

8(1) 1988

*Revista del*  
**HOSPITAL ITALIANO**  
*de Buenos Aires*





# Infecciones intraabdominales y ginecológicas

Las infecciones graves de estas localizaciones son producidas en la mayoría de los casos por una **FLORA MIXTA**:

**BACTERIAS AEROBIAS Y ANAEROBIAS**

- Stress quirúrgico
- Inmunodepresión
- Desnutrición

**FLORA MIXTA**

- Aerobios
- Anaerobios
- Gram negativos

**INFECCION LOCALIZADA**

**PIPRIL\***

**INFECCION DISEMINADA**

**PIPRIL\***

**SEPSIS**

**INSUFICIENCIA RENAL**

**SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO**

**SHOCK**

*En la secuencia de fenómenos desencadenados por la infección es necesaria la precisa intervención quirúrgica y/o antibiótica para poder interrumpir precozmente la cadena.*



---

*Revista del*

---

***HOSPITAL***

---

***ITALIANO***

---

*de Buenos Aires*

---

**Director:**

Dr. Mario Perman

**Secretaría Editorial:**

Dr. Osvaldo Blanco; Lic. Norma Caffaro de Hernández; Dr. Luis J. Catoggio;  
Dr. Hernán Doval; Dr. Marcelo Mayorga

**Consultores:**

Dres. Arturo Arrighi, Enrique Beveraggi, Luis Bustos Fernández, Gunther Fromm, Carlos Gianantonio, Hernán Herrero, German Welz, Raúl Oliveri, Lía Ricón, Jaime Roca, Alberto Slepoy.

**Comité de Redacción:**

Dres. Fernando Bonadeo, Mario Cámara, Eduardo Dos Ramos Farías, Ricardo Galimberti, Raúl Gutman, Juan C. Lamattina, Horacio Lejarraga, Domingo Múscolo, Jorge Sívori, Margarita Telenta, Emilio Varela, Osvaldo Velán.

---

***PUBLICACION***

---

***DEL DEPARTAMENTO***

---

***DE DOCENCIA E INVESTIGACION***

---

Jefe: Dr. Enrique S. Caruso

Sub-Jefe: Lic. Norma Caffaro de Hernández

# SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES HOSPITAL ITALIANO

## CONSEJO DIRECTIVO EJERCICIO 1987-1988

<b>Presidente:</b> Sr. Antonio Macri	<b>Vicepresidentes:</b> Dr. Fausto Brighenti (Comisión Beneficencia) Ing. Juan Mosca (Comisión Gestión)	<b>Director:</b> Dr. Enrique Beveraggi	<b>Director Honorario:</b> Dr. Francisco Loyudice
---	---	---	--

### *Comisión Beneficencia:*

Sr. Alfredo Biasuto; Ing. Pedro Bronzini;  
Sr. Domingo Cutuli; Dr. Alfredo Lisdero; Dr.  
Francisco Loyúdice y Sr. Sebastián Maronese.

### *Comisión de Gestión:*

Dr. Gianfranco Bombicci Pontelli; Ing. Roberto  
Chioccarelli; Ing. Bartolo Denaro; Ing. Franco  
A. Livini; Dr. Guillermo R. Scarsoglio; Dr.  
Franco Seghetti

### *Revisores de Cuentas:*

Sr. Franco E. Caffarone; Dr. Ricardo J.  
Demattei; Dr. Alberto R. Levy;  
Dr. Arturo Lisdero; Sr. Santos O. Samari.

### *Consejeros:*

Dra. Angela M. de Afeltra; Sr. Pascual Ammi-  
rati; Sr. Eduardo M. Appleyard; Sr. Roberto  
Baccanelli; Dr. Ugo Baldi; Sr. Mario Baratella;  
Ing. Aldo Castelfranco; Dr. Sergio L. Einaudi;  
Ing. Ezio Ferretti; Dr. Pascual F. A. Filomeno;  
Dr. Francisco Franco; Lic. Bruno V. Genario;  
Sr. Mauro A. Herlitzka; Sr. Francisco Macri;  
Sr. Pascual Mastellone; Dr. Emilio Mondelli;  
Dr. Valentín Oliva; Ing. Victorio Orsi; Sr. Luis  
Pallaro; Sr. Antonio Petracca; Ing. Enrique Pe-  
trella; Dr. Dionisio Petriella; Dr. Bruno Petruz-  
zo; Sr. Angel J. Pini; Dr. Piero Rabello; Dr.  
Cristiano S. A. Rattazzi; Dr. Agustín O. F. Roc-  
ca; Ing. Roberto Rocca; Ing. Andrés Roccata-  
gliata; Sr. Eduardo D. Tarditi; Dr. César A.  
Tognoni; Dr. Jorge Volpino; Sr. Luis Zanon.



# SUMARIO

<b>Editorial: Las imágenes en la enseñanza de la Medicina</b> Lic. Norma Caffaro de Hernández	4
<b>Control del dolor por el uso de morfina intraventricular en el paciente con cáncer terminal</b> Dres. Rubén Tramontano, Ricardo L. Cedrola, Pedro Cambareri, Eduardo Bondio y Oreste L. Ceraso	6
<b>Localización paratiroidea en el hiperparatiroidismo primario: nuestra experiencia</b> Dres. Gustavo N. Lemme, Alberto E. Budano y Diego B. Santillán	19
<b>Aproximación al estudio de las neurosis (Primera parte)</b> Dr. Gabriel Jure	27
<b>El Departamento de Docencia e Investigación informa</b>	36

---

La **Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires** es una publicación del Departamento de Docencia e Investigación, Gascón 450 (1181) Capital.

Es editada y distribuida en Argentina por **Propulsora Literaria**, Av. Rivadavia 1929, 1º "3" (1033) Capital. Tel. 953-2033/953-3209.

**Editor responsable:** Carlos A. Rodríguez.

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, sin el permiso escrito del editor y de los autores.

Hecho el depósito legal en la República Argentina. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual Nº 22874. ISSN 0326-3401.



# EDITORIAL

## LAS IMAGENES EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

*Cada docente tiende a enseñar como a él le enseñaron. Por eso es casi un hábito que cuando un docente médico debe dar una clase, una conferencia o una charla piense inmediatamente en qué diapositivas usará.*

*Por qué esta conducta aparece como prioritaria? Para respondernos deberíamos recordar qué teorías del aprendizaje subyacen en ellas.*

*Si hacemos un poco de historia vemos que desde épocas antiguas se utilizaron apoyos visuales (gráficos, pizarras, etc) para reforzar los conceptos a desarrollar en una clase. Pero recién con el advenimiento de la epistemología y de la psicología sensual empirista, la imagen empieza a explicarse en la teoría del proceso de formación de los conceptos. Es a partir de ese momento donde se destaca que "la impresión que una imagen deja en nuestro espíritu es semejante a la impresión de una imagen sobre una placa fotográfica", es decir que para esta concepción teórica en que se apoya la didáctica tradicional, el origen de las ideas se encuentra en los elementos sensibles que se imprimen progresivamente y de a uno por vez en nuestra mente, de manera tal que la impresión de uno no borre la impresión del otro. De allí que las clases apoyadas con el esquema atomístico de la didáctica tradicional sean pasivas, lo esencial es fijar la imagen. El docente efectúa una demostración frente al auditorio con el objeto de ofrecerle la esencia de la idea que desea imprimir en la mente del alumno. Todos recordamos al docente que seccionaba una manzana o dibujaba una torta para explicar el concepto de fracción. De allí también deriva el concepto de memorización como repetición textual de lo aprendido.*

*La didáctica moderna, por el contrario, se bien se apoya en la observación y la percepción del alumno, sostiene que el conocimiento se construye por medio de dos operaciones: la interrelación y la actividad. Es decir que se reconoce la importancia de la didáctica tradicional intuitiva, que satisface una de las conductas indispensables para adquirir un conocimiento (ofrecer elementos concretos), pero estos no deben aislarse de modo artificial; por el contrario, la comprensión se logra mediante la interrelación y la actividad del sujeto que aprende. Esta actividad no es física o geográfica, es decir, que no necesariamente se debe trabajar con técnicas grupales, no se apoya sólo en conceptos extraídos de la psicología del interés y de la motivación, sino sobre todo, la actividad*



debe darse en el propio mecanismo de la inteligencia, porque desde los conocimientos más simples hasta los más abstractos e intelectuales necesitan para desarrollarse de la actividad, entendida ésta como un juego de operaciones intelectuales donde la interrelación de conceptos es básica. Esto significa que para alcanzar un concepto el alumno debe resolver por sí mismo problemas donde ponga en juego mecanismos de investigación propios (no resolver problemas tipo con datos distintos); debe poder actuar sobre datos concretos (en vez de representárselos o seguirlos como espectadores). Los conceptos son el resultado de operaciones interiorizadas y coordinadas.

Si nos apoyamos en estos conceptos teóricos y sintetizamos, vemos que:

- 1) Los apoyos visuales son importantes para la mejor asimilación de los conocimientos.
  - 2) Los apoyos visuales deben ser usados sólo como un medio en la enseñanza, ya que la actividad y la interrelación son fundamentales para la construcción de nuevos conocimientos.
  - 3) El número óptimo de diapositivas no se puede determinar "a priori", sino que depende del tema y del objetivo a desarrollar. Es importante saber descartar una diapositiva impactante pero que no agrega nada a lo ya proyectado.
  - 4) Debemos planificar primero la comunicación que pensamos realizar, ya sea ésta con técnicas expositivas, interrogativas, grupales, etc. y a partir de esta planificación, elegir los apoyos visuales.
- Con respecto a cómo realizar la diapositiva en sí debemos recordar:
- Pocos valores (sólo los más importantes, sin decimales, preferentemente en porcentajes).
  - Poco texto.
  - Diferenciar con colores o tramas las relaciones de los conocimientos que se presentan.
  - No siempre se puede usar la misma diapositiva para una comunicación escrita (artículo) que para la comunicación oral (clase, charla, conferencia).

En síntesis y volviendo al principio, cuando planificamos una charla, conferencia o una clase no mostremos imágenes, sino enseñemos con imágenes.

Lic. Norma C. de Hernández





## **CONTROL DEL DOLOR POR EL USO DE MORFINA INTRAVENTRICULAR EN EL PACIENTE CON CANCER TERMINAL\*\*\***

Dres. Rubén Tramontano\*, Ricardo Luis Cedrola\*, Pedro Cambareri\*, Eduardo Bondio\*\* y Oreste L. Ceraso\*

### **RESUMEN**

*Durante el período 1983-1986 se trataron quince pacientes cancerosos terminales con dolor crónico refractario a tratamientos convencionales, con analgésicos no esteroideos y opioides. Habiendo descartado otros tratamientos antálgicos, se les implantó un catéter ventricular con reservorio para la administración de clorhidrato de morfina.*

*Los criterios de selección para este procedimiento tuvieron en cuenta antecedentes de ubicación del tumor y metástasis, tratamientos oncológicos y paliativos previos, expectativa de vida superior a los tres meses, antecedentes de enfermedad mental, arterioesclerosis y especialmente que no hubiera metástasis a nivel del sistema nervioso central.*

*La propuesta de administración de morfina por vía ventricular (analgesia central continua a demanda con morfina) fue aceptada por los pacientes, obteniéndose resultados satisfactorios (entre 60 y 100% de alivio), que permitieron mejorar calidad de vida y con un promedio de 97 días de sobrevida con límites entre 22 y 217 días.*

*El método permitió una mayor independencia del paciente con respecto al Centro Integral para el Tratamiento del Dolor, con un grado de confiabilidad importante con respecto a la respuesta analgésica. Este procedimiento evitó en algunos casos cirugías a nivel del sistema nervioso central o periférico, y también internaciones prolongadas, ya sea en el domicilio o en centros especializados.*

*La facilidad de administración del clorhidrato de morfina y la baja incidencia de efectos colaterales y/o indeseables, hacen de éste un método eficaz y accesible, teniendo en cuenta fundamentalmente los criterios de selección de pacientes.*

\* Centro Integral para el Tratamiento del Dolor

\*\* Servicio de Neurocirugía

\*\*\* Nota de la Dirección: Este trabajo obtuvo el Premio "John Bonica" al mejor trabajo del Noveno Congreso Argentino del Dolor, Rosario, 1987.



## INTRODUCCION

El sulfato de morfina por vía subaracnoidea es un potente analgésico, cuya eficacia en el tratamiento de algunos dolores agudos, especialmente posoperatorios y en cesáreas, ha sido bien documentada<sup>1</sup>.

El uso racional de la morfina intratecal está basado en evidencias experimentales y clínicas<sup>2</sup>.

Numerosos estudios han identificado receptores opiáceos en varias áreas del sistema nervioso central, los cuales están relacionados con la transmisión y el procesamiento del dolor<sup>3</sup>.

Hay evidencias de que la morfina reduce la información nociceptiva ascendente, actuando directamente en la sustancia gelatinosa de Rolando. Esto ha permitido la realización de experiencias clínicas que confirman la efectividad de pequeñas dosis de la droga, administrada por vía epidural y subaracnoidea espinal.

La densidad de receptores opiáceos es baja en corteza cerebral, pero aumenta en profundidad hacia el cuerpo calloso. Hay una alta densidad en la amígdala, el núcleo caudado, el putamen, el tálamo medial y la habénula. El tálamo en general tiene una moderada concentración y es menor en el hipotálamo. En el tronco la concentración es alta en los núcleos interpedunculares, el locus coeruleus y la región periacueductal, luego en el piso del cuarto ventrículo. En el núcleo espinal del quinto par y en el núcleo del rafe magnus, la mayor concentración en la médula espinal se halla en las láminas I y II de la sustancia gelatinosa de Rolando.

Con respecto al análisis clínico de las diferentes vías utilizadas, es conocido que la dosis de narcóticos requerida para aliviar el dolor severo por cáncer, a menudo ocasiona efectos colaterales

serios como la somnolencia, o efectos indeseables, de los cuales los más comunes son náuseas, vómitos y constipación.

Hay evidencias de que la menor dosis requerida para producir analgesia a nivel espinal o peridural conlleva un menor índice de efectos colaterales y no produce una mayor depresión del sistema nervioso central<sup>4</sup>.

El concepto de la infusión de morfina a lo largo de la médula espinal para bloquear el dolor y evitar los efectos colaterales de la administración sistémica, ha sido aplicado durante varios años.

La administración de morfina intratecal produce analgesia en animales y humanos. Yaksh<sup>5</sup> logró colocar un catéter espinal en ratas para obtener analgesia continua, y Wang<sup>6</sup> reportó el uso de 0,5 a 1 mg de morfina en el espacio intratecal espinal en ocho pacientes con éxito y sin efectos colaterales. Tung<sup>7</sup> obtuvo treinta horas de analgesia con 1 mg de morfina por esta vía en un paciente con cáncer de páncreas. Experiencias similares realizó Cousin<sup>8</sup> con petidina (meperidina) en dosis de 10 a 30 mg y con morfina de 1 a 3 mg con analgesias de hasta cuarenta y ocho horas. Para evitar punciones repetidas comenzó con el uso de catéteres espinales epidurales. En estas experiencias el nivel sanguíneo del fármaco es menor que el necesario para obtener analgesia por vía parenteral. Samil\* utilizó una dosis mucho mayor de morfina intratecal diluida en una solución hipertónica de glucosa al 10% en pacientes sentados o semisentados logrando un buen nivel de analgesia desde D1 a D6, hacia la región caudal y sin efectos colaterales.

\*Comunicación personal

Está descrito que el uso de bajas dosis a nivel



Enfermedades por  
hiperacidez...  
Ese Fuego



Úlcera péptica  
Úlcera duodenal  
Úlcera gástrica  
Úlcera por stress  
Gastritis  
Dispepsia  
Hiperacidez por reflujo  
Profilaxis en drogas  
gastro-irritantes

1 comprimido  
por la noche\*

Hizo falta Zantac  
para apagar tanto Fuego

Zantac 300

"El fármaco más"



la cefalotina

endido del mundo."

*Glaxo*



de la cisterna magna produce analgesia generalizada y no aumenta el riesgo de depresión respiratoria.

Experiencias más recientes indican que la administración intraventricular de morfina produce una analgesia prolongada (reversible con la administración de naloxona), que se piensa es mediada por la actividad de las vías inhibitorias espinotectales<sup>9-10</sup>.

Luego del uso de varios sistemas de catéteres y el implante de reservorios de uso neuroquirúrgico como vías de administración para alcanzar el espacio epidural o subaracnoideo, ya sea espinal o ventricular, Onofrio<sup>11</sup> comunica el primer implante de una bomba de infusión continua para el uso de morfina<sup>12-13-14</sup>.

En este trabajo se comenta nuestra experiencia en la administración prolongada de morfina intraventricular, mediante la punción transcutánea de un reservorio.

## MATERIAL CLINICO Y METODO

Durante los años 1983 a 1986, se evaluaron quince pacientes implantados con reservorios para administración de morfina intraventricular. Para este procedimiento fueron seleccionados pacientes que reunieran los siguientes criterios:

1. Dolores incoercibles con analgésicos por distintas vías, o que presentaban inaceptables efectos colaterales con las dosis analgésicas necesarias.
2. La terapéutica específica antitumoral no disminuía el dolor (ejemplo: quimioterapia, radioterapia).
3. Otros procedimientos invasivos fueron rechazados por el paciente o considerados inadecuados por el neurocirujano.

cuados por el neurocirujano.

4. Expectativa de vida superior a los tres meses.
5. Pacientes que no presentaron metástasis a nivel del sistema nervioso central, pues éstas podrían alterar la circulación del LCR, y en consecuencia no acceder la morfina a los receptores.
6. Pacientes que no presentaran infección en el sistema nervioso central.
7. Pacientes que por su condición mental pudieran recibir este procedimiento (sin déficit mental, arteroesclerosis, demencia, etc.).

De los pacientes seleccionados, nueve eran mujeres y seis hombres. La edad promedio fue de 56,4 años, con un rango de 42 a 69 años. El tipo y la localización del tumor se indican en la Tabla Nº 1. Se observa que la mayoría de ellos presentaban tumores generalizados o que afectan zonas difíciles de tratar con técnicas convencionales.

Todos los pacientes fueron sometidos a un ensayo previo, evaluándose el resultado de la administración de morfina mediante punciones repetidas o la colocación de un catéter subaracnoideo. Pasaron a ser pasibles de un tratamiento prolongado con colocación de un reservorio, solo aquellos que obtuvieron un real beneficio con menores efectos colaterales.

En los pacientes que previamente estaban en tratamiento con narcóticos por otras vías, se calculó la dosis del período de prueba en un 10% de la administración diaria por vía parenteral. Los pacientes vírgenes de tratamiento morfínico iniciaron su prueba con 0,5 mg de morfina/día subaracnoidea o 2 mg epidural.

Si la prueba era positiva, y los criterios de selección se cumplían, se proponía la colocación de un reservorio Rickham Large, conectado con un catéter de "silastic" al cuerno frontal



TABLA 1: MORFINA INTRAVENTRICULAR

Paciente Nº	Edad	Sexo	Sitio del tumor	Localización del dolor	Dosis (mg.)			Respuesta	Complicación
					inicial	final	días		
1	65	F	Mama Mts.múlt.	Bilateral nivel óseo	0,50	1,20	51	Buena	Náusea-Consti- pación-Prurito
2	42	M	Páncreas	Local	1,00	3,00	92	Pobre	Constipación
3	51	F	Recto	Local	0,40	8,00	128	Excelente	Náuseas- Prurito
4	55	M	Próstata Mts.ósea	Bilateral gral.	0,80	1,40	60	Bueno	Vómito-Reten- ción urinaria
5	60	M	Próstata Mts.ósea	Bilateral gral.	1,20	2,50	194	Bueno	Náusea-Vómi- to-Constipa- ción
6	69	F	Mama	Bilateral	0,30	0,0*	62	Excelente	Constipación
7	63	F	Mama Mts.múlt.	Bilateral nivel óseo	0,30	1,00	217	Excelente	
8	47	F	Cara Cuello	Local y cefálico	0,30	3,00	143	Pobre	Constipación Vómitos
9	68	F	Páncreas Hígado	Local	1,50	4,00	23	Bueno	Constipación
10	50	M	Laringe Inv.Local	Local Cervical	0,30	1,40	121	Excelente	
11	49	M	Pulmón Mts.Col.	Gralizado. bilateral	0,30	1,00	43	Bueno	Náuseas Constipación
12	57	M	Pulmón Mts.mult.	Gralizado.	0,80	1,00	22	Bueno	Constipación Náuseas
13	57	F	Mama Mts.múlt.	Bilateral	0,30	0,70	111	Excelente	Constipación Náuseas
14	60	F	Pulmón Mts.múlt.	Gralizado. bilateral	0,50	0,50	46	Excelente	
15	53	F	Riñón Mts.ósea	Hombro lumbar	0,30	**		Pobre	

\* Se interrumpió el tratamiento por alivio espontáneo (derrumbamiento vertebral)

\*\* Se interrumpió el tratamiento por infección hospitalaria



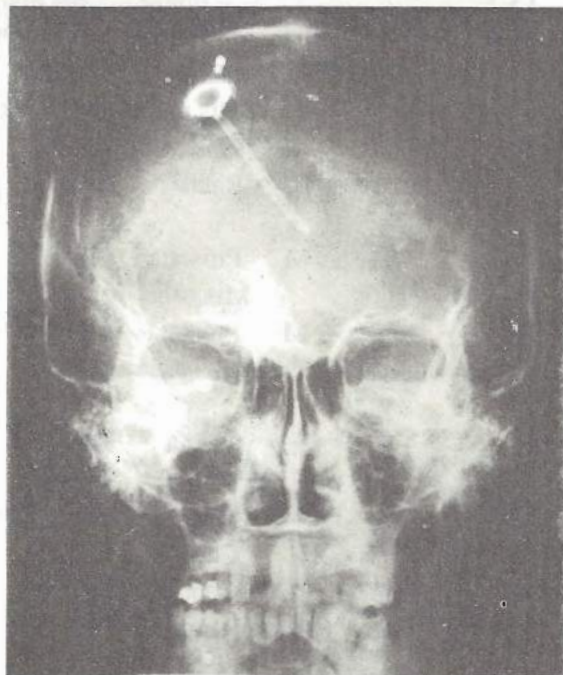
del ventrículo derecho para la administración percutánea de morfina. Con una incisión semicircular, se realiza un orificio óseo a 2 cm por delante de la sutura coronal y a 3 cm por fuera de

*Figura N° 1: Incisión cutánea frontal que delimita el área donde protruye la cúpula del reservorio.*



la línea media y el sistema es emplazado de acuerdo a la técnica neuroquirúrgica ya establecida para este tratamiento (Figura 1 y 2).

*Figura N° 2 y 3: Expresión radiográfica del reservorio subcutáneo y el catéter emplazado en el cuerno frontal del ventrículo lateral.*

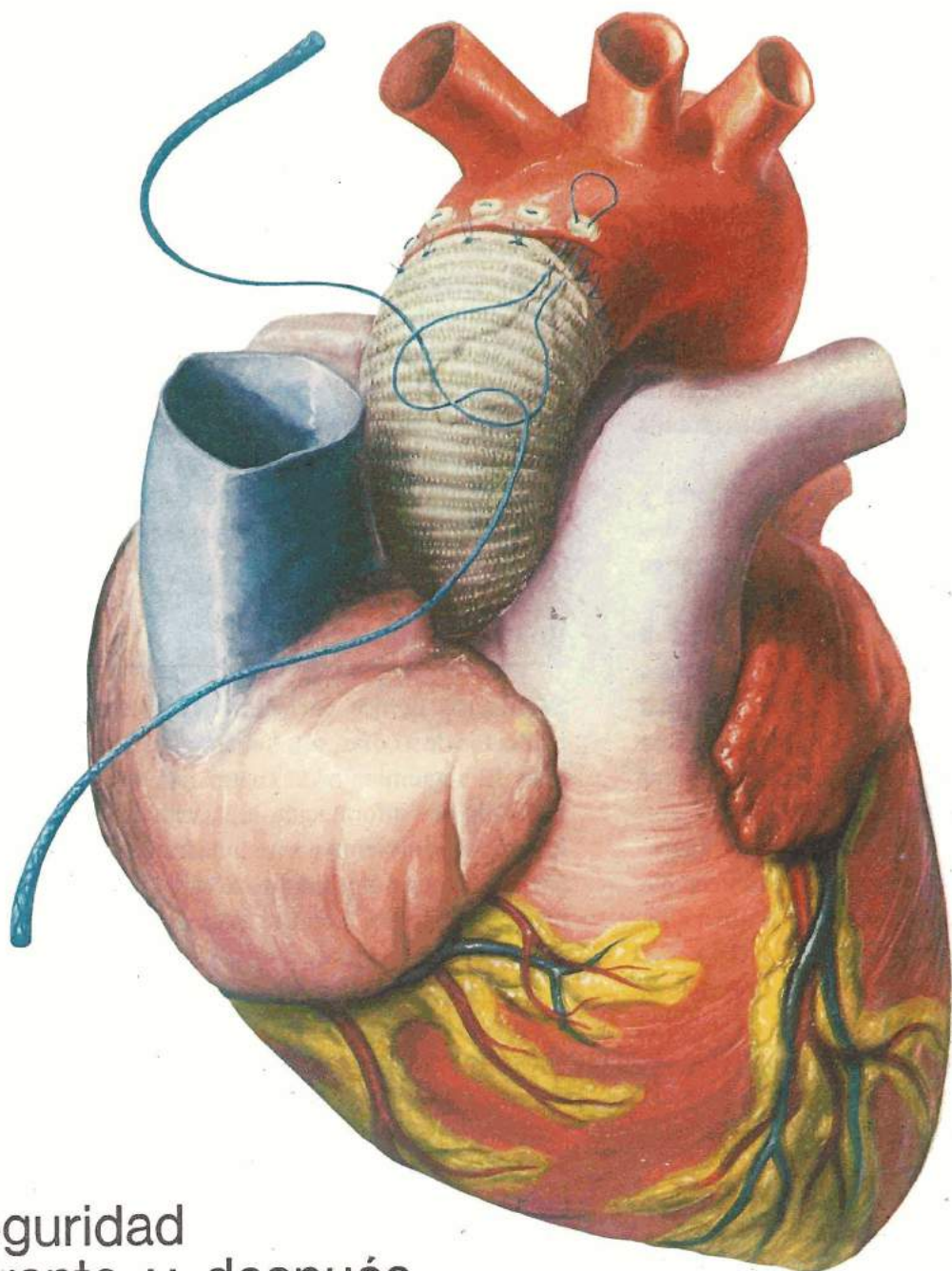




# TI·CRON\*

SUTURA DE FIBRA  
POLIESTER TRENZADA  
Y SILICONADA\*

## “La sutura cardiovascular”



Seguridad  
durante y después  
de la cirugía

**DG**  
DAVIS+GECK

 **CYANAMID**

Cyanamid de Argentina S.A.  
Charcas 5051 - C.P. 1425 Buenos Aires  
Tel.: 772-4031





Luego de un período de internación de cinco a diez días, no se observaron complicaciones. Se planteó el tratamiento ambulatorio y en algunos casos se instruyó a la familia o personal auxiliar para continuar el mismo en su lugar de origen. La administración de morfina se realiza luego de una cuidadosa asepsia de la zona del reservorio, se inyecta con una aguja N° 25, tratando de perforar el reservorio en distintas zonas en cada intervención.

Utilizamos morfina libre de conservadores y especialmente fraccionada en ampollas a una concentración de 1 mg por ml para facilitar su uso ambulatorio por la familia.

No se utilizó placebo en los tests previos ni durante el tratamiento, evaluándose la analgesia mediante el equivalente verbal y la escala visual análoga. Se tuvo en cuenta la influencia de las alteraciones que podían producirse al valorar los resultados, por tratarse de pacientes con previas adicciones a distintos fármacos o alteraciones de su estado psicológico, probablemente debido a tratamientos previos (quimioterapia, radioterapia, cirugía, etc).

La sistemática del uso del reservorio fue la siguiente:

1) Para la administración de morfina en el reservorio, se tuvo en cuenta la dosis previa que cada paciente recibía, utilizando como dosis inicial 0,3 a 1,0 mg/mm/g.

2) Se evaluó:

a. Porcentaje de alivio del dolor mediante la escala visual análoga.

b. Dosis de morfina requerida e intervalo entre cada una de ellas (individualización de la dosis).

c. Presencia o no de efectos colaterales y/o indeseables.

3) Promedio de aplicación inicial fue de 0,6 mg

y el mayor período entre la primera administración y la segunda fue de 56 horas. El promedio interdosis fue difícil de determinar, debido a que el horario de administración no necesariamente coincide con la aparición del pico de máxima intensidad de dolor.

La dosis de comienzo del tratamiento fue de 0,3 mg y se llegó hasta 8 mg al suspender el tratamiento, teniendo en cuenta que hubo pacientes que no necesitaron más morfina para aliviar su dolor, y otros fallecieron como consecuencia del estado avanzado de su enfermedad.

## RESULTADOS

Se trataron quince pacientes cuya sobrevivencia media fue de 97 días, con límites entre 22 y 217 días. El seguimiento de cuatro pacientes fue realizado por información indirecta, dado que los mismos volvieron a sus ciudades de origen. No se produjeron complicaciones técnicas a nivel del sistema (catéter, reservorio), como obstrucciones, roturas, acodaduras, etc, ni a nivel de la piel que lo recubre. No hubo reacción ventricular clínica.

No se presentaron casos de depresión respiratoria, íleo paralítico, complicaciones clínicas y/o neurológicas. Un reservorio tuvo que ser extraído debido a una infección hospitalaria, reimplantándose a los seis meses.

No se administraron opioides por otra vía que no fuera la intraventricular. Sí se aplicaron analgésicos no esteroideos y adyuvantes como hipnóticos en horas nocturnas y antidepressivos.

La respuesta a la administración de morfina intraventricular fue:

6 pacientes: 100% de analgesia

7 pacientes: 60 a 90% de analgesia



2 pacientes: 40 a 60% de analgesia

Una paciente portadora de un cáncer de mama con metástasis en columna dorsal, coincidentemente con el derrumbe de una vértebra (sin foco neurológico), dejó de percibir dolor y no fueron necesarias nuevas administraciones luego de cuatro meses de tratamiento.

Todos los pacientes requirieron un aumento gradual de la dosis o un acortamiento del lapso entre cada aplicación para mantener su alivio, hasta llegar a la dosis en que se estabilizaba (individualización).

Dos pacientes tuvieron respuesta inicial de 100% de analgesia y continuaron con menor porcentaje de alivio a su dolor, aun cuando se aumentó la dosis de morfina. Lo mismo sucedió con un paciente que respondió inicialmente con 80% de alivio inicial (Tabla N° 2).

El comienzo del alivio del dolor se obtuvo entre los 5 min hasta los 30 min, luego de la administración de morfina.

Si la respuesta no está por encima del 60%, se

debe investigar la localización del sistema bajo tomografía computada, en especial si la punta del catéter está correctamente ubicada en el ventrículo y alejada de los plexos coroideos, o si la permeabilidad del mismo es correcta por la inyección de metrezamida a través del reservorio y el posterior control radiográfico.

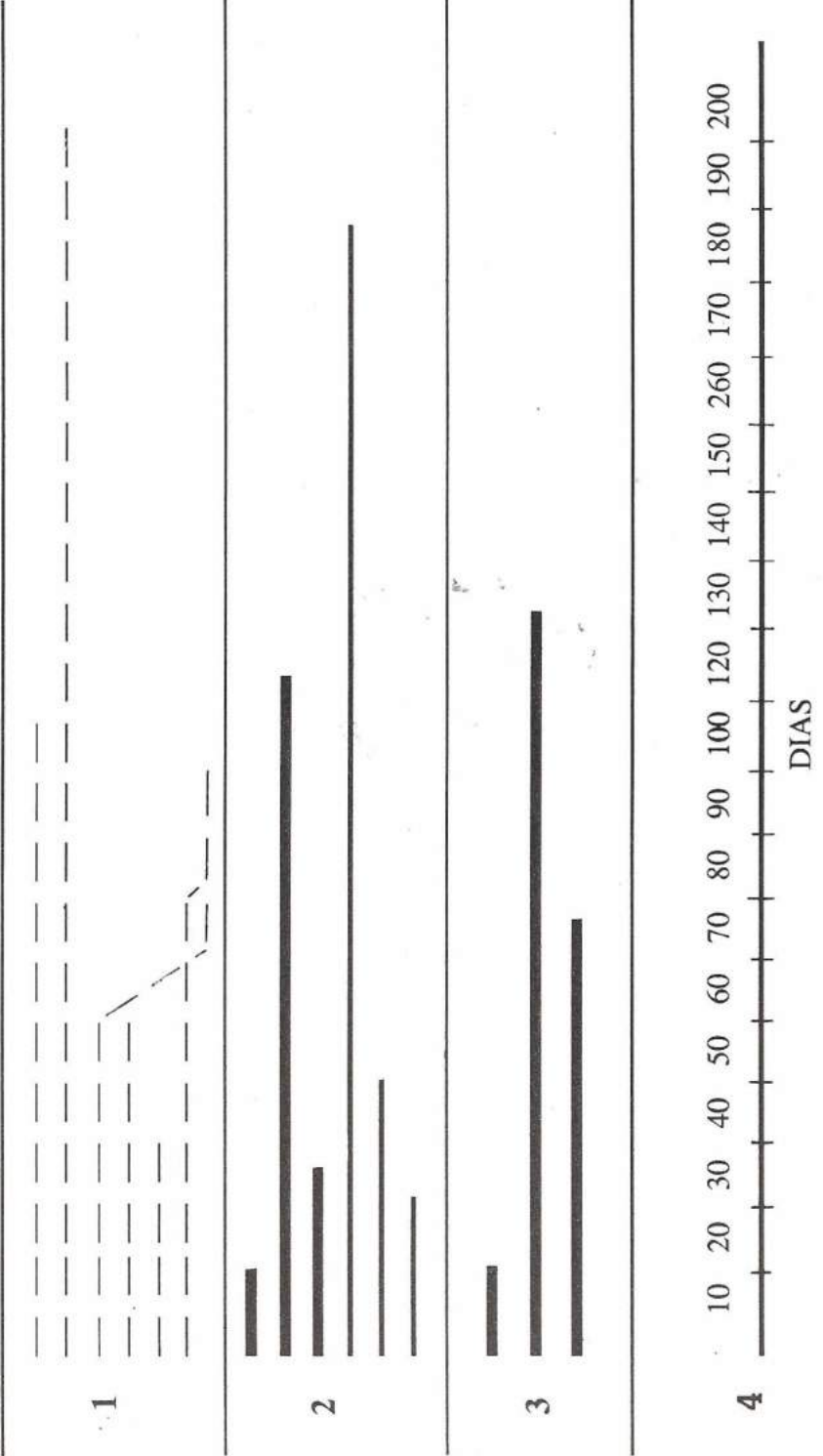
Las náuseas y vómitos fueron frecuentes en nueve casos, pero mejoraban o desaparecían cuando se administraba metoclopramida por vía sublingual (5 mg).

Observamos tres pacientes con retención urinaria, en uno de ellos solo expresada por una dificultad moderada en la iniciación de la micción. La retención urinaria revirtió entre seis a doce horas. Presentaron constipación rebelde a laxantes diez pacientes.

Dos pacientes presentaron prurito, uno de ellos de escasa cuantía, que cedió espontáneamente a las seis horas, y el otro, con difenilhidramina. En un paciente observamos hipersomnolia durante las tres horas siguientes a cada administración.



**CUADRO Nº 2: RESPUESTA ANALGESICA VS. TIEMPO EN PACIENTES TRATADOS CON MORFINA INTRAVENTRICULAR**



RESPUESTA ANALGESICA (1) Respuesta analgésica de 100% (2) Respuesta analgésica entre 60-90% (3) Respuesta analgésica entre 40-60% (4) " " " " menor del 40%



## COMENTARIO

La aplicación de morfina por vía espinal en humanos fue por primera vez comunicada por Wang et. al. en 1979<sup>6</sup>.

Su trabajo se basa en los primeros descubrimientos de receptores morfínicos a nivel del cuerno posterior de la médula espinal con la intención de que la inyección local de morfina en su cercanía pueda producir analgesia en forma pura sin efectos colaterales y con marcada disminución de la dosis.

Posteriores trabajos demostraron que los opiáceos por vía espinal son potentes analgésicos y en la actualidad están largamente aceptados en el tratamiento de varios tipos de dolor agudo<sup>5</sup>. Más recientemente se conocieron comunicaciones que demuestran la eficiencia de esta vía en el tratamiento a largo plazo de enfermos con cáncer mediante la administración a través de catéteres externalizados, reservorios tipo Rickhan y Omayá, catéteres tipo Broviac, bombas de infusión tipo Medtronic o Infusaid u otros sistemas menos convencionales.

Como Muller et. al., hemos observado que cuanto mayor era el consumo previo de opiáceos y también de analgésicos no opiáceos, mayor era la dosis necesaria de morfina inicial para producir un aceptable nivel de analgesia. Yaksh<sup>5</sup>, entre otros, demostró que esto es debido a que existe tolerancia cruzada entre los opiáceos sistémicos e intraespinales.

Todos los pacientes requirieron o bien aumento de la dosis o bien un acortamiento en el tiempo de administración. Pero también hay que resaltar que en todos los pacientes, el dolor no fue de igual intensidad, y en un caso, al variar su patología de base (se derrumbó una vértebra dorsal sin provocar foco neurológico) fue posi-

ble suspender la administración.

De las hipótesis que se presentan, creemos que la más aceptable es la de la tolerancia a la droga, con disminución de la sensibilidad a los agonistas opiáceos a nivel de los receptores.

Otras hipótesis toman en cuenta la continua progresión del proceso canceroso y/o la reducción de la penetración de la droga a nivel del sitio de administración por cambios en la aracnoides. La tolerancia no es un inconveniente insalvable en pacientes con corta expectativa de vida, como lo es en pacientes portadores de patología benigna cuya vida es mayor.

Con esta técnica alcanzamos los siguientes objetivos propuestos:

- Analgesia en dolores polifocales, en especial bilaterales o de línea media.
- Alivio del dolor no obtenido mediante analgésicos no opiáceos.
- Analgesia en pacientes que aun mejorando con morfina por otra vía presentaban efectos colaterales, en especial confusión y letargia inaceptables para la convivencia.
- Independencia del Centro Integral para el Tratamiento del Dolor y del acto específico de la administración, al requerir en algunos casos dosis cada 48 ó 72 horas; hecho de fundamental importancia en el enfermo canceroso terminal y que alcanza su mejor exponente con el uso de bombas de infusión. Cuatro de nuestros pacientes volvieron a su ciudad de origen y el tratamiento pudo ser continuado sin complicaciones hasta el deceso.
- Evitar en algunos casos cirugía sobre el sistema nervioso central, cordotomías o mielotomías, tratamientos pasibles de fracaso en algunos casos y con el riesgo de agregar déficits neurológicos adicionales.

Del análisis de los datos se observa que en



cualquiera de los puntos anteriores el procedimiento fue efectivo.

El uso del reservorio representa un procedimiento relativamente poco oneroso, cómodo para su manejo y de bajo riesgo para el paciente en su colocación.

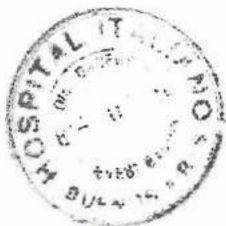
El método de aplicación es sencillo, pues la impronta que produce el reservorio sobre la piel es fácilmente identificable una vez que haya desaparecido el edema posoperatorio.

Como sistema semicerrado, no está exento de riesgo de infección, pero dicha posibilidad comparativamente con otros métodos de administración de morfina en LCR se ve muy disminuida. Se requiere una correcta educación del paciente, su familia y del equipo médico que lo atiende. Por lo que concluimos que este es un sistema de independencia relativa con respecto al médico tratante del dolor.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Behar, M; Olshwang, D; Magora, F. y col: Epidural morphine in treatment of pain. *Lancet* 1:257, 1979.
2. Coombs, DW; Saunders, RL: Intraaspiral infusion of narcotic drugs in Wilkins RH. *Ren-gachary SS Ceds): Neurosurgery. New York Mr Graw Hill, 1985. Vol. 3:2390-2397.*
3. Kitahata, LM; Collins, JG: Spinal action of narcotic analgesics. *Anesthesiology* 54:153-163, 1981.
4. Greenberg, HS; Taren, J; Esminger, WD; Doan, K: Benefit from and tolerance to continuous intrathecal infusion of morphine for intractable cancer pain. *J. Neurosurg.* 57:360-364, 1982.
5. Yaks, TL: Spinal opiate analgesia. Characteristics and principles of action. *Pain* 11:293-346, 1981.
6. Wang, JK; Nauss, LA; Thomas, JE: Pain relief by intrathecally applied morphine in man. *Anesthesiology* 50:149-151, 1979.
7. Tung, AS; Yaksh, TL; Wang, JY: Tolerance of intrathecal opiates in the rat. *Anesthesiology* 33:A171, 1981.
8. Cousins, MJ; Mather LE: Intrathecal and epidural administration of opioids. *Anesthesiology* 61:276-310, 1984.
9. Leavens, ME; Hill, S; Cech, DA: Weyland action. Weston, JS: Intrathecal and intraventricular morphine for pain in cancer patients. Initial study. *J. Neurol.* 56:241-245, 1982.
10. Lobato, RD; Madrid, J; Lorenza, MD; Fatela, LV; Rivas, JJ; Reig, E; Lamas, E: Intraventricular morphine control of pain in terminal cancer patients. *J. Neurosurg.* 59:627-633, 1983.
11. Onofrio, BM: Treatment of chronic pain of malignant origin with intrathecal opiates. *Clin. Neurosurg.* 31:304-315, 1983.
12. Penn, RD; Paice, JA; Gottschalk, W; Ivankovich, AD: Cancer pain relief using chronic morphine infusion. *J. Neurosurg.* 61:302-305, 1984.
13. Carl, P; Crawford, ME; Ravlo, O: Fixation of extradural catheters by means of subcutaneous tissue tunneling. *Br. J. Anaesth.* 56:1369, 1984.
14. Coombs, DW; Saunders, RL; Gaylor, MS; Bloock, AR; Colton, T; Harbaugh, R; Pageau, G; Mroz, W: Relief of continuous chronic pain by intraspinal narcotics infusion via an implanted reservoir. *JAMA* 250:2336-2339, 1983.
15. Poletti, CE; Cohen, AM; Todd, DP; Ojemann, RG; Swet, WH; Zervas, NT: Cancer pain relieved by long-term epidural morphine with permanent indwelling systems for self administration. *J. Neurosurg.* 55:581-584, 1981.





## LOCALIZACION PARATIROIDEA EN EL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: NUESTRA EXPERIENCIA

Dres. Gustavo N. Lemme\*, Alberto E. Budano\*\* y Diego B. Santillán\*\*\*. Con la colaboración del Dr. Héctor Marchitelli\*\*\*\*

### RESUMEN

*Los métodos de localización de las glándulas paratiroides han brindado un notable progreso en el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo primario (HP).*

*En este trabajo analizamos 24 casos de HP confirmados por el laboratorio y la anatomía patológica. En 21 enfermos se utilizaron diferentes métodos de localización preoperatoria, ubicando la glándula enferma en 15 (74,5%).*

*La ecografía mostró una sensibilidad del 93,3% y una especificidad del 86,6% para enfermedad monoglandular.*

*La centellografía de talio y tecnecio con sustracción se realizó sólo en ocho enfermos. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios pero necesitamos mayor experiencia para que estos tengan validez estadística.*

*La TAC no aportó datos útiles en esta serie.*

*Los métodos invasivos fueron utilizados en un solo paciente, localizando un adenoma ectópico en mediastino.*

*La tinción intraoperatoria con azul de metileno, realizada en 12 enfermos, fue exitosa en el 75% de los casos.*

Trabajo presentado en las XIII Jornadas Nacionales y III Internacionales para médicos residentes de Cirugía General, Mendoza, abril de 1987, obteniendo el premio al mejor trabajo presentado.

\* Ex Jefe de Residentes de Cirugía General, Hosp. Italiano de Bs. As.

\*\* Jefe de Residentes de Cirugía General, Hosp. Italiano de Bs. As.

\*\*\* Residente de cuarto año de Cirugía General, Hosp. Italiano de Bs. As.

\*\*\*\* Jefe del Sector de Cabeza y Cuello del Servicio de Cirugía General, Hospital Italiano de Bs. As.

Jefe del Servicio de Cirugía General: Dr. Enrique M. Beveraggi



El hiperparatiroidismo primario (HP) es una entidad de tratamiento quirúrgico, cuyo diagnóstico está basado en datos de laboratorio, ya que sus manifestaciones clínicas son muy variables y dependen del tiempo de evolución y de la intensidad de la afección.

Su resolución quirúrgica ofrece buenos resultados, pero para ello es indispensable un diagnóstico temprano y un equipo quirúrgico entrenado.

En los últimos años se han desarrollado nuevos métodos con alta sensibilidad y especificidad para localizar las glándulas paratiroides enfermas, que han permitido un abordaje quirúrgico más racional, con indudables beneficios sobre la morbilidad operatoria.

## MATERIAL Y METODO

El diagnóstico de HP se estableció en presencia de: hiperfunción de las glándulas paratiroides con nivel sérico de parathormona (PTH) aumentado (mayor de 600 pg/ml), hipercalcemia (mayor de 11 a 12 mg/dl), hipofosfatemia (menor de 2,4 mg/dl) e hipercalciuria (mayor de 250 mg/24 horas). Se consideró que el hiperparatiroidismo recidivado puede ser persistente o recurrente. Es persistente cuando luego de la cirugía no se modifican los valores de laboratorio y recurrente cuando se normalizan los valores en el posoperatorio, reapareciendo la enfermedad luego de un tiempo variable.

En el período comprendido entre enero de 1981 y diciembre de 1986, se operaron en el Sector de Cabeza y Cuello del Servicio de Cirugía General, 24 enfermos portadores de hiperparatiroidismo primario.

Las patologías que motivaron la cirugía fueron:

- Adenoma paratiroideo: 14 (58,3%)
- Hiperplasia paratiroidea: 6 (25%)
- Adenocarcinoma paratiroideo: 4 (16,7%)

El cuadro clínico de ingreso correspondió a:

- Hiperparatiroidismo primario: 23 pacientes
- Hiperparatiroidismo recidivado recurrente: 1 paciente

Los estudios de localización realizados fueron:

### Preoperatorios

#### a) No invasivos

- Cineesofagografía con cámara de 70 mm: 4 pacientes
- Ecografía del tiempo real de alta resolución: 20 pacientes
- Centellografía doble de talio 201 y tecnecio 99 con sustracción: 8 pacientes
- Tomografía axial computada: 2 pacientes

#### b) Invasivos

- Angiografía selectiva: 1 paciente
- Dosaje venoso selectivo de PTH: 1 paciente

### Intraoperatorios

Tinción intraoperatoria de paratiroides con azul de metileno: 12 pacientes.

Se utilizó la técnica de Hulskamp y Pradier modificada<sup>1</sup>: se prepara al paciente con una diaria de 150 mg de triiodotironina durante siete días; durante la inducción anestésica se pasa a goteo rápido una solución de azul de metileno al



1% a dosis de 7 mg/kg de peso, diluida en 300 ml de dextrosa al 5%.

Se efectuaron 27 operaciones, correspondiendo cuatro de ellas a reoperaciones: dos por persistencia y dos por recurrencia de la enfermedad. Detallamos a continuación los mismos:

*Caso 1)* Mujer de 39 años de edad. Operada hace diez años en otro Servicio por un presunto adenoma paratiroideo (no hay biopsia), normalizando su calcemia. Después de nueve años se diagnosticó un gastrinoma que se resolvió con pancreatectomía corporocaudal, normalizando sus niveles de gastrina. A los tres meses presenta recurrencia de su hipercalcemia haciendo sospechar que la enfermedad paratiroidea es pluriglandular por tratarse de una neoplasia endocrina múltiple. La ecografía mostró una paratiroides agrandada en polo superior derecho de tiroides (2 cm de diámetro). Se confirmó este hallazgo durante el acto quirúrgico, encontrándose además una paratiroides discretamente aumentada de tamaño. El informe anatomopatológico fue de hiperplasia. Actualmente, luego de tres años, presenta cifras normales de calcemia.

*Caso 2)* Paciente de 51 años de edad, sexo femenino. Fue operada en 1985 por HP en nuestro Hospital, presentando ecografía y TAC negativas. No se utilizó azul de metileno durante la cirugía. Se hallaron dos paratiroides hiperplásicas de tamaño ligeramente aumentado en el lado izquierdo. Además presentaba un adenoma folicular de tiroides. Se comprueba persistencia de su enfermedad luego de la cirugía. Se reestudia a los tres meses con ecografía, siendo ésta negativa. Se realiza centellograma con talio y tecnecio (primer caso realizado), obteniendo

una imagen concluyente en polo superior derecho de tiroides. Se realizó azul de metileno intraquirúrgico tiñendo una glándula subcapsular en el lugar ya indicado. La histopatología confirmó el diagnóstico de hiperplasia, remitiendo el cuadro hasta la actualidad.

*Caso 3)* Paciente de 32 años de edad, sexo femenino. Operada en nuestro Hospital por HP. Los estudios de localización preoperatorios fueron negativos (ecografía y centellográfía). La tinción con azul de metileno no fue satisfactoria. En el acto quirúrgico se localizaron una glándula hipoplásica y dos glándulas normales, no hallándose la glándula enferma en el cuello. Ante la persistencia del HP se reestudió la enferma realizando TAC de cuello y mediastino, que fue negativa. Se realizó angiografía selectiva que mostró un tumor a nivel de la carina dependiente de la mamaria interna derecha. El dosaje venoso selectivo de PTH también fue positivo. Se reoperó la enferma por una esternotomía transversal con tinción intraoperatoria. Se halló un adenoma en el lugar indicado por los estudios, que se tiñó con azul de metileno. La histopatología confirmó el diagnóstico de adenoma.

*Caso 4)* Paciente de 50 años, sexo masculino. HP con ecografía positiva mostrando un tumor de 3 cm de diámetro en polo inferior derecho de tiroides. Se comprueba este hallazgo en la cirugía. La congelación de este tumor fue informada como adenoma paratiroideo. La inclusión posterior demostró que se trataba de un adenocarcinoma. El paciente presentó recurrencia de su enfermedad un año y medio después. Se reestudia buscando metástasis alejadas que no se hallaron. En el cuello se realizó ecografía que no

fue definitiva y centellograma de talio y tecnecio que mostró captación en la proximidad del hueco esternal.

Se reoperó encontrando un nódulo junto a la grasa tímica. Se realizó vaciamiento modificado de cuello con hemitiroidectomía derecha. El cuadro ha remitido hasta el momento.

## RESULTADOS

---

De los 21 pacientes estudiados con los distintos métodos, en 15 (74,5%) localizamos la glándula patológica responsable del HP en el preoperatorio.

La ecografía mostró una alta sensibilidad (93,3%) y especificidad (86,6%) para la localización de la enfermedad monoglandular, teniendo nuestra serie un falso positivo, que correspondió a un nódulo tiroideo y un falso negativo por adenoma paratiroideo ectópico en mediastino.

La centellografía con talio 201 y tecnecio 99 por sustracción, se realizó sólo en ocho pacientes. Dos presentaban adenomas, localizados previamente con la ecografía, obteniéndose los mismos resultados con este método. Los seis casos restantes fueron hiperplasias y sólo en uno de ellos pudo localizarse la glándula dominante, que no había sido hallada por ecografía. Por ser un método de reciente empleo y por el escaso número de enfermos estudiados, no podemos obtener conclusiones estadísticamente valederas.

La TAC se realizó en dos pacientes. En uno de ellos confirmó un adenoma cervical, que había sido diagnosticado previamente con ecografía. El otro caso se trató de un adenoma mediastinal donde la ecografía y el centellograma fueron

negativos y la TAC tampoco lo localizó.

En el caso antes mencionado, la angiografía selectiva reveló un adenoma ectópico en mediastino a nivel de la carina, dependiente de la arteria mamaria interna derecha.

El dosaje venoso selectivo de PTH se realizó también en este paciente, encontrándose valores elevados en el lado derecho.

El método de tinción intraoperatoria con azul de metileno, fue satisfactorio en 9 de 12 pacientes (75%).

## DISCUSION

---

La cirugía de las glándulas paratiroides ofrece dificultades por diversas razones. Estas incluyen: a) el número múltiple de glándulas que puede ser variable; en un 5% pueden tener más de cuatro; b) el pequeño tamaño de las mismas; c) su variable localización en relación con la glándula tiroidea y otras estructuras del cuello y mediastino; d) las controversias existentes en la táctica quirúrgica a emplear en la enfermedad mono o pluriglandular<sup>2-9-10-15</sup>.

La primera exploración cervical va seguida de éxito en más del 90% de los casos<sup>8-15</sup>, prácticamente sin complicaciones. En cambio, las reoperaciones por persistencia o recurrencia del HP, son técnicamente dificultosas y la curación de la enfermedad se alcanza en un 60 a 65%<sup>8-15</sup>, aumentando la morbimortalidad.

Es necesario un equipo quirúrgico entrenado para obtener estos resultados. Asimismo consideramos que no pueden descartarse los métodos no invasivos de localización paratiroidea, ya que estos permiten: a) acortar el tiempo de intervención quirúrgica; b) evitar disecciones innecesarias que ponen en peligro estructuras



nobles del cuello, incluyendo a las paratiroides que deben ser conservadas.

Estas consideraciones se jerarquizan cuando se trata de una reoperación. En estos casos no sólo son necesarios los métodos no invasivos, sino también la angiografía selectiva y el muestreo venoso de PTH en casos seleccionados<sup>2-3-4-5-8-15</sup>. Los métodos de localización paratiroidea que hemos empleados son: la cineesofagografía cervical, que presenta limitaciones por ser necesario un tumor paratiroideo de gran tamaño y cercano al esófago<sup>15</sup>, teniendo este método una sensibilidad menor del 40%. Actualmente no la empleamos más, ya que ha sido superada por la ecografía de tiempo real de alta resolución, que en manos entrenadas brinda una sensibilidad del 94% y una especificidad mayor del 75%<sup>7-15</sup>, cifras que se acercan a las nuestras del 93,3% y 86,6% respectivamente. Los falsos positivos hallados están dados por patología tiroidea nodular coexistente y los falsos negativos por situarse el tumor en zonas mudas para la ecografía (retroesofágico, retrofaríngeo o mediastinal), como ocurrió en nuestra experiencia, donde el falso positivo se debió a un adenoma folicular tiroideo y el falso negativo a un adenoma paratiroideo ectópico en mediastino<sup>7-15</sup>.

El centellograma de sustracción con talio 201 y tecnecio 99, utilizado por nosotros desde hace dos años, nos ha permitido completar el estudio de los pacientes en los cuales la ecografía no localizó la lesión. Diferentes series<sup>3-5-12-15</sup> publican una sensibilidad del 85 al 95% para este método en adenomas solitarios y de un 45% para las hiperplasias.

La TAC resultó menos efectiva que la ecografía en las series consultadas<sup>14-15</sup>. Reservamos este método para la sospecha de localizaciones ectópicas, especialmente en mediastino, con una

sensibilidad menor del 40%<sup>8</sup>. En el único caso de localización mediastínica el estudio con TAC fue negativo. Los métodos invasivos tienen su indicación en algunos casos de recurrencia o persistencia del HP. Su utilización en forma combinada, ha arrojado cifras de localización positivas cercanas al 83%<sup>2-9</sup>. Estos métodos no son inocuos, la arteriografía selectiva ha presentado complicaciones como ceguera, hemiplejías, tetraplejías y eventualmente la muerte<sup>8-9</sup>. El dosaje venoso de PTH tiene menos morbilidad, pero sólo localiza el lado de la lesión y su sensibilidad como único método es baja. Estos estudios son empleados cuando el enfermo no tiene diagnóstico de localización por métodos no invasivos, ha sido operado por un equipo quirúrgico con experiencia, se cuenta con un protocolo operatorio detallado y biopsias de las paratiroides halladas. Si estas premisas no se cumplen, preferimos reoperar al enfermo, ya que en un alto porcentaje la enfermedad se localiza en el cuello<sup>10-15</sup>.

Como método de localización intraoperatorio utilizamos el azul de metileno, preconizado en nuestro país por el Dr. Roberto Pradier y col.<sup>11</sup>. Actualmente nos valemos de él sistemáticamente, siendo de especial utilidad en hiperplasias y en el hallazgo de paratiroides normales o hipoplásicas que se asocian al adenoma. Estas habitualmente son difíciles de visualizar y es importante que el patólogo tenga una muestra de ellas, para confirmar el carácter mono o pluriglandular del HP.

De acuerdo con los conceptos expresados en este trabajo, jerarquizamos la importancia de los métodos de localización no invasivos en el estudio del HP, aunque estos métodos no reemplazan a un equipo quirúrgico con experiencia en esta patología. Los métodos invasivos se



*entre el diagnóstico  
y el informe  
bacteriológico*





# Tratamiento Empírico Inicial

*del paciente hospitalizado*

- *Espectro bactericida excepcionalmente amplio que incluye los gérmenes habituales de las infecciones hospitalarias (Enterobacterias, Proteus indol positivo y Pseudomonas).*
- *Bacteriológica y clínicamente efectivo sobre organismos multirresistentes.*
- *Elevada actividad frente a gérmenes productores de  $\beta$  lactamasas.*
- *Sus propiedades farmacocinéticas le permiten llegar en concentraciones elevadas al lugar de la infección.*
- *Excelente tolerancia, por su perfil de seguridad similar a las cefalosporinas de primera generación y sin la toxicidad de los aminoglucósidos (nefrotoxicidad-ototoxicidad).*
- *FORTUM carece virtualmente de efectos adversos de significación.*

**FORTUM** Glaxo  
ceftazidima inyectable



reservan para casos seleccionados de persistencia o recurrencia de hipercalcemia.

Durante el acto quirúrgico, el empleo de azul de metileno es de utilidad, y por ser inocuo lo recomendamos sistemáticamente. Cuando los estudios no invasivos son negativos, debe sospecharse la presencia de hiperplasia o de un adenoma ectópico.

Proponemos el siguiente algoritmo para el estudio de localización en el HP.

#### HISTORIA CLINICA

#### LABORATORIO

#### ECOGRAFIA

CENTELLOGRAFIA Ta. Tc.

TAC (cuello y mediastino)

CIRUGIA CON AZUL DE METILENO

SOSPECHA DE HIPERPLASIA

#### BIBLIOGRAFIA

1. Anderson, BJ; Samaan, N; Vassilopoulou-Sellin, R; Ordoñez, N; Hickey, R: Parathyroid carcinoma: features and difficulties in diagnosis and management. *Surg.* 94:906, 1983.
2. Bearhs, O; Edis, A; Burnell, D: Unusual problems in parathyroid surgery. *Am. J. Surg.* 134:502, 1977.
3. Brennan, M; Doppman, S; Kurdy, A; Marx, S; Spiegel, A; Aurbach, G: Assesment of techniques for preoperative parathyroid gland localization in patients undergoing reoperation for hyperparathyroidism. *Surg.* 91:6, 1982.
4. Brennan, M; Norton, J: Reoperation for persistent and recurrent hyperparathyroidism, *Ann. Surg.* 201:40, 1985.
5. Clarck, C; Moss, A; Stark, D; Norman, D; Newton, T; Dulh, Q; Harris, A; Gooding, G: Localization studies un patients with persistent or recurrent hyperparathyroidism. *Surg.* 98:1083, 1985.
6. Decoud, J; Freylejer, A; Kaplan, J; Rapela, R; Bendersky, D: Cirugfa del hiperparatiroidismo primario. *Rev. Argent. Cirug.* 47:235, 1984.
7. Dwarakanathan, A; Saclarides, T; Witt, T; Tyan, W; Katz, J; Mesleh, G; Economou, S: The role of ultrasonogrphay un the evaluation of primary hyperparatiroidism, *Surg. Gynecol. Obst.* 163:504, 1986.
8. Edis, A; Bearhs, O; Sheedy, P: Reoperation for hyperparathyroidism. *World J. Surg.* 1:731, 1977.
9. Granberg, P; Cedemark, B; Farnemo, I; Hamberger, B; Werner, S: Parathyroidis tumors CP Ca, 1985.
10. Hulskamp, P; Pradier, R: Tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo. *Rev. Argent. Cirug.* 41:76, 1981.
11. Pradier, R; Califan, L; Schamun, D; Martinez, J: Estímulo de las glándulas paratiroides como recurso para su localización intraoperatoria. *Rev. Argent. Cirug.* 40:50, 1981.
12. Rasbach, D; Basarab, R; Friedlander, M; Harrison, T: Thallium-Technetium subtraction scanning for preoperative localization of adenomas of the parathyroid gland. *Surg. Gynecol. Obst.*, 163: 83, 1986.
13. Schieppati, E: Tumor paratiroideo. Hiperparatiroidismo. A propósito de dos observaciones. *Bol. y Trab. Acad. Argent. Cirug.* 56:131, 1972.
14. Stark, D; Moss, A; Gooding, G; Clark, O: Parathyroid scanning by computed tomography. *Radiology* 148:297, 1983.



# APROXIMACION AL ESTUDIO DE LAS NEUROSIS (Primera parte)

Dr. Gabriel Jure

Comprender la neurosis no es fácil, ya que abre un campo nuevo alejándose más que otros cuadros de una explicación positivista. De alguna manera, el método científico empírico pierde vigencia con ella.

Etimológicamente la palabra neurosis significa "degeneración de los nervios". Desde este concepto vemos cómo la ciencia médica, tratando de dar una explicación anatomopatológica, se distancia de su comprensión. Pero es importante que el médico, cualquiera sea su especialidad, tenga presente los distintos cuadros neuróticos, tan frecuentes en la práctica, que tienden a confundirse a través de síntomas extremadamente variados con los de las enfermedades orgánicas, entorpeciendo el diagnóstico. Además su conocimiento, le permitirá al médico un acercamiento holístico al sujeto, entendiendo a éste cabalmente como un ser bio-psico-social y permitiendo instrumentar con mayor facilidad la estrategia terapéutica contemplada de acuerdo a rasgos de personalidad de cada paciente, sumando así beneficios al tratamiento instituido. Se calcula que de cada tres personas que consultan un hospital, una padece de síntomas neuróticos. Surgió así la necesidad de buscar instrumentos nuevos que posibiliten profundizar el conocimiento de estos cuadros.

A partir de comienzos de este siglo y gracias a la ruptura epistemológica que hace el psicoanálisis, entendemos por neurosis, sin ser un concepto acabado, las enfermedades de la persona, en el origen de las cuales desempeñan el papel principal los factores psicológicos y presentan como características:

1. Juicio de realidad masivamente conservado, sin alterar el sistema perceptual. Este concepto entendido solamente desde lo fenoménico, nos permite diferenciarlas de las psicosis, en donde encontramos una percepción de la realidad alterada, nueva, observable claramente, por ejemplo, en una alucinación.
2. Síntomas egodistónicos, es decir, síntomas que el paciente reconoce como patológicos.
3. Trastornos leves de la conducta social, con empobrecimiento yoico parcial; no obstante, pueden ser cuadros muy graves.

El psicoanálisis, ciencia que surge a partir del estudio de la neurosis, la explica como afección psicógena, cuyos síntomas son la expresión simbólica de conflictos psíquicos inconscientes, que tienen sus raíces en la historia infantil del sujeto. Los síntomas neuróticos, expresión desfigurada y metafórica de conflictos inconscientes, aparecen satisfaciendo al mismo tiempo el deseo y la defensa (solución de compromi-

so). Así, a lo largo de la historia del sujeto y desencadenado por acontecimientos actuales significativos para un individuo, se crea un dispositivo neurótico que en última instancia es un sistema defensivo contra la angustia proveniente de conflictos inconscientes y que se puede manifestar a través de síntomas que complacen, como dijimos, en forma simultánea al deseo y a la defensa, es decir, una transacción. El conflicto se presenta cuando en el sujeto aparecen dos exigencias o fuerzas de sentido contrario, igualmente actuales e imperiosas. Podemos encontrar en el conflicto diversos tipos de exigencias contrarias o fuerzas antagónicas: entre dos sistemas, entre dos pulsiones, etc. Freud insistió con vehemencia en la intrínseca ligazón que existe entre sexualidad y conflicto. Para él, uno de los polos fue siempre la sexualidad y el otro varió a lo largo de la teoría psicoanalítica: yo, pulsión del yo, pulsión de muerte, etc.

El psicoanálisis considera al conflicto constitutivo del ser humano y postula al complejo de Edipo como el conflicto nuclear del hombre. El complejo de Edipo es el conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que experimenta el niño respecto de sus padres. En su forma completa consiste en el enamoramiento hacia el progenitor de sexo opuesto y ambivalencia, es decir, amor y odio hacia el mismo sexo. Esto último es lo que complica, diversifica y genera interés, ya que permite una gran gama de situaciones conflictivas. El complejo de Edipo es vivido en su período de acmé, entre los tres y cinco años de edad, durante la fase fálica; su declinación señala la entrada en el período de latencia. Experimenta una reviviscencia durante la pubertad y es superado con mayor o menor éxito dentro de un tipo particular de elección de

objeto amoroso.

Sobre el deseo, el psicoanálisis nos aporta un concepto poco claro, específica, que siempre es uno de los polos del conflicto y tiende a realizarse reviviendo experiencias de satisfacción. Lo hace siguiendo formas de funcionamiento inconscientes, manifestándose a través de fantasías, sueños, lapsus y/o síntomas. Se diferencia claramente de la necesidad, ya que su origen no tiene relación con un objeto real sino con las fantasías que son, en última instancia, un correlato del deseo. Veamos un ejemplo: un bebé satisface el hambre (necesidad) a través del mamar. Con esta experiencia logra un plus de satisfacción que queda inscripto como huella mnémica inconsciente. Posteriormente el chupeteo y más adelante con el beso, el fumar o el masticar reviven esa primera sensación placentera, es decir, se satisface un deseo oral que no se restringe a saciar el instinto de alimentación. Dijimos que el otro polo es la defensa, o mejor dicho, los mecanismos de defensa. Recordemos que son operaciones inconscientes y automáticas, implementadas por el yo con el fin de recluir o suprimir contenidos displacenteros para la conciencia. Estas operaciones se llevan a cabo en todos los individuos, es decir que son normales y necesarias para el mantenimiento de la homeostasis del aparato psíquico, liberándolo, de tensiones inconscientes. Los afectos displacenteros actúan como gatillo para su funcionamiento. Los consideramos patológicos; es decir, que estructuran un cuadro neurótico cuando se usan de manera estereotipada y rígida o son muy intensos.

La situación estructural humana de mente dividida; es decir, la existencia de fenómenos inconscientes y otros (los menos) conscientes, separados por la represión, es uno de los descu-



**DEXON® Plus** sutura de ácido poliglicólico  
**Con el recubrimiento  
programado que desaparece  
en 7 horas justas**



**DG**  
DAVIS+GECK  
Suturas

**CYANAMID**

Cyanamid de Argentina S.A.  
Charcas 5051 - Tel. 772-4031  
1425 - Buenos Aires



brimientos freudianos fundantes para su teoría. El inconsciente está formado, en sentido descriptivo, por contenidos no presentes en la conciencia. Estos contenidos son representantes de las pulsiones sobre los que actúa la represión. Esta delimita dos funcionamientos: 1) Inconsciente: actúa regido por proceso primario; esto es energía libre no ligada, donde funcionan el desplazamiento y la condensación como mecanismos psíquicos predominantes siguiendo el principio del placer; y 2) Consciente, donde actúa el proceso secundario; es decir, energía ligada por el resto de los mecanismos de defensa que tratan de adaptarse al principio de realidad.

La teoría psicoanalítica nos permite comprender los síntomas neuróticos desde una perspectiva psicogenética valorando principalmente el impacto que causa y que imprime el medio social y familiar en el niño y el lactante, ambos dependientes inicialmente de él. Así, a lo largo del vivenciar infantil, quedan registradas en el sujeto huellas mnémicas inconscientes. Freud fue quien descubrió la importancia de la vida sexual infantil en la génesis de trastornos psicopatológicos. En ella se incluyen una serie de excitaciones y actividades que existen desde el nacimiento y que producen placer sin limitarse a necesidades fisiológicas ni a la zona genital. En las neurosis se observa que los síntomas constituyen realizaciones de deseos sexuales infantiles que se efectúan en forma deformada y desplazada por acción de la defensa. En general, detrás de dichos síntomas neuróticos encontramos deseos sexuales perversos reprimidos. La presencia de sexualidad infantil fue científicamente negada hasta ese momento; lo es individualmente por la amnesia infantil. Es por esto que, en general, no podemos recordar nuestras

vivencias infantiles anteriores a los cinco años de edad.

Fenomenológicamente, en el cuadro neurótico que nosotros encontramos, tiene importancia la regresión. Por ella hay un retorno a partir de un punto ya alcanzado, hasta otro situado anteriormente dentro de una trayectoria o un desarrollo psíquico. La fase a la que se regresa depende directamente de la fijación, ésta une la libido fuertemente a una huella mnémica y reproduce determinado modo de satisfacción regresando a la organización de una de las etapas evolutivas: oral, anal o fálica. La fijación está condicionada por la vivencia de un trauma psíquico infantil, referido a situaciones reales o fantaseadas en el cual el niño recibió satisfacciones excesivas o sufrió frustraciones acumulativas que le impidieron ligarlas a sucesos psíquicos anteriores o posteriores, obligando al neurótico a regresar y recurrir a un estadio anterior dentro del desarrollo psicosexual. Por ejemplo, en un caso de histeria encontramos el antecedente de un padre que llevaba a su hija de cuatro años a jugar a su cama y en otro caso de igual diagnóstico, el padre estaba habitualmente fuera de la casa preocupado por sus negocios.

Así, los síntomas de las neurosis son testigos del fracaso en el mantenimiento del equilibrio psíquico. Las contradictorias exigencias de los principios de placer y de realidad son fuentes de conflictos que generan angustia. Los síntomas, a través de conductas repetitivas y simbólicas, tienden a neutralizar la angustia, a esto llamamos beneficio primario de la enfermedad. Esto es el alivio parcial o total de la tensión inconsciente latente. Por beneficio secundario entendemos la movilización de personas (familiares, médicos, etc) que rodean al neurótico y los beneficios socio-económicos que él obtiene.



Estos beneficios si se multiplican pueden fijar el cuadro neurótico.

### CUADRO CLINICO

Los síntomas son extremadamente variables, dependen del tipo de neurosis predominante; sin embargo, generalizando podríamos decir que la mayoría presenta los siguientes trastornos:

1) *Angustia*: Manifestación central de las neurosis; es un sentimiento de congoja debido a un peligro impreciso, mal definido. Se acompaña de sensaciones físicas de constricción, opresión e ideas peyorativas de la existencia. Los concomitantes somáticos son predominantemente neurovegetativos simpáticos y se manifiestan en el eje axial del cuerpo: espasmo faringolaríngeo (nudo en la garganta), opresión retroesternal, nudo epigástrico, cólicos, disuria, etc. Debemos diferenciarla de la ansiedad (sentimiento indefinible de inseguridad)) porque ésta es principalmente psíquica. Provoca la vivencia amenazadora constante de pérdida -de amor o de apoyo-. Hay inestabilidad, intranquilidad, sensación de temblor e inquietud motora.

2) *Anomalías en la sexualidad*: Se las ve en la mayoría de los cuadros y se manifiesta no solo por dificultades en realizar el acto sexual, sino también en una disminución del deseo. Así, en hombres vemos impotencia, incompleta y periódica, eyaculación precoz, sobre todo en trastornos sádico-anales y masturbación que se torna sintomática cuando es exclusiva; es decir, se prefiere a las relaciones interpersonales. En las mujeres, lo más frecuente es la frigidez total

o parcial, observándose, a veces, dispareunia (dolor al realizar el acto sexual) y en otras vaginismo que impiden la realización del mismo.

3) *Alteraciones del sueño*: El insomnio se presenta como temor inconsciente a soñar o fantasía de muerte al dormir. La hipersomnía, equivalente neurótico depresivo, suele ser el refugio preferencial contra la angustia.

4) *Astenia*: Generalmente más intensa de mañana, mejorando durante el día. Se da como consecuencia de la tensión inherente a los conflictos inconscientes; esto es como consecuencia de la introversión de la libido a las fantasías neuróticas y como resultante se observa disminución en las capacidades sublimatorias. Cuando esto trae perjuicios sociales y económicos al individuo, lo llamamos "gasto de la neurosis", que es el consumo de energía ocasionado por mecanismos de defensa estereotipados que mantienen el síntoma.

5) *Trastornos en la alimentación*: Se los observa con asiduidad en esta enfermedad, aunque son generalmente temporarios. Van de la anorexia a la hiperfagia; a veces se ve rechazo selectivo por algunos alimentos.

6) *Sensaciones hipocondríacas*: La introversión, es decir el repliegue de la libido a las fantasías, presta mayor atención a las mínimas exigencias corporales. Hay que diferenciarla de delirios hipocondríacos que forman parte de cuadros psicóticos (melancolía, esquizofrenia, etc).



## ETIOPATOGENIA DE LAS NEUROSIS

---

Sabemos plenamente que la causalidad de las neurosis es multifactorial, pero sólo contamos con teorías explicativas que nos impiden tener una certeza absoluta sobre la etiología. Hablamos así, de los siguientes factores:

1) *Biológicos*: La ciencia médica no aporta pruebas concluyentes en la etiología de estas enfermedades, pero persiste en la esperanza de encontrar el sustrato orgánico de lo que hoy son procesos psíquicos observables. Contrariamente a lo que se cree, el psicoanálisis no prescinde del factor constitucional (primera serie complementaria), pero no se apresura a recurrir al mismo, considerándolo como límite de investigación psicoanalítica.

2) *Individuales*: Hay diversas teorías que subrayan la importancia del vivenciar individual en la génesis de las neurosis.

Las teorías behavioristas consideran al síntoma neurótico como equivalente de una conducta aprendida (teoría del reflejo condicionado) y mal adaptada que persiste a pesar de los efectos desfavorables. Si bien la experimentación es capaz de aclarar la génesis de algún síntoma, por ejemplo las fobias, ignora la infraestructura, esto es el peso de los conflictos inconscientes y el ámbito de lo simbólico.

El psicoanálisis resalta el papel singular en la neurosis, habla de multicausalidad en la etiología y hace participar en grado variable a lo constitucional (primera serie), al vivenciar infantil (segunda serie), y al trauma o factor desencadenante actual (tercera serie complementaria) desconociendo, a nuestro criterio, a lo social como participante. Este último factor es tomado

actualmente por las nuevas escuelas psicoanalíticas.

3) *Sociales*: El entorno es tenido muy en cuenta por las teorías socio-genéticas que resaltan la importancia de la familia y el medio en grado variable. Así, de acuerdo a la escuela sistémica, cuyo precursor fue Bateson, el medio familiar de un individuo lo condiciona para la aparición de síntomas (microgrupos). En cambio, las teorías sociológicas (existencialistas, marxistas) señalan como responsables a las presiones culturales y económicas. Lo que podemos afirmar es que las agresiones sociales revisten gran importancia en la aparición de descompensaciones neuróticas, sean éstas de tipo político, económico o fenómenos naturales.

## CLASIFICACION DE LAS NEUROSIS

---

Actualmente en psicopatología tenemos cuatro grandes cuadros: neurosis, psicosis, caracteropatías y enfermedades psicosomáticas. Dentro de las neurosis, de acuerdo a la clasificación de la OMS, se hallan: la histeria, la neurosis obsesiva, la neurosis fóbica, neurosis de angustia, neurosis hipocondríaca y neurosis depresiva. Un tipo especial de neurosis, que no tiene su raíz en la historia infantil del sujeto, es la llamada "neurosis de guerra", donde tiene importancia el desencadenante actual que siempre es una vivencia de gran intensidad traumática, que incide sobre el aparato psíquico. Generalmente los síntomas se combinan de modo variable y no provocan un solo tipo de neurosis estructurada, sino cuadros neuróticos mixtos, con predominio de un estilo.



## NEUROSIS OBSESIVA. GENERALIDADES

---

Es la forma más organizada y en consecuencia la más grave de la patología neurótica. En ella encontramos manifestaciones psíquicas puras, ideas penosas que aparecen directamente en la conciencia, que producen siempre angustia y están acompañadas de vergüenza y ansiedad. Siguiendo la etimología de la palabra, encontramos la acepción latina "obsidere" que significa asediar (asedían al espíritu).

La neurosis obsesiva se caracteriza por la aparición de obsesiones, compulsiones y ritos en una organización de personalidad habitualmente psicasténica u obsesiva, en ausencia de cualquier otra afección psiquiátrica permanente.

Por obsesiones entendemos un sentimiento, una idea, una tendencia que hace irrupción en el pensamiento consciente, a pesar de que el sujeto la vive como fenómeno mórbido, en desacuerdo con su voluntad y que persiste a pesar de los esfuerzos por desembarazarse de ellas.

La compulsión es un acto hacia el cual el sujeto se siente obligado a llevarlo a cabo en forma repetitiva y con formalismo de ritos, a pesar de reconocerlo como absurdo y molesto. Se diferencia de la impulsión porque esta es la imperiosa necesidad de realizar urgentemente un gesto o acto de carácter brutal o peligroso sin reflexión previa. Responden a exigencias pulsionales internas, no hay ninguna elaboración psíquica y no se observa en la neurosis obsesiva. Las obsesiones y compulsiones se introducen por la fuerza en la conciencia, de manera insistente y persistente, acompañadas siempre de temor ansioso que conduce a la persona a tomar medidas opuestas a la idea o impulso inicial. El sujeto reconoce que son productos de su propia acti-

vidad psíquica, las experimenta como extrañas al yo (egodistonia) y son juzgadas, en general, como absurdas e irracionales, pero no puede evitarlas.

## CUADRO CLINICO

---

Es una neurosis frecuente, pero los enfermos, en su mayoría de clase media e inteligentes, tienden a mantener en secreto sus síntomas. Por ese motivo las consultas son tardías y escasas, generalmente descompensaciones depresivas o cuadros invalidantes graves.

Hay tres tipos de obsesiones:

1) *Obsesiones fóbicas*: El sujeto se ve asediado por un temor específico en ausencia de objeto; por ejemplo: miedo a las enfermedades, a tóxicos, a la contaminación o a la suciedad. Se hacen para conjurarlas rituales de verificación y limpieza (locura del tacto).

2) *Obsesiones ideativas*: El enfermo vive en una constante interrogación acerca de algún tema - locura de la duda -. Se puede referir a ideas concretas (ejemplo: la casa era verde o azul?), a ideas abstractas metafísicas (ejemplo: lo hice bien o mal?).

3) *Obsesiones impulsivas*: El paciente se ve invadido por la tentación de cometer un acto absurdo, ridículo (ejemplo: decir insultos en una iglesia) o perjudiciales (ejemplo: romper una cristalería) o criminales (ejemplo: matar a un nieto). El acto temido no se comete jamás, se lo llama "crimen de intensión".

Estos pensamientos se presentan en cualquier momento, independientes de situaciones exter-



nas y se intenta expulsar por medio de procedimientos tácticos (ritual mágico conjuratorio). El realizarlos disminuye la angustia y la tentativa de resistir la aumenta. A menudo el entorno debe participar de estos ritos.

Los rituales más frecuentes son: ritos de limpieza y verificación, onomatomanía -buscar sonidos animales parecidos a la pronunciación de una palabra-, aritmomanía -hacer constantemente cálculos matemáticos-, ritos de indumentaria y repetición de frases conjuratorias.

Las organizaciones de personalidad donde se desarrolla la neurosis obsesiva es la personalidad obsesiva o carácter anal. Son sujetos constantemente preocupados por el orden y la limpieza, gran meticulosidad, puntualidad religiosa, y perfeccionismo. También tienen sentido estricto del deber moral, tendencia a la mezquindad o al coleccionismo. La tozudez obstinada, el ser fríos, secos, impasibles, los hace autoritarios. Tienen tendencia a intelectualizar, controlando en forma rígida los afectos; funcionan sorprendentemente bien adaptados y sin angustia.

En otra personalidad llamada psicasténica, se puede estructurar una neurosis obsesiva. La psicastenia se caracteriza por un sentimiento de incompletud, fatiga permanente, impotencia para reaccionar e hiposexualidad. Se ven invadidos por escrúpulos, dudas y rumiación mental, sustituyendo la acción por pensamiento.

Los síntomas obsesivos se pueden presentar acompañando otras neurosis, en personalidades patológicas y en restituciones psicóticas.

## ETIOPATOGENIA DE LA NEUROSIS OBSESIVA

---

El psicoanálisis explica esta neurosis como producida por regresión a la fase sádico-anal, en donde las pulsiones eróticas se confunden con pulsiones agresivas y destructivas. El superyo más rígido y sádico -mal constituido- ataca al yo particularmente débil y al descubierto, como consecuencia se internalizan pautas morales rígidas y exigentes.

Surge la angustia, ya que afloran directamente a la conciencia, contenidos ideativos que son representantes de las pulsiones. Actúa entonces, sobre ellos, la represión y luego para ahorrar energías, los tres mecanismos de defensa principales de este cuadro.

1) *Formación reactiva*: Es una exageración de la transformación en lo contrario (ejemplo: ante el deseo de matarlo lo abraza afectivamente).

2) *Anulación*: Por ella un acto anula a otro. Se ve generalmente en rituales y tiende a disminuir la hostilidad (ejemplo: poner un pinche en una ruta por donde pasa un conocido y luego colocarse adelante del pinche para evitar que lo pise). Cada acto es representante de un afecto ambivalente subyacente (amor-odio) y su realización permite la descarga de pulsiones hostiles y eróticas.

3) *El aislamiento*: Es la separación de sentimientos, pensamientos o acciones para impedir que se relacionen entre ellos (ejemplo: separar el afecto de una representación hostil que llega a la conciencia -disociación ideo-afectiva). Todos los gestos y fórmulas del obseso tienen

un sentido conjugatorio destinado a luchar contra pensamientos maléficos, investidos de una poderosa simbología y magia. La neurosis obsesiva se considera "religión privada y secreta" por tener una evidente finalidad autopunitiva o premonitoria.

Termina aquí esta primera parte, cuyo fin es acercar al médico a los cuadros neuróticos y evitar que estos se transformen en un campo oscuro y desconocido, que le generen desconcierto en él.

En el próximo artículo se abordará el mundo de la histeria y la fobia.

#### BIBLIOGRAFIA

1. S. Freud: Obras completas (The Standard Edition of the Complete Psychological Work of S. Freud). Primera edición, Buenos Aires, 1979. Amorrortu Editores. Quinta reimpresión, 1975.
2. T. Lemperiere; A. Feline: Manual de psiquiatría. Primera edición, Barcelona. Toray-Masson Editores, 1979.
3. J. Laplanche; JB Pontalis: Diccionario de psicoanálisis. Tercera edición. Barcelona. Editorial Labor, 1981.
4. Otto Fenichel: Teoría psicoanalítica de la neurosis, Segunda reimpresión, Barcelona. Ediciones Paidós. Iberia SA, 1984.
5. A. Freedman; H. Kaplan; B. Sadoch: Compendio de psiquiatría. Segunda reimpresión, Barcelona. Salvat Editores SA, 1984.
6. David Liberman: Comunicación y psicoanálisis. Segunda edición. Buenos Aires. Alex Editores. 1978.
7. José R. Paz: Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos. Sexta edición. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión, 1984.
8. Lucien, Israel: La histeria hoy como ayer. IMAGO. Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología. Cuarta reedición. Buenos Aires. 4:117, 1985.
9. G. Vidal; H. Bleichmar; AJ Usandivaras: Enciclopedia de Psiquiatría. Segunda edición. Buenos Aires. El Ateneo, 1979.
10. Hugo Bleichmar: Introducción al estudio de las perversiones. La teoría de Edipo, en Freud y Lacan. Primera edición. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión, 1984.
11. Jacques Lacan. El seminario 3. Las psicosis. Segunda reimpresión. Barcelona. Ediciones Paidós, 1986.
12. Henri Ey; P. Bernard; C. Brisset. Octava edición. Primera reimpresión. México, Masson Editores, 1980.



# **EL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION INFORMA**

## **BECA DE PERFECCIONAMIENTO EN CIRUGIA**

Con el nombre de "Primer Servicio de Cirugía General" fue creada una Beca de Perfeccionamiento en Cirugía, otorgada por el Dr. Francisco Loyudice.

El objetivo de la misma es brindar la oportunidad a un médico cirujano, ex-residente del Servicio de Cirugía de este Hospital, de perfeccionar sus conocimientos en un área de Cirugía.

La Beca cubre el traslado a un centro especializado del exterior, propuesto por el aspirante, y la estadía si el lugar elegido fuera España o Francia, quien deberá desarrollar la experiencia adquirida en su Servicio de origen.

La Beca correspondiente al año 1988 fue otorgada al Dr. Enrique S. Caruso, quien visitará los Servicios de Cirugía Torácica en los Hospitales Mount Sinaí y Toronto General, de Toronto (Canadá), para el estudio de los trasplantes de pulmón.

## **CURSOS 1988**

- **Curso de Capacitación y Aprendizaje para Técnicas de E.E.G.**

*Coordinador:* Dr. R. Moreno

*Servicio:* Neuropediatría

*Fecha:* De mayo a diciembre

- **Curso Teórico-Práctico sobre Psicosis, Autismo y otros Trastornos Severos de Personalidad en Niños y Adolescentes**

*Coordinador:* Lic. J. C. Fernández

*Servicio:* Salud Mental Pediátrica

*Fecha:* Mayo

- **Curso Teórico-Práctico de Psicopatología Infantojuvenil**

*Coordinador:* Dr. C. Robles Gorriti

*Servicio:* Salud Mental Pediátrica  
*Fecha:* De junio de 1988 a mayo de 1990

• **Curso: "Recién nacido normal"**

*Coordinador:* Enf. L. Castillo  
*Servicio:* Dpto. de Enfermería  
*Fecha:* Del 4 al 8 de julio

• **Taller de Enfermería Obstétrica**

*Coordinador:* Lic. A. Crespo  
*Servicio:* Dpto. de Enfermería  
*Fecha:* Julio

• **Curso de Cirugía Dermatológica**

*Coordinadora:* Dra. L. Villalba  
*Servicio:* Dermatología  
*Fecha:* De julio a setiembre

# acelerador lineal

tecnología al servicio de la salud



Irradiación parcial del encefalo.

**mevaterapia**   
 centro médico  
 ...una esperanza de vida.

Cangallo 3931/ 37 - 1198 Capital Federal - Tel. 983-2255 2952



- **Curso de Cosmiatría Aplicada**  
*Coordinadora:* Dra. G. Cuomo  
*Servicio:* Dermatología  
*Fecha:* 28 de setiembre y octubre
- **Curso Básico Intensivo de Ginecología**  
*Coordinador:* Dr. A. Arrighi  
*Servicio:* Ginecología  
*Fecha:* Agosto
- **Taller de Perfeccionamiento Docente**  
*Coordinador:* Lic. M. Bahler  
*Servicio:* Dpto. de Enfermería  
*Fecha:* Octubre
- **Curso de Cirugía de Nariz**  
*Coordinador:* Dr. M. Sarrabayrouse  
*Servicio:* Cirugía Estética  
*Fecha:* Noviembre

# errolón-a

## COMPRIMIDOS

Natridiurético. Economizador de Potasio

La exacta equivalencia: Furosemida 40 mg. - Amiloride 5 mg.

FF

AAAAA

Presentación: Envases x 20 y 50 comprimidos.

*Disprovent*  
ESPECIALIDADES MEDICINALES

- **Curso de Computación Clínica y Trastornos del Aprendizaje**

*Coordinador:* Lic. E. Romano

*Servicio:* Salud Mental Pediátrica

*Fecha:* Octubre

- **Curso de Enfoque Sistemático Aplicado a Temas Frecuentes en la Consulta Pediátrica**

*Coordinador:* Lic. C. Herscovici

*Servicio:* Salud Mental Pediátrica

*Fecha:* Setiembre

- **Seminario de Observación de Lactantes**

*Directora:* Lic. Kamala Di Tella

I Parte: de abril a julio

II Parte: de setiembre a noviembre

*Servicio:* Salud Mental Pediátrica

# contour

## Etofenamato Disprovent



Antiinflamatorio de aplicación tópica

Rápido alivio del dolor

Marcada reducción de la inflamación

Su afinidad por los tejidos lesionados permite obtener alta concentración en esta zona, casi 20 veces mayor que en otras.

**Fórmula:** Cada 100 g de Gel contienen;  
5 g. de Etofenamato

**Presentación:** Pomos conteniendo 3 g de Gel.

*Disprovent*



- **Curso de Capacitación de Enfermeras en Epidemiología con Orientación al Control de Infecciones Hospitalarias**

*Directora:* Dra. Liliana Clara

*Servicio:* Comité de Infecciones

*Fecha:* 1° de julio de 1988 hasta el 30 de junio de 1989

- **I Jornadas de Control de Infecciones para Enfermería**

*Directora:* Dra. Liliana Clara

*Servicio:* Comité de Infecciones

*Fecha:* 28, 29 y 30 de noviembre

- **Curso de Enfermería Neonatal "Cuidado Intensivo"**

*Coordinadora:* Enf. Lidia Castillo

*Servicio:* Dpto. de Enfermería

*Fecha:* 12 al 17 de setiembre

**BIOTAER**

de elección obligada  
en aerosolterapia





# Enterococos altamente susceptibles a

**PIPRIIL<sup>\*</sup> IV**  
**IM**  
Piperacilina Sódica/Lederle

*"Según las últimas publicaciones, puede comprobarse un incremento alarmante de infecciones enterocócicas severas. En varios de los estudios citados en ellas puede observarse que muchos de los pacientes han recibido cefalosporinas. La falta de actividad contra el enterococo de la mayoría de las cefalosporinas, puede predisponer específicamente a los pacientes a sufrir una sobreinfección por este organismo. Las cefalosporinas de tercera generación pueden ser particularmente asociadas con sobreinfecciones enterocócicas". (1)*

**Respuesta clínica y bacteriológica a la terapia con PIPRIIL en 88 pacientes con cultivos positivos a enterococos.**

**Clínica**

**93%**

**Bacteriológica**

**90%**

Presentación:

Frasco ampolla x 2 g

Frasco ampolla x 4 g

(1) Leoung, GS; Joseph, P; Marzouk, J; et al: Enterococcal superinfections. Infection in surgery, Sept. 1984

**CYANAMID**

\* Marca Registrada

Laboratorios Lederle  
División de Cyanamid de Argentina S.A.  
Charcas 5051 (1425) Bs.As.

Impreso en Argentina

**Lederle**

Sin valor comercial PIP 181



