



REVISTA *de* ESTUDIANTES *de* MEDICINA DEL SUR

VOLUMEN 8 - NÚMERO 1

AGOSTO DE 2012

www.rems.cl

ARTÍCULO DE REVISIÓN

¿Puede disminuirse el riesgo cardiovascular en la postmenopausia?

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Diagnóstico Nutricional Integrado, pacientes en Programa de Control del Niño Sano durante el año 2011 Hospital Jorge Ibar, Puerto Cisnes

Fiebre de Origen Desconocido: Diagnóstico final de pacientes hospitalizados en Servicio de Medicina Interna, Hospital Hernán Henríquez Aravena en 2010

ARTÍCULO CLÍNICO

Quiste del colédoco: Causa de pancreatitis reagudizada

EDITORIAL

De las buenas publicaciones científicas y su impacto en la realidad local



REVISTA *de*
ESTUDIANTES *de*
MEDICINA
DEL SUR

Publicación Oficial de la Academia Científica de Estudiantes de
Medicina de la Universidad de La Frontera desde 2005

www.rems.cl

ISSN 0718-9958 (Edición en línea)

ISSN 0718-1906 (Edición impresa)

REMS

REVISTA *de* ESTUDIANTES *de* MEDICINA DEL SUR

Publicación Oficial de **ACEM-UFRO**

COMITÉ EDITORIAL

Editor Jefe

Alejandra Salinas G.

Editor Asociado

Carolina Cerda V.

Comité Difusión

Liseth Alegría O.

Valeria Jara S.

Comité Producción

Fernando Sepúlveda E.

Rodolfo Vergara Q.

Comité Científico

Javier Jaramillo M.

Miguel Feijóo P.

Jahzeel Gacitúa B.

Diseño y Diagramación

Vincenzo Benedetti P.

CONTACTO

Academia Científica de Estudiantes de Medicina
Facultad de Medicina Universidad de La Frontera
Manuel Montt 112, Temuco
editor@rems.cl
www.rems.cl
www.acemufro.cl

COMITÉ ASESOR

Dra. Roxana Gayoso N.

Medicina Interna – Diabetes
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena
Clínica Alemana de Temuco
Magíster en Epidemiología Clínica
Profesor Asistente
Departamento de Ciencias Preclínicas
Académico Centro de Excelencia CIGES
Directora Carrera de Medicina
Universidad de La Frontera

Dr. Waldo Merino U.

Anestesiología y Reanimación – Anestesia
Cardiovascular
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena
Clínica Alemana de Temuco
Magíster en Epidemiología Clínica
Magíster en Administración y Negocios
Docente Departamento de Ciencias Preclínicas
Académico Centro de Excelencia CIGES
Universidad de La Frontera

Dr. Fernando Lanas Z.

Medicina Interna – Cardiología
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena
Clínica Alemana de Temuco
Magíster en Epidemiología Clínica
Past President Sociedad Chilena de Cardiología y
Cirugía Cardiovascular
Profesor Titular
Departamento de Medicina Interna
Director Unidad de Epidemiología Clínica
Centro de Excelencia CIGES
Universidad de La Frontera

Dr. Carlos Vallejos V.

Ginecología y Obstetricia
Magíster en Epidemiología Clínica
Profesor Asistente
Director Departamento de Obstetricia y Ginecología
Director Unidad de Economía de la Salud
Centro de Excelencia CIGES
Universidad de La Frontera

Dr. Marcelo Peldoza W.

Neurocirugía - Neurorradiología Diagnóstica
Neurorradiología Intervencional
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena
Docente Departamento de Ciencias Preclínicas
Universidad de La Frontera

Dr. Jorge Silva A.

Cirugía General – Cirugía Biliopancreática
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena
Clínica Alemana de Temuco
Docente Departamento de Cirugía y Traumatología
Universidad de La Frontera



ACEM-UFRO

ACADEMIA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA
de la UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

**DIRECTIVA
2012**

Alejandra Salinas G.
Presidenta

Rodrigo Cid C.
Secretario General

Carolina Aguilera P.

Vanessa Ceballos C.
Relacionadoras Públicas

Vincenzo Benedetti P.
Vicepresidente

Delegado ANACEM Chile

Luis Bustamante H.
Tesorero

Paulina Velásquez F.
Subdelegada ANACEM Chile

GABINETE ASESOR

Rodolfo Vergara Q.
Secretario de Investigación

Roberto Cuevas M.
Secretario de Formación

Felipe Barrientos F.
Secretario de Difusión

Liseth Alegría O.
Secretaria de Bienestar

Antonio Bastías J.
Prosecretario

María José Llanos S.
Protesorera

Fortaleciendo puentes entre investigación, ciencia y medicina



REVISTA *de* ESTUDIANTES *de* MEDICINA DEL SUR

La Revista de Estudiantes de Medicina del Sur (REMS) es la publicación oficial de la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de La Frontera (ACEM-UFRO). Su objetivo es promover la investigación de los estudiantes de Medicina de las distintas Universidades mediante la realización de artículos científicos sobre temas de interés médico y de las ciencias biomédicas.

Fue creada el año 2005 y ha sido publicada de manera ininterrumpida desde esa fecha. Cuenta con el patrocinio oficial de la Universidad de La Frontera y es editada en la ciudad de Temuco, Chile. Sus artículos se encuentran íntegramente disponibles de forma libre y gratuita en formato electrónico en la página web www.rems.cl.

Actualmente publica con una frecuencia semestral artículos de revisión, artículos de investigación, artículos clínicos y cartas al editor. Está abierta a estudiantes y profesionales del área de la salud y otras afines, sin preferencia por universidad, establecimiento o carrera, con el requisito único de que entre sus autores exista a lo menos un estudiante de medicina.

La Revista cuenta con Comité Editorial, y sus artículos son sometidos a revisión por pares, con la participación de evaluadores internos y externos.

Su abreviatura para los efectos de citación es Rev Estud Med Sur. Su edición en línea está registrada con el ISSN 0718-9958, y su edición impresa, con el ISSN 0718-1906. Se encuentra indizada en Latindex Directorio e Index Copernicus.

REMS

Volumen 8

Número 1

Agosto de 2012

EDITORIAL

- 9 De las buenas publicaciones científicas y su impacto en la realidad local ■ C. Cerda Valenzuela

ARTÍCULO DE REVISIÓN

- 12 ¿Puede disminuirse el riesgo cardiovascular en la postmenopausia? ■ L. Osses Donoso, M. Ramos Vásquez, S. Becker Troncoso, M. Pantoja Monsalves

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- 19 Diagnóstico Nutricional Integrado, pacientes en Programa de Control del Niño Sano durante el año 2011 Hospital Jorge Ibar, Puerto Cisnes ■ G. Muñoz Román, S. Becker Troncoso, F. Díaz Armstrong, M. Vásquez Parra, P. Troncoso Trujillo
- 23 Fiebre de Origen Desconocido: Diagnóstico final de pacientes hospitalizados en Servicio de Medicina Interna, Hospital Hernán Henríquez Aravena en 2010 ■ M. Barra Quintana, G. Muñoz Del Solar, J. Moreno Patiño, M. Feijóo Palacios, V. Iturrieta González

ARTÍCULO CLÍNICO

- 27 Quiste del colédoco: Causa de pancreatitis reagudizada ■ C. Vivallo Bos, A. Garín Concha, J. Mansilla Figueroa, R. Santamaría González, R. Aguilera Vergara

-
- 32 INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES
-

De las buenas publicaciones científicas y su impacto en la realidad local

Carolina Cerda Valenzuela^{1,2}

(1) Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco
(2) Editor Asociado Revista de Estudiantes de Medicina del Sur

La comunicación científica es comúnmente realizada por medio de la publicación de artículos actualizados en revistas especializadas, siendo éstas la plataforma fundamental para la masificación y acceso al nuevo conocimiento científico

Los avances del mundo actual exigen la existencia de múltiples opciones para sacar a la luz las nuevas publicaciones.

Es importante crear estas instancias que, a su vez, fomentan el espíritu investigativo, sobre todo dentro de las nuevas generaciones.

Esto porque ya no es necesario tan sólo el mantenerse actualizado, sino también el empaparse de la

realidad local, conocer la población en la que nos desenvolvemos, sus necesidades y fortalezas, para así, en base al cuestionamiento de ésta realidad, generar nuevos conocimientos que impacten directamente en la salud de la población.

El mundo globalizado, los avances de la medicina y la labor de médico de por sí, por su gran impacto en la salud pública, nos insta a ser

profesionales íntegros y comprometidos con nuestro entorno.

El realizar investigaciones de calidad y, por tanto, que estas se publiquen para que estén a disposición de quienes toman decisiones en salud, además de quienes se desempeñan en la labor clínica a diario o están en proceso de formación, contribuye en la adopción de decisiones de política, salud pública y atención de salud que beneficiarán a la población.

Esperamos en este nuevo número contribuir a lo anteriormente planteado.

Rev Estud Med Sur 2012;8(1):9



Piedra del Águila, Parque Nacional Nahuelbuta. Región de La Araucanía, Chile ■ Tomado de <http://goo.gl/9eyOM>

¿Puede disminuirse el riesgo cardiovascular en la postmenopausia?

Letsy Osse Donoso,¹ Macarena Ramos Vásquez,¹ Susana Becker Troncoso,¹ Dr. Miguel Ángel Pantoja Monsalves²

(1) Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco

(2) Médico Ginecoobstetra, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco

RESUMEN

Menopausia se define como el cese permanente de la menstruación y se produce por la disfunción ovárica propia de la culminación de la vida fértil de la mujer. Hoy en día cerca de un tercio del ciclo vital femenino ocurre en situación de hipoestrogenismo. La enfermedad cardiovascular (ECV) es causa importante de morbimortalidad en este grupo de pacientes.

La terapia de reemplazo hormonal podría disminuir el riesgo cardiovascular en algunas mujeres dependiendo de la edad a la que se inicie y de la presencia de enfermedad aterosclerótica ya establecida, sin embargo no se recomienda su uso rutinario debido a sus potenciales efectos adversos. Las modificaciones en el estilo de vida han demostrado ser determinantes en la progresión del daño vascular, ya que si bien la deprivación estrogénica juega un rol importante en el desarrollo de la ECV, ésta se produce en mayor medida por el aumento de los factores de riesgo cardiovascular relacionados con la edad.

Actualmente existe un mayor porcentaje de mujeres en esta etapa del ciclo reproductivo, lo que asociado al cambio de estilo de vida, ha aumentado considerablemente los factores de riesgo cardiovascular. Dada la evidencia, la TRH no debe ser iniciada con el propósito de prevención primaria ni secundaria de estos eventos. Además, el número de años transcurridos entre la menopausia y el inicio de la TRH es importante, pues mientras mayor sea este período existen más posibilidades de daño establecido.

PALABRAS CLAVE: Menopausia, Terapia de Reemplazo Hormonal, Riesgo Cardiovascular

ABSTRACT

Menopause is the permanent cessation of menstruation caused by the characteristic ovarian dysfunction of women's fertile life culmination. One third of the women life cycle occurs in hypoestrogenism situation. The cardiovascular disease (CVD) is an important cause of morbidity and mortality in those patients.

Hormone replacement therapy may reduce cardiovascular risk in some women which depends on the age when the therapy starts and atherosclerotic disease presence. However, the routine use of this therapy is not recommended due to its potential adverse effects. Lifestyle changes have proven to be determinant in the vascular damage progression, because even though estrogen deprivation plays an important role in the CVD development, that disease is most commonly caused by cardiovascular risk factors related with age.

Nowadays, there is a higher percentage of women in this stage of the reproductive cycle, which is associated with lifestyle changes, has greatly increased cardiovascular risk factors. Based on the evidence, HRT should not be initiated for primary or secondary prevention purposes. Moreover, the years between menopause and HRT beginning are important; due to higher that time years there are more possibilities of damage established

KEY WORDS: Menopause, Hormone Replacement Therapy, Cardiovascular Risk

INTRODUCCIÓN

La menopausia (del griego *mens*, que significa "mes", y *pausi*, "cesación")¹ se define como el cese permanente de la menstruación. Su correlato fisiológico es la declinación de la secreción de estrógenos dada por la por la disminución de la sensibilidad ovárica a las gonadotropinas en relación a la disfunción y disminución folicular. Es parte universal e irreversible del proceso de envejecimiento del aparato reproductivo de la mujer.

La perimenopausia, entonces, comprende el periodo previo a la menopausia. Comienza, usualmente, 5 a 10 años antes de ésta. Es en estos años previos donde se

manifiestan síntomas vasomotores, urogenitales e irregularidades menstruales.

La edad de presentación promedio de la menopausia se ha mantenido estable entre los 50 a 51 años, cuando se presenta antes de los 40 años, se considera menopausia precoz o falla ovárica prematura. Los síntomas asociados comienzan a manifestarse entre los 45,5 y 47,5 años.^{2,3,4}

Para los años 2010-2015, la esperanza de vida al nacer de la mujer chilena es de 82,2 años,⁵ por lo que se mantiene en una condición de hipoestrogenismo aproximadamente

un tercio del ciclo vital, con las consecuencias que esto conlleva.

El año 2010 se estimaba que, a nivel mundial, la población femenina mayor de 50 años es de 749.471.447,⁶ lo que implica que cerca de un 10.9% de la población mundial total es susceptible a los cambios asociados a esta condición y para el 2030 se estima que 47 millones de mujeres se encontraran viviendo este proceso cada año.⁷

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de morbimortalidad en hombres y mujeres postmenopáusicas. Es un proceso crónico y de etiología multifactorial. Las principales causas de muerte de la población en estudio son enfermedad coronaria y accidente vascular encefálico.⁸

El descenso en los niveles de estrógenos ha demostrado ser uno de los factores causales de ECV en la mujer por diversos mecanismos (plausibles desde un punto de vista biológico). La información disponible indica que por cada año de retraso de la menopausia existe un 2% de disminución de la mortalidad por causa cardiovascular; por otro lado, mujeres con menopausia precoz tienen una esperanza de vida menor a aquellas que alcanzan la menopausia después de los 55 años, lo que apoya los efectos protectores de los estrógenos en la mujer.^{9, 10, 11}

Un factor de riesgo es la característica o elemento medible que tiene una relación causal con un aumento de frecuencia de una enfermedad y constituye un factor predictivo independiente y significativo del riesgo de contraer una enfermedad.¹²

Es bien sabido que de la prevalencia y acumulación de los factores de riesgo depende la incidencia de las enfermedades cardiovasculares; vale decir, a mayor número de factores de riesgo, mayor probabilidad de padecer un evento cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión de la bibliografía a partir de una búsqueda sistemática de trabajos científicos en la base de datos MEDLINE. Se utilizaron para la búsqueda los conceptos Menopausia y Factores de riesgo cardiovascular. Se limitó la búsqueda a aquellos estudios realizados en humanos de sexo femenino de 45 o más años. Para el análisis se descartaron aquellos cuyo idioma difiriera del español o inglés, no tuvieran su resumen y que no fuera posible obtener el artículo a texto completo. Así se obtuvo un total de 342 artículos. Para facilitar la lectura, fueron seleccionados en primera instancia sólo

revisiones, con lo que el volumen de artículos se redujo a 30. Se estudiaron aquellos que tenían relación directa al tema en estudio, así como algunas de sus referencias, con lo que el número de artículos estudiados fue de 20, la mayoría de los cuales se citan en las referencias.

RESULTADOS

Según los trabajos analizados, existen diversos factores que influyen en el riesgo cardiovascular en la postmenopausia.

TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

La principal utilidad de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) es tratar los síntomas vasomotores que provoca la fluctuación de estrógenos durante el periodo perimenopáusico, así como la reducción de riesgo de embarazo no deseado y de alto riesgo, irregularidades menstruales y preservación de la masa ósea.¹³

Sin embargo, diversos estudios han analizado tanto los efectos benéficos como deletéreos del uso de TRH y las conclusiones deben ser tomadas en cuenta al momento de elegir una terapia para una paciente en particular.

Según un metaanálisis realizado por Salpeter et al el año 2004,¹⁴ en el cual se revisaron 30 estudios que incluían un total de 26.708 pacientes, la reducción del riesgo cardiovascular en relación a la TRH, depende de la edad de inicio de ésta.

Podemos considerar que existen dos grupos de estudio en las mujeres posmenopáusicas, aquellas menores de 60 años versus mayores de 60.

Según este estudio, en el grupo de mujeres menores de 60 y de edad promedio de 54, la TRH se asoció a una disminución de la mortalidad total de un 39%. En el grupo mayor, cuya edad promedio eran 66 años, la TRH no se asoció a un cambio en la mortalidad.

Estos resultados, pueden explicar las discrepancias vistas entre algunos grandes estudios. El estudio NHS (*Nurses' Health Study*), fue un estudio de cohorte que siguió a 121.700 mujeres menores de 55 durante 20 años. El estudio WHI (*Women's Health Initiative*), fue un estudio de 5 años, de 16.000 mujeres, cuya edad promedio era 63 años. En ambos estudios la TRH se asoció a incremento similar en la tasa de cáncer mamario, accidente vascular encefálico y tromboembolismo pulmonar y a la vez, reducciones similares en la incidencia de cáncer colorrectal y fractura de cadera. Sin embargo, NHS encontró reducciones significativas en los eventos

cardiovasculares y mortalidad total, mientras que WHI demostró un aumento de los eventos cardiovasculares, aunque sin cambios en las tasas de mortalidad.

Tabla 1. Principales diferencias entre NHS y WHI

	NHS	WHI
Edad de inicio	52 años	63 años
Tiempo desde inicio de menopausia	1,5 años	12 años
Síntomas vasomotores	(+)	(-)
Formulación TRH*	Diversa	EEC: 0,625mg/día AMP: 2,5mg/día
Tiempo de uso TRH	Prolongado	Breve

*EEC: Estrógenos equinos conjugados, AMP: Acetato de medroxiprogesterona

Tanto el estudio NHS como el metaanálisis de Salpeter et al,¹⁴ entregan evidencia sobre el beneficio de la TRH si es iniciado precozmente después de la menopausia.¹⁵

Los efectos benéficos asociados al uso de TRH, son más bien metabólicos. Aumento de las HDL, reducción de las LDL, Lp(a), homocisteína, fibrinógeno, antígeno inhibidor del activador del plasminógeno, factores intrínsecos de la coagulación, glicemia, peso, niveles de insulina, incidencia de Diabetes Mellitus, también aumento en los niveles de óxido nítrico, reducción de la norepinefina plasmática,

actividad de la renina plasmática y endotelina. Estos cambios endoteliales se asocian a vasodilatación, reducción de la presión arterial aumento del flujo y rendimiento cardiaco. Se piensa, que los estrógenos tienen un rol de protección cardiovascular, en las mujeres premenopáusicas, y que el riesgo de aterosclerosis comienza a elevarse luego de ésta. Todo esto hace pensar que la TRH podría tener utilidad en la prevención primaria de ECV.

Desde otro punto de vista, el estudio WHI no demostró beneficios de la TRH en la mortalidad, lo mismo afirma Salpeter et al. Sin embargo, los resultados eran sugerentes aunque no significativos en la disminución de los eventos cardiovasculares en aquellas que iniciaban TRH precozmente después de la menopausia.

Esto indica que aún en mujeres sanas existe una progresión evidente del daño endovascular en aquellas pacientes que no recibieron TRH en forma precoz y que una vez instalada la aterosclerosis, la TRH no tiene la capacidad de revertir el proceso, sino incluso puede tener efectos protrombóticos durante el primer año.

En las Figuras 1 y 2 se observan los resultados del estudio de Salpeter et al, mostrando las distintas OR para mortalidad total en función de la edad de inicio de la TRH.¹⁴

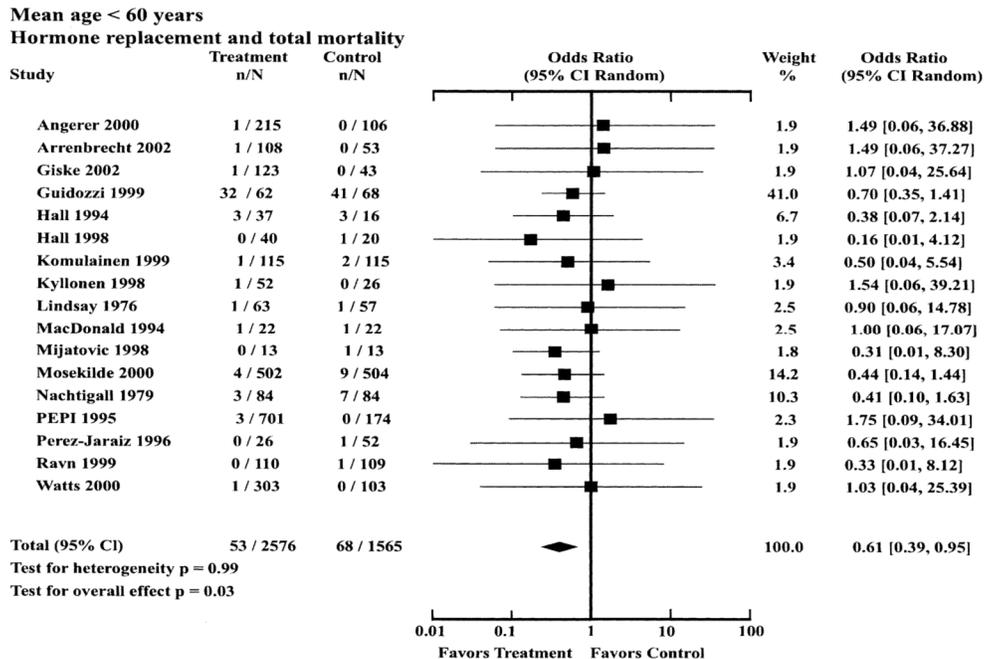


Figura 1. OR de mortalidad total asociada a TRH. Estudios en mujeres de edad media <60 años

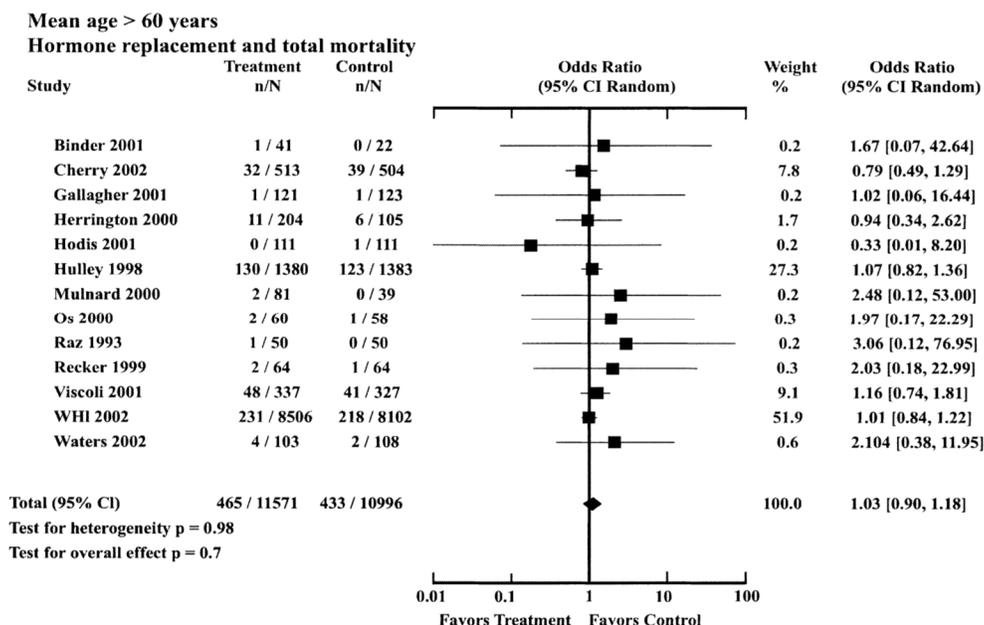


Figura 2. OR de mortalidad total asociada a TRH. Estudios en mujeres de edad media >60 años.

MODIFICACIONES AL ESTILO DE VIDA

A pesar del rol protector del sistema cardiovascular que cumplen los estrógenos, tanto en el metabolismo lipídico como en la vasodilatación del endotelio vascular, en las mujeres postmenopáusicas el aumento de riesgo cardiovascular está asociado en mayor grado al incremento de la prevalencia de factores de riesgo que aumenta con la edad que a la deprivación estrogénica.

El médico, al enfrentarse a una mujer menopáusica debe hacer una evaluación del riesgo cardiovascular, basándose en la clasificación de la *American Heart Association* (AHA), con el fin de establecer un plan de prevención individualizado.

La clasificación del riesgo cardiovascular de la AHA, basada en las Tablas de Framingham, se concentra en tres categorías: riesgo alto, en riesgo, riesgo óptimo.¹⁹

Las mujeres en la categoría “riesgo alto”, que se asocia a una probabilidad de desarrollar ECV estimada a 10 años mayor al 20%, tienen una o más de las siguientes condiciones:

- Enfermedad coronaria establecida
- Enfermedad cerebro-vascular
- Enfermedad arterial periférica
- Aneurisma aórtico abdominal
- Enfermedad renal crónica
- Diabetes Mellitus

Las pacientes que se encuentran en la categoría “en riesgo”, tienen una probabilidad de desarrollar ECV a 10 años superior al 10%, y presentan uno o más de los siguientes factores de riesgo:

- Tabaquismo
- Hipertensión arterial
- Dislipidemia
- Dieta deficiente
- Inactividad física
- Obesidad central
- Antecedentes familiares en línea directa de ECV prematura (<65 años en mujeres y <55 años en hombres)
- Evidencia de ECV subclínica (ej.: Calcificación coronaria, Síndrome Metabólico)
- Estrés psicosocial o laboral
- Enfermedad sistémica autoinmune
- Antecedente de preeclampsia, diabetes gestacional, o hipertensión inducida por el embarazo

Las mujeres en la categoría de riesgo “óptimo” presentan una probabilidad de desarrollar ECV a 10 años menor al 10%, tienen un estilo de vida saludable y no tienen factores de riesgo adicionales.

En ausencia de estudios nacionales, se han propuesto mecanismos matemáticos que modifican la función de riesgo coronario de Framingham, a partir de la prevalencia

de los factores de riesgo de ECV y la incidencia de eventos coronarios locales. Investigadores de la Universidad de Talca realizaron el año 2006 dicha adaptación para la población chilena de 35 a 74 años.²⁰ Estas tablas permiten estimar el riesgo de padecer un episodio coronario en personas sin antecedentes de ECV previa, en un periodo

de 10 años, según la presencia o ausencia de factores de riesgos mayores: edad, nivel de presión arterial, colesterol total, diabetes mellitus, tabaquismo y colesterol HDL, según se observa en la Figura 3, para la población femenina.²⁰



Figura 3. Tabla de estimación de riesgo coronario a 10 años en mujeres diabéticas y no diabéticas de 35 a 74 años para la población chilena.

Para cada mujer y dada su condición particular de factores de riesgo, tras haber estratificado su riesgo global, deberá aplicarse la meta apropiada, según se detalla a continuación.

Para el manejo de la hipertensión arterial se debe alcanzar las siguientes metas:

- Cifras de tensión arterial inferiores a 140/90 mmHg.
- En diabéticas o nefrópatas la meta deberá ser menor de 130/80 mmHg

La hipertensión sistólica es un predictor mayor para daño de órgano blanco.

Las metas a lograr con relación a los valores de Glicemia, deben ser en lo posible:

- Mantener un nivel sanguíneo en ayunas inferior a 100 mg/dL
- En mujeres diabéticas, concentraciones menores a 130 mg/dL y tener una hemoglobina glicosilada inferior a 7,0%.

Las metas para los Lípidos séricos deberán ser:

- LDLc inferior a 160 mg/dL en mujeres clasificadas con "Riesgo óptimo".
- LDLc inferior a 130 mg/dL en mujeres clasificadas "En Riesgo".
- LDLc menor a 100 mg/dL para aquellas clasificadas en "Riesgo Alto".
- LDLc menor a 70 mg/dL para mujeres post-infarto que cursen con diabetes o síndrome metabólico o que sean fumadoras.
- Colesterol HDL idealmente deberá ser mayor a 50 mg/dL
- Niveles de triglicéridos por debajo de 150 mg/dL.

Según el estudio WHI, el colesterol HDL en niveles bajos para las mujeres es un factor de riesgo más determinante que tener colesterol LDL elevado.

Desde la perimenopausia se deben involucrar acciones terapéuticas positivas y recomendar:^{21,22}

- Cese del hábito tabáquico
- Hacer ejercicio físico de intensidad moderada diariamente un mínimo de 30 minutos
- Mejorar la dieta, aumentando el contenido de fibra, verduras y frutas y aconsejando disminuir al máximo el consumo de grasas saturadas y margarinas sólidas.
- Uso de grasas mono y poli insaturadas, especialmente el omega-3.
- En mujeres mayores de 65 años se recomienda el uso diario de aspirina en dosis bajas (75 a 325 mg/día), ya que ha demostrado una disminución de eventos cardiovasculares en base a la reducción de AVE isquémico e infarto de miocardio.
- Aquellas menores de 65 años, con factores de riesgo para AVE tales como obesidad, diabetes, sedentarismo, etc. se beneficiarán de recibir Ácido Acetilsalicílico en bajas dosis.²³

El manejo de la mujer menopáusica debe ser interdisciplinario y contar con la detección temprana de factores de riesgo y la derivación oportuna a otros especialistas para un manejo integral sobre la base de una intervención completa intentando lograr así los mejores resultados.²⁴

DISCUSIÓN

Hoy en día, por el cambio demográfico, sumado al aumento de la expectativa de vida, existe un mayor porcentaje de mujeres menopáusicas. Además de esto, los cambios en el estilo de vida, sobre todo en países

desarrollados y en vías de desarrollo han llevado a un aumento considerable de los factores de riesgo cardiovascular, como la obesidad, el sedentarismo, malos hábitos alimenticios, entre otros.

El riesgo cardiovascular en mujeres, se mantiene relativamente bajo durante toda la vida fértil en comparación a la población masculina. Este riesgo se iguala al momento de agotarse el estímulo estrogénico en la mujer luego de la menopausia. Dada esta situación, es posible deducir que el hipoestrogenismo tendría un rol causal preponderante en el riesgo cardiovascular femenino. Sin embargo, el aumento de riesgo cardiovascular está asociado además, y en mayor medida, al incremento de la prevalencia de factores de riesgo que aumenta con la edad, y no sólo al hipoestrogenismo.

Dada la evidencia, la TRH no debe ser iniciada con el propósito de prevenir la enfermedad cardiovascular o cerebrovascular en pacientes sin historia de estas patologías (prevención primaria), ni menos en aquellas pacientes con historia de eventos cardiovasculares previos (prevención secundaria). En aquellas pacientes en que se decide utilizar TRH, por sintomatología propia del climaterio, es necesario informar a la paciente sobre los beneficios y riesgos no cardiovasculares (por ejemplo, cáncer de mama) y que sea ella quien tome la decisión.²⁵

El número de años transcurridos entre la menopausia y el inicio de la TRH es importante, pues a mayor edad existe más posibilidades de daño endotelial y aterosclerosis establecida.^{26,27,28,29} Si durante la TRH se desarrolla un evento cardiovascular, debe considerarse discontinuar la TRH e iniciar trombotoprofilaxis cuando corresponda, además evaluar el manejo conjunto con cardiólogo y el uso de fármacos hipolipemiantes, antihipertensivos y otros.³⁰

Para una óptima salud cardiovascular en la postmenopáusica, son claves las modificaciones en el estilo de vida, incluido el cese del hábito tabáquico, actividad física regular, reducción del peso corporal y alimentación saludable; además controlar factores de riesgo mayores como presión arterial y dislipidemias a través de cambios en el estilo de vida y fármacos cuando proceda.³¹

En conclusión, es posible señalar que según la evidencia actual, la forma más efectiva de reducir el impacto de la enfermedad cardiovascular en la salud de la mujer es poner énfasis desde la infancia y a través de la vida en la nutrición, ejercicio físico regular, evitar el cigarrillo, prevención de obesidad, detección temprana y tratamiento de la hipertensión arterial, dislipidemia,

diabetes mellitus, y otros factores que contribuyen a aumentar el riesgo cardiovascular.

La TRH sólo debe utilizarse en caso de sintomatología severa del climaterio no tratable con otras medidas, farmacológicas o no farmacológicas. Actualmente no se

recomienda la TRH a largo plazo para prevenir el desarrollo de enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, y debe evitarse tal indicación.

Rev Estud Med Sur 2012; 8(1):12-18

REFERENCIAS

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (22ª ed.). 2001. Disponible en <http://www.rae.es>
2. McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JG. The normal menopause transition. *Maturitas*. Jan 1992;14(2):103-15.
3. Butler L, Santoro N. The reproductive endocrinology of the menopausal transition. *Steroids*. Jun 2011;76(7):627-35.
4. Santoro N, Randolph JF. Reproductive hormones and the menopause transition. *Obstet Gynecol Clin North Am*. Sep 2011;38(3):455-66.
5. Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Esperanza de Vida al Nacer 1950 – 2025. Disponible en <http://goo.gl/Bp6Ts>
6. US Department of Commerce. World Midyear Population by Age and Sex for 2010. Disponible en <http://www.census.gov>
7. Hill K: The demography of menopause. *Maturitas* 1996; 23:113-27.
8. Kannel WB, Hjortland MC, McNamara PM, et al. Menopause and risk of cardiovascular disease: the Framingham study. *Ann Intern Med*. Oct 1976;85(4):447-52.
9. Van der Schouw YT, Van der Graf Y, Steyerberg EW, Eijkemans MJC, Banga JD. Age at natural menopause as a risk factor for cardiovascular mortality. *Lancet* 1996;347:714-18.
10. Sun L, Tan L, Yang F, Luo Y, et al. Meta-analysis suggests that smoking is associated with an increased risk of early natural menopause. *Menopause* 2012;19(2):126-32.
11. Ossewaarde ME, Bots ML, Verbeek AL, Peeters PH, van der Graaf Y, Grobbee DE, et al. Age at menopause, cause-specific mortality and total life expectancy. *Epidemiology* 2005;16:556-62.
12. O'Donnell CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61:299-310.
13. Urdaneta J, Cepeda M, Guerra M. et al. Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010; 75(1): 17-34
14. Salpeter S, Walsh J, Greyber E, Ormiston R, Salpeter E. Mortality Associated with Hormone Replacement. *J Gen Intern Med*. 2004;19(7):791-804.
15. Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE, Wu LL, Barad D, Barnabei V et al. Postmenopausal Hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA* 2007;297(13):1465-1477
16. Mendelson M, Lobo R. Cardiovascular health and the menopause - an approach for gynecologists: an overview. *Climacteric* 2006; 9(Suppl 1):1 – 5
17. US Preventive Services Task Force. Postmenopausal hormone replacement therapy for primary prevention of chronic conditions: recommendations and rationale. *Ann Intern Med*. 2002;137:834-9.
18. Kim C, Edelstein SL, Crandall JP, et al. Menopause and risk of diabetes in the Diabetes Prevention Program. *Menopause*. Aug 2011;18(8):857-68
19. Stahl RJ. The American Heart Association's Guidelines for Women. *Women's Health*. EBSCO Publishing. 2008. Disponible en <http://googl/ydBEV>
20. Proyecto FONIS SA06-20065. Tablas de Framingham para la estimación de riesgo coronario a 10 años adaptadas a la población chilena. Disponible en <http://goo.gl/eChxR>
21. López A, González R. Actualización en menopausia: abordaje desde atención primaria. *Rev Valencia Med Fam* 2008;15:4-9.
22. Triviño Z, Stieповich J, Merino J. Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri-post-menopáusicas de Cali, Colombia. *Colombia Médica* 2007;38(4):395-407.
23. Berger JS, Roncaglioni MC, Avanzini F, Pangrazzi I, Tognoni G, Brown DL. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in women and men: a sex-specific meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2006; 295: 306 – 313
24. Birkhauser MH, Panay N, Archer DF, Barlow D, Burger H, Gambacciani M, et al. Update ractical recommendations for hormone replacement therapy in the peri-and postmenopause. *Climacteric* 2008;11:108-23
25. Shufelt CL, Johnson BD, Berga SL, et al. Timing of hormone therapy, type of menopause, and coronary disease in women: data from the National Heart, Lung, and Blood Institute-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation. *Menopause*. Sep 2011;18(9):943-50
26. Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE, Wu L, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA Erratum* (2008) 299:1426] 2007;297:1465-1477.
27. Wagner JD, Clarkson TB. The applicability of hormonal effects on atherosclerosis in animals to heart disease in postmenopausal women. *Semin Reprod Med*. May 2005;23(2):149-56.
28. Williams JK, Anthony MS, Herrington DM. Interactive effects of soy protein and estradiol on coronary artery reactivity in atherosclerotic ovariectomized monkeys. *Menopause* 2001;8(5):307-13
29. Manson JE, Allison MA, Rossouw JE, et al. Estrogen therapy and coronary-artery calcification. *N Engl J Med*. Jun 21 2007;356(25):2591-602.
30. Olié V, Plu-Bureau G, Conard J, Horellou MH, Canonico M, Scarabin PY. Hormone therapy and recurrence of venous thromboembolism among postmenopausal women. *Menopause*. May 2011;18(5):488-93
31. Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, Berra K, Chandra-Strobos N, Fabunmi RP, et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. *Circulation* 2004;109:672-93.

Diagnóstico Nutricional Integrado, pacientes en Programa de Control del Niño Sano durante el año 2011 Hospital Jorge Ibar, Puerto Cisnes

Gisela Muñoz Román,¹ Susana Becker Troncoso,¹ Francisca Díaz Armstrong,¹ Marianela Vásquez Parra,² Dra. Paula Troncoso Trujillo³

(1) Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco

(2) Alumna de Medicina, Facultad de Medicina y Biociencias, Universidad San Sebastián, Concepción

(3) Médico Pediatra, Universidad de La Frontera, Temuco

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La malnutrición por exceso es un importante problema de salud pública en Chile, especialmente por su influencia en las enfermedades crónicas no transmisibles. Es importante diagnosticar la obesidad durante la etapa infantil, con el fin de diseñar intervenciones que efectivamente prevengan el impacto de la obesidad y sus complicaciones hacia la edad adulta. **OBJETIVO:** Describir el estado nutricional de los niños inscritos en el Programa de Control del Niño Sano (PCNS) del Hospital Jorge Ibar de Puerto Cisnes. **PACIENTES Y MÉTODO:** Estudio descriptivo de corte transversal donde se revisaron 287 historias clínicas de pacientes asistentes al PCNS el 2011 y se extrajeron datos de género, edad, peso y talla y se evaluaron los parámetros de peso/talla, talla/edad y peso/edad según las referencias antropométricas para niños y niñas menores de 6 años entregadas Ministerio de Salud. **RESULTADOS:** De los 287 niños, 48,43% (n=139) corresponde al género femenino. 14,28% correspondían a lactante menor, 17,07% lactante mayor y 68,65% como preescolar. Según las tablas de la (OMS) para el diagnóstico nutricional integrado, no hubo pacientes con desnutrición, 3 niños (1,04%) se encontraban en riesgo de desnutrir, 142 (49,47%) se catalogaron como eutróficos, 111 (38,67%) como sobrepeso y 31 (10,8%) como obeso, es decir 142 pacientes (49,47%) presentaron malnutrición por exceso. El mayor porcentaje de malnutrición se presentó en el género masculino, donde 70 (47,29%) se cataloga como eutrófico, 62 (41,89%) como sobrepeso y 15 (10,13%) como obeso. El porcentaje de riesgo de desnutrición se mantiene en ambos sexos. **DISCUSIÓN:** En relación al perfil biodemográfico nuestros resultados exceden los reportados en la literatura para la población chilena, pero son similares a los encontrados para la región de Aysén y creemos se debe al escaso abastecimiento de alimentos de la región.

PALABRAS CLAVE: Evaluación Nutricional, Desorden nutricional por sobrenutrición, Primera infancia.

ABSTRACT

BACKGROUND: Overweight is a major public health issue in Chile, specially due its influence on non transmissible chronic diseases. It is important to diagnose obesity during childhood, in order to design interventions that successfully prevent its complications into adulthood. **OBJECTIVE:** To describe the nutritional status of children enrolled in the Programa de Control del Niño Sano (PCNS) at Jorge Ibar Hospital, Puerto Cisnes. **METHODS:** Cross sectional study, where 287 clinical records of patients enrolled in the PCNS in 2011 were analyzed. Data extracted included gender, age, weight and height, as the parameters weight/height, height/age and weight/age, according to the anthropometric references for children under age 6 years developed by the World Health Organization and the Chilean health ministry. **RESULTS:** Of the 287 children, 48.43% (n = 139) corresponds to female gender. 14.28% corresponded to lower infant, 17.07% to higher infant and 68.65% to preschoolers. According to the WHO tables for the integrated nutritional diagnosis, there were no patients with malnutrition, 3 children (1.04%) were at risk of malnutrition, 142 (49.47%) classified as eutrophic, 111 (38.67%) as overweight and 31 (10.8%) as obese. 142 patients (49.47%) were at overweight. The highest percentage of overweight was presented in the masculine gender, where 70 (47.29%) are classified as eutrophic, 62 (41.89%) as overweight and 15 (10.13%) as obese. The percentage of malnutrition risk in both sexes is maintained. **DISCUSSION:** In relation to the biodemographic profile, our results exceed those reported in the literature for the Chilean population, but are similar to those found for the Aysén region, as we believe it is due to the lack of food supply in the regio.

KEY WORDS: Nutritional assessment, Nutritional disorder by overnutrition, Early childhood.

INTRODUCCIÓN

Al igual que muchos países en el mundo, Chile presenta un aumento en el número de casos de niños con malnutrición por exceso en las últimas décadas, por lo que se ha convertido en uno de los más importantes problemas de salud pública del país. Además, ha habido una reducción

sostenida de la tasa de desnutrición en menores de 6 años, con una prevalencia actual inferior al 1%, según la Encuesta Nacional de Salud. La principal causa de sobrepeso y obesidad en las personas está determinada por un exceso en la ingesta de energía por sobre el gasto de

ésta, mediada por factores sociales, genéticos, ambientales. Sin embargo, el rápido aumento de niños con obesidad durante los últimos años apunta a que los factores genéticos no son la causa fundamental del problema, ya que el patrimonio genético de las poblaciones se ha mantenido estable en el tiempo.

El cambio del modelo económico en Chile, ha contribuido a la modificación de los estilos de vida, incorporando hábitos que han modificado la dieta tradicional de nuestra población. Esta nueva forma de alimentarse se caracteriza por un consumo importante de alimentos ricos en calorías, grasas, especialmente grasas saturadas, sal y azúcares refinados.

Existe amplia información que documenta el rol de la obesidad como un determinante importante de diabetes mellitus y como un factor de riesgo significativo de las enfermedades cardiovasculares y de algunas formas de cáncer (colon y mama),¹² enfermedades crónicas que se presentan con alta prevalencia en nuestro país. Es importante diagnosticar la obesidad durante la etapa infantil y preescolar, edades en las cuales se produce un aumento sustantivo en la prevalencia de obesidad como los factores que están asociados a ese incremento, con el fin de diseñar intervenciones que efectivamente prevengan la obesidad. Se ha demostrado que su prevención debe efectuarse a edades tempranas,^{3,4} ya que existe una vinculación estrecha entre la obesidad en la niñez con la que ocurre en la etapa adulta. El tratamiento preventivo en los niños es más efectivo que el tratamiento en etapas más avanzadas de la vida.⁴

La información de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), obtenida en niños preescolares muestra que el sobrepeso y obesidad comprometen a más del 30% de este grupo etario, cifra que bordea el 40% en algunos estudios específicos⁵. Estudios prospectivos demuestran que la incidencia anual de sobrepeso, supera el 15% en preescolares normales y que una proporción similar de niños con sobrepeso evoluciona a obesidad.⁵

Es importante destacar que el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) aporta información de cerca de un millón de niños menores de 6 años, que representan aproximadamente el 70% de la población nacional de ese grupo de edad. Según la información entregada en el informe de la situación de nutrición del país, la obesidad (relación peso para la talla > 2DE) afecta en el año 2010 al 9,6% de los menores de 6 años. A ello se agrega un 22,1% de niños con sobrepeso, lo que indica que uno de cada tres niños tiene un peso sobre el rango normal⁵.

Un estudio transversal en la región Metropolitana reveló un incremento significativo en la obesidad entre los 2 y 3 años de edad y prevalencias altas a los 3 y 4 años⁶. Los resultados de este estudio mostraron que los niños mayores de 3 años presentan un mayor peso que lo esperado para la edad, siendo especialmente notorio este aumento en las niñas.⁶

El 25% de los menores de 6 años controlados e el SNSS presenta un peso/talla sobre 1 DE (18% sobrepeso, 7% obesidad) cifras superiores a lo descrito hace algunos años.^{7,8,9} Las estadísticas ministeriales demuestran variaciones regionales, con mayor prevalencia en Aysén y Magallanes.⁷ En un estudio analítico transversal realizado en la región de Aysén mostró cifras de obesidad muy superiores a las observadas en la población preescolar controlada en el SNSS.¹⁰ A los cinco años de edad se encontró 23% de obesidad, superando en más de dos veces la prevalencia informada en el sistema público de salud en niños de 2 a 5 años (10%).¹⁰

Por todo lo anterior, creemos de importancia conocer las características epidemiológicas que presentan los usuarios incorporados en el Programa de Control del Niño Sano (PCNS) de la comuna de Puerto Cisnes, perteneciente a la región de Aysén, localidad extrema del país, donde el acceso a una dieta balanceada se hace difícil y costosa. Pudiendo así realizar una comparación con las estadísticas nacionales y regionales y así poder plantear medidas de prevención enfocadas a esta población en particular.

El objetivo de este trabajo es describir el estado nutricional en los niños incluidos en el PCNS en la comuna de Puerto Cisnes.

PACIENTES Y MÉTODOS

La población considerada fueron aquellos pacientes entre 0 y 5 años 11 meses asistentes durante el año 2011 al PCNS en el Hospital Jorge Ibar de Puerto Cisnes, Aysén, sin patología de base.

Se excluyeron de la muestra aquellos pacientes que se consideraban inasistentes, es decir, que no asistieron al control correspondiente para el que fueron citados por última vez. Además, fueron excluidos quienes, estando en control, no tenían consignada alguna de las mediciones antropométricas estudiadas. Además se excluyeron los niños que deben ser evaluados con tablas especiales (Síndrome de Down, parálisis cerebral).

Para la recolección de datos, se revisaron los registros de todos los pacientes atendidos en el PCNS en el Hospital Jorge Ibar.

En todos los pacientes se registró sexo, edad, peso, talla, relación peso/edad, peso/talla y talla/edad, además del diagnóstico nutricional integrado (DNI) de acuerdo a las referencias antropométricas para niños y niñas menores de 6 años entregadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las normas del Ministerio de Salud (MINSAL). Se confeccionó una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel® 2007.

RESULTADOS

El total de la muestra incluyó a 287 niños, con edades comprendidas entre los 18 y 71 meses (promedio 33,71 meses, mediana 36 meses).

Del total de niños, un 48,43% (n=139) corresponden al sexo femenino, mientras que un 51,57% (n=148) eran de sexo masculino.

Se estratificó arbitrariamente a los pacientes en 6 grupos según edades en meses (Figura 1).

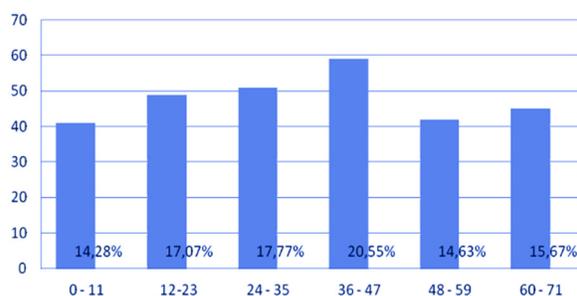


Figura 1. Estratificación por edad (en meses).

Considerando el total de la muestra, el 49,47% (n=142) eran eutróficos, mientras que la prevalencia de malnutrición por exceso era de 49,47% (38,67% sobrepeso y 10,8% obesidad), mientras que la prevalencia de malnutrición por déficit es de 1,04% (n=3).

Todos los niños con diagnóstico de malnutrición por déficit (6, 24 y 43 meses) calificaban como “en riesgo de desnutrir”, y de ellos sólo 1 presentó compromiso de la talla (T/E -1 DS).

Al diferenciar el estado nutricional por sexo, (Figura 2) destaca una leve preponderancia de sobrepeso en los varones, a diferencia de la obesidad, donde es un poco mayor en las mujeres.

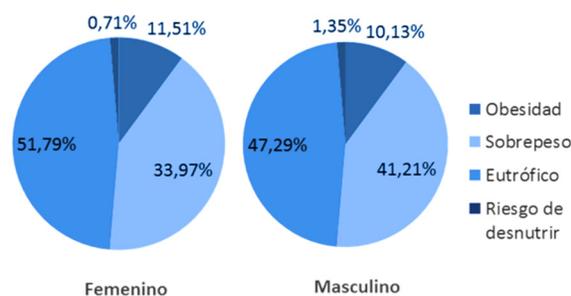


Figura 2. Estado nutricional según sexo.

Existen diferencias si se compara cada grupo etario por separado, según se observa en la Figura 3.

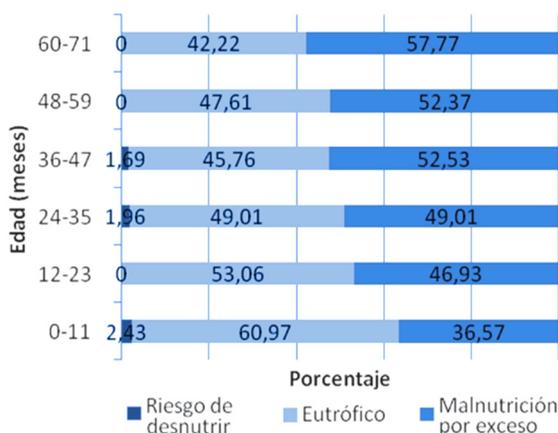


Figura 3. Estado nutricional por edad.

En relación a la talla con respecto a la edad, el 97,56% (n=280) se encontraba en rangos entre -1 y +1 DS de la media (talla normal). Hubo 4 pacientes, con diagnóstico de talla baja (-2 DS) de los cuales 3 eran eutróficos y 1 se encontraba en rango de sobrepeso.

De los niños con talla para la edad +2 DS (3 en total), 2 se encontraban eutróficos y uno con sobrepeso

DISCUSIÓN

En nuestra muestra la prevalencia obesidad fue de 10,8%. Según las estadísticas encontradas en Chile el año 2010 un 9,68% de los niños atendidos en el PCNS eran obesos, mientras que en la región de Aysén un 14,6% de ellos se encontraban en similares condiciones.

Si se compara con la realidad regional podríamos tender a pensar que los resultados están mejor que el contexto, sin embargo es necesario tener en cuenta que dicho porcentaje corresponde a los niños en control de todo el

Servicio de Salud Aysén; muestra muy heterogénea dadas las diferencias entre población urbana y rural tanto en cantidad de población como en condiciones en las que habitan, distancias entre los poblados y lo que esto implica en la disponibilidad de alimentos de la población. Por todo esto, a pesar de que el porcentaje de niños obesos en ésta muestra es menor al esperado para la región según los datos existentes, no deja de ser preocupante, sobre todo dada la alta prevalencia de sobrepeso.

Con respecto a las diferencias en los DNI según la edad de los pacientes, es notorio cómo a medida que los niños crecen se produce un deterioro en su estado nutricional. A mayor edad, existe más sobrepeso y obesidad en estos niños, llegando a un 57,77% de niños con malnutrición por exceso entre los 60 y 71 meses de edad.

En relación al estado nutricional según sexo la prevalencia de malnutrición por exceso era mayor en niños que en niñas, alcanzando el 51,35% (n=76), mientras que en las niñas el 47,48% (n=66) estuvieron en rango de sobrepeso u obesidad.

En relación a los pacientes con talla baja (n=4), podemos deducir que ésta no era debida a déficit nutricionales, 3 de ellos eran eutróficos, ya que primero tiende a comprometerse el peso y luego la talla, y uno se encontraba en rango de sobrepeso, por lo que probablemente el estudio de esos niños se dirija en relación a su talla objetivo

genética o algún otro tipo de anomalías, las cuales no fueron variables consideradas en este trabajo y por ende no son objeto de este estudio.

Cabe señalar que según las estadísticas del MINSAL existe un 96,9% de cobertura del PCNS en la comuna al año 2010.

En conclusión podemos decir que la malnutrición por exceso es una patología frecuente en la comuna de Puerto Cisnes y que muy probablemente se deba al escaso acceso a alimentos variados debido a la pobreza de la región y al aislamiento geográfico y climático, que condiciona un elevado precio de los víveres, limitándose a la adquisición de alimentos ricos en carbohidratos y grasas y generando poca disponibilidad de alimentos bajos en calorías y vegetales en general. Es importante entonces incentivar la realización de actividad física desde la educación preescolar y fomentar los hábitos de alimentación saludable tanto dentro del núcleo familiar como en los colegios. A nivel nacional se necesita generar conciencia acerca del gran aislamiento al que están expuestos los habitantes de la región de Aysén y crear políticas que permitan mejorar el acceso a alimentos o aumentar los recursos monetarios de la población para que puedan acceder a éstos a los precios que actualmente se deben pagar.

Rev Estud Med Sur 2012; 8(1):19-22

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO; 2000. (WHO Technical Report Series N° 894).
2. Seidell JC. Obesity: a growing problem. Acta Paediatr 1999; 88 (Suppl 428): 46-50. Review
3. Kimm SY, Obarzanek E. Childhood obesity: a new pandemic of the new millennium. Pediatrics 2002; 110: 1003-7.
4. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public health crisis, common sense cure. Lancet 2002; 360: 473-82.
5. Ministerio de Salud. Informe de la situación nutricional en el país 2006-2008. Prevalencia de obesidad (peso-talla > 2 DE) según Servicio de Salud Aysén.
6. Kain J, Lera L, Rojas J, Uauy R. Obesidad en preescolares de la Región Metropolitana de Chile. Rev méd Chile 2007;135(1):63-70
7. Vio F, Castillo C. Diagnóstico de la situación nutricional en Chile. En: Castillo C, Uauy R, Atalah E. Guías de alimentación para la población chilena. Santiago: La Nación. 1997
8. Ministerio de Salud: Departamento de Coordinación e Informática. Boletín anual de vigilancia nutricional 1996. Santiago, 1997
9. Seguel X, Edwards M, Lira MI, de Amesti A, Atalah E. Evaluación del impacto de la educación parvularia sobre los niños: Informe Final. Santiago, CEDEP, 1997
10. Atalah E, Urteaga C, Rebolledo A, Delfín S, Ramos R. Prevalencia de obesidad en escolares de la Región de Aysén. Rev chil pediatr 1999;70(3):208-214
11. Ministerio de Salud. Referencia OMS para la evaluación antropométrica niña menor de 6 años. Disponible en <http://googl/YN4h4>
12. Ministerio de Salud. Referencia OMS para la evaluación antropométrica niño menor de 6 años. Disponible en <http://googl/gu4qf>

Fiebre de Origen Desconocido: Diagnóstico final de pacientes hospitalizados en Servicio de Medicina Interna, Hospital Hernán Henríquez Aravena en 2010

María Inés Barra Quintana,¹ Gonzalo Muñoz Del Solar,¹ Juan Ignacio Moreno Patiño,¹ Miguel Feijóo Palacios,¹ Dra. Virginia Iturrieta González²

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco

(2) Médico Residente, Servicio de Medicina Interna, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La fiebre de origen desconocido (FOD) constituye uno de los problemas más complejos con que se enfrenta el clínico. Las etiologías se clasifican en infecciosas, tumorales, inflamatorias y misceláneas. **OBJETIVO:** Conocer los diagnósticos finales de pacientes ingresados por FOD durante el 2010 en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Temuco. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo, incluyó todos los pacientes con diagnóstico de FOD, síndrome febril prolongado y síndrome febril en estudio según criterios de Durack y Street: fiebre de 38,3 °C o superior, duración mayor de tres semanas y que permanece sin diagnóstico a pesar de un adecuado estudio, en al menos tres visitas en forma ambulatoria o tres días en el hospital. Los datos fueron incorporados en tabla Microsoft Excel® 2007 y analizados con Stata® 10.0. **RESULTADOS:** Se ingresó a 60 pacientes, solo 18 cumplieron criterios de inclusión. La causa más frecuente fue enfermedades infecciosas (44.4%) seguidas de mesenquimopatías (22.2%). **DISCUSIÓN:** Las causas de FOD son coincidentes con la literatura, existiendo predominio del origen infeccioso. Debe evitarse el uso indiscriminado de fármacos que puedan enmascarar el diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Fiebre de origen desconocido, etiología, enfermedades infecciosas.

ABSTRACT

BACKGROUND: Fever of unknown origin (FUO) is one of the most complex problems facing the clinician. Etiologies are classified as infectious diseases, malignancy, inflammatory diseases and miscellaneous. **OBJECTIVE:** To determine the final diagnoses of patients admitted for FUO in the Internal Medicine Service at Temuco's Hospital in 2010. **METHODS:** A retrospective study, included all patients diagnosed with FUO, persistent fever and febrile syndrome. 60 patients were admitted, only 18 met inclusion criteria (Durack and Street): fever of 38.3 °C or higher, longer than three weeks and that remains undiagnosed despite an appropriate study, in at least three outpatient visits or three days in the hospital. The data were incorporated into Microsoft Excel® spreadsheet and were analyzed with Stata® 10.0. **RESULTS:** The most frequent cause was infectious diseases (44.4%) followed by collagen disease (22.2%). **DISCUSSION:** Causes of FUO are consistent with the literature, existing predominance of infectious origin. The indiscriminate use of drugs that may mask the diagnosis and should be avoided.

KEY WORDS: Fever of unknown origin, etiology, infectious diseases.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de fiebre de origen desconocido (FOD) surge como término para agrupar y estudiar a aquellos pacientes en que la fiebre constituye el principal o único signo de una enfermedad y que se extiende por semanas o meses, constituyendo un verdadero reto para los médicos tratantes.^{1,2,3}

La mayoría de las veces no se trata de enfermedades exóticas o raras, sino de enfermedades comunes y frecuentes que por determinadas condiciones, no bien conocidas, se expresan en forma predominante como una fiebre prolongada.

Con el propósito de unificar criterios de FOD se han planteado varias definiciones; Peterdorsf y Beeson publicaron en el año 1961 un estudio de 5 años que incluyó 100 casos y definen por primera vez los criterios para considerar una fiebre como de origen desconocido: fiebre mayor de 38,3 °C en varias ocasiones, que se prolonga por más de tres semanas y cuya causa permanece incierta después de una semana de investigaciones en un centro hospitalario.

En 1991, Durack y Street añadieron a la forma clásica de Peterdorsf, tres nuevos tipos de FOD: nosocomial, FOD en pacientes neutropénicos y FOD asociada a VIH-SIDA. En esta propuesta se reduce el tiempo de estudio en un

hospital a tres días para considerarlo una FOD, debido al avance de las técnicas imagenológicas, microbiológicas y de laboratorio inmunológico.⁴ De esta manera, los criterios actuales y que son utilizados en este trabajo, son los propuestos por Durak y Street.

La FOD puede ser causada por más de 200 enfermedades clasificadas en 4 grupos: infecciosas, tumorales, enfermedades inflamatorias no infecciosas o colágenas - vasculitis y miscelánea. Además, es necesario considerar a un grupo que permanece sin causa conocida.⁵ Las causas de FOD han ido cambiando con el tiempo, debido al avance y mayor disponibilidad de métodos de diagnóstico, lo que ha contribuido a disminuir el número de pacientes que cumplen con los criterios de FOD.⁶

El objetivo general de este trabajo es conocer las etiologías de los pacientes hospitalizados por FOD en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Temuco durante el año 2010.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal donde los pacientes fueron reclutados de acuerdo a los criterios de inclusión propuestos por Durak y Street en 1991:

FOD clásica: (1) Fiebre de 38,3° C ó superior en varias ocasiones. (2) Fiebre de más de tres semanas de duración. (3) No diagnosticada a pesar de un estudio adecuado, en al menos tres visitas en pacientes ambulatorios o tres días en el hospital.^{1,2}

FOD nosocomial: (1) Fiebre de 38,3 °C o más en varias ocasiones en paciente hospitalizado por proceso agudo. (2) Sin infección o incubación al ingreso. (3) Sin diagnóstico después de tres días de estudio apropiado, incluyendo al menos dos días de cultivos microbiológicos.

FOD en neutropénicos: (1) Fiebre de 38,3° C o más en varias ocasiones. (2) Paciente con menos de 500 neutrófilos por ml en sangre periférica o que se espera caigan por debajo de esta cifra en uno o dos días. (3) Sin diagnóstico después de tres días de estudio adecuado incluyendo al menos dos días de cultivos microbiológicos.

FOD asociada a infección por VIH: (1) Fiebre de 38,3 °C o más en varias ocasiones. (2) Serología confirmada para VIH. (3) Fiebre de más 4 semanas en paciente ambulatorio o más de 3 días de investigación adecuada, incluyendo al menos 2 días de cultivos microbiológicos.

Se solicitaron las fichas clínicas en el Servicio de Estadística de aquellos pacientes que ingresaron con diagnóstico de fiebre de origen desconocido, considerándose también sinónimos frecuentemente utilizados: fiebre sin foco precisado, síndrome febril prolongado y síndrome febril en estudio.

Se recopiló información referente a: sexo, edad, diagnóstico final, número de días hasta el diagnóstico, número de días de hospitalización, uso de antibióticos, uso de antiinflamatorios no esteroideos, uso de corticoides, realización de hemocultivos, métodos imagenológicos utilizados y necesidad de biopsia.

Los datos se incorporaron a una hoja de cálculo de Microsoft Excel® 2007 para su estudio y posterior análisis con programa Stata® 10.0. Se usó análisis univariado e inferencial.

RESULTADOS

De las 60 fichas clínicas revisadas del año 2010, sólo 18 pacientes fueron incluidos, correspondiendo un 64% a hombres. El promedio de edad fue de 36 años con un rango entre 15 y 68 años. Las principales causas de FOD fueron las enfermedades infecciosas, seguidas de mesenquimopatías, y neoplasias. En un paciente no pudo ser precisada la causa de la fiebre.

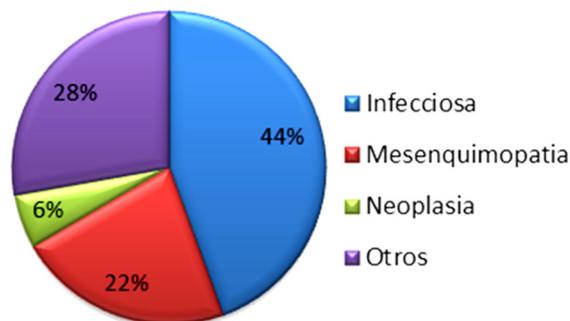


Figura 1. Principales causas de FOD en pacientes estudiados.

El promedio de días de hospitalización y días hasta el diagnóstico fueron 14 y 12 días respectivamente. En 4 casos, correspondientes al 23.5% del total, el diagnóstico se hizo post alta.

Al 76.4% se les hizo hemocultivos, resultando positivos sólo 2 de ellos. Los microorganismos fueron *Enterococcus faecalis* y *Staphylococcus aureus*. Se utilizaron antibióticos

en el 70.5% y antiinflamatorios no esteroideos en el 76.4% de los casos.

Tabla 1. Causas específicas de FOD diagnosticadas en pacientes estudiados

Infeciosas	<p> Infección por Citomegalovirus Primoinfección por VIH Meningitis por enterovirus Endocarditis bacteriana subaguda Bacteremia por <i>Staphylococcus aureus</i> Absceso renal Prostatitis subaguda Neumonía por microorganismos atípicos </p>
Mesenquimopatías	<p> Lupus eritematoso sistémico Enfermedad de Still Mesenquimopatía no especificada y mononeuritis múltiple Pericarditis y enfermedad de Still </p>
Neoplasias	<p>Adenocarcinoma infiltrante de fondo gástrico</p>
Otras	<p> Síndrome neuroléptico maligno Trombosis de la vena subclavia izquierda Fiebre Facticia Desconocida </p>

El 17,6%, recibió corticoides. La tomografía axial computarizada y la resonancia nuclear magnética fueron utilizadas en el 17,6 % de los pacientes. En 4 casos se practicó una biopsia.

DISCUSIÓN

Los porcentajes correspondientes a los grandes grupos de causas de FOD coinciden con los publicados en la literatura, donde las infecciones siguen siendo la principal causa en la mayoría de los estudios.²

El grupo de pacientes que permanece sin diagnóstico representó sólo el 11% (2 casos) en nuestro estudio. En contraparte, un metaanálisis del año 2003 mostró que

durante los últimos 40 años la proporción de pacientes que permanece sin diagnóstico ha ido en aumento, comparativamente con otros grupos.⁷

El bajo porcentaje en este estudio pudo deberse al reducido tamaño muestral. Respecto a la solicitud de hemocultivos (70,6%) los grandes estudios avalan su realización dentro de las pruebas iniciales, pese a su bajo rendimiento, dada la posibilidad posterior de utilizar un antibiótico específico.

La TAC, solicitada en un 17,6%, es recomendada ampliamente como uno de los primeros métodos de imágenes debido al alto rendimiento para identificar causas frecuentes de FOD como abscesos intraabdominales o enfermedades linfoproliferativas.^{8,9}

La utilización de antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos y corticoides como terapia empírica utilizada en la mayoría de los pacientes no es una conducta recomendada por la mayoría de los estudios debido a que puede retrasar o enmascarar el diagnóstico además de provocar reacciones adversas que pueden ensombrecer el pronóstico.^{10,11}

El concepto de fiebre de origen desconocido ha cambiado a través de los años, y aún no existe un algoritmo que se pueda aplicar a todos los pacientes de forma indiscriminada, siendo poco probable que se disponga de él en un futuro próximo.

Dado que los pacientes con fiebre de origen desconocido pueden tener la evolución de la enfermedad con signos nuevos y cambiantes, los síntomas, exámenes clínicos y de laboratorio seriados son esenciales. Afortunadamente los pacientes con FOD en los que no se logra un diagnóstico específico a pesar del estudio adecuado, en general tienen un buen pronóstico, con una resolución del cuadro febril en los meses siguientes.

Rev Estud Med Sur 2012; 8(1):23-26

REFERENCIAS

- Durack DT: Fever of unknown origin. Basic Mechanisms and Management. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997: 237-249.
- Bandyopadhyay D, Bandyopadhyay R, Paul R, Roy D. Etiological study of Fever of unknown origin in patients admitted to medicine ward of a teaching hospital of eastern India. Department of Medicine, Medical College Kolkata, Kolkata, India. J Glob Infect Dis. 2011;3(4):329-33.
- Anuradha S, Singh NP, Agarwal SK, Krishnamani NC. Fever of unknown origin. Department of Medicine, Maulana Azad Medical College, New Delhi, India. Postgrad Med J. 1999 Aug;75(886):495-7.
- Hayakawa K, Ramasamy B, Chandrasekar PH. Fever of Unknown Origin: An Evidence-Based Review. Division of Infectious Diseases, Detroit Medical Center, Wayne State University, Detroit, Michigan. Am J Med Sci. 2012 Apr 3. [Epub ahead of print].
- Gaeta GB, Fusco FM, Nardiello S. Fever of unknown origin: a systematic review of the literature for 1995-2004. Department of Infectious Diseases, Second University of Naples, Italy. Nucl Med Commun. 2006 Mar;27(3):205-11.
- Vandenbroucke JP, van der Meer JW. Fever of unknown origin (FUO). A prospective multicenter study of 167 patients with FUO, using fixed epidemiologic entry criteria. The Netherlands FUO Study Group. Department of Medicine, University Hospital St. Radboud, Nijmegen, The Netherlands. Medicine 1997;76(6):392-400.

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: DIAGNÓSTICO FINAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA EN 2010

7. Bleeker-Rovers CP, van der Meer JW, Oyen WJ. Fever of unknown origin. Department of General Internal Medicine, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen, the Netherlands. *Semin Nucl Med.* 2009 Mar;39(2):81-7.
8. Schneidewind A, Ehrenstein B, Salzberger B. Infections as causes of fever of unknown origin. *Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Regensburg, 93042 Regensburg. Internist (Berl).* 2009 Jun;50(6):659-67.
9. Williams J, Bellamy R. Fever of unknown origin. Department of Infection and Travel Medicine, James Cook University Hospital, Middlesbrough. *Clin Med.* 2008 Oct;8(5):526-30.
10. Romo J, Muñoz J. Protocolo diagnóstico en fiebre de origen desconocido para países en vías de desarrollo. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos.* Vol. 65, N° 2 – 2004. Págs. 127 – 132.
11. Greca A. Fiebre de origen desconocido: ¿Cómo estudiarla en 2003?. *Asociación de Medicina Interna de Rosario.* 2003. Disponible en <http://goo.gl/FZsox>

Quiste del colédoco: Causa de pancreatitis reagudizada

Carolina Vivallo Bos,¹ Alan Garín Concha,¹ Juan Pablo Mansilla Figueroa,² Rodrigo Santamaría González,² Dr. Rodolfo Aguilera Vergara³

- (1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco
(2) Alumno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco
(3) Médico Residente, Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco

RESUMEN

El quiste del colédoco (QC) es una patología infrecuente, caracterizada por dilatación de las vías biliares intra o extrahepáticas, de etiología no precisada; actualmente se manejan 4 teorías al respecto. Se observa con mayor frecuencia en el género femenino y pacientes jóvenes, siendo raros en pacientes de mayor edad. La clínica obedece a manifestaciones intra o extrahepáticas. El QC es clasificado en 5 tipos, siendo más frecuente el tipo I. El tratamiento es quirúrgico ya que está demostrado que la escisión completa del quiste disminuye las complicaciones. Sus complicaciones más frecuentes son litiasis, pancreatitis y malignización del quiste. En este caso se presenta un paciente hombre de 32 años, que consultó por dolor intenso en epigastrio e hipocondrio derecho irradiado al dorso, asociado a sensación febril, vómitos biliosos e ictericia, secundario a QC, por lo que se realizó resección del quiste, colecistectomía y hepato-yeyuno anastomosis en Y de Roux.

PALABRAS CLAVE: Quiste del Colédoco, Pancreatitis aguda, Enfermedad de Caroli.

ABSTRACT

The choledocal cyst (CC) is an infrequent pathology characterized by an expansion of the intra or extrahepatic bile ducts of unknown a etiology, there are 4 theories trying to explain it. It is most frequently observed in the female gender and young people, with rare the cases in older patients. The clinical manifestations depend on the intra or extrahepatic compromise. The CC is classified into 5 types, being type I the most frequent. The treatment is surgical demonstrating that the complete excision of the cyst diminishes the risk of complications. It's complications are lithiasis, pancreatitis and malignization of the cyst. In this case a patient is presented, a man of 32 years, who consulted by intense pain in epigastrium and upper right quadrant radiated to the back, associated to bilious vomits and jaundice, secondary to the CC, cyst excision, cholecystectomy and biliary Roux-en-Y reconstruction was made.

KEY WORDS: Choledocal Cyst, Acute Pancreatitis, Caroli Disease.

INTRODUCCIÓN

El quiste del colédoco (QC) es una anomalía consistente en la dilatación congénita o combinada de las vías biliares intra o extrahepáticas.¹ La prevalencia en países occidentales varía entre 1 en 100.000 a 150.000 personas,² siendo tres veces más frecuente en países asiáticos. En Chile es una patología infrecuente, sin datos estadísticos a nivel nacional. En la mayoría de las series es más frecuente en mujeres a razón de 3- 4:1.

El diagnóstico se realiza principalmente en niños y adultos jóvenes, siendo el 40% de los casos en menores de 10 años, y solo 30% en adultos.² Dentro de sus características clínicas, el QC se puede manifestar como dolor abdominal, ictericia o masa palpable en hipocondrio derecho además de sus complicaciones: litiasis, colangitis, ictericia, pancreatitis, hipertensión portal y colangiocarcinoma.

En la literatura se describe que al momento del diagnóstico cerca de un 80% de los pacientes con QC están complicados, siendo la litiasis la más común, en nuestro caso no se observaron cálculos. Otra complicación

frecuentemente reportada es la pancreatitis, sea consecuencia de litiasis o por defectos en la unión pancreatobiliar; la malignización del quiste es una complicación descrita, ya sea del QC, de la pared posterior de éste u otras estructuras biliares.² El tratamiento de elección es quirúrgico, a través de la resección del quiste.

Nuestro objetivo es presentar el caso de un paciente con QC, dada su rareza en el país y la zona, siendo un paciente adulto que debuta clínicamente con pancreatitis aguda reagudizada secundaria a la presencia de quiste del colédoco

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 32 años, previamente sano ingresó al Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco por un cuadro de 7 días de evolución caracterizado por dolor abdominal intenso, progresivo, en epigastrio e hipocondrio derecho irradiado al dorso, asociado a sensación febril, vómitos biliosos, ictericia de

piel y mucosas post ingesta de alimentos con alto contenido graso

Al examen físico presentó fiebre de 38,4 °C, ictericia de piel y mucosas, cardiopulmonar normal, abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible y sensible a la palpación en el epigastrio e hipocondrio derecho, signo de Murphy negativo, no se palpan masas. Resto del examen sin alteraciones. En cuanto a los exámenes se destaca: leucocitos 8,3 K/ μ L, 84% de neutrófilos, amilasa 1582 U/L, Lipasa 4208 U/L, bilirrubina total de 7,3 mg/dL, bilirrubina directa de 5,7 mg/dL, GOT 402 U/L, GPT 577U/L, Fosfatasas Alcalinas 521 U/L, PCR 19,5 mg/L.

Al día siguiente se realizó un ultrasonido hepático y de vías biliares, cuyos hallazgos fueron leve dilatación de la vía biliar intrahepática con colédoco de 6 mm, vesícula con contenido y septos ecogénicos de 51x56 mm, pared engrosada de 8 mm, no se observan cálculos. Hígado, páncreas, riñones y bazo sin alteraciones. Dada la clínica del paciente y los hallazgos radiológicos se hizo el diagnóstico de pancreatitis aguda leve (APACHE II: 2), se inició el manejo con régimen cero y medidas generales. Posteriormente, presentó elevaciones enzimáticas cada vez que se iniciaba realimentación con APACHE II desde el 0 al 2, amilasas desde 235 a 2020 U/L, lipasas 444 a 4273 U/L y PCR 3,47 a 39,7 mg/L por lo cual se decidió mayor estudio.

Tras 12 días se solicitó una colangiografía resonancia observándose una dilatación quística sacular de la vía biliar intrahepática, de unos 6 cm de diámetro mayor, sin cálculos en vesícula, ante estos hallazgos se plantea el diagnóstico de quiste del colédoco, que según sus características imagenológicas corresponde a un quiste tipo I, siendo el tipo más frecuente de los quistes coledocianos.

Posteriormente, tras 11 días se realizó una TAC de abdomen y pelvis que mostró la misma dilatación sacular. No se observó edema pancreático ni colecciones asociadas.

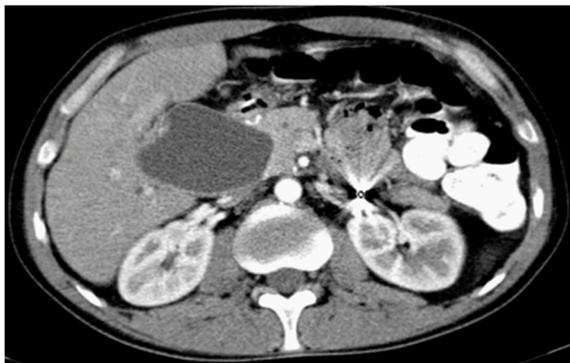


Figura 2. TAC helicoidal, abdomen y pelvis. Sección transversal en fase arterial.



Figura 3. TAC helicoidal, abdomen y pelvis. Sección coronal en fase arterial.

Se solicita un nuevo TAC de abdomen y pelvis 15 días después. Se observó el quiste con zonas poco delimitadas a nivel de la papila y el conducto común.

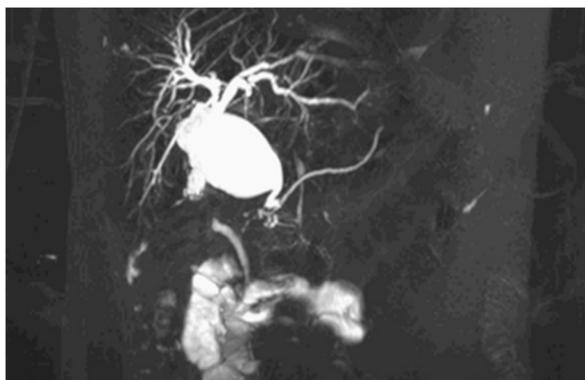


Figura 1. Colangiografía resonancia. Se observa QC en vía biliar intrahepática.



Figura 4. TAC de abdomen. Sección coronal. Imagen quística en vía biliar extrahepática.

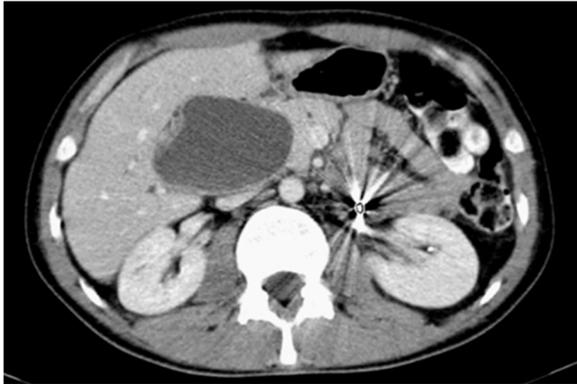


Figura 5. TAC de abdomen. Sección transversal.

En este mismo estudio se pudo observar edema leve del páncreas.



Figura 6. TAC de abdomen. Sección coronal. Se aprecia edema en región pancreática.

Con los estudios solicitados se establece el diagnóstico definitivo de quiste del colédoco, por lo que se indica resolución quirúrgica, realizándose el mes siguiente, con resección completa del quiste, colecistectomía y hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux. El paciente evolucionó favorablemente, sin presentar complicaciones postoperatorias, elevaciones enzimáticas o reagudización del cuadro, dándose de alta a los siete días desde la cirugía.

DISCUSIÓN

En Chile, el quiste del colédoco es una afección poco frecuente y la mayoría de los casos publicados corresponden a niños.

Se han clasificado en 5 tipos de acuerdo a la clasificación Todani y Col, éstas son:

- **Tipo I:** Dilatación quística del conducto colédoco.
 - Quístico
 - Focal
 - Fusiforme
- **Tipo II:** Divertículo sacular extrahepático.
- **Tipo III:** Colédococele, dilatación de la vía biliar en duodeno.
- **Tipo IV:** Múltiples quistes intra y extrahepáticos (IVa) o solo extrahepáticos (IVb)
- **Tipo V:** Quiste intrahepático único o múltiples conocido como enfermedad de Caroli.¹

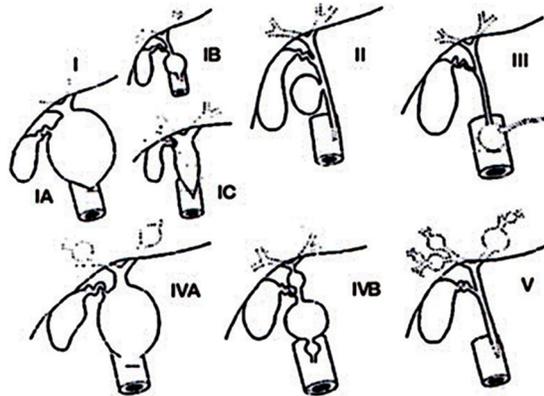


Figura 7. Clasificación de Todani y col.

De esta clasificación los más frecuentes son el tipo I con un 85% seguido del tipo IV.

En cuanto a su etiología, ésta no ha sido precisada aún, pero se ha intentado explicar mediante numerosas teorías, las que describiremos a continuación:

- Desigualdades en la proliferación del epitelio de las vías biliares.
- Debilidad local de la pared en el desarrollo embrionario producto de defectos en la vacuolización del conducto, sumado a una obstrucción distal del colédoco.
- Conjunción pancreatobiliar anormal, originando un ángulo recto en la inserción del colédoco con el conducto pancreático y la ampolla de Vater asociado a una distancia anormal.
- Disminución de las células ganglionares en la porción distal del colédoco.²

Lo más aceptado hasta hoy es la teoría congénita, en la cual el colédoco se asocia a un conducto biliopancreático anormal con disfunción esfinteriana.³ Esto permitiría el

reflujo biliopancreático produciendo inflamación, con el posterior adelgazamiento de la pared generando el quiste, este mecanismo explica la formación de los quistes tipo I y IV.⁴ Sin embargo aún no se tiene claro la patogenia de los otros tipos de QC, siendo la más estudiada la disfunción ganglionar.

La asociación entre QC y pancreatitis es de un 10,5%, llegando a 90% cuando el QC posee 5 cm de diámetro mayor, pero esto no descarta la presencia de pancreatitis en QC de menor tamaño. Es frecuente, en los casos asociados a pancreatitis, el hallazgo de un conducto pancreatobiliar común mayor de 15 mm, lo que permite la regurgitación de bilis y jugo pancreático, el reflujo hacia el páncreas e inflamación de éste.⁵ Yamashiro realizó un experimento con 40 cachorros, creando distintos grados de dilatación del conducto, entre 7 a 10 días posterior a la cirugía se observaron cambios histológicos que evidenciaban regurgitación biliopancreática tanto en las vías biliares como en el pancreático,⁶ reafirmando el mecanismo que asocia al QC con pancreatitis.

Su presentación clínica dependerá de la edad del paciente y del tipo de quiste,³ presentándose con mayor frecuencia en edades pediátricas tanto de forma sintomática como asintomática. En cuanto a los adultos, la clínica es vaga, pudiendo manifestarse a través de una complicación de la enfermedad. La tríada clásica corresponde a dolor y masa asociado a ictericia, siendo poco frecuente (5-30%). El dolor está presente en la mayoría de los casos (80%), siendo la segunda manifestación más frecuente la ictericia (34%). Puede presentarse pérdida de peso, fiebre, escalofríos, vómitos y sangrado digestivo.⁴ En adultos puede debutar como una pancreatitis aguda,¹ como sucede en nuestro caso.

En cuanto a los exámenes de laboratorio es posible identificar elevación de transaminasas, bilirrubina y fosfatasa alcalina. Además de amilasa y lipasa que estarán elevadas hasta en 1/3 de los pacientes, como en el presente caso.

El estudio imagenológico de todo paciente con cuadro de ictericia obstructiva se realiza con una revisión por ultrasonido, con una sensibilidad para detectar QC que va desde el 71% al 97% según la preparación del examen.²

Se describe que todo paciente adulto que presente sospecha de alteración quística de vías biliares por ultrasonografía es candidato a una ERCP para mejor visualización de la anatomía del conducto común, conducto pancreático y su conjunción, pero actualmente es utilizado como método terapéutico más que diagnóstico.

En caso de que la ERCP sea negativa, es recomendado realizar una colangiografía transhepática percutánea, la que entrega mayor información pudiendo identificar compromiso intrahepático, extrahepático o de la unión pancreatobiliar.² La colangiografía magnética corresponde hoy al estudio preoperatorio ideal, debido a que entrega información precisa tanto de las vías intra como extrahepáticas.⁴

Está comprobado que la utilización de estos métodos tanto invasivos como no invasivos aumenta la especificidad del diagnóstico preoperatorio.

El diagnóstico se fundamenta en los hallazgos clínicos, de laboratorio e imagenológicos.

El tratamiento es quirúrgico, se ha demostrado que disminuye las complicaciones versus el tratamiento médico. La resección del quiste con hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux es el tratamiento para los tipo I y IV, para el tipo II es la escisión junto al cierre del cuello del quiste de forma primaria y secundariamente descompresión con sonda T. Para el tipo III, se realiza escisión transduodenal, con o sin esfinterotomía. Finalmente en el tipo V se realiza resección hepática y colangioyeyuno anastomosis intrahepática en Y de Roux o intubación intrahepática.²

En este caso el paciente tenía un QC clasificado como tipo I realizándose extirpación total del quiste, colecistectomía y hepato-yeyuno anastomosis en Y de Roux. Dentro de las complicaciones postoperatorias la más frecuente es la estenosis de la anastomosis, asociado a colelitiasis y colangitis. Para el seguimiento de estos pacientes se recomienda utilizar ecotomografía abdominal y pruebas de función hepática.³

Rev Estud Med Sur 2012; 8(1):27-31

REFERENCIAS

1. Arroyo L., Montero R., Ayi-Wong J. Quiste del colédoco como causa de dolor abdominal: Revisión de un caso y bibliografía. En: Acta Médica Costarricense. 2004; 46:1-4.
2. Spinnety D., Concho H., Ramírez N., Briceño Y. Quistes del Colédoco en Adultos: Estudio de dos casos y revisión de la literatura. En: Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Venezuela. 2006; 2:1-15.
3. Pereira N., Benavides J., Espinoza C., Quiste del colédoco en Pediatría: Una revisión de la Literatura. En: Revista de Pediatría Electrónica de la Universidad de Chile. 2007; 4:44-49
4. Cubillo R., Brenes D., Ayi-Wong J. Quiste de Colédoco. En: Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2011; 596:49-56

5. Singh S., Kumar P, Nayeem M. Choledocal Cyst with Chronic Pancreatitis Presentation and Management. En: Journal of the Pancreas. 2010; 11:601-603
6. Biswanath G., Devendra D, Philip A. Choledocal Cyst with Chronoic Pancreatitis in Adults: Report of Two Cases with a Review of Literature. En: Journal of Pancreas. 2010; 11:373-376
7. Martínez J, Solis N. Quistes del colédoco en Adultos. En: Revista de Cirugía y cirujanos de México. 2010;78:61-66
8. Vilá-Carbó J, Ayuso L, Hernández J. Nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento del quiste del Colédoco. En: Revista de Cirugía Pediátrica de Valencia. 2006; 19:33-38

Normas generales de publicación

Comité Editorial Revista de Estudiantes de Medicina del Sur

Academia Científica de Estudiantes de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco

Los artículos enviados a la **Revista de Estudiantes de Medicina del Sur** deberán ceñirse a las siguientes normas de publicación. La Revista publica **artículos de revisión, artículos de investigación, artículos clínicos y cartas al editor.**

El Comité Editorial se reserva el derecho a hacer modificaciones de forma a los artículos recibidos. Los artículos que cumplan con los requisitos de forma serán sometidos a revisión por pares.

Algunas de las siguientes normas son adaptaciones de las Normas de Vancouver, disponible en el sitio web del International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>).

CONSIDERACIONES GENERALES

El trabajo debe ser realizado en Microsoft® Word® o procesador compatible, página tamaño carta, en tipografía Times New Roman de 12 puntos, párrafo interlineado sencillo, con márgenes de 2,5 cm superior e inferior y 3 cm derecho e izquierdo.

Las tablas, gráficos e imágenes deberán ser diseñadas o digitalizadas en un programa compatible con Microsoft® Office®. Todas las páginas deben ser numeradas en el ángulo inferior derecho, empezando por la página del título.

El extenso del estudio debe estar dividido en las siguientes secciones: Introducción, Material y método, Resultados y Discusión. Los artículos de gran extensión pueden necesitar de subtítulos dentro de la sección para dejar más claro su contenido.

La extensión total del artículo no podrá exceder 8 páginas para artículos de investigación, 6 páginas para artículos clínicos y 10 páginas, para artículos de revisión.

PÁGINA INICIAL

Debe poseer la siguiente información:

Título: Conciso y a la vez que entregue una idea global de lo que se tratará el trabajo, de no más de 20 palabras.

Autores: En el orden de importancia según su contribución a la realización del trabajo. Serán aceptados como máximo 5 autores, además de los docentes asesores. Debe incluirse el primer nombre junto con los dos apellidos de cada autor, grado académico y afiliación institucional. Todos los artículos deberán tener entre sus autores a lo menos un estudiante de Medicina.

Resumen: Debe reflejar de manera certera el contenido del trabajo. En español y en inglés, considerando sólo los siguientes ítems: Título, Objetivos, Material y método, Resultados y Discusión. El resumen en español tendrá como máximo 150 palabras.

Palabras clave: No más de 3 palabras que identifiquen su contenido, e indexadas en el sistema MeSH Database de la National Library of Medicine (Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/mesh>).

EXTENSO EN ESPAÑOL

Deben estar bien definidos la introducción, material y método, resultados y discusión.

Introducción: Debe dar una idea del contexto en que se realiza el trabajo. Exponga los objetivos de la investigación y la revisión de la literatura pertinente.

Material (o pacientes) y método: Describa la metodología empleada, el diseño de investigación. Indique la selección de los sujetos en estudio. Identifique los procedimientos e instrumentos utilizados según corresponda. Señale la concordancia de los procedimientos con la normativa ética de la Declaración de Helsinki. Describa siempre la cantidad de pacientes u observaciones, la metodología del análisis estadístico y el nivel de significación elegido para evaluar los resultados.

Resultados: Presentarlos en una secuencia lógica, pudiendo utilizar texto, tablas e ilustraciones. Debe mencionar sólo lo más relevante. No repita en el texto la información expuesta en tablas y gráficos.

Discusión: Discuta los resultados obtenidos en el trabajo. Enfatique los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que pueden desprenderse de él. Cuando sea apropiado, proponga recomendaciones

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Deben presentarse al final del extenso, numeradas y listadas en el orden que son mencionadas en el artículo. Utilice las recomendaciones descritas en Patrias K, Wendling D. Citing medicine: The NLM style guide for authors, editors and publishers.

National Library of Medicine 2007 (Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>).

CASOS CLÍNICOS

Se deja el ordenamiento general del trabajo a discreción de los autores. Deberá incluirse un resumen en español de 150 palabras máximo y su equivalente en inglés.

ENVÍO DEL DOCUMENTO

El trabajo deberá ser enviado al correo difusion@rems.cl con copia a rems@acemufro.cl, indicando en el asunto el nombre del trabajo y en el cuerpo del mensaje los siguientes datos:

- Título del trabajo
- Nombre completo, RUN y correo electrónico del autor, coautores y docentes asesores, señalando el departamento o unidad en que se desempeñan.
- Universidad a la cual pertenecen los autores.

Los archivos adjuntos del mensaje serán el trabajo en formato .docx y las tablas, gráficos e imágenes en formato .jpg, con una resolución mínima de 800x600.

El certificado de autoría puede ser enviado luego de lo anterior, siendo requisito esencial al momento de publicar el trabajo. Deberá ser enviado a:

*Academia Científica de Estudiantes de Medicina
Facultad de Medicina
Universidad de La Frontera
Manuel Montt 112
Temuco*

Nota: El costo de publicación será fijado posterior al informe de aceptación, siendo no superior a 1 UF por trabajo.



UNIVERSIDAD
DE LA FRONTERA



ACEM-UFRO