REVISTA TRIMESTRAL • FUNDADA EN 1894
DECANA DE LAS REVISTAS MÉDICAS DE ESPAÑA

PATROCINADA POR EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD
DEL GOBIERNO VASCO



Volumen 100/Enero-Marzo 2003/Nº 1

EDITORIALES

- 1 Saluda del Rey / Erregearen agurra.
- 3 Saluda del Lehendakari / Lehendakariaren agurra.
- 5 Carta de la Sra. Ministra de Sanidad y Consumo / Osasun eta Kontsumo ministroaren gutuna.
- 7 Carta del Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco / Osasun sailburuaren gutuna.
- 9 Carta del Diputado General de Bizkaia / Bizkaia Ahalduen Nagusiaren gutuna.
- 11 Carta del Alcalde de Bilbao / Bilboko Alkatearen gutuna.

ORIGINALES

- 13 Explotación de los resultados del Registro Hospitalario de Cruces.
J.M. Mañé, G. López de Argumedo, G. López-Vivanco, J. Ferreiro.
- 17 Ileo biliar: análisis retrospectivo de una serie.
M. Echenique, J.A. Amondarain, C. Lirón de Robles.

REVISIONES

- 21 Inhibidores del enzima conversor de angiotensina: controversias.
R.M. Mena, A. Martín, S. Latorre, J. Aguirre, L. Aguilera.
- 28 Aspectos psicológicos del paciente con cáncer.
C. De Prado, A. Viteri, N. Fuente.

NOTA CLINICA

- 32 Mixoma odontogénico: neoplasia controvertida.
A. Eguía, J.M. Aguirre, R. Martínez.

CRITICA DE LIBROS

- 35 2002-2010 Osasun Plana-Plan de Salud 2002-2010.
J. Ocharan-Corcuera.
- 37 Esquemas de Medicina del Trabajo.
R.I. Muñoz.

- 38 NOTICIAS / BERRIAK.



REVISTA OFICIAL DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

XXX SEMANA MÉDICA DE BILBAO

Dedicada a:

“ACTUALIZACIONES EN MEDICINA”

Lunes, 31 de marzo de 2003. Mesa Redonda. 19:30 horas

TEMA: “AMILOIDOSIS”

Moderador: Prof. Dr. Ciriaco Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. U.P.V./E.H.U.

“CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN”

Dr. Guillermo Barreiro. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. U.P.V./E.H.U.

“DIAGNÓSTICO DE LAS AMILOIDOSIS”

Dr. Juan José Alonso. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. U.P.V./E.H.U.

“TRATAMIENTO DE LAS AMILOIDOSIS”

Dra. Araceli Cánovas. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. U.P.V./E.H.U.

Martes, 1 de abril de 2003. 19:30 horas

TEMA: “HOMOCISTEÍNA ¿FACTOR DE RIESGO VASCULAR Y/O MARCADOR DE UNA CARENCIA VITAMÍNICA?”

Prof. Dr. Ciriaco Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. U.P.V./E.H.U.

Miércoles, 2 de abril de 2003. 19:30 horas

TEMA: “ASPECTOS ACTUALES DE LA TERAPÉUTICA ANTI-TNF”

Dr. Armando Laffon

Servicio de Reumatología. Hospital de la Princesa. Madrid.

Jueves, 3 de abril de 2003. Mesa Redonda. 19:30 horas

TEMA: “ANTICOAGULACIÓN PROFILÁCTICA EN ENFERMOS NO QUIRÚRGICOS”

Moderador: Prof. Dr. Ciriaco Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. U.P.V./E.H.U.

Ponentes: **Dr. Mikel Orive.** Servicio de Neumología. Hospital de Galdakao. Bizkaia.
Dr. Fernando Uresandi. Servicio de Neumología. Hospital de Cruces. Barakaldo.
Dr. Guillermo Ruiz-Irastorza. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces.

Viernes, 4 de abril de 2003. 19:00 horas

TEMA: “SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO: VEINTE AÑOS DESPUÉS”

Dr. Josep Font

Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínico. Barcelona.

TEMA: “INFECCIONES EN EL HUESPED INMUNOCOMPROMETIDO”

Dr. Angel Gil Aguado

Servicio de Medicina Interna. Hospital La Paz. Madrid.

GACETA MÉDICA DE BILBAO

REVISTA OFICIAL DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

Volumen 100

Enero-Marzo 2003

Nº 1

Director:

Dr. Alfredo García-Alfageme Guerrero

Jefe de Redacción:

Dr. Julen Ocharan Corcuera

Secretaría de Redacción:

Dra. M.^a Teresa Bahillo del Río

Consejo de Redacción:

Dr. Luis Alciturri Imaz
Prof. Dr. Javier Ausin Ulizar
Dr. Guillermo Barreiro García
Dr. Gorka Barrenechea Ziarrusta
Dr. Antonio Calderón González de Durana
Dr. Carlos de la Riva Aguinago
Dr. Santiago Eguiraun Elguezabal
Dr. Luis Estrade Arluzea
Dr. Isidoro García Sánchez
Dr. Juan Carlos Gómez Esteban
Prof. Dra. Carmen de la Hoz Torres
Dr. Arsenio Martínez Alvarez
Dr. Gabriel Martínez Compadre
Dr. Fco. Javier Moraza Cortés
Dra. Rosa Inés Muñoz González
Dr. Jesús M.^a Ojanguren Bergaz
Dr. Iñaki Riaño Urieta
Dr. Alfredo Rodríguez-Antigüedad
Dr. Juan Carlos Sanz Prieto
Dr. Fernando Uresandi Romero
Dr. Andrés Valdivieso López
Dr. Javier Zumalde Otegui

JUNTA DIRECTIVA (2001-2003):

Presidente:

Dr. Alfredo García-Alfageme Guerrero

Vicepresidentes:

Dr. Guillermo López Vivanco
Dr. Gonzalo Trincado Ibáñez
Dr. Federico Simón Salazar
Dr. Jon Tellería Elorza
Dr. Francisco Luis Dehesa Santisteban

Secretario General:

Dr. Juan Ignacio Goiria Ormazabal

Secretario de actas:

Dr. Lorenzo Rodríguez González

Bibliotecario:

Dr. Amado Cuadrado Fernández

Tesorero:

Prof. Dr. Juan José Goiriena de Gandarias

Vocales:

Prof. Dr. José M.^a Aguirre Salcedo
Dr. Valentín Antxotegi Iralagoitia
Prof. Dr. Ricardo Franco Vicario
Dr. Adolfo Momoitio Bárcena
Dr. Rafael Olalde Quintana
Dr. Roberto San Sebastián Chueca

Envío de manuscritos, correspondencia y publicidad:

GACETA MEDICA DE BILBAO

Jefe de Redacción

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Lersundi 9 - 5.^º - 48009 BILBAO.

Teléfono 944 233 768

Fax 944 230 111

Correo electrónico: gacetamedica@telefonica.net

Preimpresión: BILTEX

Depósito legal BI 52-1958 – ISSN 0304-4858

FUNDADA EN 1894

TIRADA TRIMESTRAL: 5.000 EJEMPLARES

Tarifa de Suscripción:

Académicos: 36,06 €

Bibliotecas catalogadas: Gratuita.

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad
como Soporte Válido. Ref. S.V.R. Nº 35

© Copyright 2003 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.
Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética ni registro por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

De acuerdo con lo contemplado en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, le informamos que sus datos personales forman parte del fichero automatizado de Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Ud. tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, dirigiendo su solicitud por escrito a nuestra gestión de bases de datos.

Gaceta Médica de Bilbao se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la medicina.

Esta publicación se imprime en papel no ácido.
This publication is printed in acid-free paper.

GACETA MÉDICA DE BILBAO

BILBOKO SENDALARINTZ JAKINDIA
REVISTA OFICIAL DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

PATROCINADA POR EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD DEL GOBIERNO VASCO

Internet: www.euskadi.es/sanidad/

Acuerdo de Colaboración con COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BIZKAIA.

Internet: www.icombi.es

Acuerdo de Colaboración con IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO.

Internet: www.imq.es

Acuerdo de Colaboración con LABORATORIOS FAES, S.A. LEIOA. BIZKAIA.

Internet: www.faes.es

COMITÉ EDITORIAL 2002-2004 (Presidentes de las Secciones)

Odontología

Prof. Dr. Federico Simón Salazar

Farmacia

Dr. Gonzalo Trincado Ibáñez

Biología

Dr. Jon Telleria Elorza

Veterinaria y Sanidad Alimentaria

Dr. Fco. Luis Dehesa Santisteban

Asociación Gastroenterología Vizcaína

Dr. José Luis Cabriada Nuño

Reumatología

Dr. José Miguel Aramburu Albizuri

Geriatría y Gerontología

Dr. Javier Aranceta Bartrina

Traumatología

Dr. Adolfo Alvarez González

Otorrinolaringología

Dr. Enrique Moreno Alonso

Urología

Dr. Ander Astobieta Odriozola

Endocrinología y Nutrición

Prof. J. Antonio Vázquez García

Medicina Interna

Prof. Ciriaco Aguirre Errasti

Cirugía Vascular y Angiología

Dr. Angel Barba Vélez

Anestesia y Reanimación

Dr. Javier Alonso Alvarez

Psiquiatría

Dr. Fernando Marquínez Bascones

Neurología

Prof. Dr. Juan José Zarranz Imirildazu

Oncología Médica

Dr. Guillermo López Vivanco

Medicina Familiar y Comunitaria

Dr. José M. Ayarzagüena Sarriugarte

Valoración del Daño Corporal

Dr. Juan Luis Alcaraz Aranzubia

Neumología

Dr. José Antonio Crespo Notario

Nefrología

Dr. Julen Ocharan Corcuera

Salud Laboral

Dr. Alfonso Apellániz González

Cuidados Paliativos

Dr. Jacinto Batiz

Cardiología

Prof. Dr. José M^a Aguirre Salcedo

Ginecología y Obstetricia

Prof. Dr. Javier Ausín Urizar

Ciencias de la Alimentación

Prof. Dr. Javier Aranceta Bartrina

Radiodiagnóstico

Dr. Arsenio Martínez Alvarez

Oftalmología

Dr. Jacinto David Encinar Sanz

GACETA MÉDICA DE BILBAO

REVISTA OFICIAL DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

Volumen 100

Enero-Marzo 2003

Nº 1

ISSN 0304-4858

INDICE

EDITORIALES

- 1 **Saluda del Rey / Erregearen agurra.**
- 3 **Saluda del Lehendakari / Lehendakariaren agurra.**
- 5 **Carta de la Sra. Ministra de Sanidad y Consumo / Osasun eta Kontsumo ministroaren gutuna.**
- 7 **Carta del Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco / Osasun sailburuaren gutuna.**
- 9 **Carta del Diputado General de Bizkaia / Bizkaia Ahdun Nagusiaren gutuna.**
- 11 **Carta del Alcalde de Bilbao / Bilboko Alkatearen gutuna.**

ORIGINALES

- 13 **Explotación de los resultados del Registro Hospitalario de Cruces.**
J.M. Mañé, G. López de Argumedo, G. López-Vivanco, J. Ferreiro.
- 17 **Ileo biliar: análisis retrospectivo de una serie.**
M. Echenique, J.A. Amondaraín, C. Lirón de Robles.

REVISIONES

- 21 **Inhibidores del enzima conversor de angiotensina: controversias.**
R.M. Mena, A. Martín, S. Latorre, J. Aguirre, L. Aguilera.
- 28 **Aspectos psicológicos del paciente con cáncer.**
C. De Prado, A. Viteri, N. Fuente.

NOTA CLINICA

- 32 **Mixoma odontogénico: neoplasia controvertida.**
A. Eguía, J.M. Aguirre, R. Martínez.

CRITICA DE LIBROS

- 35 **2002-2010 Osasun Plana-Plan de Salud 2002-2010.**
J. Ocharan-Corcuera.
- 37 **Esquemas de Medicina del Trabajo.**
R.I. Muñoz.

- 38 **NOTICIAS / BERRIAK.**

GACETA MEDICA DE BILBAO

Gac Med Bilbao

Volume 100

January-March 2003

Nº 1

ISSN 0304-4858

CONTENS

EDITORIALS

- 1 **Salutation of The King.**
- 3 **Salutation of the President of the Basque Country.**
- 5 **Letter of The Lady Health Minister. Spain.**
- 7 **Letter of The Advisor of Health of the Basque government.**
- 9 **Letter of The General President of Bizkaia.**
- 11 **Letter of The Mayor. Bilbao City.**

ORIGINALS

- 13 **Data from Cruces Hospital's Cancer Registry.**
J.M. Mañé, G. López de Argumedo, G. López-Vivanco, J. Ferreira.
- 17 **Biliary Ileus: Analysis of a series.**
M. Echenique, J.A. Amondaraín, C. Lirón de Robles.

REVISIONS

- 21 **Angiotensin converting enzyme inhibitors: controversies.**
R.M. Mena, A. Martín, S. Latorre, J. Aguirre, L. Aguilera.
- 28 **Psychologic aspects among cancer patients.**
C. De Prado, A. Viteri, N. Fuente.

NOTA CLINICA

- 32 **Odontogenic myxoma: controverted neoplasia.**
A. Eguía, J.M. Aguirre, R. Martínez.

BOOK CRITICALS

- 35 **Plan of Health 2002-2010.**
J. Ocharan-Corcuera.
- 37 **The Medicine schemes of The Work.**
R.I. Muñoz.

- 38 **NEWS.**

BASES DEL «PREMIO Dr. JULIAN GUIMON REZOLA 2003»

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao convoca el «PREMIO Dr. JULIAN GUIMON REZOLA 2003» de acuerdo con las siguientes bases:

Podrán optar al «PREMIO Dr. JULIAN GUIMON REZOLA 2003» todos aquellos artículos científicos publicados en GACETA MEDICA DE BILBAO en los números correspondientes al año 2003 que sean admitidos por el Consejo de Redacción bajo el epígrafe de «ORIGINALES», según las normas de publicación habituales.

El «PREMIO Dr. JULIAN GUIMON REZOLA 2003» está dotado con 1.000 € al mejor ORIGINAL del año 2003.

El Jurado está compuesto por los miembros del Consejo de Redacción de GACETA MEDICA DE BILBAO y la Junta de Gobierno de la Academia de Ciencias Médicas, bajo la presidencia del Presidente de la Academia. Si alguno de ellos optara al premio quedará excluido como miembro del Jurado.

La entrega del importe de los premios se realizará al primer firmante de los trabajos premiados en Sesión Académica citada a este efecto.

El fallo del Jurado es inapelable.

BASES DEL «PREMIO ONCOLOGIA 2003»

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y el Laboratorio Schering Plough convocan el “Premio Oncología 2003” de acuerdo con las siguientes bases:

Podrán optar al “Premio Oncología 2003” todos aquellos artículos científicos, que expresen aspectos oncológicos, publicados en GACETA MEDICA DE BILBAO, en los números correspondientes al año 2003.

El “Premio Oncología 2003” está dotado con 1.000 €. Sin embargo, el Jurado queda facultado para repartir el importe del Premio, si hubiera a su juicio más trabajos susceptibles de ser premiados.

El Jurado estará compuesto por los miembros de la Junta de Gobierno de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, Consejo de Redacción de Gaceta Médica de Bilbao y Presidente de la Sección de Oncología de la Academia. Un representante del Laboratorio Schering Plough actuará como secretario, sin voto. Si alguno de ellos optara el premio quedará excluido como miembro del Jurado.

La entrega del importe de los premios se realizará al primer firmante de los trabajos premiados en Sesión Académica citada a este efecto.

El fallo del Jurado es inapelable.

Saluda del Rey / Erregearen agurra

Salutation of The King



A la "Gaceta Médica de Bilbao", revista decana de Medicina en España, con un saludo afectuoso al cumplir su Centenario.

A la "Gaceta Médica de Bilbao", revista decana de Medicina en España, con un saludo afectuoso al cumplir su Centenario.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS CON SEDE EN LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

- Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría.
- Sociedad Vasca de Hipertensión Arterial y Riego Vascular.
- Asociación Cirujanos del Norte.
- Academia Vasca de Ciencias de la Salud Mental.
- Médicos Osteópatas.
- Asociación del Norte de Hematología y Hemoterapia ASOVASNA.
- Sociedad Vasco-Navarra Médicos Medicina Familiar y Comunitaria.
- Sociedad Vasca de Urología.
- Sociedad de Endocrinología y Nutrición de Euskadi.
- Sociedad Vasca de Ginecología y Obstetricia.
- Sociedad Vasca de Otorrinolaringología.
- Asociación Oftalmológica del Norte.
- Sociedad Vasco-Navarra de Traumatología, Cirugía Ortopédica.
- Sociedad Vasco-Navarra de Patología Digestiva.
- Asociación Gastroenterológica Vizcaína.
- Asociación de Radiólogos de Euskadi.
- Sociedad Vasco-Navarra de Angiología y Cirugía Vascular.

Dirección:

Secretaría de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Lersundi 9 - 5.º
48009 BILBAO.
Teléfono 944 233 768
Fax 944 230 111

Horario:

mañana 11:00 - 13:30
tarde 17:00 - 20:00

Saluda del Lehendakari / Lehendakariaren agurra

Salutation of the President of the Basque Country



La Gaceta Médica de Bilbao ha cumplido 100 años pero, sin embargo, sigue siendo una publicación joven y dinámica que sabe que, en un mundo competitivo como el actual, sólo fructifican los proyectos que son capaces de mantenerse en sintonía con una sociedad en continuo cambio.

Y es que estamos acostumbrados a tener noticias de grandes proyectos, pero son más escasos los ejemplos de realidades tangibles, como el de la Gaceta Médica de Bilbao, que están asentadas en la historia y proyectadas al futuro.

Así en la Gaceta Médica de Bilbao han publicado artículos la mayoría de las y los médicos noveles y veteranos de Euskadi y, junto con ellos, también lo han hecho

Bilboko Medikuntza Aldizkari-ak 100 urte bete dituen arren argitalpen gazte eta dinamikoa izaten jarraitzen du eta, jakin, badaki, gaur egungo mundu lehiakorrean, etengabe aldatzen doan gizarteari egokitzen diren proiektuek bakarrik egiten dutela aurrera.

Izan ere, proiektu garrantzitsuei buruzko berriak izaten ohituta gaude, aldiz, begi bistako errealitateen adibideak ez ohikoagoak dira, esate baterako, historia oinarri duela etorkizunera begiratzen duen Bilboko Medikuntza Aldizkaria.

Honela, Bilboko Medikuntza Aldizkarian Euskadiko mediku berri eta beterranoen gehiengoak idatzi du eta, horiekin batera, Medikuntza alorreko pertsonaia ospetsuak ere egin dute, besteak beste, Ramón y Cajal,

ilustres personajes de la historia de la medicina como Ramón y Cajal, Waskmann, o Achucarro. Esta revista ha tenido, además, la sabia virtud de haberse dirigido fundamentalmente a nuestros profesionales de la salud, y de haber encontrado y mantenido su espacio propio entre este tipo de publicaciones. Es, por lo tanto, una revista orientada a Euskadi, nuestra y para nosotros. Pero no es menos cierto que tiene una visión universal. Su difusión llega a los cinco continentes y representa una inmejorable tarjeta de presentación de la actividad sanitaria de nuestro País.

Por ello, desearía felicitar a todas y todos los que durante este tiempo han participado en esta revista, algunos ya fallecidos. A sus fundadores que, en el siglo XIX tuvieron esta brillante iniciativa y a todas y todos los que durante estos años, han trabajado en ella con constancia, entusiasmo y creatividad, posibilitando que siga siendo una realidad viva y con futuro.

Waskman edo Achucarro. Gainera, aldizkari honek, bate-tik, osasun eremuan ditugun profesionalei zuzentzeko eta, bestetik, aldizkari hauen artean berezko txokoa mantentzeko bertutea izan du. Hori dela eta, Euskadiri zuzendurik dago, gure eta guretzat eginiko aldizkaria da. Baina, egia da ikuspegi unibertsala ere baduela. Bost kontinenteetan zehar zabaltzen da eta gure herriko osasun alorreko jardueraren adierazgarririk hoberenetakoa da.

Honegatik guztiagatik, denbora honetan zehar aldizkarian parte hartu duten guztiak zoriondu nahiko nituzke. Baita sortzaileak ere, XIX. mendean ekimen bikain hau abian jartzeko ideia izan baitzuten. Eta, azkenik, urte hauetan aldizkarian, gogotsu eta kreatibitate osoz, buru belarri lanean aritu diren guzti guztiei ere, aldizkari hau etorkizunez beterik bizirik dirauen errealitatea izatea ahalbideratu dutelako.

Juan José Ibarretxe Markuartu
Lehendakaria

Carta de la Sra. Ministra de Sanidad y Consumo / Osasun eta Kontsumo ministroaren gutuna

Letter of The Lady Health Minister. Spain



Me complace enormemente contribuir con estas líneas a esta edición especial de la Gaceta Médica de Bilbao, que coincide además con la conmemoración de su primer centenario. En una sociedad de cambios vertiginosos, como la nuestra, caracterizada por la rapidez de los hallazgos científicos y su obsolescencia en algunos casos, me resulta especialmente emotivo comprobar la vigencia de esta revista, que tan gratos recuerdos me trae de mi época de estudiante.

En las aulas de la Facultad de Medicina de Salamanca tuve referencias por primera vez de las actividades de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, recogidas en la Gaceta Médica y de la labor que ambas desempeñaban en la transmisión de conocimientos científicos

en la zona norte de España. Con el tiempo, supe del esfuerzo formativo e investigador de médicos de la talla de López Albo, Atilano Feijóo Santos ó Pío del Río Hortega en neuropsiquiatría, por citar sólo unos cuantos y la estrecha relación de todos ellos con Santiago Ramón y Cajal a quién la Academia de Ciencias Médicas bilbaína, nombró presidente honorario en 1906, tras haber sido galardonado con el Premio Nobel.

Ser la decana de las revistas médicas en nuestro país, continuando el trabajo iniciado en su momento por la Gaceta Médica del Norte indica la vitalidad y el rigor de su contenido, capaz de superar los avatares de una época compleja y apasionante como el siglo XX.

Vitalidad que a su vez le ha permitido convertirse en testigo de la evolución de la biomedicina en nuestro país, contribuyendo a la formación de varias generaciones de médicos de cabecera, ávidos de literatura médica y debates científicos a lo largo de su andadura profesional.

Es indudable que este es un mérito de todos los profesionales integrados en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, una institución pionera de la formación médica continuada, que supo adelantarse a las necesidades de una profesión que requiere de actualización permanente, en una época en la que se sentaron las bases de la moderna medicina.

Desde que me hice cargo del Ministerio de Sanidad y Consumo, la formación continuada de los profesionales, el reconocimiento expreso de su contribución a la mejora de nuestro Sistema Nacional de Salud y los

incentivos a la investigación biomédica han formado parte de mis objetivos prioritarios. De hecho, se recogen en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, convencida como estoy de la necesidad de potenciar estos factores para conseguir una auténtica modernización de nuestro sistema sanitario. Qué duda cabe que la mejora de los sistemas de salud está directamente relacionada con la actualización de sus profesionales y los avances en la investigación.

Por ello, quiero reiterar una vez más mi más sincera y efusiva felicitación a la Gaceta Médica de Bilbao en su primer centenario, con el deseo de que su labor como instrumento de formación e intercambio científico continúe trascendiendo en el tiempo.

Dra. Ana Pastor Julián

Ministra de Sanidad y Consumo

Carta del Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco / Osasun sailburuaren gutuna

Letter of The Advisor of Health of the Basque government



La decana de las revistas médicas del estado, la Gaceta Médica de Bilbao edita su volumen 100. Este hecho merece sin duda algo más que una felicitación protocolaria, puesto que los médicos de Bizkaia sentimos a esta revista realmente como algo nuestro. Este sentimiento es fácil de entender si tenemos en cuenta que en la Gaceta Médica de Bilbao hemos publicado a lo largo de más de un siglo la mayoría de los médicos de Bizkaia.

En épocas difíciles, en 1894, un grupo médicos bilbaínos emprendedores tuvo el empuje de crear la Gaceta Médica de Bilbao, y el proyecto ha sido capaz de perdurar con un vigor envidiable hasta la actualidad. Para valorar este hecho en su justa medida es necesario recordar que el mundo de las publicaciones científicas

Estatuko aldizkari medikoen arteko antzinakoenak, La Gaceta Médica de Bilbao-k, bere 100. enbakia argitaratu du. Protokolozko zorionak baino zertxobait gehiago merezi du horrek, Bizkaiko medikuok benetan geure-geuretzat baitugu aldizkari hau. Erraz da ulertzen sentimendu hori gogoan izanda La Gaceta Médica de Bilbao-n Bizkaiko medikuen gehientsuenok argitaratu dugula zerbait mende luzeko epean.

Aldi zail hartan, 1894an, ekineko bilbotar mediku talde batek kemena izan zuen La Gaceta Médica del Norte sortzeko, eta egitasmo hura sasoi tirriagarrian irauteko gai izan da gaur egun arte. Gertaera horren benetako balioa ulertzeko gogora ekarri beharra dago zientzia-arloko argitalpen mundua izugarri lehiakorra

es tremendamente competitivo y está en continua evolución. La Gaceta Médica de Bilbao ha sabido no solo ser una revista de y para los profesionales de Bizkaia; en sus números podemos encontrar artículos de personajes tan prestigiosos de la medicina como por ejemplo Santiago Ramón y Cajal. Su difusión también ha excedido nuestro territorio, nuestro País y nuestro continente: actualmente la Gaceta Médica de Bilbao lleva el buen nombre de Bizkaia a los 5 continentes. Se han fusionado el pragmatismo y amplitud de ideas de una ciudad cosmopolita.

Este éxito ha sido consecuencia del entusiasmo, cariño y talento que han tenido todas las personas que han colaborado con esta publicación a lo largo del tiempo. Unas cualidades que constituyen la forma de ser de nuestro pueblo. A todos ellos hay que darles nuestra enhorabuena y expresarles nuestro agradecimiento sincero por habernos permitido a todos los médicos de Bizkaia sentir el orgullo de tener a la revista decana del estado. A todos ellos les quiero dar un abrazo sentido, en mi nombre y en el de todos mis compañeros de profesión. Y desearles que el éxito les siga acompañando durante al menos los próximos 100 años.

Dr. Gabriel María Inclán Iribar

Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco

dela eta etengabeko bilakaeran dela. La Gaceta Médica de Bilbao-k Bizkaiko profesionalen eta Bizkaiko profesionalentzat izaten jakin du; baina hori baino gehiago ere bai. Bere zenbakietan medikuntzako hainbat pertsonaia presturen artikulak ditugu, esate baterako Santiago Ramón y Cajalenak. Gure lurraldetik, gure Herrialdetik eta gure kontinentetik kanpo ere hedatu da: La Gaceta Médica de Bilbao-k 5 kontinenteetara eramaten du gaur egun Bizkaiaren izen ona. Herri kosmopolita baten pragmatismoa eta ideia-zabaltasuna batu egin dira.

Denboran zehar aldizkaria argitaratzen lankide izan diren lagun guztien adore, txera eta adimenaren ondorio izan da arrakasta hau. Ezaugarri horiek dira, hain zuzen, gure herriaren izakeraren osagaiak. Lankide horiei guztiei eman behar dizkiegu gure zorionak eta aitortu behar gure eskerrik zintzoena, harro gara-eta eurei esker edukitzeaz Bizkaiko mediku guztiok Estatuko aldizkaririk antzinakoena. Guztiei eman nahi diet besarkada bero bat neure izenean eta lanbideko nire lagun guztien izenean. Eta opa nahi diet arrakasta lagun izan dezatela datozen hurrengo 100 urteetan gutxienez.

Dr. Gabriel María Inclán Iribar

Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailburua

Carta del Diputado General de Bizkaia / Bizkaiko Ahalhun Nagusiaren gutuna

Letter of the General President of Bizkaia



Se me invita, desde la Academia de las Ciencias Médicas de Bilbao a desarrollar unas breves líneas en el centenario de la Gaceta Médica de Bilbao, una prestigiosa publicación, decana de las revistas médicas de todo el Estado. Y en esas líneas deseo, fundamentalmente y al hilo de lo ya manifestado en la entrega reciente del premio honorífico Andrés Eliseo Mañarikua, me queda la labor de reconocer públicamente la trayectoria e inusitada actividad desarrollada por la Academia de las Ciencias Médicas de Bilbao, una institución centenaria fundada en 1894 que a lo largo del siglo XX ha contado con la participación y colaboración de los médicos más insig-
nes de nuestro territorio.

Bilboko Medikina Zientzien Akademiak gonbidapena luzatu dit, medikuntza alorrean Estatu osoko zaharrena den prestigio handiko "Gaceta Médica de Bilbao" aldizkariaren ehungarren alerako lerro batzuk idatz ditzadala eskatuz.

Eta lerro hauetan, lehen eta behin, oraintsu Andrés Eliseo Mañarikua ohorezko saria ematean adierazitako ildotik jendaurrean Bilboko Medikina Zientzien Akademiak eginiko ibilbidea eta garatutako jarduera aparta aitortu beharra dut. Izan ere, jatorria 1894. urtean duen ehun urtetik gorako erakunde honek gure lurraldeko medikurik ospetsuenen partaidetza eta lan-
kidetza bereganatu ditu XX. mende osoan zehar.

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao es ejemplo para todos nosotros de labor educativa, de investigación y de ampliación de conocimientos, no en vano ofrece la posibilidad de avanzar en la formación continuada de los profesionales de la salud mediante la organización de cursos, talleres, simposios, jornadas y cualquier tipo de reuniones científicas en las que se profundiza y debate sobre los avances médicos.

De igual manera, es reseñable su característica de entidad impulsora del librepensamiento puesto que desde hace ya 39 años desarrolla una Semana de Actividades Humanísticas, foro de debate y de expresión artística de primer nivel.

Y, al mismo tiempo, es una institución involucrada en la modernidad, en los nuevos desafíos, como lo demuestra su oferta de acceso a bases de datos sanitarios y la posibilidad de crear un banco de datos propio mediante las nuevas tecnologías de que dispone a través de la realidad de Internet.

Estos y muchos más son los valores que desde la Diputación Foral de Bizkaia hemos tenido en cuenta a la hora de otorgar recientemente la mención honorífica Andrés de Mañarikua 2002.

Pero sobre todos ellos debo subrayar el de servicio a la sociedad a través de la investigación, el estudio y el conocimiento, como pilares sobre los que sustentar una nueva convivencia en concordia y diálogo.

Y la defensa de estos valores cobran mayor significado en estos tiempos que vivimos en los que la inteligencia y el raciocinio parece estar reñido con la praxis diaria de enfrentamiento, de confrontación y descalificación permanente.

Estoy seguro que con la sincera colaboración, demostrada por la Academia de las Ciencias Médicas de Bilbao durante más de un siglo de vida y de presencia en la sociedad bilbaina y vizcaina y la de otros estamentos al servicio del país, conseguiremos serenar la situación y a través del camino lograr la paz, la prosperidad y el entendimiento colectivo.

Mi reconocimiento al colectivo humano y profesional que comporta esta gran familia de la Academia de las Ciencias Médicas de Bilbao. Los recursos humanos, las personas, son siempre el principal valor añadido de todo grupo y en éste, el nivel resulta sobresaliente. Felicidades a todos por esta revista dirigida al colectivo médico que, gracias a la tenacidad y al trabajo bien hecho ha conseguido alumbrar su número cien, algo que muy pocas entidades son capaces de llevar adelante.

Y, finalmente, mis mejores deseos para que en el futuro, las inquietudes y actividades de la Academia de las Ciencias Médicas de Bilbao continúen por la senda tan acertadamente trabajada durante más de un siglo de vida.

Josu Bergara Etxebarria
Diputado General de Bizkaia

Bilboko Medizina Zientzien Akademia, hain zuzen ere, guztiontzat eredu dugu hezkuntza lanean, ikerketa-saioetan eta jakituriaren zabalkundean; egin-eginean ere, hainbat aukera eskaini izan die osasun alorreko profesionalei etengabeko trebakuntza bidez aurrerakuntzak eskuratzeko, hainbat ikastaro, tailer, sinposio, jardunaldi eta bestelako zientzia bilera antolatuz medikuntza alorreko aurrerakuntzak sakontzen eta eztabaidatzen jardunez.

Era berean nabarmentzekoa da, baita, pentsamendu askea bultzatzen egin izan duen lana ere, duela 39 urte hasita urtero antolatu izan baitu goi mailako debate-foro eta arte-adierazpen izan ohi den Humanitate-Jardueren Astea.

Eta, era berean, modernitateari erronka berrietara ateak zabaltzeko erakunde bat ere bada; hala erakusten dute, egin-eginean ere, osasun datuen baserako sarbideak eta Interneteki eskura jarritako teknologia berrien bidez datu-banku propio bat sortzeko bideak eskura jartzeko eskaintzek.

Guzti hauek eta beste hainbat balio izan ditu gogoan Bizkaiko Foru Aldundiak 2002. urteko Andrés de Mañarikua deritzan ohorezko aipanema oraintsu beroni ematerakoan.

Baina, guzti horien gainetik, adiskidetasunean eta elkarriketan oinarritutako bizikidetasun berria eraikitzeke zutoinak diren ikerlan, ikerketa eta ezagutzaren bidez gizarteari eskaintzen dion zerbitzua nabarmendu nahi nuke.

Eta balio horien defentsak adiera esanguratsuagoa du gaur egungo egoeran, hain zuzen ere, adimenaren eta arrazoimenaren jarduna eta eguneroko praxian ageri den elkarri aurre-egiteek, aurkakotasunak eta etengabeko deskalkifikazioek batera ezinak direla dirudien aldi hauetan.

Argi dakusat Bilboko Medizina Zientzien Akademiak gure artean Bilboko eta Bizkaiko gizartean burutu duen ehun urtetik gorako bizialdian zehar erakutsitako lankidetzari eta gure herriaren zerbitzuan diharduten beste askorenari esker egoera baretzea lortuko dugula eta erdiko bidetik bakea, aurrerakuntza eta elkar ulertzea eskuratuko.

Nire begirunea agertu nahi dizuet Bilboko Medizina Zientzien Akademia osotzen duen familiako gizatalde profesionaleko partaide zareten guztioi. Giza baliabideak, pertsonak izan ohi dira beti edozein talderen baliorik handiena; zuenak duen maila benetan bikaina da.

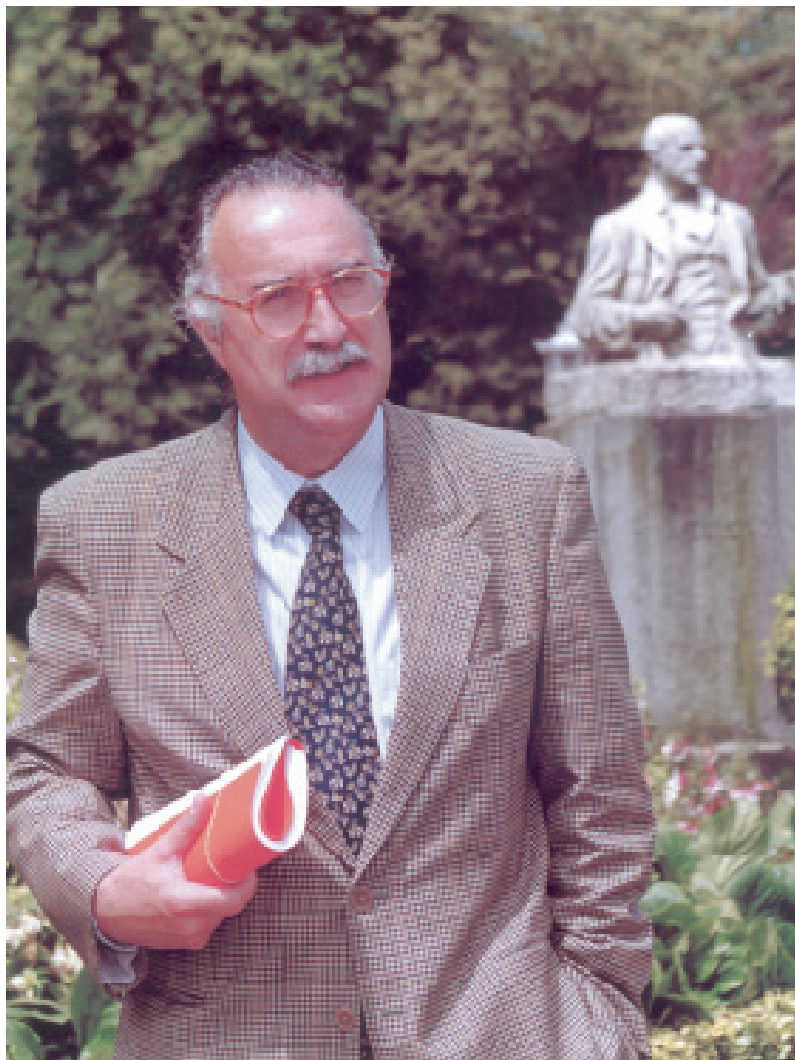
Zorionak guztioi medikuei zuzendutako aldizkari honegatik; etengabeko ekimenari eta ongi eginiko lanari esker ehungarren alea kaleratzea lortu duzuen une honetan, halakorik oso erakunde gutxi lortzen baitu.

Eta, amaitzeko, gogoz eta bihotzez, Bilboko Medizina Zientzien Akademiaren kezkak eta jarduerak etorkizunean ere hain ongi landua duzen ildotik beste mende oso batean zehar aurrera egitea opa dizuet.

Josu Bergara Etxebarria
Bizkaiko Ahaladun Nagusia

Carta del Alcalde de Bilbao / Bilboko Alkatearen gutuna

Letter of The Mayor. Bilbao City.



Sale a la luz el volumen 100 de “La Gaceta Médica de Bilbao”. Cien números irradiando ciencia desde su bilbainísima atalaya. Como reza en su portada, revista “fundada en 1894, decana de las revistas médicas de España”. Está claro que en esas fechas nuestro País quedó exangüe tras la última guerra carlista, que nadie daba algo por él y sin embargo salió de sus cenizas, de la hecatombe de la conflagración. Tuvo un renacimiento en todos los sentidos y Bilbao conoció el definitivo salto de una villa provinciana, el “Bilbao chiquito y bonito”, a la nueva ciudad industrial. Navieras, bancos, siderometalurgia, comercio, fueron los ingredientes que condimentaron la nueva ciudad. En 1889 se anexionó la anteiglesia de Abando, en 1890 se inauguró el actual

“La Gaceta Médica de Bilbao” aldizkariaren 100. zenbakia kalean dago. Ehun zenbaki eman ditu zientzia bere talaia jatorretik zabaltzen. Azalean agertzen den moduan, 1894an fundatu zen eta Espainiako medikuntzaren arloko aldizkari aitzindaria da. Argi dago garai hartan gure herria akituta zegoela azken karlistadaren ondoren, inork ez zuen gauza handirik ematen beragatik baina, hala ere, lurgorrian erne zen, gerrak eragindako triskantzatik urten zuen. Arlo guztietan nabarmendu zen ernaldi hori eta arteko “Bilbo txikitxo eta polita” probintziako herri izatetik uri industrial izatera heldu zen. Ontziolak, banketxeak, lantegiak, dendak, han-hor-hemen, izan ziren uri berriaren irudi berria. 1889an Abandoko elizatea erantsi zitzaion, 1890ean

Ayuntamiento en un solar conventual quemado durante la guerra, se hicieron muchas cosas en Bilbao y entre ellas se construyó el Hospital de Basurto. En ese potente final de siglo nace “La Gaceta Médica de Bilbao”, ésta que sale a la luz trimestralmente, propiedad de esa institución señera centenaria que es la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao con la que colaboran o hemos colaborado la mayoría de los profesionales dedicados a las ciencias de la salud. Con mi enhorabuena y con el abrazo a las personas que han contribuido a tan meritoria tarea, os deseo suerte, ventura y fortaleza para seguir editando la revista médica decana. Llevando siempre a Bilbao en vuestro corazón.

Doctor Iñaki Azkuna

Alcalde de Bilbao

gaur egungo Udaletxea inauguratu zuten, gerra garaian erretako komentu bat zegoen lurretan. Gauza ugari egin ziren Bilbon, esaterako Basurtuko Ospitalea eraiki zen. Mendearen azkenaldi oparo horretan sortu zuen “La Gaceta Médica de Bilbao” hiruhilabetekaria Bilboko Zientzia Medikoen Akademiak, ehun urtetik gora daukan aparteko erakunde honek, hain zuzen. Osasun arloko zientzietan dihardugun profesionalok izan dugu edo dugu harremana akademia horrekin. Nire zorionak eta besarkada bero bat lan itzel horretan parte hartu duzuen guztioi; zortea, adorea eta kemena opa dizuet medikuntzari buruzko aldizkari hau ateratzen jarraitu dezazuen. Bilbo beti bihotzean duzuela.

Iñaki Azkuna

Bilboko Alkatea

Explotación de los resultados del Registro Hospitalario de Cruces

Data from Cruces Hospital's Cancer Registry

J. M. Mañé, G. López de Argumedo, G. López-Vivanco, J. Ferreiro

Servicio de Oncología Médica. Hospital de Cruces. Osakidetza. Barakaldo. Bizkaia.

RESUMEN

Los Registros Hospitalarios de Tumores (RHT) son herramientas muy útiles en el conocimiento y características de los tumores diagnosticados, tratados y seguidos en un hospital. En el presente estudio, realizamos una explotación del Registro Hospitalario de Cruces correspondiente al año 1998 con un seguimiento de 2 años. Concluimos remarcando la importancia de los RHT al permitir dimensionar el problema del cáncer en un hospital, así como dar herramientas para el control de los servicios prestados y su calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE: Registro Hospitalario de Tumores (RHT), Registro de Cáncer, Registro Poblacional, Cáncer, Tumor.

SUMMARY

Data from Hospitalary Cancer Registries (RHT) are useful tools to assess the characteristics of tumours diagnosed, treated and followed-up in a hospital. In the present study, we analyze the data of cases registered during 1998 with a follow-up of 2 years. We conclude that Cancer Registries are important to allow the comparison of the services offered and the quality of assistance.

KEY WORDS: Hospitalary Cancer Registry, Cancer Registry, Population Registry, Cancer, Tumour.

LABURPENA

Tumoreen Ospitaleko Erregistroak oso tresna garrantzitsuak dira ospitalean diagnostikatu, tratatu eta jarraitutako tumoreak ezagutzeko. Honako ikerketa honetan, 1998. urteko Gurutzetako Ospitaleko Erregistroaren ustiapena egin dugu, 2 urteko jarraipenaren bidez. Erregistro horien garrantzia azpimarratuz amaitu dugu, ospitale batean minbiziaren arazoaren larritasuna ezagutu, eta eskainitako zerbitzuak zein arretaren kalitatea kontrolatzeko tresnak ematen baititu.

GILTZ HITZAK: Tumorren Ospitaleko Erregistroak, Minbizi erregistroak, Biztanle erregistroak, Minbizia, Tumor.

Introducción

Los RHT, más propiamente llamados de cáncer ya que sólo recogen neoplasias malignas, son una unidad funcional que permite la recogida continuada y sistemática de datos sobre la incidencia de cáncer de una determinada comunidad. En los RHT los casos registrables son aquellos que se diagnostican, tratan o controlan en el marco de un determinado hospital (1-3).

Los requisitos necesarios para el establecimiento o mantenimiento de un RHT, son:

- 1) La existencia de un responsable que pertenezca a alguna de las áreas relacionadas con el registro.
- 2) Que el hospital tenga una "política" oncológica definida, es decir que existan unos objetivos asistenciales y consenso en los tratamientos.
- 3) Que exista un apoyo de la Gerencia del hospital ya que el registro debe contar de recursos de personal y materiales así como estabilidad en el tiempo (4).

Por otro lado, dentro de las funciones atribuidas a los RHT destacamos principalmente:

- 1) Gestión de servicios y recursos. Permitiría analizar por un lado el número, características, procedencia y vías de canalización de los pacientes. Por el otro, los patrones de tratamiento recibidos y cómo se aplican.
- 2) Gestión de calidad en la asistencia. Valora la extensión de la enfermedad, tiempos de demora asistenciales, resultados de protocolización en el trabajo y la supervivencia de pacientes (1).

De forma añadida, puede ser fuente de alimentación de registros poblacionales, en nuestro caso del registro del cáncer de Euskadi (5).

Por todo ello y por la importancia que creemos que tienen los RHT, presentamos los resultados correspondientes al Registro Hospitalario de Cruces.

Correspondencia:

J.M. Mañé
Servicio de Oncología Médica
Hospital de Cruces. Osakidetza.
48903 Barakaldo. Bizkaia.

Material y Métodos

Se realizó una explotación del Registro Hospitalario de Tumores del Hospital de Cruces. Los procedimientos de trabajo de nuestro registro incluyen a todos los tumores malignos excepto los tumores cutáneos cuya inclusión se restringe al melanoma, habida cuenta del volumen y diferente historia natural del resto de tumores de esta localización. La explotación se refiere al año 1998, por ser el último año recogido de forma completa y permitir un mínimo tiempo de seguimiento en los citados casos.

Se analizan los datos referentes a las siguientes variables: 1) incidencia, 2) sexo, 3) edad, 4) procedencia del paciente, 5) clase de caso, 6) tiempos diagnósticos, 7) base del diagnóstico, 8) localización del tumor, 9) extensión del tumor, 10) tratamientos administrados y 11) mortalidad en el seguimiento.

En la localización y morfología del tumor se ha utilizado la clasificación de la CIE-O que permite la comparabilidad entre registros (6).

Resultados

- 1) Incidencia. Se registraron un total de 2.257 nuevos casos.
- 2) Sexo. Varones 1.397 (61,2%).
Mujeres 860 (38,1%).
- 3) Edad. Ver tabla 1.
- 4) Procedencia del paciente.
 - Propio hospital, 713 casos (31,6%).
 - Otro hospital, 511 casos (22,6%).
 - Asistencia especializada extrahospitalaria, 785 casos (34,8%).
 - Atención primaria, 123 casos (5,4%).
 - Medicina privada, 53 casos (2,3%).
 - Desconocido, 72 casos (3,2%).

TABLA 1
Distribución global de casos en función de edad y del género

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0-19	15	16	31
20-24	7	11	18
25-29	14	21	35
30-34	17	29	46
35-39	26	51	77
40-44	31	43	74
45-49	73	57	130
50-54	125	84	209
55-59	168	68	236
60-64	180	94	274
65-69	254	104	358
70-74	243	118	361
75-79	152	79	231
80-84	67	47	114
85-89	19	26	45
Más de 89	6	12	18
TOTAL	1.397	860	2.257

- 5) Clase de caso.
 - Diagnóstico primario en el hospital, 31 casos (1,37%).
 - Tratamiento primario en el hospital, 530 casos (23,5%).
 - Diagnóstico y tratamiento primario en el hospital, 1.607 casos (71,2%).
 - Diagnóstico y/o tratamiento de apoyo de otro centro, 44 casos (1,9%).
 - Otros, 45 casos (1,99%).
- 6) Tiempos.
 - Tiempo de diagnóstico (tiempo entre el primer contacto con el centro y el diagnóstico), 5 días (desviación típica 33 días).
 - Tiempo de tratamiento (tiempo desde el diagnóstico al primer tratamiento), 28 días (desviación típica 41 días).
 - Tiempo de contacto (tiempo desde el primer diagnóstico hasta el contacto con el centro para los casos en los que el diagnóstico se realizó fuera del hospital), 39 días (desviación típica 81 días).
- 7) Base del diagnóstico (sólo se incluyen los casos diagnosticados y/o tratados en el propio hospital).
 - Histología en el propio centro, 1.446 casos (66,7%).
 - Histología o citología en otro centro, 515 casos (23,7%).
 - Investigaciones clínicas, 123 casos (5,6%).
 - Citología, 62 casos (2,8%).
 - Otros, 22 casos (1%).
- 8) Localizaciones principales de los tumores (% respecto al total de cada sexo).
 - **Varones.**
 - Bronquios y pulmón. 288 casos (20,6%).
 - Cabeza y cuello, 217 casos (15,5%).
 - Colon y recto, 151 casos (10,8%).
 - Vejiga, 120 casos (8,5%).
 - Próstata y aparato genital, 106 casos (7,5%).
 - **Mujeres.**
 - Mama, 244 casos (28,3%).
 - Aparato genital, 154 casos (17,9%).
 - Colon y recto, 69 casos (8%).
 - Sistema nervioso central, 51 casos (5,9%).
- 9) Extensión tumoral
 - Carcinoma in situ, 107 casos (4,9%).
 - Localizado, 957 casos (44,1%).
 - Regional, 560 casos (25,8%).
 - Diseminado, 505 casos (23,2%).
 - Desconocido, 39 casos (1,8%).
- 10) Tratamientos realizados (algunos pacientes realizaron más de un tratamiento. El porcentaje se refiere al tanto por ciento de pacientes que recibieron ese tratamiento).
 - Cirugía, 1.179 tratamientos (39,1% de pacientes).

- Radioterapia, 689 tratamientos (22,9% de pacientes).
 - Quimioterapia, 557 tratamientos (18,5% de pacientes).
 - Hormonoterapia, 220 tratamientos (7,3% de pacientes).
 - Sintomático, 292 tratamientos (9,7% de pacientes).
 - Otros, 72 tratamientos (2,5% de pacientes).
- 11) Seguimiento.
 - Fallecidos al primero año, 705 casos (31,2%).
 - Fallecidos al segundo año, 911 casos (40,3%).

Discusión

El cáncer es un problema médico de primer orden, y el número de casos/año registrados en nuestro Hospital así lo confirma. Además la incidencia aumenta con la edad (5), y por ello la creciente expectativa de vida puede incrementar la tasa de incidencia cruda y por ello aumentar el número de casos registrados en nuestro Hospital.

De la misma forma se objetiva un claro predominio de tumores en varones que también se aprecia en las tasas de incidencia del Registro de Cáncer de Euskadi y que contrasta con la relativamente baja incidencia del cáncer en mujeres cuando lo comparamos con otros registros de cáncer españoles (5).

En otro orden de cosas, confirmamos que el Hospital de Cruces es un centro de referencia en el diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos ya que muchos de los pacientes diagnosticados proceden del área de influencia (sólo el 31,6% procede del propio hospital), en tanto que al menos el 94,6% de los casos registrados se tratan en él. El análisis de las variables relativas a los tiempos de diagnóstico y tratamientos parece mejorable, sobre todo en lo que hace referencia al tiempo de tratamiento y tiempo de contacto. No disponemos de explotación de ítems similares en otros registros españoles, pero su disponibilidad puede permitir validar actuaciones de gestión.

Mención especial merecen las variables concernientes a la calidad de la información (edad y localización topográfica y diagnóstico histológico). La edad se registró en todos los casos (en nuestro registro es un campo obligatorio) y se disponía de diagnóstico anatomopatológico en más del 93% de los casos. De ellos, un 66,7% de los mismos eran diagnósticos histológicos, un 2,8% diagnósticos citológicos y un

23,7% histológico o citológico obtenido en otro centro.

A pesar de que es importante remarcar que, en la mayoría de registros, los diagnósticos histológicos tienen variabilidad en función de la localización (así por ejemplo los tumores encefálicos tienen típicamente menor tasa de confirmación histológica que los desarrollados en víscera hueca) y la edad (generalmente a mayor edad menor diagnóstico histológico); nuestro registro tiene globalmente una tasa de diagnósticos histológicos superior a la mayoría de registros estatales o internacionales (7,8).

En cuanto a la localización topográfica merece la pena destacar que al igual que en todos los registros del mundo desarrollado los tumores broncopulmonares son los primeros en incidencia en varones y los tumores mamarios en las mujeres (9). Asimismo en varones incidir en la importancia que puede tener el tabaco como agente causal, ya que, enlazando con las altas tasas de tumores apreciadas en el registro poblacional de nuestra comunidad, las principales localizaciones topográficas de nuestro registro hospitalario (pulmón, vejiga, laringe), tienen una clara relación con dicho factor etiológico (10). En mujeres, en nuestro registro, este hecho es mucho menos constatable, quizás por la adhesión más tardía a este hábito y el tiempo de latencia requerido para el desarrollo de este tipo de tumores.

En este apartado, los tumores de origen desconocido, aún representando un 4,8% del total, estamos en torno a los porcentajes considerados como estándar en los diferentes registros mundiales. De hecho, en las publicaciones de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), el rango de valores para la localización primaria desconocida entre diferentes países oscila entre el 1% de valor mínimo y el 7,7% de valor máximo (11). Todo ello, refrendaría la calidad de la información del Registro Hospitalario de Cruces.

En el apartado de tratamientos recibidos hay que destacar que, en nuestro manual de procedimientos, se refleja que los tratamientos recogidos hacen referencia a los administrados como tratamiento primario y en los 6 meses siguientes al diagnóstico. Por ello, los porcentajes referidos, deben ser tomados con cautela si se pretende un

estudio de la globalidad de tratamientos administrados en el Hospital, ya que excluyen los tratamientos de las recaídas.

En cuanto a la extensión tumoral, un 49% presentaban en el momento del diagnóstico tumores curables (tumores in situ y localizados), un 25,8% tumores potencialmente curables (extensión regional) y un 23,2% tumores habitualmente incurables (enfermedad diseminada). No obstante, parece interesante matizar la información aportada en el concepto de enfermedad regional ya que implica afectación ganglionar o de estructuras vecinas y como es bien conocido dicha afectación tiene diferentes connotaciones según el tumor referenciado. A título de ejemplo, la afectación ganglionar implica habitualmente mucho peor pronóstico en tumores broncopulmonares que en tumores de mama.

Finalmente en el seguimiento realizado en los casos de nuestros pacientes tenemos un 40,3% de fallecimientos en el segundo año. En datos no publicados de casos incidentes en 1995 y tras 5 años de seguimiento, la mortalidad se eleva al 44,7%. Como es obvio no es posible un análisis pormenorizado de estos datos, ya que, como es bien conocido, cada tumor tiene un pronóstico y por ello una mortalidad diferente. Por otro lado, no es el objetivo del presente trabajo una descripción exhaustiva de las tasas de mortalidad específica para cada tumor, disponibles en otras publicaciones técnicas (12,13).

En cualquier caso y teniendo en cuenta que nuestro centro es de referencia en patología oncológica y por ello suele tratar a pacientes de peor pronóstico, los resultados globales, consideraciones aparte, parecen alentadores.

En conclusión, los RHT son unas herramientas muy útiles en el conocimiento de la frecuencia, tratamientos y evolución de la enfermedad oncológica que permite la mejor planificación de recursos y el adecuado análisis de la calidad de la asistencia prestada.

Referencias bibliográficas

1. Peris R. Registros hospitalarios: Visión general. Simposio sobre registros de tumores; 1999 Nov 5; Madrid: Fundación científica de la Asociación Española Contra el Cáncer, 1999.

2. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. Registro de tumores de la Comunidad Valenciana: Manual para registros de cáncer de hospital nº 1. Serie manuals nº 14: 28-33.

3. Jensen OM, Whelan S. Planning a cancer registry. En: Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG eds. Cancer registration principles and methods (IARC scientific publication nº 95). Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1991: 43-63.

4. Navarro C. Conclusiones del seminario sobre registros hospitalarios de tumores. Seminario sobre registros hospitalarios de tumores; 1991 Mar, 1991.

5. Eusko Jaurlaritz/Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. La incidencia del cáncer en el País Vasco (1987-1991). Vitoria-Gasteiz, 1997: 23-40.

6. Astudillo A. Clasificaciones utilizadas en los registros y su relación con las anatomopatológicas, clínicas y documentales. Simposio sobre registros de tumores; 1999 Nov 5; Madrid: Fundación científica de la Asociación Española Contra el Cáncer, 1999.

7. Parkin DM, Chen VW, Ferlay J, Galcerán J, Storm HH, Whelan SL. Comparabilidad y control de calidad en los registros de cáncer. Lyon: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) (Informe técnico nº 19), 1995: 49-52.

8. Fornieles Y, Rodríguez M, Miñarro RM, Calzas A, García MJ. El cáncer en Granada. Incidencia y mortalidad 1988-1990. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994: 35-37.

9. Izarzugaza MI, Audicana C, Esparza H, Natividad J. Aspectos epidemiológicos del cáncer de mama en la comunidad autónoma del País Vasco. Gac Med Bilbao 2000; 2: 37-40.

10. Youspa SH, Shields PG. Etiología del cáncer: factores químicos. En DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, editor. Cáncer. Principios y práctica de oncología. Madrid. Editorial Panamericana, 2000: 158-205.

11. Parkin DM, Chen VW, Ferlay J, Galcerán J, Storm HH, Whelan SL. Comparabilidad y control de calidad en los registros de cáncer. Lyon: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) (Informe técnico nº 19), 1995: 59-61.

12. Parkin DM, Chen VW, Ferlay J, Galcerán J, Storm HH, Whelan SL. Comparabilidad y control de calidad en los registros de cáncer. Lyon: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) (Informe técnico nº 19), 1995: 38-44.

13. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao YT, Ferlay J, Powell J. Cancer incidence in five continents. Vol VI. Lyon: IARC (Scientific publications nº 120), 1992.

Ileo biliar: análisis retrospectivo de una serie

Biliary Ileus: Analysis of a series

M. Echenique Elizondo, J.A. Amondaraín Arratibel, C. Lirón de Robles Sanz

Universidad del País Vasco. Unidad Docente de Medicina de San Sebastián.
Hospital Donostia. Departamento de Cirugía. Donostia-San Sebastián.

RESUMEN

Materiales y Métodos: Se presenta una serie de casos de íleo biliar diagnosticados y tratados en el período comprendido entre diciembre de 1977 y diciembre del 2001 sobre un total de 6.297 pacientes portadores de litiasis biliar.

Resultados: Se estudian 25 casos (0,39%). El nivel de obstrucción fue el íleon terminal 14 casos (56%), duodeno: 5 ocasiones (20%), Yeyuno proximal 4 (16%) y colon sigmoide en 2 (8%). El diagnóstico fue preoperatorio en 11 (44%) ocasiones e intraoperatorio en 14 (56%). La mortalidad fue de 2 casos –8%. La enterolitomomía fue la técnica de elección en la solución del problema.

Conclusiones: El íleo biliar representa un 0,39% de los casos tratados por patología biliar en nuestro medio.

Palabras clave: íleo, biliar, fístula, litiasis, vesícula

SUMMARY

Materials and Methods: A series of cases of biliary ileus treated between December 1977 and December 2001 on 6,297 patients attended for biliary lithiasis.

Results: 25 (0,39%) cases were studied. Level of the obstruction was in terminal ileum: 14 (56%), duodenum: 5 (20%), proximal jejunum 4 (16%) and sigmoid colon: 2 (8%). Diagnosis was made prior to operation in 11 instances (44%) and during surgery in 14 (56%).

Mortality was of 8%: 2 cases. Enterolitomy was the procedure of choice.

Conclusion: Biliary ileus represent a 0,39% of the patients treated for biliary disease in this series.

Key Words: ileus, biliary, ileus, lithiasis, gallbladder

LABURPENA

Materialak eta metodoak: Behazun ileo kasu sorta bat aurkeztzen da, 1997ko abenduaren eta 2001eko abenduaren artean tratatuak, behazun litiasia zuten 6.297 gaixoengan.

Emaitzak: 25 kasu aztertzen dira (%0,39). Obstrukzio mailan ileon terminala izan zen 14 kasutan (%56), duodenoa: 5 kasutan (%20), jejuno proximala 4 (%16) eta kolon sigmoidea 2 kasutan (%8). Diagnostikoa operazio aurrekoa izan zen 11 kasutan (%44) eta operazio barnekoa 14 kasutan (%56). Hilkortasuna 2 kasutakoa izan zen –8%. Enterolitomomía aukeratu zen teknikatzat arazoa konpontzeko.

Ondorioak: behazun ileoa gure ingurunean behazun patologia moduan tratatu diren kasuen %0,39 da.

Giltz hitzak: ileo, behazun, fístula, litiasia, besikula.

Introducción

El íleo biliar es una complicación excepcional de la litiasis biliar, que se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal (1). La primera descripción del íleo biliar fue hecha por Bartholín en 1645 en el curso de una autopsia, y ya en 1890 Courvoisier publicó una serie de 131 casos.

El íleo biliar se debe a la existencia de una comunicación anormal entre la vía biliar y el tubo digestivo, siendo la más frecuente la fístula colecisto-duodenal, cuya formación pasa generalmente inadvertida, interpretándose el cuadro como cólico biliar o episodio de colecistitis aguda. Otras veces puede cursar con melenas, sobre todo en presencia de erosión de alguna estructura vascular de vecindad.

Para producirse la fístula biliodigestiva un cálculo erosiona la pared de la vesícula y del tubo digestivo. Un proceso inflamatorio previo, con reducción del flujo arterial en la pared vesicular, disminución del drenaje venoso y linfático, junto con el aumento de la presión intraluminal en la vesícula, determinan la perforación con fistulización y ulterior evacuación del cálculo hacia el tubo digestivo (2, 3).

El diagnóstico en la mayoría de los casos es intraoperatorio, planteándose la cuestión de efectuar en forma simultánea o diferida el tratamiento de la obstrucción intestinal y de la fístula biliodigestiva, en un paciente de edad generalmente avanzada y con importante afectación del estado general. La mortalidad es elevada, independientemente del tratamiento simultáneo o diferido (1, 4).

Hemos procedido a realizar una revisión de los casos atendidos en nuestro Hospital, donde la enfermedad biliar es muy frecuente, junto a una revisión de la patología, que permita realizar diagnóstico y terapéutica precoces y acertados.

Correspondencia:
Miguel Echenique Elizondo
Unidad Docente de Medicina. UPV-EHU
P. Dr. Begiristain, 105
20014 Donostia-San Sebastián
Tel.: +34 943007319
Fax: + 34 9430073300
Correo electrónico: gepecelm@sc.ehu.es

Materiales y métodos

Se ha efectuado una revisión de los casos de patología biliar diagnosticados y tratados en el Hospital Donostia de diciembre de 1977 a diciembre del 2001. Se han recogido los casos tratados quirúrgicamente por íleo biliar demostrable, bien preoperatoriamente como intraoperatoriamente por obstrucción intestinal de etiología no determinada.

Se evaluaron edad, sexo, cuadro clínico, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas, tiempo transcurrido hasta la intervención, hallazgo y técnica quirúrgica, evolución postoperatoria, complicaciones y mortalidad.

La hipótesis de trabajo ha sido:

1. Determinar la verdadera incidencia en nuestro medio del íleo biliar.
2. Valorar la frecuencia de presentación en relación a la patología biliar intervenida.
3. Analizar las formas de presentación.
4. Estudiar la mortalidad y morbilidad observada.

Resultados

La incidencia global de íleo biliar en la serie de casos intervenidos por patología biliar es de 0,39%.

Durante el período analizado fueron tratados 6.297 casos de litiasis biliar, 46 con sospecha de fístulas biliodigestivas y 25 con íleo biliar clínicamente demostrable: estos últimos han sido seleccionados para el estudio. De ellos 22 (88%) fueron mujeres y 3 (12%), hombres (Tabla I). La edad media global fue de 68+/-11,2 años: mujeres 71+/-8,6, hombres 67+/-7,1.

TABLA I
Distribución por sexos

SEXO	N	%
Hombres	3	12
Mujeres	22	88

Los pacientes considerados fueron sometidos a laparotomía exploradora de urgencia, confirmándose el íleo biliar a expensas de fístula biliodigestiva: colecisto-duodenal: 19 (76 %), colecistoyeyunal 3 (12 %), colecistocólica: 2 (8 %), y colecisto-gástrica: 1 (4 %). En todos los casos se trató la obstrucción intestinal y en 7 de ellos se hizo el tratamiento simultáneo de la fístula biliodigestiva.

El tiempo medio transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso hospitalario fue de 3 +/-2,6 días.

Todos los pacientes intervenidos presentaron un cuadro clínico de obstrucción intestinal: vómitos, distensión abdominal, detención de heces y gases (Fig. 1).

En la radiografía simple de abdomen los hallazgos fueron los habituales en una obstrucción intestinal: asas delgadas dilatadas, niveles hidroaéreos, ausencia de sombra colónica; imagen radio-opaca compatible con un cálculo (Fig. 2). La aerobilia fue demostrable en 15 casos –60%–.

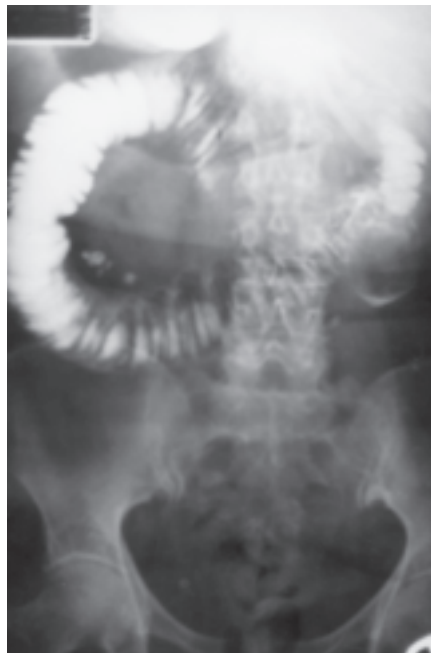


Figura 1. Rx abdominal simple. Síndrome de Bouveret que progresa a yeyuno proximal.



Figura 2. Rx abdominal simple. Ileo mecánico biliar.

Los cálculos extraídos de la luz intestinal en el acto operatorio en el curso de la obstrucción tenían entre 3,5 y 6 cm; en 19 casos únicos y en los restantes 6 múltiples, si bien era uno de ellos el determinante del cuadro. El sitio de obstrucción fue el íleon terminal el más frecuente 14 casos (56%), seguido de duodeno –Síndrome De Bouveret en 5 ocasiones (20%), Yeyuno proximal 4 (16%) y colon sigmoide en dos ocasiones– 8% (Tabla II). De estos últimos, un caso eliminó espontáneamente el cálculo, siendo necesaria la intervención en el otro al quedar impactado a nivel de una zona estenótica por episodios previos de diverticulitis cólica. La enterotomía y extracción del cálculo (Fig. 3) fue la técnica quirúrgica habitualmente empleada.

Fallecieron 2 casos –8%– (Tabla IV) en el período postoperatorio: 1 por embolismo pulmonar y otro por sepsis abdominal por fístula digestiva de la enterotomía. La morbilidad registrada aparece en la Tabla V.

TABLA II
Localización del cálculo obstructivo

LOCALIZACION	N	%
Ileon	14	56
Yeyuno	4	16
Duodeno	5	20
Colon	2	8

TABLA III
Momento del diagnóstico

DIAGNOSTICO	N	%
Preoperatorio	11	44
Intraoperatorio	14	56

TABLA IV
Morbilidad y mortalidad

	N	%
Mortalidad	2	8
Morbilidad	11	44

TABLA V
Causas de morbilidad

MORBILIDAD	N
Infección herida operatoria	4
Fístula digestiva	2
Embolismo pulmonar	1
Neumonía postoperatoria	2
Hemorragia digestiva	2
Evisceración postoperatoria	1
Absceso subfrénico	2
Accidente cerebrovascular	1
Colangitis supurada	1
Paro cardiocirculatorio	1
Sepsis por catéter	1



Figura 3. Campo operatorio. Enterolitotomía ileal.

Discusión

El íleo biliar es una rara complicación de la litiasis biliar: en nuestra revisión constituye apenas 0,39%, algo mayor que las cifras descritas en otras series (5). Se presenta predominantemente en mujeres, situación que se puede atribuir a la mayor incidencia en este sexo de la enfermedad biliar. Haciendo una revisión de las referencias analizadas en la literatura que permitan definir este tema, hemos encontrado que se basa, en su mayoría, en estudios retrospectivos con número limitado de pacientes o casos aislado (1).

Se trata de una entidad nosológica rara, representando 1-6% de todos los cuadros de obstrucción intestinal mecánica (2), elevándose este porcentaje según algunas series a 23,7% en enfermos de más de 70 años, ya que la edad de presentación más frecuente es en la séptima u octava décadas de la vida (3, 6).

Se admite que sólo 1-15% de las fístulas biliodigestivas producen íleo biliar (7). La mayoría de los cálculos que pasan al tubo digestivo se eliminan espontáneamente. El diámetro mínimo del cálculo necesario para producir obstrucción intestinal se estima en 2,5 cm, a menos que exista otra causa de estenosis intestinal (8). La formación de la fístula biliodigestiva pasa generalmente inadvertida, interpretándose el cuadro como cólico biliar o episodios de colecistitis aguda, otras veces puede cursar con melenas.

La fístula biliodigestiva más frecuentemente descrita fue la colecistoduodenal (65-77% según las series registradas),

seguidos por la colecistocólica (10-25%), colecistogástrica (5%) (9), y otra mucho menos frecuente la colédocoduodenal (7). En algunos casos no se ha descrito tras la práctica previa de esfinterotomía del esfínter de Oddi y tras Síndrome de Mirizzi –fístula colecisto-coleodoiciana– así como ha sido descrita ocasionalmente en pacientes colecistectomizados, lo que ha llevado a algunos autores a pensar que pequeños cálculos formados en las vías biliares dilatadas podrían pasar al tubo digestivo, bien por una fístula o bien por la papila, actuando luego como núcleo de formación de cálculos de mayor tamaño (10, 11).

El íleo biliar se presenta en pacientes de edad avanzada con antecedentes de dolor cólico biliar que cedieron espontáneamente, posterior al cual se presenta el cuadro de obstrucción intestinal completa o incompleta que conocido como síndrome de Karewsky (3, 6, 12).

El diagnóstico suele realizarse de forma preoperatoria en cerca de la mitad de los casos, como sucedió en nuestra serie. Según las series analizadas se estima que el mismo sólo sucede en 30-40%. Los factores atribuidos serían la lenta instauración de los síntomas y la edad avanzada de los enfermos y su facilidad de confusión con otras causas determinantes de obstrucción intestinal a dichas edades.

El punto de enclavamiento habitual suele ser el íleon terminal, coincidiendo con lo descrito en la literatura donde el mismo sería el lugar hasta en 65% de los casos (9). Se citan otros sitios de enclavamiento como el duodeno (3-5%) (13), o síndrome de Bouveret (3, 9, 14), o inclusive el

píloro, como rara variante de este síndrome (15). Otros lugares de asentamiento del cálculo obstructivo serían el yeyuno (15-31%) y colon (5-8%).

La revisión de las asas intestinales en busca de otros cálculos se debe realizar, atendiendo a la posibilidad de la presencia de aquellos que serían responsables de la recidiva, que se describe en 8,7-40% (4, 16). La maniobra de Kopel, consistente traspasar manualmente a través de la válvula de Bahuin, no es aconsejada en la actualidad (17), ya que puede lesionar la pared intestinal o producir obstrucción posterior a nivel del colon (18).

La exploración física revela hallazgos comunes a cuadros de íleo mecánico (19). La ictericia es poco frecuente y se presentaría en 1-6% de los casos (4). Otros hallazgos menos frecuentes serían la irritación peritoneal y la palpación del cálculo a través del abdomen o por tacto vaginal o rectal.

Los datos de laboratorio son inespecíficos para la orientación diagnóstica, sin embargo los medios auxiliares del diagnóstico sí ayudarían, entre ellos la radiografía simple de abdomen, la radiografía con contraste y la ecografía abdominal.

Los signos radiológicos de íleo biliar fueron descritos por Rigler (20): distensión de asas delgadas y niveles hidroaéreos, signos de aerobilia y la imagen litíásica radio-opaca que cambia de posición con los movimientos del paciente. Sin embargo, suele ser problemática su observación clara y nítida en la mayoría de los casos.

La ecografía abdominal, según algunos autores, es difícil de realizar por la distensión abdominal, más aún si el paciente es obeso. La visualización de aerobilia e imagen hiperecogénica intraluminal, serían de gran ayuda para establecer el diagnóstico (21, 22). También la tomografía axial computadorizada ha sido efectiva en el establecimiento del diagnóstico en algunas ocasiones (23).

La radiografía contrastada se emplea muy escasamente, siendo un excelente medio de diagnóstico demostrando una detención brusca intraluminal, o pudiendo evidenciar la existencia de una fístula biliodigestiva (24).

Si el cálculo está muy proximal (síndrome de Bouveret) o muy distal en el colon descendente se podría utilizar la endoscopia digestiva como medio diagnóstico y a veces terapéutico para la extracción de los cálculos (9, 13). La extracción de cálculos por endoscopia digestiva alta en casos de impactación duodenal no siempre resulta efectiva, ya que el gran tamaño del cálculo y la deformación duodenal asociada hacen difícil su extracción por esta vía, sin

embargo se justifica intentarla en pacientes de alto riesgo quirúrgico (21).

El tratamiento debe ser quirúrgico y lo más precoz posible. Existe un acuerdo en que lo primero a tratar sería la oclusión intestinal y secundariamente la fístula biliodigestiva (16). La resolución espontánea es excepcional; sin embargo, existen casos en la literatura analizada, si bien de forma excepcional (21). Se ha descrito la solución el problema mediante laparoscopia en alguna ocasión (24).

El tratamiento de la fístula biliodigestiva suprime la recidiva, posible y descrita, las complicaciones infecciosas (colangitis o colecistitis aguda) o las neoplásicas (25). Si éste debe realizarse o no simultáneamente con el tratamiento de la obstrucción intestinal es motivo de controversia incluso en el momento actual. En una serie de 53 casos (26), se realizó el tratamiento simultáneo a todos los pacientes, con una morbilidad de 35,8% y una mortalidad de 7,5%, cifras muy por debajo de las descritas por otros autores que oscilan del 33 a 75% (17). En otras series en las cuales se realizó sólo la enterotomía y extracción de cálculos, con mortalidad nula (27, 28). Un estudio retrospectivo de 23 pacientes con íleo biliar, entre los cuales se sometió a un grupo a enterotomía simple y extracción de cálculos, y al otro al tratamiento simultáneo; concluyendo que no existieron diferencias entre una y otra modalidad terapéutica (29). Cubillos (21), en una serie de 37 pacientes, concluyó que el tratamiento debe ser sólo la enterotomía y extracción de cálculos, reservando la corrección simultánea de la fístula a pacientes con buen estado general, o con cuadros asociados de colecistitis aguda o litiasis coledociana. El mismo autor realizó el seguimiento a los pacientes sometidos a enterolitotomía sin tratamiento de la fístula, comprobándose que la misma tiende a desaparecer espontáneamente. Por ello en pacientes asintomáticos y sin litiasis vesicular en quienes sólo se detecta aerobilia debe observarse una actitud expectante respecto al tratamiento de la fístula biliodigestiva. La crítica que se puede hacer a dicha actitud es la posibilidad de desarrollo de cáncer de vesícula, teniendo en cuenta que los pacientes con íleo biliar presentan factores de riesgo estadístico para el mismo: edad avanzada y cálculos

de más de 3 cm. En la serie mencionada se detectó un caso de adenocarcinoma de vesícula en el grupo de pacientes en los cuales se abstuvieron de realizar tratamiento de la fístula biliodigestiva (3, 30).

El íleo biliar es una rara complicación de la litiasis biliar, que se presenta como obstrucción intestinal completa o incompleta, en pacientes generalmente de sexo femenino, aunque no exclusivamente, de edad avanzada y con antecedentes biliares (30). El tratamiento es quirúrgico y debe estar dirigido primordialmente a la obstrucción intestinal y secundariamente a la fístula biliodigestiva, que puede realizarse o no simultáneamente, dependiendo de las condiciones locales y generales del paciente (1, 3).

Referencias bibliográficas

- Rodríguez Remosa, J.I., Codina Cazador, J., Jirones Vilá, J., Roig García, M., Figa Francesch, Acero Fernández, D. Ileo biliar: resultados del análisis de una serie de 40 casos. *Gastroenterol Hepatol* 2001; 24(10):489-494.
- Scarpa FJ, Borges J, Mullen D. Gallstone ileus. *Am J Surg*. 2000;180(2):99.
- Reisner RM, Cohen JR.. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg*. 1994;60(6):441-6.
- Pérez JP, Martín R, Martínez RJ, Gombau M, Torres J, Grado A. Ileo biliar. Estudio de 23 casos. *Cir Española* 1990; 48: 38-43.
- Guillon P, Benoit J, Champault G, Boutelier P. A rare complication of the cholelithiasis. Ulceration of the cystic artery associated with cholecystoduodenal fistula. *J Chir Paris* 1994; 131(5): 250-1.
- Vicente López, E; Echenique, M.. Ileo biliar. *Urgencias*. 1979. 5(1) . 218 – 221
- Capitán LC, Fernández F, et al. Ileo biliar. Revisión de nuestra casuística (11 casos). *Cir Española* 1995; 58: 352-4.
- Highmann L, Jagelman G. Gallstone ileus complicating terminal ileus Cronh's disease. *Br J Surg* 1981; 68: 201-2.R
- Ruso L, Baldizan J, Lucinschi H, Sismondi A, Carriquiry L, Praderi R. Ileo duodenal por cálculo gigante. Síndrome de Bouveret. *Cir Uruguay* 1996; 66: 45-9.
- Boyardi G, Riveito G, et al. A case of biliary ileus in a subject who had already undergone cholecystectomy. *Minerva Chir* 1989; 44(7): 1151-4.
- Corsale C, Martini A, Corsal I. Fístula biliodigestiva interna da cístico lungo. Contributo clínico. *Minerva Chir* 1990; 45(18): 1195-8.
- Galera FJ, Illana J, Morcillo M, Aguayo JL, Molina J, Madrigal M, Parrilla P. Ileo biliar.

Revisión de 17 casos. *Rev Esp Enferm Apar Dig*. 1983.64(6):486-98.

- Gastaminza R, Bolsa M, Ingelmo D et al. Síndrome de Bouveret. Aportación de un nuevo caso. *Rev Esp Enferm Apar Digest* 1984; 65: 259-63.
- Kosorok P. .Bouveret's syndrome (gallstone ileus)--a minefield. *Br J Clin Pract*. 1996 ;50(1):59-60.
- Patel JC, Lesur G, et al. Antropyloric lithiasic obstruction. A variant of Bouveret's syndrome. *Chirurgie* 1991; 117(5-6): 417-9.
- Gómez A, González MD, Peréz M. Ileo biliar. A propósito de 23 casos. *Cir Andaluza* 1992; 9: 128-32.
- González-Orus JM, Ortega LE, Sánchez R, Martín A, Montero J, Gómez A. Consideraciones sobre el íleo biliar. A propósito de 17 casos. *Cir Española* 1988; 43: 674-80.
- Zander DR, Rosenbloom M. Answer to case of the month . Gallstone ileus. *Can Assoc Radiol J*. 1998 Oct;49(5):344-7
- Sobolewski VJ 3rd. Gallstone ileus: criteria for preoperative diagnosis. *J Am Osteopath Assoc*. 1987 ;87(7):484-7.]
- Rigler LG, Borman CM, Noble JF. Gallstone obstruction. Pathogenesis and roentgen manifestations. *JAMA* 1941; 117: 1753.
- Cubillos L, Cruz O, Tapia A, Zuñiga J, Palladines G. *Rev Chil Cirugía* 1991; 43(2): 142-9.
- Pedersen PR, Petersen KK, Topp SW. Value of ultrasonography in the diagnosis of gallstone ileus. *Radiologe*. 1988;28(10):479-80.
- Grumbach K, Levine MS, Wexler JA. Gallstone ileus diagnosed by computed tomography. *J Comput Assist Tomogr*. 1986 ;10(1):146-8.
- Sarli L, Pietra N, Costi R, Gobbi S. Gallstone ileus: laparoscopic-assisted enterolithotomy. *J Am Coll Surg*. 1998;186(3):370-1.
- Syme RG. Management of gallstone ileus. *Can J Surg*. 1989 Jan;32(1):61-4.
- Vakhrlov LV, Altyev BK, Artykov BJ. Internal biliodigestive fistulas. *Khirurgia Mosk* 1993; (10): 78-81.
- Porelli P, Matroiani V, et al. Biliary ileus. Review of the literature and report of 22 further cases. *Minerva Chir* 1989; 44(7): 1089-94.
- Colovi R, Bilanovic D, Drsov V. Biliary ileus. *Acta Chir Yugosl* 1990; 37(2): 213-22.
- Rodríguez C, Casado Martín F, et al. Tratamiento quirúrgico del íleo biliar: enterolitotomía simple frente a colecistectomía y cierre fistuloso. *Cir Española* 1991; 51: 139.
- Gajraj H. Gallstone ileus. *Br J Surg*. 1991;78(3):378.

Inhibidores del enzima conversor de angiotensina: controversias

Angiotensin converting enzyme inhibitors: controversies

R. M. Mena Crespo¹, A. Martín de la Fuente², S. Latorre Esteban³, J. Aguirre Aras⁴, L. Aguilera Celorrio⁵

Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital de Galdakao. Bizkaia

¹ MIR 3 Anestesiología y Reanimación. Hospital de Galdakao. Bizkaia

² MIR 4 Anestesiología y Reanimación. Hospital de Galdakao. Bizkaia

³ MIR 1 Anestesiología y Reanimación. Hospital de Galdakao. Bizkaia

⁴ Médico Adjunto. Anestesiología y Reanimación. Hospital de Galdakao. Bizkaia

⁵ Jefe de Servicio. Anestesiología y Reanimación. Hospital de Galdakao. Bizkaia

RESUMEN

Los inhibidores del enzima de la angiotensina (IECA) son un conjunto de fármacos con crucial importancia en el control de la hipertensión arterial (HTA), y es por ello que cada vez acuden al quirófano más pacientes bajo este tratamiento. Por otra parte, se percibe un aumento en la incidencia de hipotensión arterial severa, principalmente en pacientes hipovolémicos, ancianos y tomadores de IECA, sobre todo durante la inducción anestésica.

Si tenemos en cuenta que la tensión arterial (TA) se mantiene por tres sistemas principales como son: sistema nervioso simpático, sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) y vasopresina, y que tanto la anestesia general como la epidural bloquean el sistema nervioso simpático, los pacientes con el SRAA inhibido sólo dispondrán de la vasopresina para el mantenimiento de la TA.

Esto explica brevemente el mecanismo por el que durante la anestesia se dan frecuentemente episodios de hipotensión arterial severa y refractaria al tratamiento con fluidos en primera instancia y vasopresores después en pacientes en tratamiento crónico con IECA.

PALABRAS CLAVE: Inhibidores del enzima conversor de angiotensina, hipotensión, anestesia, sistema renina angiotensina aldosterona, sistema nervioso simpático, vasopresina.

SUMMARY

Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI) are a set of drugs of crucial importance hypertension control, and that is the reason why more and more patients attend to operating room beneath this treatment. On the other hand, several cases of hypotension have been reported in patients receiving ACEIs as long term therapy, mainly in hypovolemic patients, elders, and during the induction of anesthesia.

If we take into account that the blood pressure is maintain by three main systems such as sympathetic nervous systems, renine-angiotensine-aldosterone system (RAAS) and vasopresine, and that both, general and epidural anesthesia blocked the sympathetic nervous system, patients with the RAAS inhibited will only have vasopresine for their blood pressure maintenance.

All above explains briefly the mechanism by which, during anesthesia, there are often episodes of severe hypotension and refractory to the usual treatment, firstly with fluids and with vasopressors later, in patients receiving ACEIs as a long term therapy.

KEY WORDS: Angiotensin converting enzyme inhibitors, hypotension, anesthesia, renine-angiotensine-aldosterone system, sympathetic nervous system, vasopresine.

LABURPENEA

Angiotentsinaren entzimaren inhibitzaileak (IECA) hipertentsio arteriala (HTA) kontrolatzeko berebiziko garrantzia duten botika multzoa dira. Hala, geroz eta gehiago dira operazio-gelara tratamendu horren pean hurbiltzen diren pazienteak. Bestetik, geroz eta arteria-hipotentsio larri kasu gehiago detektatzen dira, paziente hipobolemiko, adindun eta IECA hartzaileen artean batik bat, indukzio anestesikoan zehar batez ere.

Kontuan harturik, batetik, tentsio arteriala hiru sistema nagusik mantentzen dutela: nerbio-sistema sinpatikoak, errenina-angiotentsina-aldosterona sistemak (SRAA) eta basopresinak, eta bestetik, bai anestesia orokorrak, bai epiduralak, nerbio-sistema sinpatikoa blokeatzen dutela, SRAA sistema inhibitua duten pazienteek basopresina besterik ez dute tentsio arterialari eusteko.

Horixe litzateke, labur azalduta bada ere, IECA tratamendu kronikoko pazienteen fluido bidezko tratamenduan –lehenbizi– eta basopresore bidezko tratamenduan –ondoren–, anestesian zehar sarritan gertatu ohi diren hipotentsio arterial larri eta errefraktario gertakarien jatorria.

Correspondencia:

Dr. R.M. Mena-Crespo

Servicio de Anestesia y Reanimación

Hospital de Galdakao. Osakidetza

48960 Galdakao. Bizkaia

Fisiología del sistema renina-angiotensina-aldosterona

Desde el conocimiento del SRAA y su importante papel en la regulación de líquidos y electrolitos, TA y volumen sanguíneo, la aparición de los IECA ha representado un papel importante en la farmacología cardiovascular (1, 2).

Estos fármacos disponen de un conjunto de evidencias experimentales y clínicas que determinan que puedan considerarse la primera familia de fármacos con verdadera pluripotencialidad. Es en ello en lo que se basa el concepto de “protección cardíaca y vascular” que ejercen en el paciente hipertenso, diabético y con patología cardiovascular (3).

El mecanismo de acción de los IECA afecta al SRAA (3). La Renina es un enzima endógena producida y secretada por el riñón, que se libera como respuesta a diferentes estímulos internos, y es responsable de la conversión de la angiotensina I (AI), inactiva, en angiotensina II (A II), activa, con potente efecto vasoconstrictor y que además estimula la producción de aldosterona, con la siguiente reabsorción de sodio y agua en el riñón.

El enzima responsable de este paso es precisamente la enzima convertidora de angiotensina (ECA), que a su vez realiza el paso de bradiquinina (potente vasodilatador) a cininas inactivas (4, 5). El resultado de la inhibición de la enzima por los IECA es la abolición del efecto vasoconstrictor directo de la A II, no secreción de aldosterona y conservación de la actividad vasodilatadora de las bradiquininas (2) (figura 1) (2, 6).

Además, como la A II interactúa en el cerebro y en neuronas periféricas produciendo liberación de noradrenalina (NAD), los IECA ocasionan una reducción en la liberación de catecolaminas, lo que explica por qué no existe la estimulación cardíaca refleja cuando se administran estos fármacos (3).

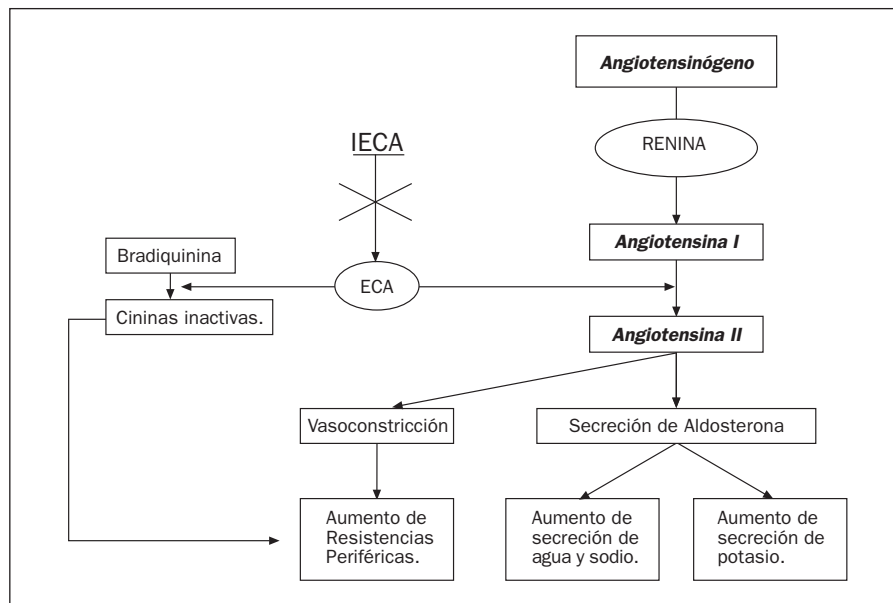


Fig. 1 (2,6).

En conjunto, los IECA dan lugar a una amplia variedad de efectos hemodinámicos, todos ellos interrelacionados (tabla 1) (3).

Actualmente está bien establecido que los pacientes con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) deben acudir al quirófano con la tensión controlada, y es por ello que deben tomar su medicación para tal fin hasta la misma mañana de la intervención quirúrgica.

El objetivo buscado es descender la morbimortalidad cardiovascular y las complicaciones de los órganos diana, como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca congestiva por miocardiopatía hipertensiva, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis, enfermedad vascular periférica y retinopatía hipertensiva.

Sin embargo, cada vez son más descritos cuadros de hipotensión severa y refractaria al tratamiento habitual en pacientes en tratamiento crónico con IECAs (6, 11), siendo mayor en pacientes con depleción salina, hipovolémicos, ancianos, y sobre todo durante la inducción anestésica (12). La activación del SRAA depende principalmente del volumen sistémico "eficaz", es decir, el volumen sanguíneo que permite un gasto cardíaco adecuado (13, 14).

Aunque en el paciente con volumen intravascular normal existe una dependencia moderada del SRAA (14, 15), así como efectos mínimos sobre la expansión del volumen extracelular (14), la contribución del SRAA sobre la TA se vuelve crucial en la hipovolemia (14, 15) (figura 2).

El propósito final de la activación del SRAA es aumentar la volemia (14, 16). La A II es

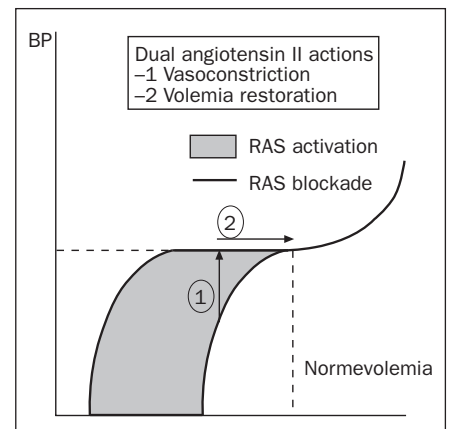


Fig. 2 (8).

el primer estímulo para la secreción de aldosterona (14, 16), pero también contribuye a la regulación del sodio (17). Cualquier estado renino-dependiente o volumen independiente tiende, por lo tanto, a un estado renino-independiente, volumen-dependiente, por la acción del SRAA, per se (18) (figuras 2 y 3).

A modo de ejemplo, un aumento en la TA en una HTA renovascular es mantenida inicialmente por la acción presora directa de la A II (estado renino-dependiente), y por lo tanto es sensible al bloqueo del SRAA (19). Durante una fase crónica posterior, la HTA se debe a un aumento en el volumen intravascular, resultado de la actividad de la A II (15), si bien después se vuelve insensible al bloqueo del SRAA (estado renino-dependiente) (19, 20).

La regulación de una situación de hipovolemia puede llevar desde horas hasta días, si bien la A II consigue una vasoconstricción arterial, también se le conoce una acción sobre el sistema venoso, bien directamente o a través de la potenciación del sistema nervioso simpático (21).

La vasoconstricción arterial mediada por la A II contribuye también a la mejora en el retorno venoso en la medida en que se produce una redistribución del gasto cardí-

TABLA 1 (3)

PARAMETRO HEMODINAMICO	EFFECTO	SIGNIFICADO CLINICO
Cardiovascular -Resistencias periféricas -Presión arterial media -Gasto cardíaco -Volumen latido -Precarga/postcarga -Presión en la arteria pulmonar -Presión en la aurícula derecha -Disfunción diastólica	↓ ↓ =↑ ↑↑ ↓/↓ ↓ ↓ Mejoría	-Estos parámetros contribuyen a un descenso en la tensión arterial.
Renal -Flujo renal -Filtrado glomerular -Resistencia de la arteriola eferente -Fracción de filtración	↑ =/puede / en la insuficiencia renal ↓ ↓	-Responsable del efecto renoprotector de estos agentes.
Sistema nervioso periférico -Biosíntesis de noradrenalina -Recaptación de adrenalina -Catecolaminas circulantes	↓ Inhibida ↓	-Aumenta el descenso tensional y resetea los barorreceptores.

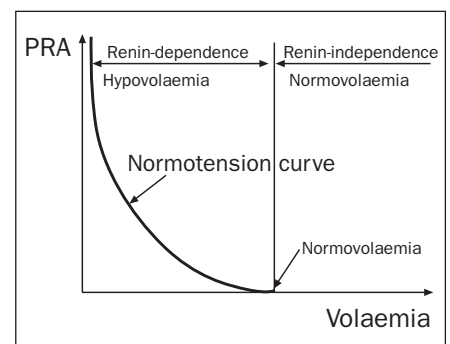


Fig. 3 (8).

aco en los diferentes compartimientos (21).

Además de las acciones directas de la A II, en la regulación de la TA están envueltos otros factores con una potenciación cruzada con la A II (18), como las interacciones entre péptidos circulantes vasoactivos (A II, péptido natriurético atrial, catecolaminas) (22), o entre A II y el óxido nítrico (NO) (23). Existen también interacciones similares con otros factores involucrados en la regulación de la volemia; es posible que la endotelina aumente la producción de aldosterona inducida por la A II (18), y que la aldosterona aumente el número de receptores de la A II (18).

En definitiva, durante la hipovolemia, la activación del SRAA tiene como primer resultado una vasoconstricción mediada por la A II, de la que se dice que tiene una acción dual, en la medida en que, junto a esa primera intervención directa en la restauración de la tensión arterial, ofrece también una acción indirecta mediante la estimulación de la reabsorción de sodio y agua por el riñón debido a la síntesis de aldosterona (18) (figura 2) (8).

Ya en 1994, Pierre Coriat et al. (6), en un estudio realizado con 51 pacientes en tratamiento con estos fármacos, e intervenidos de cirugía vascular, demostraron mayor necesidad de administración de efedrina para mantener una TA sistólica (TAS) superior a 90 milímetros de mercurio (mm Hg) en el grupo elegido para continuar con los IECA hasta la mañana de la intervención quirúrgica respecto a aquellos que los suspendieron (3, 4).

Efectos fisiológicos en el tratamiento con IECA

Efectos en la HTA

La HTA esencial suele estar relacionada con el aumento de las resistencias vasculares. Por lo tanto, el principal objetivo hemodinámico de cualquier tratamiento antihipertensivo es reducir la vasoconstricción (24). El uso de los IECA inicialmente estaba contemplado para los estados fisiopatológicos con una actividad aumentada de la renina plasmática (25), si bien actualmente se han extendido a cualquier tipo de HTA, ya que las resistencias vasculares pueden ser reducidas incluso cuando la actividad de la renina plasmática previa es baja (18).

Función cardíaca

La reducción de la TA no se acompaña de taquicardia refleja ni cambios en el volumen minuto, presión capilar pulmonar (PCP) o presión de llenado ventricular.

Esta ausencia de taquicardia refleja podría deberse a un reajuste en los barorreceptores, con disminución en el tono simpático y/o aumento del tono vagal (26).

En pacientes con insuficiencia cardíaca, los IECA, como consecuencia de su acción vasodilatadora reducen la presión en la aurícula derecha, PCP, y presión teledistólica del ventrículo izquierdo (VI), aumentando el volumen minuto, fracción de eyección (FE) del VI y tolerancia al ejercicio (26).

Efecto cardioprotector

Los IECA reversionen la hipertrofia cardíaca del paciente hipertenso, de manera independiente de su actividad hemodinámica, ya que inhiben la síntesis de colágeno y proliferación de fibroblastos (26). La A II favorece al aparición de arritmias en el miocardio insuficiente o isquémico, ya que disminuye el flujo sanguíneo coronario, aumenta la postcarga y el tono simpático y reduce el potasio.

Los IECA reducen por lo tanto la incidencia de arritmias, ya que inhiben la ECA (19), con lo que la A II no puede formarse y en consecuencia no puede actuar. También ejercen un efecto beneficioso sobre la isquemia-reperusión coronaria y pueden modificar la remodelación ventricular postinfarto (26).

Efecto nefroprotector

En pacientes diabéticos normotensos, o hipertensos con nefropatía incipiente, así como en hipertensos con insuficiencia renal moderada, los IECA normalizan la presión intracapilar glomerular al disminuir la tensión arterial y dilatar la arteriola renal eferente.

Además disminuyen la fracción de filtración glomerular, inhiben la producción mesangial y la producción de matriz producidas por la A II, y finalmente disminuyen también la proteinuria (26).

IECA y hemodinámica durante la anestesia

La TA es mantenida por tres sistemas principales: el sistema nervioso simpático, el SRAA y la vasopresina (figura 4) (8).

Los anestésicos intravenosos atenúan la respuesta simpática y consecuentemente inducen una disminución en la secreción de renina (27).

Durante la anestesia epidural, el flujo simpático disminuye por un bloqueo nervioso preganglionar, y la TA se mantiene entonces en función del SRAA y la vasopresina (28).

En un estudio realizado con pacientes que habían recibido anestesia epidural (28), se llegó a la conclusión de que dicha técnica interfiere en la integridad del SRAA, en cuanto que se comprueba que una hipotensión (inducida por los que realizaban el estudio con nitroprusiato), no se continúa con una liberación de renina, y sí sin embargo con un aumento de vasopresina. Por otra parte, también se ve que la vasopresina sólo aumenta en estos pacientes con el SRAA bloqueado, y no en los que lo tienen intacto (28). Esta liberación de vasopresina puede ser secundaria a un descenso en el volumen cardíaco debido a una redistribución del volumen sanguíneo desde las zonas afectadas por el bloqueo (29) y/o a un descenso en la presión arterial.

En conclusión, en este estudio se revela que la anestesia epidural, junto al bloqueo de las fibras eferentes simpáticas, también interfiere en el SRAA, pudiéndose deducir que un bloqueo farmacológico puede agravar este fenómeno fisiopatológico de manera más exagerada.

Las diferencias entre los anestésicos o el método anestésico utilizado están principalmente relacionadas con sus efectos específicos sobre el sistema nervioso simpático, que es el que peor tolera los cambios (18).

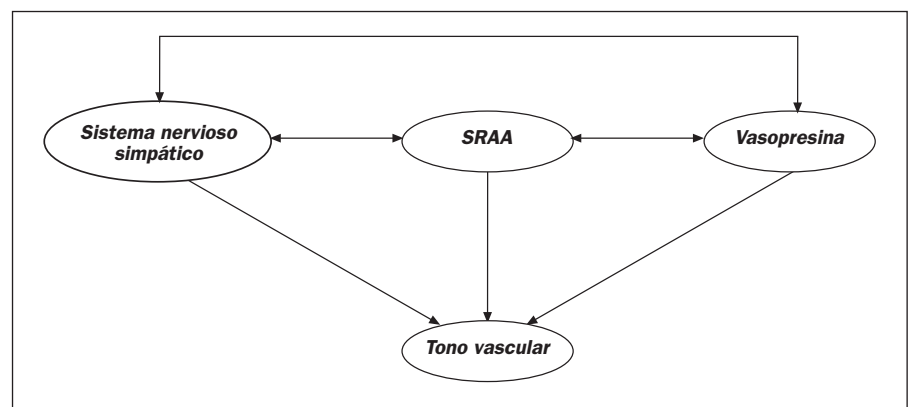


Fig. 4 (8).

En consecuencia, la TA puede que disminuya notablemente durante la anestesia, y si la A II, que contrarrestaría este efecto mediante su acción vasoconstrictora, está bloqueada por un IECA, tan sólo nos quedaría la vasopresina como mecanismo de regulación (18).

Cada sistema presor individual puede, por lo tanto, actuar como un mecanismo compensatorio cada vez que otros sistemas estén deprimidos.

La contribución del SRAA al mantenimiento de la TA es crucial cuando el sistema nervioso simpático está bloqueado por la anestesia general o epidural (30).

En situaciones donde se combinan hipovolemia, IECA y anestesia, la acción de la vasopresina, por lo tanto, se convierte en el principal sistema vasopresor eficaz para el mantenimiento de la TA.

Pacientes sin patología cardiovascular

La inducción anestésica reduce la influencia del sistema nervioso simpático en el sistema cardiovascular, sobre todo en el retorno venoso, lo que lleva a un descenso brusco en el volumen intravascular (31). Con los IECA, la A II no puede contrarrestar este efecto, y la inducción conlleva una severa hipotensión, principalmente en situaciones de hipovolemia (18).

La vasopresina, único sistema vasopresor indemne, es menos efectivo sobre el sistema venoso que sobre el arterial (32).

La dependencia de la volemia para el mantenimiento de la TA en pacientes tomadores de IECA se ve incrementada durante la anestesia (33).

Pacientes con HTA

La administración crónica de IECA altera la regulación de la TA de manera diferente que un tratamiento a corto plazo. La actividad parasimpática se ve mucho más aumentada tras la toma crónica de IECA (34). Cuando se mantienen los IECA hasta el mismo día de la intervención quirúrgica, la incidencia de hipotensión tras la inducción es muy frecuente (75-100%) (35, 36), y está principalmente relacionada con una disminución en la precarga del ventrículo izquierdo y gasto cardíaco (36).

El riesgo de hipotensión aumenta con algunos factores asociados:

- Asociación con otros fármacos antihipertensivos.
- La hipertensión severa en pacientes con disfunción diastólica del ventrículo izquierdo incrementa la dependencia en la TA para el mantenimiento de la volemia intravascular que tienen los pacientes con bloqueo del SAA por los IECA (36).

Aunque la magnitud de la hipotensión no va en correlación con la disminución de la actividad de la ECA, la incidencia de hipotensión tras la inducción disminuyó en un 20% cuando la actividad de la ECA fue restablecida mediante la retirada de los IECA el día antes de la anestesia (35).

Normalmente la hipotensión puede ser controlada con la administración de volumen y en última instancia agentes simpaticomiméticos como la fenilefrina o efedrina (18, 36).

En los casos refractarios, la A II pudiera ser una alternativa al tratamiento.

Daniel Eyraud et al. (7) fijaron su atención en este fármaco en un estudio realizado en 1998 con 40 pacientes hipertensos tomadores habituales de IECA sometidos a cirugía vascular. Cuando observaban una presión arterial sistólica menor a 80 mm Hg, procedían a la administración de un bolo de 2,5 microgramos de A II, consiguiendo un efecto vasoconstrictor directo inmediato, un aumento en la resistencia vascular sistémica y un consiguiente incremento en la tensión arterial. La frecuencia cardíaca no aumentaba demasiado, y en cualquier caso mucho menos que cuando se usaba fenilefrina o efedrina. Este menor cambio se atribuye a que la A II altera el umbral de los barorreceptores, como ya hemos dicho anteriormente. Esto es interesante para pacientes con cardiopatía, si bien es necesario considerar su contrapartida: el potente efecto vasoconstrictor.

Sin embargo, la A II no está disponible comercialmente, de manera que, el mismo Daniel Eyraud et al. (8), centraron su atención un año después en un nuevo fármaco, la vasopresina. Estos autores encontraron aumentos en la tensión arterial estadísticamente significativos en pacientes tomadores crónicos de IECA, acompañados de descensos en la frecuencia cardíaca, tras la administración, más concretamente, de un profármaco, la terlipresina, ya utilizada para otras funciones, como reversión de una fibrilación ventricular resistente a cardioversión eléctrica, yugulación de episodios agudos de varices esofágicas sangrantes...

Dicho estudio demostró una nueva utilidad en la medida en que produce un incremento en la tensión arterial mediante un incremento en las resistencias vasculares sistémicas. También mejora la perfusión y contractibilidad del miocardio (no así la A II).

Prosiguiendo con el tratamiento de la hipotensión, y en cuanto a la infusión de líquidos, es interesante destacar que se han descrito casos de hipotensión grave tras la utilización de coloides como albúmina humana o gelatinas (9).

Existen hipótesis que sugieren que estos líquidos pueden agravar la hipotensión inducida por los IECA en la medida en que al inhibir la enzima impiden el metabolismo de las bradiquininas, cuya concentración aumentará en plasma, con su consiguiente efecto vasodilatador (9).

Las soluciones de albúmina humana contienen el factor de Hageman, un precursor de la bradiquinina, por lo que su administración rápida puede llevar a un aumento en sus niveles.

Las soluciones de gelatina se han relacionado con un aumento en la liberación de histamina. Además, el colágeno, de cuya desintegración se obtienen las gelatinas, es un estímulo exógeno para la formación de bradiquinina por inducir el paso de precalicreína a calicreína, precursor de la bradiquinina (9).

Pacientes con insuficiencia cardíaca

No se conoce mucho acerca de la influencia de los IECA en estos pacientes durante la anestesia. En un estudio realizado por Ryckwaert et al. (37), se llegó a decir que junto al detrimento en la función sistólica inducida por los IECA, estos fármacos podrían contribuir a la alteración en la hemodinámica tras la inducción. Se estudió la hemodinámica en la inducción en pacientes con fracciones de eyección menores o iguales al 40% tras sufrir infarto agudo de miocardio. Aquellos que tomaron IECA hasta el día de la intervención quirúrgica no experimentaron mayor cambio que el grupo control.

No obstante, el tratamiento crónico con IECA hasta el mismo día de la intervención sí altera en cierta medida la función cardíaca, probablemente en relación con un descenso en la conducción simpática (4).

IECA y hemodinámica sistémica durante la cirugía

La HTA experimentada por los pacientes tras diferentes estímulos quirúrgicos como la esternotomía (38), etc., no viene mediada exclusivamente por el SRAA, aunque el tratamiento con IECA puede ayudar a disminuir esta respuesta hipertensiva.

La administración de IECA no se asocia a deterioro hemodinámico durante el procedimiento de bypass arteriocoronario o cirugía de recambio valvular (35), aunque sí puede estar relacionada con un incremento en la necesidad de administración de fármacos vasoactivos como efedrina, etc., durante la hipotermia.

La salida de bomba en muchos de estos pacientes no ha sido posible con el uso de

tan sólo agentes alfa-1 adrenérgicos, y se ha precisado de la administración de A II. Esta respuesta atenuada a los agentes alfa-1 adrenérgicos a la salida de bomba en pacientes tratados crónicamente con IECAs ha sido confirmada (39).

Inhibidores de los receptores de la A II de tipo I (AT I)

Llamados comúnmente ARA II o "Sartenes" en honor al sufijo que acompaña a cada uno de sus nombres comerciales, constituyen una nueva familia de antihipertensivos, que si bien también actúan sobre el SRAA, al hacerlo a otro nivel diferente, evitan algunos de los efectos secundarios de los IECAs, en concreto los relacionados con las bradiquininas (tos, angioedema...).

El bloqueo selectivo del receptor AT1 de la A II constituye el principal determinante de las acciones antihipertensivas de los ARA II (3). El resultado es un aumento en los niveles de A II, lo cual conduce a un estímulo de los receptores AT2, cuyas acciones conllevan vasodilatación y oposición a la proliferación celular en la medida que se da una liberación de óxido nítrico y prostaglandinas (tabla 2) (3, 21).

En cuanto a estos fármacos aún hay poco descrito en la literatura.

Barbant et al. (11) encontraron mayor incidencia de hipotensión durante la inducción en pacientes tratados con ARA II en comparación con tratados con Beta-bloqueantes, Calcio antagonistas o IECAs.

También Bertman M. et al. (40) encontraron mayor incidencia de hipotensión y mayor necesidad de tratamiento con vasoconstrictores en pacientes medicados con

ARA II hasta el día de la intervención y durante tres meses antes.

Actitud ante el paciente en tratamiento crónico con IECAs en la preanestesia

Queda establecida por lo tanto la importancia de estos fármacos en el tratamiento de la hipertensión, fallo cardíaco congestivo, nefropatía diabética y patología cardiovascular arteriosclerótica.

Del mismo modo, también empieza a ser cada vez más controvertida la decisión de mantenerlos hasta el mismo día de la cirugía por los episodios crecientes de hipotensión grave y refractaria a tratamiento convencional con fluidos en primera instancia y finalmente con vasopresores (9). Así, frente a los defensores de su suspensión previa a la cirugía por sus riesgos inherentes, están los que defienden su mantenimiento, por considerar de mayor riesgo su supresión, sobre todo en aquellos pacientes con disfunción ventricular izquierda (1, 41).

Por otra parte, la decisión de suspenderlos el día anterior muchas veces no asegura la ausencia de hipotensión dependiendo en gran medida de la vida media del fármaco (9).

Son estos efectos adversos los que llevan a los autores Bertrand M. et al. (40). a recomendar suspenderlos al menos 24 horas antes de la anestesia.

- Tras haber realizado esta revisión, nuestras conclusiones van igualmente a favor de la interrupción de estos fármacos, y apoyados una vez más en soportes bibliográficos, nos parece interesante citar las razones que Makris R. y Coriat P. han aportado (10):

- La suspensión durante 24-48 horas de los IECAs no conlleva un mayor índice de episodios de hipertensión ni fallo cardíaco congestivo, en la intubación o durante el perioperatorio (16). No se da "efecto rebote" tras su suspensión en pacientes con limitada función del ventrículo izquierdo (10).

- La suspensión temporal de los IECAs no conduce a una respuesta tensional anormal durante la intubación orotraqueal. Además, la administración de IECAs antes de la intervención quirúrgica no yugula ni previene la respuesta presora a la intubación o a estímulos quirúrgicos (21).

- En pacientes hipertensos o con alteración de la función cardíaca que tomaron IECAs previo a la intervención, el descenso tensional secundario a la induc-

ción anestésica fue más acusado, así como la necesidad de administración de medicación vasopresora (6).

Ya que, afortunadamente, existen en el ámbito cardiovascular otros muchos fármacos antihipertensivos, nos parece prudente contemplar al menos la posibilidad de sustituirlos por los IECAs cuando estos sean suspendidos 48 horas antes de la intervención, teniendo en cuenta, por supuesto, los efectos secundarios y probables interacciones. Dos son los grupos farmacológicos de interés:

Beta-bloqueantes (12)

Su continuación hasta el mismo día de la intervención conlleva una estabilidad hemodinámica por cuanto que estabilizan la frecuencia cardíaca, previenen la aparición de arritmias y modulan la respuesta simpática al dolor, intubación y estrés. No obstante, su administración profiláctica no debería ser considerada hasta haber evaluado detalladamente la función del ventrículo izquierdo mediante ecocardiograma, ya que su administración puede influir en la adaptación cardíaca a las necesidades metabólicas, más elevadas durante el acto quirúrgico.

—*Los beta-bloqueantes limitan las respuestas cardíacas a los incrementos en necesidades metabólicas, situaciones de hipoxia y de hipovolemia.*

Calcio-antagonistas

Estos fármacos reducen la demanda de oxígeno miocárdico al disminuir la poscarga cardíaca, y aumentan el abastecimiento de oxígeno al aumentar el flujo sanguíneo por vasodilatación coronaria. De las tres familias que se conocen, nos interesan las Dihidropiridinas, que incluyen fármacos como el Nifedipino, Nicardipino, Nimodipino y Amilodipino.

Su potente efecto sobre la tensión arterial, con vasodilatación periférica, estimula el reflejo barorreceptor y produce taquicardia, efecto a tener en cuenta en pacientes con patología coronaria. Según fuentes de literaturas de casas comerciales, la administración conjunta de amilodipino y otros agentes antihipertensivos, entre ellos los IECAs, es segura.

En cuanto a los ARA II, aunque todavía hay poco descrito, en un estudio realizado por Bertrand et al (40), escogieron a 37 pacientes en tratamiento con ARA II durante tres meses antes y los randomizaron en dos grupos: 18 que suspendieron el fármaco y 19 que lo tomaron una hora antes de la intervención. El resultado con-

TABLA 2

Acciones de la AII sobre los receptores AT1 y AT2 (3,7)

AT1

- Vasoconstricción (Preferentemente coronaria, renal, cerebral)
- Retención de sodio
- Retención de agua
- Inhibición de Renina (feed-back negativo)
- Hipertrofia de músculo liso y cardíaco
- Inotropismo y contractilidad
- Cronotropismo y arritmogénesis
- Activación del sistema nervioso simpático
- Remodelamiento cardíaco y vascular

AT2

- Embriogénesis y desarrollo
- Crecimiento y diferenciación celular
- Apoptosis
- Cicatrización
- Síntesis de colágeno
- Vasodilatación

cluyó con que los pacientes que continuaron el fármaco tuvieron mayor incidencia de hipotensión durante la inducción y más severa, así como mayor necesidad de recibir medicación vasopresora para solventar la hipotensión.

Esto nos lleva, por lo tanto, a tomar la misma actitud con estos fármacos que frente a los IECAS.

Si no obstante, se diera el caso de que el paciente acudiera al quirófano sin haber suspendido el fármaco, y tomásemos la opción personal de no suspender la intervención, es importante tener una serie de consideraciones bien claras:

- La hipotensión en el perioperatorio va a ser difícil de tratar, puesto que estos pacientes tienen como hemos dicho atenuada la respuesta simpática (30). La dosis de noradrenalina necesaria en estos pacientes para obtener un ascenso del 20% de la tensión arterial es el doble que en el resto de los pacientes (12).
- La hipotensión deberá ser tratada activando uno de los dos sistemas bloqueados por la inactivación del SRAA. La Terlipresina, análogo sintético de la vasopresina, ha demostrado su eficacia en la vasoconstricción arterial y venosa sin repercusión en la función del ventrículo izquierdo. Su acción tiene una duración mayor de 45 minutos (8,12).
- Por último, como peculiaridad, recordar los casos de hipotensión tras la administración de gelatinas (9), ante lo cual podría ser un acto de prudencia el intentar evitar su uso en aquellos pacientes tomadores crónicos de IECAS (suponemos por la fisiopatología que aquí los ARAS no se ven afectados) que no hayan suspendido la medicación.

Conclusiones

Como se ha expuesto anteriormente, la AI tiene que ver con la regulación a corto plazo de la TA, y el bloqueo de sus efectos, ya sea por la inhibición de la síntesis de AI (IECA) o por el bloqueo del receptor de la AI (ARA II), lo que lleva a una serie de consecuencias en la regulación de la TA:

- 1) Los efectos de los IECA y de los ARAII dependen del estado fisiopatológico subyacente y del grado de activación del SRAA.
- 2) Un descenso en la TA tras el bloqueo del SRAA es básicamente el resultado de una disminución en las resistencias vascu-

lares periféricas, tanto en pacientes normotensos como en hipertensos (14, 16).

3) Junto a la regulación a largo plazo del volumen extravascular, el SRAA juega un importante papel en el mantenimiento del retorno venoso y la TA durante situaciones de stress hemodinámico.

4) Los antagonistas del SRAA (IECA-ARAI) influyen, por lo tanto, en la modificación del retorno venoso y gasto cardíaco durante la anestesia y cirugía; En este sentido hay que resaltar que estos efectos se hacen más acusados cuando la volemia está disminuida (18).

5) La disminución de la TA no se asocia a taquicardia refleja, que podría llevar a un empeoramiento en el gasto cardíaco; este fenómeno probablemente sea debido a una mitigación del reflejo barorreceptor cardíaco.

6) Tanto el sistema simpático como la vasopresina pueden actuar como sistemas vasoconstrictores interrelacionados unos con otros para mantener la TA en niveles aceptables durante la hipovolemia y el bloqueo del SRAA (33).

7) En definitiva, nosotros recomendamos la suspensión de IECAS y –SARTANES 48 horas antes de la intervención quirúrgica, y en aquellos casos con desarrollo de HTA severa, administrar Amilodipino en este intervalo de tiempo.

Bibliografía

1. Tohmo H, Karanko M. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 1996; 51: 238-259.
2. Nuevos IECAS. El boletín terapéutico andaluz. Escuela andaluza de salud pública. Relación Cadine. 1994 vol 10.
3. García JM, Castelo V, Crespo M, López A, González J. Papel de los IECAS en la HTA y en la cardiopatía hipertensiva. Monografías de la sección de hipertensión de la sociedad española de cardiología. 2000.
4. Goms JG. Use of ACE inhibitors in the treatment of cardiovascular disease. *Am Pharm* 1992 NS 32 (6): 62-70.
5. Brief M. Angiotensin converting-enzyme inhibitors 1994 (7): 1-8.
6. Coriat P, Richer C, Douravi T et al. Influence of chronic angiotensin-converting enzyme inhibition on anesthetic induction. *Anesthesiology* 1994; 81: 299-307.
7. Eyraud D, Mouren S, Teugel K, et al. Trating anesthesia-induced hypotension by Angiotensin II in patients chronically treated with angiotensin converting enzyme inhibitors. *Anesth Analg* 1998; 86: 259-265.
8. Eyraud D, Brabant S, Nathalie Diendone, Flaron M, Gilles G, Bertrans M, Corict P. Treatment of intraoperative refractory hypotension with Terlipresin in patients chronically trea-

ted with antagonist of the Renin-angiotensin system. *Anesth-Analg* 1999; 88: 980-984.

9. Barber L, Banio L, De Rojas M, Ibáñez F, De Rojas, Año C, Alapuz R et al. Hipotensión refractaria y sostenida durante una anestesia general asociados al tratamiento crónico con IECA. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2001; 48: 34-37.

10. Brabant SN, Eyraud D, Bertrand M, Conalt P. Refractory hypotension after induction of anesthesia in patient chronically treated with angiotensin receptor antagonist. *Anesth Analg* 1999; 89: 887-888.

11. Brabant SM, Bertrand M, Eyraud et al. The hemodynamic effects of anesthetic induction in vascular surgical patients chronically treated with angiotensin II receptor antagonists. *Anesth Analg* 1999; 88: 1388-1392.

12. Makris R and Coriat P. Interactions between cardiovascular treatments and anesthesia. *Anesthesiol* 2001; 14: 33-39.

13. Kiowski W, Lindr L, Vleinhwesen C, et al. Blood pressure by the renin-angiotensin system in normotensive subjects. *Circulation* 1992; 85: 1-8.

14. Sancho J, Re R, Burton J et al. The role of the angiotensin aldosterone system in cardiovascular homeostasis in normal human subjects. *Circulation* 1976; 53: 400-5.

15. Haber E. The role of renin in normal and pathological cardiovascular homeostasis. *Circulation* 1976; 54: 849-861.

16. Niarchos AP, Pickering TG, Morganti A, Laragh JH. Plasma catecholamines and cardiovascular responses during converting enzyme inhibition in normotensive and hypertensive man. *Clin Exp Hypertens* 1982; A4: 761-789.

17. Schuster VL, Kokko JP, Jacobson HR. Angiotensin II directly stimulates sodium transport in rabbit proximal convoluted tubules. *J Clin Invest* 1984; 73: 507-15.

18. Colson P, Ryck-Wart F, Coriat P. Renin-Angiotensin System Antagonist and Anesthesia. Review Article. *Anesth Analg* 1999; 89: 1143-1156.

19. Bagby SP. Acute responses of arterial pressure and plasma renin activity to converting enzyme inhibition (SQ 20,881) in serially studied dogs with neonatally-induced coarctation hypertension. *Hypertension* 1982; 4: 1 46-54.

20. Gavras H, Brunner HR, Vaughan ED, Laragh JH. Angiotensin sodium interaction in blood pressure maintenance of renal hypertensive and normotensive rats. *Science* 1973; 180: 1369-74.

21. Coriat P, Jones R, Aitkenhead A and Föex P. Clinical cardiovascular medicine in anaesthesia. Angiotensin-converting enzyme inhibitors. BMJ Publishing Group. 1997: 52-67.

22. Dominiare P. Modulations of sympathetic control by ACE inhibitors. *Eur Heart J* 1993; 14 (Suppl 1): 167-72.

23. Sigmond DH, Beierwatts WH. Angiotensin II-nitric oxide interaction and the distribution of blood flow. *Am J Physiol* 1993; 265: 1276-83.

24. Houston MC. The Management of hypertension and associated risk factor for the prevention of long-term cardiac complications. *J Cardiovascular Pharmacol* 1993; 21 (Suppl:2): 2-13.

25. Oparil, Haber E. The renin-angiotensin system. *N Engl J Med* 1974; 391 (2 part 2); 446-57.

26. Tamargo J. Farmacología clínica de los inhibidores de la enzima de conversión. *Medicine* (Madrid) 1996; 7: 836-843.
27. Hatsuakawan K, Ninomiya J, Nishiura N. Effects of anesthesia on cardiac and renal sympathetic nerve activities and plasma catecholamines. *Am J Physiol* 1993; 265: R 793-7.
28. Hopf HB, Schlaghecke R, Peters J. Sympathetic neural blockade by epidural anesthesia suppresses renin release in response to arterial hypotension. *Anesthesiology* 1994; 80: 992-9.
29. Arndt Ju, Hock A, Stanton-Hicks M, Struhmeier KD. Perineural anaesthesia and distribution of blood in supine man. *Anesthesiology* 63: 616-623, 1995.
30. Carp H, Vadhera R, Jayaram A, Garvey D. Endogenous vasopressin and renin-angiotensin system support blood pressure after epidural block in humans. *Anesthesiology*. 1994; 80: 1000-7.
31. Zierbe RL, Feverstein G, Kopin IJ. Effect of Captopril on cardiovascular, sympatic and vasopresin responses to hemorrhage. *Eur J Pharmacol* 1981; 72: 391-5.
32. Frederick G, Welt P, Rutlen DL. Effect of vasopresin on systemic capacity. *Am J Physiol* 1991; 261: H1494-8.
33. Himram A, Ribstein J. Effect of converting enzyme inhibition on the systemic and renal response to acute isotonic volume expansion in normal man.
34. Raman GV, Waller DG, Warren DJ. The effect of captopril on autonomic reflexes in human hypertension. *Am J Cardiol* 1982; 49: 1415-1419.
35. Colson P, Ribstein J, Mimram M, et al. Effect of angiotensin-converting enzyme inhibition on blood pressure and renal function during open heart surgery. *Anesthesiology* 1990; 72: 23-27.
36. Colson P, Richer C, Douraki T et al. Hemodynamic effects of anesthesia in patients chronically treated with angiotensin-converting enzyme inhibitors. *Anesth Analg* 1992; 74: 805-808.
37. Ryckwaert F, Colson P. Hemodynamic effects of anesthesia in patients with ischemic heart failure chronically treated with angiotensin-converting enzyme inhibitors. *Anesth Analg* 1997; 84: 945-040.
38. Cashman JN, Jones RM, Thompon MA. Renin-angiotensin activation is not primarily responsible for the changes in mean arterial pressure during sternotomy in patients undergoing cardiac surgery. *Eur J Anesthesiol* 1984; 1: 299-303.
39. Licker M, Neidhardt P, Lustenberger S, et al. Long term angiotensin-converting enzyme inhibitor treatment attenuates adrenergic responsiveness without altering hemodynamic control in patients undergoing cardiac surgery. *Anesthesiology* 1996; 84: 789-800.
40. Bertrand M, Godet G, Meersschaert K, Brun L, Salcedo E, Coriat P. Should the Angiotensin II be discontinued before surgery? *Anest-Analg* 2001; 92: 26-30.
41. Smiths HS, Muir H, Hall R. Perioperative management of drug therapy. Clinical considerations. *Drugs* 1996; 51: 238-239.

enfermedad. Las técnicas psicoterapéuticas deberían presentarse como coadyuvantes al tratamiento oncológico, debido a su probada eficacia, siendo fundamental la presencia de expertos en psicología y psiquiatría dentro del equipo multidisciplinar de atención al enfermo oncológico.

Referencias bibliográficas

1. Carey MP, Burish TG. Aetiology and treatment of the psychological side-effects associated with the cancer chemotherapy. *Psychological Bulletin*, 1988; 104:307-325.
2. Cohen S, Tyrrell DA, J Smith AP. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, 1991; 325: 606-612.
3. Cruzado JA, Labrador FJ. Intervención psicológica en pacientes con cáncer. *Revisiones en cáncer*, 2000; Vol 14, 2: 63-82.
4. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piastsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CLM. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-7.
5. Die Trill M. Rehabilitación psicológica del enfermo con cáncer. En: *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. M. González Barón, J. Feliu, P Bunera, E. Espinosa (eds). Editorial médica panamericana, Madrid, 1996. Pág. 1070-1082.
6. Greer S, Morris T, Pettingale KW, Haybittle JL. Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *Lancet* 1990; 335: 49-50.
7. Grossarth-Matticek R, Bastianans J, Kazazir D. Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: The yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research* 1985; 29:167-176.
8. Holland JC, Rowland JH (Eds). *Oxford University Press*, New York 1991; pág.44-57.
9. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationship and health. *Science* 1988; 241: 540-545
10. Lazarus RS, Folkman S. El proceso de afrontamiento. Una alternativa a las formulaciones tradicionales.. En: *Estrés y procesos cognitivos*. Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1986; pág. 102-164.
11. Moorey S, Greer S. *Psychological therapy for patients concerns*. Londres. Heineman, 1989.
12. Phillips DP, Ruth TE, Wagner LM. Psicología y supervivencia. *Lancet* (ed esp) 1994. 24 (4) 178-81.
13. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989. Pág.888-92.
14. Themoshok I, Dreher H. *Type C and cancer*. New York: Random House, 1992.

Aspectos psicológicos del paciente con cáncer

Psychologic aspects among cancer patients

C. De Prado[§], A. Viteri, N. Fuente

Servicio de Oncología Médica. Hospital de Cruces. Osakidetza. Barakaldo. Bizkaia
§ Licenciada en Psicología

Introducción

Los intentos por mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer y su adaptación emocional a una enfermedad que afecta a todas las esferas de su funcionamiento pasan por la creciente aplicación de técnicas psicológicas al campo de la oncología. La necesidad de desarrollar estas técnicas propias de la psicooncología está también apoyada por los resultados de recientes estudios que muestran elevados índices de alteraciones psicológicas y psiquiátricas en estos pacientes durante el curso de la enfermedad (4).

Algunos objetivos primordiales de la psicología en el área de la enfermedad oncológica son: mejorar la autoestima, aumentar la moral y la capacidad del enfermo para enfrentarse al cáncer y disminuir la angustia. Estos tratamientos psicosociales tratan de dotar al paciente de mecanismos que le ayuden a enfrentarse a los problemas que día a día le produce la enfermedad, así como aumentar la sensación de control que el paciente tiene sobre su enfermedad. Se trata, en definitiva, de mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar.

El impacto de la enfermedad oncológica

La enfermedad oncológica produce un enorme impacto en el paciente y en su entorno familiar y social que ve peligrar:

- su vida y siente miedo a morir;
- su integridad corporal y su bienestar. Se pueden producir cambios físicos permanentes, incapacidad, dolor...
- el concepto de sí mismo y los planes de futuro;
- el propio equilibrio emocional;

- su capacidad para cumplir con los roles y actividades sociales establecidos.

La reacción de cada paciente es diferente y única ante el diagnóstico de un cáncer e implica un proceso adaptativo que es una continua reestructuración y no algo fijo en el tiempo. Las etapas de este proceso tienen diferente duración e intensidad en cada persona en función de su vida pasada y presente. No siempre se dan todas, ni en el mismo orden, pero con frecuencia son las siguientes: a) shock ante la inesperada noticia, b) negación del hecho, c) ira o rabia, d) negociación interna intentando crear la noticia y adaptarse a la nueva situación, e) depresión por el conocimiento de la nueva realidad y f) la aceptación de la realidad, que supone el fin del proceso madurativo del sujeto. Las exigencias más problemáticas a las que se enfrenta el sujeto son la necesidad constante de modificar la realidad para adaptarse a una situación cambiante e impredecible, una nueva definición del tiempo, el manejo de la incertidumbre y el enfrentamiento con el dolor (8).

Psicología aplicada a la oncología

La contribución que hace la psicología al campo de la oncología se centra principalmente en dos áreas, a saber: el estudio de los factores psicosociales que pueden afectar a la etiología y evolución del cáncer y la intervención para mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno familiar (3). En cuanto a los primeros citaremos los más importantes:

- Hábitos de conducta. Algunos patrones de conducta pueden considerarse como factores de riesgo para desarrollar determinados tipos de cáncer. Así la exposición a carcinógenos como el tabaco y el alcohol, el abuso de dietas ricas en grasas y escaso contenido de fibra, vitaminas y minerales, y la exposición a rayos ultravioletas son conductas que contribuyen al inicio y desarrollo del cáncer.

• Variables de personalidad. Una cuestión importante es analizar si hay variables de personalidad que hagan a unas personas más propensas a desarrollar ciertos tipos de cáncer y si estas variables influyen en el pronóstico de la enfermedad. Numerosas investigaciones se han centrado en ese campo. En un estudio prospectivo realizado en Yugoslavia (7) se seleccionaron 965 hombres y 388 mujeres por su mayor riesgo de contraer enfermedades por su edad o por tener puntuaciones altas en medidas de indefensión crónica o ira. Se evaluaron distintas variables psicosociales de los sujetos en 1965 y once años más tarde se valoró su estado de salud para ver si se podía predecir dicho estado de salud en función de las variables psicosociales. Hasta ese momento habían muerto 166 personas de cáncer. La variable con mayor poder predictivo resultó ser la escala racionalidad/antiemotividad, relacionada con la dificultad para expresar sentimientos y la negación de emociones, así como la tendencia a responder a todos los acontecimientos de forma racional. La incidencia del cáncer era 40 veces más alta para las personas con puntuaciones altas en esta escala.

- Temoshock (14), por otra parte, ha creado el constructo de personalidad tipo C, propenso al cáncer y que se caracteriza por la tendencia a evitar o negar emociones, la falta de expresión de emociones, sobre todo las negativas, la inasertividad (es decir la dificultad para expresar sentimientos sin herir los propios o los de los demás) y la aceptación de la autoridad externa. Así mismo, se han asociado también al cáncer otras características de personalidad como la presencia de altos niveles de depresión y sentimientos de indefensión y pesimismo.

• El apoyo social percibido es también un predictor del estado de salud. Las personas con escasos lazos sociales tienden a presentar menos conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de la enfermedad, presentan menos adherencia

Correspondencia:
C. De Prado
Servicio de Oncología Médica
Hospital de Cruces. Osakidetza
48903 Barakaldo. Bizkaia

al tratamiento y el estrés provocado por el impacto de la enfermedad es mayor (9).

- El estrés puede afectar a la génesis y desarrollo del cáncer a través de: a) la modificación de los hábitos de conducta saludables y los estilos de vida predisponentes a estas enfermedades y b) los cambios biológicos propios de la respuesta de estrés, en especial en los cánceres más influenciados por factores hormonales.

Un análisis riguroso de los efectos del estrés sobre el cáncer debe incluir también el estudio de las técnicas de afrontamiento que utiliza el sujeto frente a los factores estresantes. El afrontamiento es, en palabras de Lazarus (1986) (10), "el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas, externas o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos", esto es, el conjunto de maniobras que pone en marcha al sujeto para mantenerse estable ante la enfermedad.

Moorey y Greer (1989) (11) hicieron un estudio sobre las estrategias de afrontamiento que pueden adoptar los pacientes ante el diagnóstico del cáncer. Los autores hablan de cinco tipos de estrategias, evaluadas mediante entrevistas y la escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC): espíritu de lucha, negación, fatalismo, indefensión y preocupación ansiosa, que determinan la valoración subjetiva que el sujeto hace del diagnóstico de su enfermedad, la percepción de control que tiene y el pronóstico de la adaptación del sujeto. Los resultados se presentan en la tabla 1. Diversos estudios han mostrado que las personas que se enfrentan a la enfermedad con espíritu de lucha tienen un mayor tiempo de supervivencia frente a los que se enfrentan con sentimientos de desesperanza y de falta de control sobre lo que les ocurre. A la vista de los resultados de múltiples estudios se puede decir que el tipo de respuesta que supone un mejor afrontamiento y por tanto, un menor nivel de estrés, es el de los pacientes que utilizan sus recursos personales para:

- obtener apoyo emocional,
- buscar información,
- intentar una actitud positiva,
- conservar el espíritu de lucha y
- buscar consuelo en la religión. La creencia en el más allá y la idea de la muerte como una etapa de tránsito en lugar de la muerte como el final, parece que también ayuda a enfrentarse con mayor serenidad a la enfermedad.

Problemas psicosociales del enfermo oncológico

El diagnóstico de la enfermedad oncológica enfrenta al paciente a una serie de problemas psicosociales, unos derivados del conocimiento de la enfermedad y otros derivados del tratamiento a que se tiene que someter. El conocimiento de la existencia del cáncer va a colocar al paciente en una situación nueva sobre la que tiene poca información y mucha incertidumbre por el desconocimiento y por las dificultades para conocer la evolución. El paciente puede tener sentimientos de culpa por haber llevado hábitos de vida poco saludables, aunque este sentimiento también puede ser infundado. En el ámbito familiar y social se pueden ver afectadas las relaciones interpersonales por el estigma que supone el cáncer y el miedo a hablar de ello. El miedo al dolor y a la muerte puede interferir en la vida social hasta el punto de reducirla a mínimos, precisamente en un momento en que la red social debería funcionar a pleno rendimiento para apoyar al paciente y ayudarlo a entender y superar la posible frustración y el sentimiento de indefensión.

El tratamiento va a producir otro tipo de problemas. Unos están derivados de la cirugía y pueden ser miedo a la mutilación, desestructuración de la imagen corporal, disminución de la autoestima, pérdida de la libido o rechazo de la pareja. Los problemas derivados de la radioterapia y quimioterapia (náuseas, vómitos, alopecia...) interfieren de manera muy importante en las relaciones sociales del paciente, dándose

dose en muchas ocasiones una tendencia al aislamiento social. Las náuseas pueden afectar a un 25-33% de los pacientes en tratamiento activo, los vómitos anticipatorios a un 11-20% y las reacciones de ansiedad anticipatoria a un 60% (Carey y Burish, 1988) (1). Estos síntomas conllevan una tendencia a la depresión y la ansiedad y, por tanto, una disminución considerable de la calidad de vida.

Los tratamientos psicooncológicos se utilizan con eficacia en el control de náuseas y vómitos, en el manejo de la angustia y la ansiedad, en el dolor crónico y agudo, en las disfunciones sexuales derivadas de la enfermedad y de su tratamiento, entre otros. También resultan eficaces para la mejora de la calidad de vida y la adaptación emocional del paciente, incluso hay estudios que sugieren que pueden prolongar la supervivencia. El concepto de que los factores psicológicos pueden influir en el inicio y desarrollo del cáncer no es nuevo, ya Galeno, 200 años antes de Cristo, asociaba el cáncer al temperamento melancólico y no al sanguíneo, aunque la definición de estos términos no era muy clara. El nuevo campo de la psiconeuroinmunología estudia la interacción entre la mente, el sistema nervioso central y el sistema inmune. La influencia en el sistema inmune de las variables psicológicas, conductuales y sociales está siendo reconocido poco a poco por la comunidad científica y por el público en general. La psiconeuroinmunología tiene también aplicaciones en otras enfermedades de tipo inmunológico. Así, Cohen y cols. (2) analizaron la estrecha relación entre el nivel de estrés y la vulnerabilidad al virus del resfriado común. Otros estudios que vinculan factores psicológicos con estados de salud o enfermedad han sido publicados en *The Lancet*. Podemos citar algunos relevantes:

- Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil (13) (1989) mostraron que una intervención psicológica sencilla, cuyo objetivo era mejorar la calidad de vida de un grupo de pacientes oncológicos, podía influir considerablemente en su esperanza de vida. Los investigadores dividieron en dos grupos al azar a 86 pacientes con cáncer de mama metastásico. Al grupo de tratamiento le administraron durante un año una sesión semanal de noventa minutos de duración de psicoterapia con entrenamiento en autohipnosis para controlar el dolor. Al grupo control se le administraron solo los cuidados médicos rutinarios. Al cabo de 10 años, cuando habían fallecido 83 de las 86 pacientes, se vio que las que habían recibido apoyo psicológico habían vivido una media de 36,6 meses frente a

TABLA 1

Estrategias de afrontamiento ante el diagnóstico del cáncer. (Morey y Greer, 1989)

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO	ESQUEMA DE SUPERVIVENCIA		
	DIAGNOSTICO	CONTROL	PRONOSTICO
Espíritu de lucha	Desafío	Capacidad de control	Bueno
Negación	Mínima amenaza	Irrelevante	Bueno
Fatalismo	Amenaza	Depende de otros	Desconocido
Indefensión	Pérdida	No hay control	Malo
Ansiedad	Fuerte amenaza	Capacidad de control	Incierto

los 18,9 meses de media en el grupo control.

- Greer, Morris, Pettingale y Haybittle (6) hicieron una investigación longitudinal a lo largo de más de quince años con 62 pacientes de cáncer de mama no metastásico. Observaron que las mujeres que se enfrentan abiertamente a su enfermedad o la niegan en los primeros meses tras el diagnóstico tenían una tasa de recidiva muy inferior a la de aquellas mujeres que afrontan la enfermedad con aceptación fatalista o con una actitud depresiva. En el primer grupo permanecían sin recidiva el 45% frente al 17% del segundo grupo.

- Un estudio muy diferente pero cuyos resultados apuntan en la misma dirección es el que hicieron Phillips, Ruth y Wagner (12). Tomaron como punto de partida la existencia en China de creencias profundamente arraigadas en la población: que el año de nacimiento influye en la vida de las personas y que los años terminados en ocho y en nueve se asocian con las aparición de tumores malignos. Así partieron de la hipótesis de que las personas chinas que contraen un tumor y cuyo año de nacimiento termina en ocho o en nueve están más propensas que las de otras etnias sin esas creencias a aceptar su enfermedad con una actitud fatalista y depresiva. Según el estudio citado anteriormente de Greer y cols. les correspondía una menor tasa de supervivencia. Posteriormente, examinaron los fallecimientos de 28.169 chinos americanos adultos frente a 412.632 controles codificados como “blancos” y concluyeron que los americanos de origen chino fallecen significativamente antes que los “blancos” cuando presentan una combinación de enfermedad y año de nacimiento considerada “funesta” (1,3 frente a 4,9 años de media). Los autores concluyen que esta reducción de la supervivencia es, al menos en parte, resultado de un proceso psicossomático.

La intervención psicológica

Todo lo dicho hasta ahora nos lleva a considerar la enorme importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y evolución de la enfermedad oncológica y de ahí la necesidad de una intervención psicológica adecuada en cada momento, tanto para el paciente como para las personas de su entorno familiar que se van a ver directamente afectadas por el curso de la enfermedad. Es fundamental considerar a la unidad familiar como un todo. La intervención psicológica ha de estar en todo momento integrada dentro del servicio de

atención médica de un modo interdisciplinar.

El objetivo de la intervención psicológica es mejorar la calidad de vida y la adaptación del paciente y de los demás miembros de la unidad familiar. Para ello, podemos trabajar a partir de una intervención psicológica sencilla, que conste de: a) información sencilla y veraz sobre la enfermedad y sus consecuencias, así como los efectos de los tratamientos; b) estrategias de afrontamiento, c) autohipnosis para controlar mejor el dolor y d) facilitar la expresión de emociones.

Las técnicas a utilizar dependerán del paciente, del momento concreto de la enfermedad y del síntoma a tratar. El psicooncólogo puede utilizar terapias cognitivo-conductuales, aplicadas de forma individual, grupal, como psicoterapia de familia o de pareja.

Las terapias cognitivo-conductuales facilitan al sujeto técnicas para controlar reacciones secundarias al tratamiento (náuseas, vómitos...), para disminuir el estrés, el dolor y la ansiedad, para aumentar la sensación de autocontrol y de cierto dominio sobre el propio cuerpo y para tratar alteraciones del sueño y de la alimentación.

Mención especial merecen las terapias grupales y los grupos de autoayuda por el apoyo social que proporcionan tanto a pacientes como a familiares. Estas terapias han mostrado su eficacia para mejorar el estado afectivo y las relaciones interpersonales, para promover la adaptación a la enfermedad e incluso, para reducir el dolor.

Existen otras terapias cuya eficacia en pacientes oncológicos no está científicamente demostrada, pero favorecen el bienestar emocional del paciente (5):

- El humor lo utilizan muchos pacientes para enfrentarse a los aspectos más dolorosos de su situación. Además de aumentar el ritmo cardíaco, estimulando la circulación, libera tensiones y facilita la comunicación.
- La musicoterapia es la aplicación sistemática de música mientras se tratan algunos aspectos fisiológicos y psicológicos de la enfermedad. En pacientes oncológicos se utiliza la musicoterapia para tratar la ansiedad y el estrés y para reducir el dolor.
- La visualización utiliza el poder de la mente para combatir la enfermedad. Carece de rigor científico y consiste en proporcionar al paciente instrucciones para imaginarse a las células sanas combatiendo a las células cancerosas. Uno de sus principales riesgos es el peso que dejan caer sobre el paciente en cuanto a su implicación en la curación de la enfer-

medad. Los pacientes que utilizan esta técnica y no consiguen responder al tratamiento antineoplásico pueden sentirse culpables y frustrados por su fracaso y, por tanto, debe ser aplicada con mucha cautela.

La aplicación de técnicas conductuales a la medicina ha aumentado enormemente en los últimos años, debido entre otros factores al mayor énfasis en la participación del paciente en su tratamiento y la mayor evidencia de que técnicas de relajación y biofeedback pueden alterar funciones fisiológicas. Las terapias conductuales más utilizadas por su facilidad de aplicación y sus resultados se explican a continuación.

La hipnosis consiste en una relajación profunda asociada a visualización. Se utiliza con éxito para reducir la ansiedad y el dolor asociados a pruebas médicas, especialmente con niños y adolescentes por su gran sugestionabilidad. Es también efectiva para reducir náuseas y vómitos, cuya causa es en ocasiones un factor aprendido. Presenta el pequeño inconveniente de que la hipnosis debe ser previamente aprendida y practicada.

En relación con la hipnosis está la relajación muscular progresiva. Se basa en la idea de que relajación y ansiedad son estados mutuamente excluyentes. La relajación muscular progresiva consiste en instruir al paciente para concentrarse, con los ojos cerrados, en cada uno de los diferentes músculos del cuerpo a la vez que se le dan sugerencias para ir relajando cada uno de ellos al máximo. Se obtienen buenos resultados en la reducción de la ansiedad, las náuseas y los vómitos anticipatorios.

La desensibilización sistemática es una técnica de contracondicionamiento, que consiste en obtener un estado de máxima relajación e ir acercando poco a poco el estímulo ansiógeno. Estos estímulos están ordenados en una jerarquía de manera que se presentan primero los que menos ansiedad producen hasta llegar a los más ansiógenos. Se intenta asociar estos estímulos aversivos con la situación incompatible de relajación, de manera que los estímulos vayan perdiendo su carácter ansiógeno. Se utiliza con éxito en el tratamiento de náuseas y vómitos anticipatorios, así como para tratar la fobia al tratamiento o a pruebas diagnósticas. Tiene la ventaja de que sus efectos se mantienen aunque no se entrene, debido a los efectos del aprendizaje.

La psicoterapia aplicada al campo de la oncología tiene múltiples beneficios para el paciente y su familia, ya que alivia algunos síntomas derivados del cáncer y su tratamiento y favorece la adaptación a la

Mixoma odontogénico: neoplasia controvertida

Odontogenic myxoma: controverted neoplasia

A. Eguía, JM Aguirre, R Martínez-Conde

Medicina Bucal. Departamento de Estomatología.
Universidad del País Vasco / EHU
Leioa. Bizkaia

RESUMEN

El mixoma odontogénico es una infrecuente neoplasia de los maxilares; benigna, aunque localmente agresiva y muy recidivante. Se origina a partir del ectomesenquima odontogénico y presenta una imagen histológica mixoide anodina. Se diagnostica con más frecuencia en la segunda y tercera décadas de la vida, y generalmente, a través del estudio histopatológico, ya que la clínica y la imagen radiológica son inespecíficas. Presentamos un caso clínico que manifiesta las características clinicopatológicas, histológicas y radiológicas típicas de esta neoplasia y se discuten sus principales aspectos, algunos controvertidos. Palabras clave: mixoma, tumor odontogénico, tumor de los maxilares, patologías óseas, caso clínico.

ABSTRACT

The odontogenic myxoma is a rare neoplasia of the jaws, benign but locally aggressive and has a high recurrence rate. This neoplasia is originated in embryologic mesenchymal tissue and presents a non-specific myxoid histological view. The diagnosis is common in the second and third decade of the life and normally is made through the histopathological study, because its clinical and radiological signs aren't specific. We report a case with the clinical, histological and radiological common signs of this neoplasia. We also make a discussion about its principal aspects, some of them controverted. Key Words: myxoma, odontogenic tumor, tumor of the jaws, bone pathology, clinic case.

LABURPENA

Mixoma odontogenetikoa maiztasun gutxi duen masailazurren neoplasia da; enbera, nahiz eta lokalki oso agresiboa eta oso errezidibantea izan. Ektomesenkima odontogenikotik sortzen da eta irudi histologiko mixoide arrunta du. Bizitzaren bigaren eta hirugarren hamarkadetan diagnostikatu ohi da gehienetan, eta oro har, azterketa histopatologikoaren bitartez, klinika eta irudi erradiologikoa ez baitira oso zehatzak. Neoplasia honen ohiko ezaugarri klinikopatologiko, histologiko eta erradiologikoak dituen kasu kliniko bat aurkeztzen dugu eta alderdi nagusiak eztabaidatzen dira, zenbaitzuk eztabaidagarriak. Hitz nagusiak: mixoma, tumore odontologikoa, masailazurren tumorea, hezur patologiak, kasu klinikoa.

Correspondencia:
Asier Eguía del Valle
C/ Artebizkarra, 27 - 1º Izda. Cen.
48860 Zalla. Bizkaia.
Tel: 650409587

Introducción

El mixoma odontogénico es un tumor maxilar poco frecuente, benigno, localmente agresivo y recidivante. Presentamos un caso clínico y discutimos los aspectos clinicopatológicos más sobresalientes de esta patología.

Caso clínico

Mujer de 51 años de edad, remitida por su dentista de cabecera por un hallazgo radiológico casual al realizar una ortopantomografía para control de su enfermedad periodontal. No poseía hábitos tóxicos, había sido histerectomizada por la presencia de miomas múltiples uterinos y tratada de úlcus duodenal 8 años atrás. Actualmente estaba bajo tratamiento antihipertensivo con enapril y diltiazem. Su analítica sanguínea general no mostraba alteraciones significativas.

En la ortopantomografía se apreciaba una lesión radiolúcida, multilocular, en forma de pera, a nivel de los dientes 4.3 (canino inferior derecho) y 4.4 (primer premolar inferior derecho). Los márgenes estaban bien definidos, salvo en la zona del 4.3, donde presentaba un aspecto más irregular. Se observaba también desplazamiento de las raíces de los dientes, sin apreciable reabsorción radicular. Se reconocía la presencia de enfermedad periodontal de diferente grado en relación con el resto de los dientes. (Figura 1)

Se practicó una radiografía oclusal mandibular en la que se apreciaba una evidente expansión de la cortical vestibular. Este dato era sugestivo de agresividad biológica.

Clínicamente el aspecto de la mucosa de la zona de la lesión era normal, palpándose una discreta tumefacción. La vitalidad pulpar de los dientes desplazados estaba conservada. La paciente no presentaba dolor ni parestesias.

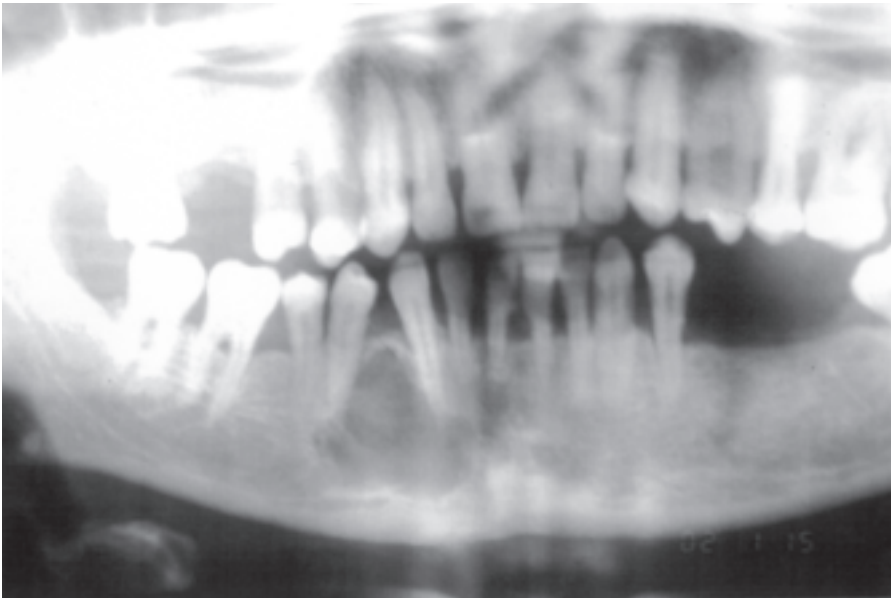


Fig. 1: Imagen radiográfica de la lesión. Lesión multilocular radiolúcida.

Con todos los datos anteriores se estableció un posible diagnóstico diferencial entre una lesión quística o tumoral de origen odontogénico, entre los que se incluía a: queratoquiste odontogénico, quiste lateral periodontal, ameloblastoma, mixoma odontogénico y quiste odontogénico epitelial calcificante, y lesiones de otra índole como angioma, granuloma central de células gigantes o quiste oseo aneurismático. Se optó por un tratamiento quirúrgico inicial conservador, a la espera del resultado del posterior estudio anatomopatológico de la lesión. Se realizó previamente el tratamiento de conductos de los dos dientes implicados.

Se levantó un colgajo mucoperióstico por vestibular, con línea de descarga en mesial para abordar la lesión. Tras levantar el colgajo se accedió a la lesión que era sólida y perforaba la cortical vestibular, mostrando un color blanquecino, una buena delimitación y una consistencia fibrosa. (Figura 2)

Tras la exéresis de la lesión se realizó un fresado del tejido oseo en contacto con la misma. Se conservó la cortical lingual y se mantuvieron los dientes 4.3 y 4.4.

El informe histopatológico relataba la presencia de una tumoración de tejido mixoide con pequeños cordones de epitelio, diagnosticada como mixoma odontogénico.

Discusión

El mixoma odontogénico se origina a partir de los tejidos mesenquimales dentarios en desarrollo a expensas del folículo dental, la papila dentaria o el ligamento periodontal (1-5).

Representa entre el 3 y el 17,7 % de los tumores odontogénicos (6-8). Se dignifica generalmente en la segunda y tercera décadas de la vida, siendo poco frecuente en la niñez y raro en mayores de 50 años (6-12).

En relación a su distribución por sexos, algunos autores defienden que es más común entre las mujeres (1, 2, 8), aunque otros afirman que es similar entre hombres y mujeres (3, 4, 9, 13, 14).

La localización más habitual también es motivo de controversia, ya que para unos es la mandíbula (2, 6, 13, 15) y para otros, por igual el maxilar superior y la mandíbula (8, 11). En lo que sí hay acuerdo general es en que generalmente aparece en la región posterior, en la zona de premolares y molares y que su localización fuera de los maxilares es muy poco común (6, 8, 16).

En nuestro caso la localización de la lesión era la zona anterior de la mandíbula, cuando lo habitual es que aparezca más posterior, en la zona de molares.

Debido a su lento crecimiento, esta lesión, suele ser asintomática inicialmente. A medida que su tamaño aumenta, expande la cortical osea, llegando incluso a perforarla y provoca desplazamientos dentarios, alterando el plano oclusal. La vitalidad pulpar dental suele mantenerse, aunque puede aumentar la movilidad dentaria e incluso provocar la pérdida de dientes. En nuestro caso a pesar del desplazamiento, los dientes no presentaban movilidad.

Solamente cuando alcanza grandes dimensiones puede originar parestesias o dolor por afección del nervio dentario inferior en el caso mandibular (5, 17-20).

La imagen radiográfica es radiolúcida, unilocular o multilocular. En ocasiones presenta una imagen característica denominada en "panal de abejas", "pompas de jabón" o "raqueta de tenis" (1, 21, 22). Existe una

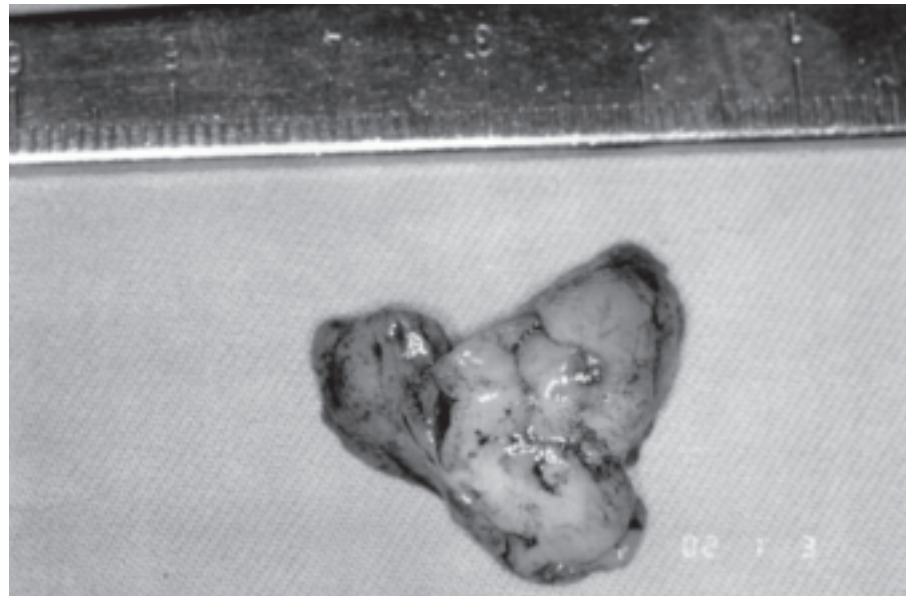


Fig. 2: Aspecto tumoral tras la exéresis.

relación significativa entre el tamaño de la lesión y su imagen radiográfica, de tal modo que las lesiones de menor tamaño suelen ser uniloculares y las de mayor tamaño multiloculares o en “panal de abejas” (2). Los márgenes pueden ser o no definidos (2, 21, 22). En la radiografía se puede observar expansión cortical, desplazamiento dentario y en ocasiones reabsorción radicular (1, 2, 12).

En el caso clínico que nosotros presentamos, el tamaño de la lesión era intermedio, con un aspecto multiloculado, pero sin ofrecer la imagen en “panal de abejas” o “pompas de jabón” que puede presentar cuando sus dimensiones son mayores.

La imagen histológica mixoide del tumor, con o sin islotes de células epiteliales “odontogénicas”, se caracteriza por la existencia de una matriz de mucopolisacáridos, principalmente ácido hialurónico y condroitín sulfato, en la cual aparecen células de aspecto estrellado, fusiforme o poligonal; fibroblastos bien diferenciados, células mixoblásticas poco diferenciadas y células intermedias (18, 23-33).

Por sus características clínicas y radiográficas el diagnóstico diferencial se debe plantear con otros tumores y quistes odontogénicos, así como con otras lesiones como el granuloma central de células gigantes, el quiste oseo aneurismático o los angiomas (1, 2, 18, 34).

El tratamiento de este tumor es quirúrgico, habiéndose propuesto diferentes técnicas. El índice de recidiva es alto y varía desde un 20 % hasta un 90 % (35-39), dependiendo del tamaño, localización y técnica quirúrgica empleada. En las lesiones de menor tamaño se suelen emplear técnicas conservadoras con exéresis de la lesión seguida de curetaje y osteotomía del tejido oseo en contacto con la lesión. En las lesiones de mayor tamaño y en las recidivas se emplean técnicas más agresivas como la resección en bloque mediante osteotomía. (1, 17, 20, 40-42).

Dada su elevada tendencia a la recidiva, es obvio, que un periódico control radiográfico es absolutamente necesario; especialmente durante los dos primeros años tras el tratamiento (5, 17).

En nuestro caso se optó inicialmente por un tratamiento conservador y un seguimiento postquirúrgico exhaustivo.

Referencias bibliográficas

- Lo Muzio L, Nocini P, Favia G, Procaccini M, Mignogna MD. Odontogenic myxoma of the jaws. A clinical, radiologic, immunohistochemical, and ultrastructural study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1996; 82: 426-33.
- Kaffe I, Naor H, Buchner A. Clinical and radiological features of odontogenic myxoma of the jaws. *Dentomaxillofac Radiol* 1997; 26: 299-303.
- Ghosh BC, Huvois AG, Gerold FP, Miller TR. Myxoma of the jaw bones. *Cancer* 1973; 31: 237-40.
- Harder F. Myxomas of the jaws. *Int J Oral Surg* 1978; 7: 148-55.
- Slootweg PJ, Wittkamp RM. Myxoma of the jaws. An analysis of 15 cases. *J Maxillofac Surg* 1986; 14: 46-52.
- Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors, analysis of 706 cases. *J Oral Surg* 1978; 36: 771-8.
- Daley TD, Wisocki GP. Relative incidence of odontogenic tumors and oral jaw cysts in a Canadian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77: 276-80.
- Mosqueda A, Ledesma C, Caballero S, Portilla J, Ruiz LM, Meneses A. Odontogenic tumors in Mexico: a collaborative retrospective study of 349 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1997; 84: 672-5.
- Keszler A, Dominguez FV, Giannunzio G. Myxoma in childhood. An analysis of 10 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53: 518-21.
- James DR, Lucas VS. Maxillary myxoma in a child of 11 months. A case report. *J Craniomaxillofac Surg* 1987; 15: 42.
- Leiberman A, Forte V, Thorner P. Maxillary myxoma in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1990; 18: 277-81.
- Peltola J, Magnusson B, Happonen RP, Borman H. Odontogenic myxoma. A radiographic study of 21 tumors. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1994; 32: 298-302.
- Barros RG, Domínguez FW, Cabrini RL. Myxoma of the jaws. *Oral Surg* 1969; 27: 225-31.
- Farman AG, Nortjé CJ, Grotepass FW. Myxofibroma of the jaws. *Br J Oral Surg* 1977; 15: 3-18.
- White DK, Chen SY, Mohnac AM. Odontogenic myxoma. A clinical and ultrastructural study. *Oral Surg* 1975; 39: 901-10.
- McClure DK, Dahlin DC. Myxoma of bone. Report of 3 cases. *Mayo Clin Proc* 1977; 52: 249-53.
- Wong GB. Large Odontogenic Myxoma of the mandible treated by sagittal ramus osteotomy and peripheral osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 1221-4.
- Hernández G, Cohn C, García A, Martínez S, Llanes F, Montalvo JJ. Mixoma de los maxilares. A proposito de tres casos. *Med Oral* 2001; 6: 106-13.
- Cawson RA. Myxoma of the mandible with a 35 year follow up. *Br J Oral Surg* 1972; 14: 73-9.
- Bucci E, Lo Muzio L, Mignogna MD, De Rosa G. Odontogenic myxoma: Report of a case with peculiar features. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49: 91-4.
- Kawai T, Shumei M, Nishiyama H, Kishino M et al. Diagnostic imaging for a case of maxillary myxoma with a review of the magnetic resonance images of myxoid lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1997; 84: 449-54.
- Sumi Y, Miyaishi O, Ito K et al. Magnetic resonance imaging of myxoma in the mandible: A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2000; 90: 671-6.
- Lo Muzio L, De Rosa G, Mignogna MD et al. Myxoma of the jaws with an unusual intracellu-
- llular banded structure. *Acta Stomatol Belg* 1995; 92: 155-8.
- Moshiri S, Oda D, Worthington P, Myall R. Odontogenic myxoma: histochemical and ultrastructural study. *J Oral Pathol Med* 1992; 21: 401-3.
- Lombardi T, Kuffer R, Bernard JP et al. Immunohistochemical staining for vimentin and S-100 protein in myxoma of the jaws. *J Oral Pathol* 1998; 17: 175-7.
- Zhao M, Lu Y, Takata T et al. Immunohistochemical and histochemical characterization of the mucosubstance of odontogenic myxoma: histogenesis and differential diagnosis. *Pathol Res Pract* 1999; 195: 391-7.
- Lombardi T, Samson J, Bernard JP et al. Comparative immunohistochemical analysis between jaw myxoma and mesenchymal cells of tooth germ. *Pathol Res Pract* 1992; 188: 141-2.
- Kim J, Ellis GL. Dental follicle tissue: misinterpretation as odontogenic tumors. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51: 762-7.
- Mori M, Murakami M, Hirose I et al. Histochemical studies of myxoma of the jaws. *J Oral Surg* 1975; 33: 529-35.
- Harrison JB. Odontogenic myxoma. Ultrastructural and histochemical studies. *J Clin Pathol*. 1973; 26: 570-8.
- Goldblatt LI. Ultrastructural study of an odontogenic myxoma. *Oral Surg* 1976; 42: 206-12.
- Schmidt-Westhausen A, Becker J, Schuppan D et al. Odontogenic myxoma. Characterization of the extracellular matrix (ECM) of the tumour stroma. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1994; 30: 377-80.
- Takahashi H, Fujita S, Okabe H. Immunohistochemical investigation in odontogenic myxoma. *J Oral Pathol Med* 1991; 20: 114-9.
- Ryu DM, Lee B. Concomitant occurrence of squamous cell carcinoma and myxoma of the mandible: A case report. *Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 425-30.
- Totten JR. Recurrence of a myxoma in a costochondral graft. *Br J Oral Surg* 1982; 20: 63-73.
- Schmidseder R, Groddeck A, Scheunemann H. Diagnostic therapeutic problems of myxomas of the jaws. *J Maxillofac Surg* 1978; 6: 281-8.
- Halfpenny W, Verey A, Bardsley V. Myxoma of the mandibular condyle. A case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2000; 90: 348-53.
- Zimmerman DC, Dahlin DC. Myxomatous tumors of the jaws. *Oral Surg* 1958; 11: 1069-75.
- Kangur TT, Dahlin DC, Turlington EG. Myxomatous tumors of the jaws. *J Oral Surg* 1975; 33: 523-28.
- Pogrel MA. The management of lesions of the jaws with liquid nitrogen cryotherapy. *J Calif Dent Assoc* 1995; 23: 54-7.
- Keller EE. Resection of a myxoma of the maxilla via Lefort I osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 46: 609-13.
- Petti NA, Weber FL, Miller MC. Resection of a mandibular myxoma via a ramus osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 1987; 45: 793-5.

2002-2010 Osasun Plana-Plan de Salud 2002-2010

Plan of Health 2002-2010

Autor: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Sanidad.

Editorial: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Calle Donosti-San Sebastián, 2. 01010 VITORIA-GASTEIZ.

ISBN (Obra Completa) 84-457-1830-4. Hay presentación en soporte CD. Internet: www.euskadi.net/sanidad.

La salud depende de múltiples factores, muchos de los cuales van más allá del ámbito sanitario: biológicos, sociales y económicos, medio-ambientales, estilos de vida, acceso a servicios básicos, flujos de población,... Por ello, se hace necesario contar con un plan que de respuesta al reto que supone abordar los múltiples determinantes que afectan a la salud de nuestra Comunidad y que marque el rumbo de las políticas no sólo del sistema sanitario, sino también de todos los agentes implicados. El Plan de Salud 2002-2010 del Gobierno Vasco es un plan multisectorial que responde a esta necesidad. Porque aunando esfuerzos y trabajando en la misma dirección se consiguen mejores resultados.

El sistema sanitario de la CAPV es universal y con un nivel de equidad difícilmente superable. No obstante, al igual que sucede en todos los países desarrollados, se encuentran diferencias en la salud de la población en función de su nivel socioeconómico. Las causas de estas diferencias y sus posibles soluciones son complejas y multifactoriales. Sin embargo, en el mundo se están acumulando evidencias sobre la efectividad de las políticas dirigidas a la disminución de las desigualdades sociales en salud. Por todo ello, una de las grandes metas que se marca el Plan de Salud 2002-2010 es desarrollar políticas que reduzcan las diferencias de salud entre los diversos colectivos de la CAPV.

Si bien el Plan de Salud para Euskadi 2002-2010 sirve de referencia tanto al Departamento de Sanidad como a los distintos protagonistas e instituciones relacionadas con la salud de la Comunidad. Es de agradecer el valor que reconoce el Departamento al personal médico como agente fundamental para aplicar el plan dentro del ámbito sanitario y para el logro de los objeti-

vos propuestos y el interés para el profesional tenga conocimiento de su contenido. Dicha información está a través de la página Web: www.euskadi.net/sanidad. El "2002-2010 Osasun Plana-Plan de Salud 2002-2010" es un libro que aborda el rumbo de las políticas de salud para Euskadi durante nueve años.

Un plan innovador que se apoya en la experiencia y los logros obtenidos en los planes anteriores: "Política de salud para Euskadi 2000" y el "Plan de Salud 1994". Se trata, además, de un plan innovador cuyos contenidos se adaptan a las

nuevas necesidades de salud de nuestra Comunidad, a las innovaciones en el conocimiento y a las herramientas disponibles. Este nuevo Plan refleja así la importancia creciente otorgada en los países de nuestro entorno a los determinantes sociales de la salud e incorpora objetivos y estrategias de intervención dirigidas a la disminución de las desigualdades sociales de la salud.

El Plan de Salud 2002-2010 persigue que el conjunto de las políticas públicas en general y del sistema sanitario en particular se encaminen hacia dos metas:

1.-Mejorar la salud de la población, aumentando la duración de la vida y el número de años de vida libres de incapacidad y 2.-Mejorar la salud de las personas más desfavorecidas y disminuir las desigualdades sociales de salud. Para alcanzar estas metas se han establecido unas áreas prioritarias de actuación con unos objetivos. Sin embargo, la definición de estas áreas prioritarias no significa en absoluto que otras áreas de salud e intervenciones no sigan recibiendo la atención debida por parte de la Administración.

Este Plan de Salud renueva el compromiso del Gobierno Vasco para mejorar la salud de las ciudadanas y ciudadanos de la CAPV, y se materializa en objeti-



vos concretos y las estrategias de intervención precisas para su consecución. Para aumentar el nivel de compromiso, en los intervalos de tiempo mínimos para poder detectar cambios significativos en el estado de salud de la comunidad, cada tres años, el Consejero de Sanidad presentará ante nuestro Parlamento el estado de situación en cuanto a la consecución de este Plan de Salud.

Es un plan innovador que se apoya en la experiencia y logros obtenidos en los planes anteriores: “Política de salud para Euskadi 2000” y el “Plan de Salud 1994”. Dicho análisis ha sido la evaluación de las líneas de actuación, el desarrollo del plan de salud y la encuesta entre profesionales sanitarios sobre el Plan de Salud 1994-2000. Se trata, además, de un plan innovador cuyos contenidos se adaptan a las nuevas necesidades de salud de nuestra Comunidad. En este sentido, incorpora objetivos y estrategias de intervención dirigidas a la disminución de las desigualdades sociales de la salud, con los objetivos y estrategias de intervención frente a las desigualdades no equitativas.

Las áreas prioritarias son los estilos de vida de los vascos (tabaco, alcohol, drogas, actividad física, nutrición y seguridad alimentaria), las desigualdades sociales, las enfermedades no transmisibles como cáncer, enfermedades del aparato circulatorio, diabetes mellitus, lesiones accidentales, salud mental con sus diferentes aspectos, salud mental infanto-juvenil, esquizofrenia y otras psicosis, trastornos depresivos no psicóticos y trastornos de ansiedad, alcohol, toxicomanías, tercera edad y suicidio, las enfermedades transmisibles son abordadas desde la vacunación, tuberculosis, infección nosocomial y VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Los grupos de actuación especial como son al inicio de la vida, en la juventud, tercera edad y la mujer. Los entornos medioambiental, laboral y escolar. El medio ambiente es de gran importancia como lo demuestra el

desastre ecológico del “Prestige” en Galicia. El entorno laboral constituye un ámbito de gran interés, no sólo por los problemas de salud que del mismo puedan derivarse (como accidentes de trabajo o enfermedades laborales) sino porque, dado que en él se encuentra una población adulta es el lugar idóneo para llevar a cabo actividades de promoción de la salud para este importante colectivo. El medio escolar además de transmitir una serie de conocimientos básicos, permite establecer unas actitudes elementales con relación a la salud. Por ello, y tal y como se ha planteado a lo largo de este Plan, deben establecerse una serie de estrategias básicas de intervención.

La encuesta entre profesionales sanitarios sobre el Plan de Salud, que se realizó una encuesta por correo a una muestra de trabajadores. Los principales resultados han sido los siguientes:

El grado de conocimiento del plan de Salud de 1994 entre los profesionales del Sistema Sanitario Público de Euskadi fue bajo. La difusión de la existencia y del contenido del Plan de Salud entre los profesionales fue escasa y poco eficaz. La percepción sobre la utilidad y la efectividad del Plan de Salud entre profesionales que lo conocían era positiva. Sin embargo, sólo una baja proporción de profesionales consideraba que el Plan de Salud había repercutido en su práctica profesional. Este nuevo Plan de Salud, ha puesto en marcha una estrategia de presentación y difusión del contenido excelente entre los profesionales sanitarios.

Finaliza con el Anexo de los objetivos del Plan de Salud 2002-2010.

Existe un ejemplar en la Biblioteca de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Julen Ocharan-Corcuera

Consejo de Redacción.

Correo electrónico: gacetamedica@telefonica.net

Esquemas de Medicina del Trabajo

The Medicine schemes of The Work

Autor: Juan José Sánchez Milla.

Edita: Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

ISBN 84-607-6952-6. D.L.: BI 428-03.

Distribución y venta: Secretaría General de la Academia. Calle Lersundi, 9 - 5º. 48009 Bilbao.

Tel.: 94 423 37 68. Fax: 94 423 01 11.

Esquemas de Medicina del Trabajo es un libro en el que se aborda de una forma práctica y clara los diversos temas relacionados con la medicina laboral. El autor, Juan José Sánchez Milla, nos ofrece en doce capítulos, conceptos y clasificaciones de distintos campos de la medicina del trabajo y nos los hace comprensibles de una forma esquemática y fácil de seguir. Aborda temas tan interesantes como toxicología o tecnopatías o tan actuales como accidentes de trabajo o rehabilitación laboral entre otros.

El objetivo del libro es servir de guía práctica para consulta y estudio de todas estas patologías y situaciones relacionadas con la medicina del trabajo. En él, se recogen tanto las etiologías, diagnósticos, conductas a seguir y tratamientos, aludiendo en muchos casos a la legislación vigente.

El Doctor Juan José Milla, además de Doctor en Medicina y Cirugía, es Técnico Superior en Prevención de riesgos Laborales y especialista en Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial y Ergonomía y Psicología Aplicada. Sus conocimientos y amplia experiencia en el tema le ha permitido realizar esta recopilación de esquemas de medicina del trabajo que constituye también una buena herramienta para los estudiantes. Esquemas de Medicina del Trabajo se dividen en doce capítulos. Los primeros seis capítulos tratan de diferentes patologías laborales: toxicología, dermatología, agentes físicos, agentes biológicos, respiratorio y tecnopatías. Los otros seis capítulos abarcan temas relacionados con accidentes de trabajo, rehabilitación y traumatología laboral, valoración de daño corporal e higiene industrial.

El primer capítulo está dedicado a la toxicología. El autor explica el concepto, la dinámica y la cinética de los tóxicos y posteriormente realiza un completo desglose de todos los tóxicos, metales hidrocarburos, gases explicando las sustancias, los tipos de toxicidad, los diagnósticos y los tratamientos.

En el segundo capítulo se desarrolla el tema de dermatología laboral, importante por su frecuencia ya que

constituyen del 40 al 65% de las enfermedades profesionales. El autor nos explica los distintos tipos de eccema, alérgicos y pruebas diagnósticas.

El tercer y cuarto capítulo tratan de patología laboral por agentes físicos y agentes biológicos respectivamente. Los agentes físicos son la iluminación, las vibraciones, la temperatura, las radiaciones y el ruido. Los agentes biológicos son las infecciones. En todo momento el autor nos aporta la legislación vigente con la referencia de normativas y leyes.

En el quinto esquematiza la patología laboral de origen respiratorio. Y en el sexto capítulo el autor explica las tecnopatías en relación con la industria, transporte, construcción, agricultura y sector terciario y cuáles son los riesgos y la prevención en estos campos.

La importancia del siguiente capítulo, accidentes laborales y enfermedades profesionales viene señalada por las cifras que detalla el autor: cada día 4 trabajadores muertos y 2.000 bajas laborales por este motivo en España. El autor escribe las pautas a seguir en el análisis tanto de los accidentes laborales como de las enfermedades profesionales.

También nos esquematiza de una forma concisa y clara las formas de rehabilitación laboral, la evaluación y el diagnóstico de la rehabilitación y la traumatología laboral en los capítulos octavo y noveno.

Los últimos tres capítulos están dedicados al daño corporal, higiene industrial y a conceptos generales de derecho, psicología y sociología del trabajo.

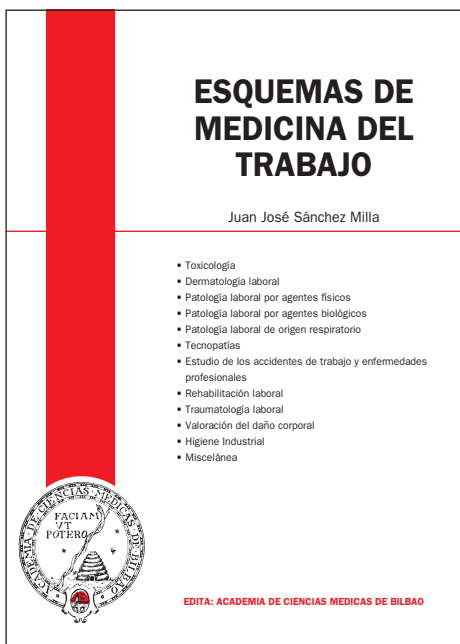
La importancia de los "Esquemas del Trabajo" es haber sabido abordar y resumir en 119 páginas la medicina laboral de forma que nos resulte fácil y rápido de consultar y así aumentar los conocimientos en la materia.

Existen ejemplares a la venta en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Dra. Rosa Inés Muñoz

Consejo de Redacción

Correo electrónico: gacetamedica@telefonica.net



CURSO ACADEMICO 2002-2003. ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO.

Bilbao. Salón de Actos. Desde Octubre 2002 hasta Junio 2003. Información: Secretaria de la Academia. Calle Lersundi, 9-5º. Bilbao. Tel.: 944 233 768. Fax: 944 230 111. Correo electrónico: gacetamedica@telefonica.es

Curso de Neurología para atención primaria

Marzo 2003

Bilbao, Salón de Actos. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Director: Prof. J. J. Zarranz.

Información: Secretaría de la Academia. Calle Lersundi, 9-5º. Bilbao. Tel.: 944 233 768. Fax: 944 230 111.

Curso de Oncología para atención primaria

Mayo y Junio 2003

Bilbao, Salón de Actos. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Director: Guillermo López Vivanco.

Información: Secretaría de la Academia. Calle Lersundi, 9-5º. Bilbao. Tel.: 944 233 768. Fax: 944 230 111.

XXX Semana Médica de Bilbao

31 Marzo-4 Abril 2003

Bilbao, Salón de Actos. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Director: Prof. Dr. Ciriaco Aguirre Errasti.

Información: Secretaría de la Academia. Calle Lersundi, 9-5º. Bilbao. Tel.: 944 233 768. Fax: 944 230 111.

Primer Congreso de Gestión Clínica.

"Una nueva forma de trabajar que mejora las decisiones".

Barcelona, 20-22 de febrero de 2003.

Información: Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. Tel. 934 881 177.

IV Reunión de la Sociedad Vasca de Hipertensión.

7 de Febrero 2003

Vitoria-Gasteiz. Hospital de Txagorritxu.

Información: Dr. Ramón Ruiz de Gauna - Servicio de Nefrología. Hospital de Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

Correo electrónico: sovashta@terra.es

Reunión Anual de la Sección de Ecocardiografía y otras técnicas de imagen de la SEC.

Pamplona, 14-15 de marzo de 2003.

Información: Web Cardiología.

VI Congreso SIBOMM.

Quito, Ecuador. 23-26 de marzo de 2003.

Información Centro Med. Alemania. Avda Mariana de Jesús y Occidental. Of. 619. PO Box 17-08-8207. Quito. Ecuador.

Correo electrónico: Sibomm@hmetro.med.ec

Octava Reunión Nacional de la SEH-LELHA.

Valencia, 25-29 de marzo de 2003.

2003 Annual Meeting of the American College of Cardiology.

Chicago, USA, 30 de marzo al 2 de abril de 2003.

Reunión Nacional de la Sección de Cardiología preventiva y Rehabilitación de la SEC.

Valencia, 8-10 de mayo de 2003.

18th Scientific Meeting of the American Society of Hypertension.

New York, USA, 14-17 de mayo de 2003.

VL Congreso de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.

Cáceres, 21-23 de mayo de 2003.

Curso-Taller de Internet en Hipertensión Arterial.

Laguardia (Alava), 24 de mayo 2003

Información: Dr. Alfonso Rodríguez. Centro de Salud de Iruña-Oca. Nancles de la Oca. Alava.

Reunión Nacional de la Sección de Cardiología Extrahospitalaria de la SEC.

Tenerife, 29-31 de mayo de 2003.

63 rd Scientific Sessions of the American Diabetes Association

New Orleans, USA, 14-17 de junio de 2003.

Ninth Bath Conference on Osteoporosis

Bath, Reino Unido 22-26 de junio de 2003.

Información Mrs. Jane Williams. National Osteoporosis Society. PO Box 10, Radstock, Bath BA3 3YB. U.K.

Correo electrónico: conferences@nos.org.uk

18th Congress of the International Diabetes Federation

Paris, Francia, 24-29 de agosto de 2003.

XXV Congress of the European Society of Cardiology.

Vienna, Austria, 30 de agosto al 3 de septiembre de 2003.

VII Congreso Nacional sobre el Sida

Bilbao, Palacio Euskalduna, del 7 al 9 de mayo de 2003.

Presidente: Dr. Daniel Zulaika Aristi.

Información: SEISIDA. Fax: 915 061 709

Correo electrónico: seisida@seisida.org

7th International Congress on Atherosclerosis

Kyoto, Japan, 28 de septiembre al 2 de octubre de 2003.

Update in Clinical Cardiology

Boston, USA, 29 de septiembre al 2 de octubre de 2003.

34 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cardiología

Sevilla, 15-18 de octubre de 2003.

Gaceta Médica de Bilbao.

Normas para la presentación de trabajos

1. ASPECTOS GENERALES

1.1.—Gaceta Médica de Bilbao considerará para su publicación aquellos trabajos relacionados directamente con la Medicina y Cirugía en sus diferentes manifestaciones clínicas.
1.2.—No se aceptarán trabajos publicados anteriormente o presentados al mismo tiempo en otra revista. Todos los originales aceptados quedan como propiedad permanente de Gaceta Médica de Bilbao y no podrán ser reproducidos total o parcialmente sin permiso de esta Revista.

2. ORIGINALES

2.1.—Aspectos generales

La revista consta fundamentalmente de las siguientes secciones:

- 1) Originales
- 2) Notas clínicas
- 3) Cartas al Director

La revista incluye otras secciones como Editoriales, Revisiones, ¿Cuál es su diagnóstico?, Actualizaciones terapéuticas. Estos trabajos son escritos por el Comité de Redacción o por encargo a un cierto autor. Los autores que espontáneamente deseen colaborar en alguna de estas Secciones deben consultarlo previamente.

Los manuscritos deben presentarse mecanografiados a doble espacio, en papel blanco de tamaño folio o DIN A4, siendo papel de buena calidad y escrito por una sola cara, con un máximo de 30 líneas de 70 pulsaciones por línea.

Todas las hojas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho..

2.2.—Ordenación del material

Según sus características los trabajos seguirán el siguiente esquema:

- 1) Originales: introducción, material y métodos, resultados, discusión, agradecimientos y bibliografía.
 - 2) Notas clínicas: introducción, observación clínica, discusión y bibliografía.
 - 3) Cartas al Director; no precisan una división tan neta como en los anteriores apartados.
- Como orientación general para cada una de ellas, el Comité de Redacción aconseja:

- a) Originales: 12 folios y un máximo de 12 ilustraciones o tablas.
 - b) Notas clínicas: 6 folios y un máximo de 4 ilustraciones o tablas.
 - c) Cartas al Director: 3 folios y un máximo de 2 ilustraciones o tablas.
 - d) Revisiones: 12 folios y un máximo de 6 ilustraciones o tablas.
- En el caso de los trabajos originales y las notas clínicas, se deben incluir los siguientes componentes dispuestos según el orden que se indica: a) primera página; b) resumen en castellano de extensión aproximada de 150 palabras y palabras clave; c) resumen en inglés y palabras clave; d) texto ordenado según el tipo de trabajo; e) agradecimientos; f) bibliografía. Cada uno de estos apartados debe iniciarse en hoja nueva sin perderse el orden correlativo de numeración de los mismos en su conjunto.
- En todos los casos y en la primera página del trabajo se indicarán los siguientes datos y en este orden: título en castellano y en inglés, apellidos de los autores e inicial del nombre, nombre y dirección del centro donde se ha realizado. Si se desea se puede hacer mención de los cargos de los autores mediante la correspondiente llamada a pie de página.

El resumen debe ser de una extensión aproximada de 150 palabras e incluirá:

- a) el propósito del estudio.
- b) los procedimientos utilizados y los hallazgos principales.
- c) las conclusiones más relevantes poniendo énfasis en lo que de nuevo o relevante aporta al mismo.

Debe permitir comprender la esencia de los propósitos, resultados y conclusiones del trabajo sin necesidad de leerlo en su totalidad y no incluirá material o datos no contenidos en el mismo. Las palabras clave son de 3 a 10 palabras o frases cortas, siempre que sea posible deben utilizarse términos empleados en el Index medicus (Medical Subject Headings). Las palabras clave se situarán después del resumen.

2.3.—Estructuras de los trabajos

Los trabajos originales se estructuran en los siguientes apartados:

- a) INTRODUCCION. Constituye la explicación necesaria para comprender el texto que sigue a continuación, debe ser lo más breve posible, no es una revisión del tema ni una discusión adelantada.
- b) MATERIAL Y METODOS. Deben indicarse en este apartado el centro donde se ha realizado el experimento o investigación, el tiempo que ha durado, las características de la serie estudiada, el criterio de selección empleado y las técnicas utilizadas, propor-

cionando los detalles suficientes para que una experiencia determinada pueda repetirse sobre la base de esta información. Deben referenciarse los métodos estadísticos utilizados. conviene indicar, cuando se trate de experimentos realizados en humanos, que los procedimientos seguidos estaban autorizados por el Comité de Ensayos Clínicos e Investigación de la Institución correspondiente o la normativa ética observada. Los fármacos y productos utilizados deben citarse con nombres genéricos, vía de administración y duración de la misma. No deben utilizarse nombres de pacientes ni iniciales ni números de historia que puedan permitir la identificación de las personas. Se recomienda realizar un esfuerzo en el intento de referenciar el tipo de búsqueda y selección bibliográfica seguido para justificar la bibliografía aportada.

c) RESULTADOS. Relatan, sin interpretar, las observaciones efectuadas y deben presentarse en una secuencia lógica con el apoyo de tablas y figuras. Deben evitarse repeticiones innecesarias de los resultados en el texto que ya figuren en las tablas y limitarse a resaltar los datos más relevantes.

d) DISCUSION. Debe focalizarse en los aspectos más importantes del estudio y en las conclusiones que se derivan del mismo, no extendiéndose en conceptos o hipótesis que no son objeto del propio estudio realizado. Es el apartado en que los autores ofrecen sus opiniones sobre el estudio realizado en base a:

—comentario del significado y aplicación práctica de los resultados.

—valoración de la posible inconsistencia de la metodología y razones por las que pueden ser válidos los resultados.

—la relación con publicaciones similares y comparación entre áreas de acuerdo y desacuerdo, evitando una innecesaria repetición de datos ya aportados en los resultados.

—las indicaciones y directrices para ulteriores investigaciones.

e) AGRADECIMIENTOS. Cuando se considere necesario se citará a las personas, centro o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo. Los autores son responsables de la obtención del permiso necesario de las personas o entidades citadas, dado que los lectores pueden inferir que estas respaldan los datos y conclusiones del trabajo.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Las referencias bibliográficas se presentarán en hojas aparte, con numeración correlativa por orden de citación en el texto. En el texto del manuscrito constará siempre la cita en números arábigos situados entre paréntesis. Los nombres de las revistas deben abreviarse de acuerdo con la List of Journals Indexed del Index Medicus (publicadas en cada número de enero). No se emplearán frases imprecisas como citas ni "observaciones no publicadas", "comunicación personal" o similares, aunque pueden citarse en el texto (entre paréntesis). Las citas deberán comprobarse sobre los artículos originales y se ordenarán según los "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas" (1).

Entre las citas más habituales:

A) REVISTAS

1. Artículo habitual de revista.
Citar todos los autores si son seis o menos, si son siete o más, citar los seis primeros y añadir et al.
Jacobs NF, Kraus SJ. Gonococcal and nongonococcal urethritis in men: clinical and laboratory differentiation. Ann Intern Med 1975; 82: 7-121.
2. Trabajo publicado por una corporación.
Working Group of the American Academy of Neurology AIDS Task Force. Nomenclature and research case definitions for neurologic manifestations of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) infection. Neurology 1991; 41: 778-85.
3. Autor desconocido (anónimo).
Epidemiology for primary health care. Int J Epidemiol 1976; 5: 224-5.
4. Suplemento de un volumen.
Carpenter YA. Indications for nutritional support. Gut 1986; 27 Suppl 1: 14-7.
5. Artículo aceptado pendiente de ser publicado.
Ponder BAJ. Molecular genetics of cancer. Br Med J. En prensa.

B) LIBROS Y OTRAS MONOGRAFÍAS

1. Autor(es) personal(es):
Eissen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5.^a ed. Nueva York: Harper & Row, 1974: 406.
2. Editor(es), recopilador(es) como autor(es):
Dausset J, Colombani J, editores. Histocompatibility testing 1972. Copenhagen: Munksgaard, 1973: 12-8.

3. Capítulo de un libro:

Johnson WG. Genetic principles. En: Gomez MR, editor. Neurocutaneous diseases: a practical approach. Boston: Butterworths, 1987: 1-8.

4. Actas de conferencias:

Vivian VL, editor. Child abuse and neglect: a medical community response. Proceedings of the First AMA National Conference on Child Abuse and Neglect; 1984 Mar 30-31; Chicago. Chicago: American Medical Association, 1985.

C) PUBLICACIONES DE OTRO TIPO

1. Artículo de un periódico:

Rensberger B, Specter B. CFCs may be destroyed by natural process. The Washington Post 1989 Ag 7; Secc A: 2 (col. 5).

4. MATERIAL ICONOGRAFICO

—Tablas

Mecanografiar cada tabla en hojas individuales a doble espacio. Numerar las tablas consecutivamente, en números arábigos, según el orden de mención en el texto. Situar el texto explicativo de la tabla a pie de página y no en la cabecera. Explicar en las notas al pie todas las abreviaturas y siglas utilizadas. Debe procurarse que sean claras y que contengan el mínimo de datos imprescindibles para su comprensión. Comprobar que las tablas se citan en el texto. Para emplear datos de otra fuente, se debe obtener el permiso y mencionarlo en el agradecimiento.

—Figuras

Numerarlas de manera correlativa y conjunta como figuras. Las fotografías sólo se aceptarán en blanco y negro, en papel satinado y preferentemente en tamaño 9x12 centímetros. Para la publicación de fotografías en color consultar con la secretaria de la Academia de Ciencias Médicas. El límite para el número de las mismas se ha especificado al exponer las características de cada Sección de la Revista. Debe buscarse un máximo de contraste para lograr una buena reproducción. Al dorso de cada fotografía se anotará en una etiqueta adhesiva o suavemente con lápiz el número de la figura, apellido del autor y título abreviado del trabajo. No se aceptarán xerocopias, diapositivas ni negativos de radiografías.

Los gráficos deben ser de excelente calidad, ya que en caso contrario no serán admitidos. El límite de número ha sido también especificado anteriormente.

Tanto gráficos como fotografías se remitirán en sobre aparte, acompañados de una hoja, en los que se incluirán los pie de cada gráfico o fotografía, identificándolos convenientemente mediante el número de figura correspondiente a cada una de ellas.

5. ENVÍO DEL MANUSCRITO

Enviar por correo el original y dos copias (salvo de fotografías) en un sobre de papel grueso junto a una carta dirigida a: Gaceta Médica de Bilbao. Jefe de Redacción. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. c/ Lersundi, 9-5.^º - 48009 Bilbao. Se agradecería asimismo el envío del artículo en soporte informático, bien en formato PC o MAC, asimismo indicando el programa con el cual está hecho y versión del programa.

El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la Revista e informará a los autores acerca de la aceptación de los originales o de las modificaciones que juzgue necesario que deban introducirse para poder ser publicados.

Todos los artículos originales, así como los solicitados por encargo serán revisados anónimamente por el Comité de Redacción y/o por autores expertos designados por éste. En base a esta revisión el Comité de Redacción se reserva el derecho de rechazar aquellos originales que no juzgue apropiados, así como proponer modificaciones de los mismos cuando lo juzgue necesario. En caso de aceptación el autor firmante en primer lugar recibirá una prueba impresa del artículo para su corrección, que deberá devolver, una vez revisada, al Jefe de la Redacción en el periodo de siete días.

Una vez publicado el artículo se enviará al autor firmante en primer lugar 5 ejemplares de la revista libres de todo gasto. Para recibir un número superior se requiere un acuerdo previo con el Jefe de Redacción.

(1) Para una mayor información el Comité de Redacción aconseja consultar los: "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas 2000" Gac Med Bilbao 2001; 98: 1-7.

LA ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Lersundi, 9 - 5º
48009 -BILBAO
Teléfono 94-423 37 68
Fax: 94-423 01 11

Horario:
mañana 11:00 - 13:30
tarde 17:00 - 20:00

LE OFRECE...

- Revista clínica trimestral «Gaceta Médica de Bilbao».
- Biblioteca con las últimas publicaciones.
- Hemeroteca con más de 100 revistas nacionales y extranjeras.
- Búsqueda bibliográfica mecanizada.
- Fotocopia instantánea de cualquier trabajo publicado en las revistas de nuestra hemeroteca.
- Sala de lectura.
- Servicio de préstamos de libros.
- Sesiones científicas de octubre a junio de cada año
- Conferencias a cargo de prestigiosos profesionales invitados.
- Proyecciones cinematográficas.
- Secciones de especialidades.
- Participación directa en las sesiones científicas.
- Participaciones en los certámenes de pintura, fotografía, cine etc.

A CAMBIO LE PIDE...

- Su colaboración y apoyo, si es socio.
- Su inscripción, si no lo es.

Boletín de inscripción ACADEMIA CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos
Dirección Nº Teléfono
Código postal Población Provincia
Correo electrónico

DATOS LABORALES

Especialidad..... Lugar de trabajo..... Cargo.....
Dirección del trabajo..... Tel.
Código postal Población Provincia
Correo electrónico

ORDEN DE PAGO. DOMICILIACION BANCARIA

Abonaré la cuota anual de 36,06 € por:

Banco o Caja de Ahorros

□ □ □ □ (4 dígitos)

Sucursal nº

□ □ □ □ (4 dígitos)

D.C.

□ □ (2 dígitos)

Cuenta corriente o de ahorro nº

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ (10 dígitos)

Titular de la cuenta

Fecha

Firma

* Rellene este boletín, recórtelo por la línea de puntos y envíelo a Academia Ciencias Médicas de Bilbao, Lersundi, 9, 5º - 48009 BILBAO. Teléfono 94 423 37 68. Fax 94 423 01 11

ESQUEMAS DE MEDICINA DEL TRABAJO

Juan José Sánchez Milla

- Toxicología
- Dermatología laboral
- Patología laboral por agentes físicos
- Patología laboral por agentes biológicos
- Patología laboral de origen respiratorio
- Tecnopatías
- Estudio de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
- Rehabilitación laboral
- Traumatología laboral
- Valoración del daño corporal
- Higiene Industrial
- Miscelánea



EDITA: ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO



Mutua Vizcaya Industrial
.....
Bizkai Zergintza Alkartea

MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES
DE LA SEGURIDAD SOCIAL N° 20

DISTRIBUCION Y VENTA:

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Secretaría General
Lersundi 9 - 5.º - 48009 BILBAO.
Teléfono 944 233 768
Fax 944 230 111

Correo electrónico: gacetamedica@telefonica.net

P.V.P. 30 € (+ gastos de envío)