

**INTERROGANTES CIENTIFICOS**

**Pregunta el doctor Juan Carlos Rueda Galvis:**

*¿Qué tipo de cirugía estaría indicada en los casos de enfermedad oclusiva simultánea aortoiliaca y femoropoplítea en pacientes con sintomatología dolorosa en reposo?*

**Responde el doctor Camilo Cabrera P. (Bogotá)**

Si el paciente está sintomático y se han definido documentalmente las lesiones anatómicas por un estudio angiográfico adecuado, tanto del segmento aortoiliaco como femoropoplíteo, este paciente se beneficia con una revascularización, bien sea con angioplastia si las lesiones son muy localizadas y concéntricas, o con una reconstrucción aortoiliaca con puente aortofemoral bilateral.

La reconstrucción femoropoplítea únicamente estará indicada si los síntomas de claudicación continúan después de la reconstrucción aortoiliaca.

**Pregunta el doctor César Salcedo Cabrales**

*¿Qué características clínicas presenta la insuficiencia arterial mesentérica crónica, qué métodos diagnósticos podrían ser útiles, y qué tratamiento sería aconsejable?*

**Responde el doctor Iván Vargas G. (Medellín)**

La insuficiencia arterial mesentérica ocurre cuando el intestino, como cualquier órgano del cuerpo, es privado gradualmente de su flujo sanguíneo y responde, al igual que los otros tejidos, con disfunción intermitente durante los períodos de mayor actividad.

Para describir la insuficiencia arterial visceral, se han utilizado varios sinónimos: angina intestinal, insuficiencia vascular mesentérica, angina visceral, claudicación intestinal, angina abdominal, isquemia mesentérica intermitente, isquemia intestinal crónica y estenosis de la arteria mesentérica.

La característica clínica típica es el dolor abdominal posprandial. El dolor puede presentarse inmediatamente después de comer, o entre media y una hora más tarde. Frecuentemente el dolor se relaciona con la cantidad de la comida ingerida; por lo tanto, con grandes comidas el dolor es más severo. La localización del dolor es usualmente periumbilical o en el epigastrio; la irradiación y duración del mismo, son variables.

Se observa pérdida de peso en diferentes grados, de acuerdo al desarrollo y evolución del síndrome de insuficiencia arterial mesentérica. Como la función intestinal está alterada, se presentan otros síntomas, tales como constipación y flatulencia, y en algunos casos puede ocurrir diarrea.

El análisis clínico sigue siendo excelente para el diagnóstico de la mayoría de las enfermedades, pero en este caso, la edad avanzada de los pacientes, el dolor abdominal y la pérdida de peso, asemejan el síndrome a las entidades malignas del abdomen. Por lo tanto, la demostración ar-

teriográfica es el método específico de diagnóstico, destacando la importancia de combinar las proyecciones AP y laterales. Los avances de la medicina nuclear también ofrecen posibilidades para el diagnóstico.

El tratamiento de la insuficiencia arterial mesentérica ha estado circunscrito a la endoarterectomía del orificio mesentérico; a la reimplantación en la aorta de la arteria mesentérica; o a la revascularización mesentérica con materiales autólogos y prótesis sintéticas. Naturalmente debemos esperar soluciones terapéuticas menos invasivas con la utilización de la estreptoquinasa y de los rayos láser.

**Pregunta el doctor Marco Hernández F.**

*¿Qué criterio predomina actualmente sobre el uso de los antibióticos profilácticos en cirugía?*

**Responde el doctor Gonzalo Montes Duque**

Entendido como uso profiláctico en cirugía la aplicación de antibióticos con el fin de prevenir la colonización de los gérmenes que pudieran contaminar la herida, resulta evidente que no hay quimioterapia alguna que pueda sustituir la buena técnica quirúrgica; la profilaxis sólo debe aplicarse en algunos procedimientos operatorios seleccionados.

En general, en las operaciones limpias practicadas en buenas condiciones, hay una expectativa de infección de menos del 5%. Esto por sí sólo, no justifica el uso profiláctico de antibióticos en todas las intervenciones de esta clase, dados el costo y los posibles efectos indeseables de esta práctica.

Sin embargo, en intervenciones limpias en las cuales la infección puede producir resultados desastrosos, como sería el caso de la inserción de prótesis tales como articulaciones artificiales, válvulas cardíacas, injertos vasculares, o implantación de lentes intraoculares, la profilaxis anti-infecciosa se justifica plenamente. También deberían considerarse aquí las intervenciones muy prolongadas o en las cuales se prevean malas condiciones postoperatorias de vitalidad del tejido (irrigación sanguínea defectuosa, shock, tejidos bajo tensión por edema o suturas).

En heridas quirúrgicas limpias contaminadas el riesgo de infección se eleva a alrededor de un 10%; en heridas contaminadas a un 20%, y en heridas sucias es de más del 30%.

Cierto número de estudios indica que la profilaxis se justifica cuando, por la clase de intervención, el riesgo de infección sea mayor del 5%.

Finalmente, la quimioprofilaxis debe practicarse para prevenir la endocarditis en pacientes con lesiones estructurales del corazón que determinen turbulencia en el flujo sanguíneo y que se sometan a procedimientos que lesionen membranas mucosas en donde haya gran núme-

ro de bacterias, tales como los tractos orofaríngeo o gastrointestinal, que puedan producir bacteremia transitoria.

Es importante considerar varios factores para el uso eficaz de antibióticos en las situaciones antes anotadas. Primero, la actividad antimicrobiana debe estar presente en el sitio de la herida al momento del cierre. Esto lleva a la recomendación de que la droga se administre inmediatamente antes de la intervención y, tal vez, intraoperatoriamente. Segundo, el antibiótico seleccionado debe ser activo contra los microorganismos contaminantes más probables. Esto ha hecho que se usen con mucha frecuencia las cefalosporinas de la primera generación. Tercero, hay evidencia creciente de que no se justifica continuar el tratamiento después del procedimiento quirúrgico. No hay datos sugestivos de que la frecuencia de infecciones sea inferior si el tratamiento antimicrobiano se continúa después del día de la intervención (Rowland et. al. 1982). La prolongación de la terapia más allá de 24 a 72 horas conduce al desarrollo de una flora más resistente, e infección de la herida, por esta clase de gérmenes. El riesgo de toxicidad y costo innecesario, naturalmente, son desventajas adicionales. En la práctica, con mucha frecuencia se quebrantan estos principios.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Handbook of Antimicrobial Therapy. Profilaxis, 1982. The Medical Letter Inc., New Rochelle, N.Y. - p. 61, 68.
2. COREY, Lawrence (1982) - Antimicrobial Chemoprophylaxis. En. The Merck's Manual, 14th edit. p. 75, 76.
3. ALEXANDER, J.W.- 1983 - En, Patiño, J.F. - Guía para el Uso de Antibióticos en Cirugía - Fundación OFA - p. 11, 12.
4. GOODMAN and GILLMAN - 1985 - The Pharmacological Basis of Therapeutics - 7th Edit. - Mc Millan - p. 1089, 90.

**Pregunta el doctor Eugenio Forero Delgadillo**

*¿Qué indicaciones quirúrgicas tiene la diverticulitis crónica del colon, y qué tipo de cirugía podría practicarse?*

**Responde el doctor Dimas Badel M. (Barranquilla)**

En relación con la enfermedad diverticular del colon el número de pacientes que necesitan intervención quirúrgica es bajo.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que un ataque único de diverticulitis no es indicación para practicar una intervención quirúrgica; pero las opiniones varían desde aquellos que recomiendan la intervención a raíz del primer ataque, hasta los que nunca recomiendan cirugía a pesar de múltiples episodios, en ausencia de complicaciones específicas.

La mayor parte de las opiniones se sitúa entre estos dos extremos y algunos autores han sugerido los siguientes criterios para la operación: ataques recurrentes, masa palpable, deformidad persistente del colon a los rayos X, síntomas en el tracto urinario, síntomas obstructivos, diverticulitis en pacientes menores de 50 años de edad, imposibilidad de excluir un carcinoma, períodos breves de hemorragia concomitantes con los episodios agudos de diverticulitis.

En resumen, la enfermedad diverticular sin inflamación ni hemorragia masiva, debe tratarse médicamente; por lo tanto no hay indicación para resección del colon en pacientes con diverticulosis no complicada.

**BIBLIOGRAFIA:**

1. JORDAN, G.L. Diverticulitis. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon. American College Surgeon. Curso de Postgrado. 1983.
2. DUNPHY, J.E. Way, L. Current surgical diagnosis and treatment. 4 th Edition. Los Altos Calif. Lange Medical Publications. 1979. pp. 643.

# CORREOS DE COLOMBIA

## SERVICIOS:

- CORRESPONDENCIA ORDINARIA
- CORRESPONDENCIA CERTIFICADA
- ENCOMIENDAS ASEGURADAS
- ENCOMIENDAS ORDINARIAS
- CARTAS ASEGURADAS
- REEMBOLSOS (C.O.D.)
- GIROS POSTALES
- GIROS TELEGRAFICOS
- CORRESPONDENCIA AGRUPADA
- FILATELIA

