

AMC

Acta Médica Costarricense

Publicación Trimestral Científica Oficial del
Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

ISSN 0001-6002

Volumen 50

Suplemento 2
octubre de 2008

CONTENIDOS

- * Trabajos Libres 2008
LXX Congreso Médico Nacional

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica,
teléfono (506) 2232-3433; Fax (506) 2232-3433 ext. 143.
Apartado postal 548-1000. Sabana Sur, San José, Costa Rica.

www.medicos.sa.cr/web/index.php

Indizaciones: Biological Abstracts, Chemical Abstracts Service,
Latindex, LILACS-BIREME, Periodica Scielo, www.scielo.sa.cr
Redalyc, <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio>



Acta Médica Costarricense

Fundada en 1957 por el Dr. Rodolfo Céspedes Fonseca

Comité Editorial Invitado

Dr. Santiago Ramirez Castro
Dra. Iris María Leiva Méndez
Dr. Victor Cubero Barrantes
Dr. Nestor Azofeifa Delgado
Dr. Gilberto Álvarez Carvajal
Dr. Carlos Alberto Díaz Hernández

Comité Editorial

Dra. María Paz León Bratti, PhD
(Editora en Jefe)
Universidad de Costa Rica. Hospital México.
Caja Costarricense de Seguro Social.

Dr. Carlos Salazar Vargas, FACS/FCCP/FAHA
Universidad de Iberoamérica. Hospital "Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia". Caja Costarricense de Seguro Social.

Dr. Adriana Suárez Urhan.
Departamento de Fisiología, Escuela de Medicina. Universidad de Costa Rica.

Dr. Oscar Porras Madrigal, PhD.
Universidad de Costa Rica. Universidad de Iberoamérica. Hospital Nacional de Niños, "Dr. Carlos Sáenz Herrera" Caja Costarricense de Seguro Social.

Dra. Olga Arguedas Arguedas, PhD.
Universidad de Costa Rica. Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera". Caja Costarricense de Seguro Social.

Dr. Carlos Arrea Baixench.
Miembro de número de la Academia Nacional de Medicina

Dr. Ricardo Boza Cordero.
Universidad de Costa Rica. Hospital San Juan de Dios. Caja Costarricense de Seguro Social.

Comité Asesor Nacional

Dr. Fernando García, PhD
Facultad de Microbiología, Universidad de Costa Rica.

Msc. Saray Córdoba González,
Latindex. Vicerrectoría de Investigación. Universidad de Costa Rica.

Dr. Mahmood Sasa Marín, PhD
Instituto Clodomiro Picado. Universidad de Costa Rica.

Dra. Cecilia Monge Bonilla
Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense de Seguro Social.

Dr. Abed Raduan Mohammad Hasan.
Universidad de Costa Rica. Hospital México. Caja Costarricense de Seguro Social.

Dirección: Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, Sabana Sur, San José, Costa Rica.
Apartado 548-1000 San José, Costa Rica.
Teléfono: (506) 2232-3433. ext. 133.
Fax: (506) 2232-3433, ext. 143.

Comité Editorial Internacional de Acta Médica Costarricense

Dr. Alejandro Mario Bertolotti,
Fundación Favalaro- Instituto de Cardiología y Cirugía . Cardiovascular. Universidad Favalaro y Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina.

Dr. Moisés Calderón Zapata, PhD.
Colegio Imperial-Instituto Nacional de Corazón y Pulmones, Londres, RU.

Dr. Hannia Campos, PhD.
Departamento de Nutrición. Escuela de Salud Pública, Harvard.

Dr. Anders Fasth, PhD.
Inmunólogo Pediatra. Universidad de Göteborg, Suecia.

Dr. Allan Hildesheim, PhD.
División de Epidemiología y Genética del Cáncer, Instituto Nacional de Cáncer, Institutos Nacionales de Salud, Bethesda, MD, EEUU.

Dr. David Paniagua.
Cardiólogo Intervencionista. Colegio Baylor de Medicina. Houston, Texas, EEUU.

Dr. Javier Lafuente.
Cirujano torácico cardiovascular. Trasplantes de órganos torácicos. Houston, Texas, EEUU

Asesora en Filología: Marcela E. Hidalgo

Junta de Gobierno

Dr. Minor Vargas Baldares,
Presidente

Dr. Marco Salazar Rivera,
Vicepresidente

Dr. Francisco Fuster Alfaro,
Secretario

Dr. Rodolfo Gutiérrez Pimentel,
Secretario

Dra. Yancy Uribe Lara,
Fiscal

Dr. Horacio Massotto Chaves,
II Vocal



Acta Médica Costarricense
Comité Editorial

Suscripciones

REVISTA ACTA MÉDICA
COSTARRICENSE

✓ **Nacional**
✓ **Internacional**
✓ **Estudiante**

Comité Editorial - Acta Médica Costarricense
Apdo. Postal: 548-1000 San José
Telfax: (506) 2232-2406
E-mail: actamedica@medicos.cr

Esta revista es citada en la Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS) y Latindex Indizaciones: Biological Abstracts, Chemical Abstracts Service, LILACS-BIREME, Periodica Scielo, www.scielo.sa.cr, Redalyc, <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio>. Los artículos que se publican son inéditos. Reservados todos los derechos; se prohíbe su reproducción total o parcial sin la autorización de la revista en ninguna forma o medio, exceptuando copias para uso personal. Las opiniones que aparecen en los artículos y editoriales son criterios propios de los autores y no representan necesariamente la opinión del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica ni del Comité Editorial de la Revista Acta Médica Costarricense.

Tiraje total 6800 ejemplares. Revisión y editorialización Comité Editorial Acta Médica Costarricense.

Trabajos Libres

LXX Congreso Médico Nacional

Colangiopancreatografías retrogradas endoscópicas realizadas en el Hospital Max Peralta de Cartago entre marzo y agosto 2008.

Mario Murillo-Ceciliano, José Manuel Alan, Mario Alberto Vásquez-Chaves.

Hospital Max Peralta de Cartago, Caja Costarricense de Seguro Social

Metodología: Se registraron de forma prospectiva los resultados de las 83 CPRE realizadas entre marzo y agosto de 2008. Las variables fueron, edad, género, diagnóstico postoperatorio, procedimiento diagnóstico o terapéutico, procedimiento realizado, complicaciones.

Resultados: En total se realizaron 83 procedimientos. Los pacientes fueron 29 hombres y 54 mujeres. La edad promedio fue de 57 años. Se logró canular exitosamente la papila la papila en 73 pacientes. Se empleó técnica precorte en 9 pacientes. De las colangiografías exitosa, se obtuvo diagnóstico de patología benigna en 68 pacientes, sospecha de patología maligna en 7 pacientes. Los diagnósticos benignos fueron: coledocolitiasis en 31pacientes, vía biliar dilatada sin causa evidente en 17 pacientes, 6 pacientes con divertículo yuxtapapilar, 8 pacientes con vía biliar normal, 2 pacientes con colangitis, 1 paciente con quiste del colédoco Toldani 1A. Se documentó patología maligna en 7 pacientes, 4 con aspecto endoscópico de tumor de Vater, 3 con estenosis de la vía biliar extrahepática.

De los casos en que se logró canular el ámpula de Váter, el procedimiento fue solo diagnóstico en 19/73 pacientes. En los restantes pacientes, se realizaron los siguientes procedimientos: Papilotomía en 64 pacientes. Barrido con balón e 55 pacientes, colocación de stent biliar en 8 pacientes. Drenaje pseudoquiste pancreático en 1 paciente. No se logró completar exitosamente el procedimiento en 9 pacientes. Hubo complicaciones hemorrágicas que se solucionaron por la vía endoscópica en 2 pacientes. No se presentaron complicaciones mayores.

Conclusión: La CPRE fue altamente efectiva y segura en la serie presentada.

Factores de riesgo en pacientes con evento cerebrovascular y su relación con la severidad del evento.

Huberth Fernández-Morales, Mauricio Mora-Díaz.

Unidad de Neurovascular, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Caja Costarricense de Seguro Social

Objetivos: Valorar el periodo ventana mediado entre la aparición de síntomas de un evento vascular cerebral (EVC) y la llegada al hospital. Determinar la incidencia de factores de riesgo en estos pacientes. Evaluar la relación de los factores de riesgo encontrados con la severidad del cuadro clínico.

Metodología: En forma retrospectiva se estudiaron las hojas de control de egresos de unidad neurovascular del HCG, para pacientes egresados con de EVC en el mes de mayo de 2008. Se valoraron de periodo umbral de consulta, condición del paciente al ingreso clasificando la severidad del cuadro según la escala NIHSS y la historia de condiciones médicas que presente el paciente. Los datos se tabulan en una hoja de cálculo en el programa EXCEL® (Microsoft, versión 2003. Se busca la proporción para cada categoría de severidad, según la escala NIHSS (1 a 5 puntos: leve, de 5 a 10 moderado, mayor de 10: severo). Las patologías más prevalentes como factores de riesgo y el tiempo umbral antes de ser valorado en el hospital. Se correlaciona la severidad del cuadro con los datos clínicos y de laboratorio que se recogieron al ingreso: LDLc, HDLc, glicemia de ingreso, antecedente de EVC previo y función renal; se relacionan con la severidad del cuadro.

Resultados: Se encontró prevalencia aumentada de EVC leve (67%), moderado (25%) y severo sólo 8%. Período de ventana de consulta promedio de 27 horas, con una mediana de 4 horas. Los factores de riesgo más prevalentes son HTA (76%), en segundo lugar EVC previo y DM (23% cada uno), otros factores de riesgo con menor prevalencia como cardiopatía y dislipidemia. Se observa una tendencia a mayor severidad con glicemias más elevadas, sin significancia estadística. No se encontró relación entre valores de LDLc, HDLc y severidad de EVC. Se encontró relación con valores de creatinina y severidad de NIHSS.

Conclusiones: 1. Los EVC se fueron en su mayoría de severidad leve. 2. El paciente con EVC consulta en promedio 4 horas después de acaecido el evento. 3. Se observa una tendencia a más severidad de evento cerebrovascular con glicemias de ingreso mayores, sin significancia estadística y valores elevados de creatinina sérica muestran una tendencia a peores puntajes de NIHSS. 4. No se encontró relación entre los valores de LDLc y HDLc con la severidad del EVC. 5. Aunque los datos recogidos no presentan significancia estadística por lo pequeño de la muestra, si se observan tendencias que deberán correlacionarse con estudios a más grande escala.

Características clínicas radiológicas de 50 pacientes tratados con el diagnóstico de hematoma subdural crónico (HSC), en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México.

Miguel Esquivel-Miranda, Melissa Arias-Quirós, Mayra Cartín-Brenes, Lizbeth Salazar- Sánchez.

Servicio de Neurocirugía Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social; CIHATA- Universidad de Costa Rica.

Objetivos: Identificar el perfil clínico radiológico de los pacientes tratados con HSC, en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México. Correlacionar las características clínico radiológicas con su manejo y evolución post operatoria. Analizar datos epidemiológicos-clínicos que podrían tener alguna relación con el HSC. El Hematoma subdural crónico es una patología relativamente frecuente que predomina en adultos mayores. Es de inicio insidioso, su diagnóstico se basa en el cuadro clínico y estudio radiológico (TAC), el manejo es predominantemente quirúrgico y su pronóstico es bueno. Se analiza una muestra de 50 expedientes clínicos de pacientes, de forma retrospectiva con dicho diagnóstico, síntomas, tratamiento y evolución.

Material y métodos: Se realiza un análisis retrospectivo de las características clínicas radiológicas de 49 pacientes ingresados en el servicio de neurocirugía, con el diagnóstico de HSC, en los últimos 3 años. Se utiliza el expediente clínico y las imágenes de tomografía. Se aplican estudios estadísticos descriptivos con el programa SPSS.

Resultados: La edad promedio es de 71.5 años, con extremos de 43 y 92 años. La mayoría tiene el antecedente de un trauma de cráneo, en 35 casos de 49. Sus manifestaciones clínicas se presentan a 8 semanas en promedio desde el antecedente del golpe, hasta su ingreso. Su Glasgow de ingreso es entre 13 y 15, 44 casos y solo 5 con un Glasgow moderado. En 28 de los 49 casos presento cuadros de cefalea. En 24 casos existía compromiso motor, problemas de marcha se detectaron en 22 casos y en solo en 4 casos alteración de esfínteres. En 24 casos el hematoma se ubico en el hemisferio derecho, 18 están del lado izquierdo y 7 de los pacientes tienen el hematoma bilateral. En 44 casos se evidencia desviación de la línea media en la tomografía computarizada. El procedimiento de elección para su tratamiento es quirúrgico, solo un caso se manejo sin cirugía. La cirugía de elección fue los trépanos y lavado quirúrgico en 43 casos y el resto (6) amerito una craneotomía. Hubo necesidad de reintervención en 5 casos, a todos se les realizo solamente trépanos.

Conclusiones: Dentro de los principales hallazgos del presente estudio podríamos señalar que: los hematomas subdurales crónicos, se presentan en poblaciones de edad avanzada. La cefalea y problemas de tipo motor son sus manifestaciones más frecuentes. A pesar de existir un efecto de masa, evidenciado en la tomografía, la mayoría de los pacientes se presentan con Glasgow mayores a 12, en una condición neurológica estable. El tratamiento quirúrgico es de elección y la técnica preponderante son los trépanos y lavado del lecho del hematoma. La morbilidad es baja y mortalidad ausente en esta serie, indicando que es un procedimiento seguro y eficiente en el manejo de los hematomas subdurales crónicos.

Tasa de limpieza endoscópica de los cálculos de la vía biliar al primer intento. Experiencia de un centro terciario.

Mario Anselmi, José Manuel-Alan, Ana María Gemmato

Unidas Docentes Asistencial de Cirugía Endoscópica, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción Chile, Servicio de Oncología Hospital San Juan de Dios

Objetivo: Analizar la experiencia de un centro especializado en cirugía endoscópica, en el éxito de la limpieza de la vía biliar durante el primer intento y las causas de fracaso de esta. A pesar del progreso tecnológico de los endoscopios y la existencia de una variedad de instrumental accesorio disponible, en el procedimiento inicial no siempre puede lograrse la limpieza completa del colédoco.

Materiales y Métodos: Entre 01.01.04 y 30.12.04 se estudiaron prospectivamente 272 pacientes sometidos a una CPRE por primera vez y durante la cual se confirmó el diagnóstico de coledocolitiasis. La edad promedio fue de 59.1 ± 18 años, 189 (69.5%) eran mujeres. En 41(15.1 %) se pesquisó la presencia de un divertículo yuxtapapilar, en 86 (31.6%) los cálculos medían mas de 15mm de diámetro y 93 pacientes (34.2%) presentaron una panlitiasis coledociana.

Resultados: En la primera sesión de CPRE fue posible extraer todos los cálculos coledocianos en 227 pacientes (83.5%). En los 45 restantes (16.5%) las principales causas de fracaso fueron la presencia de cálculos grandes que ocupaban todo el lumen del colédoco (44.4%), cálculos gigantes (17.8%), cálculos impactados (15.6%) y discoagulopatía en (15.6%). Hubo un 28.9% de colangitis concomitante. El fracaso en la extracción de los cálculos se asoció a una edad mas alta (57.1 ± 18.3 vs 67.9 ± 14.1 años; $P < 0.0001$), a cálculos mas grandes (10.7 ± 6.1 vs 19.2 ± 9.4 mm), a la presencia de panlitiasis (29.6 vs 55.6%; $P < 0.0001$) y a procedimientos efectuados de urgencia (26.9 vs 42.2%; $P < 0.05$).

Conclusiones: En una unidad endoscópica especializada, la tasa de extracción de cálculos durante el primer intento supera el 83%. El fracaso en la extracción se asocia a pacientes de más edad con cálculos grandes y múltiples y cuando el procedimiento es efectuado de urgencia.

Intervención endovascular de lesiones tibioperoneales complejas en pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores.

Luis G. Morelli, Luis A. Morelli Guillén, Luis Cruz-Gómez, Roger Jiménez, Octavio Cruz Saens, Enrique Morúa- Esquivel, Javier Cabezas- Loría, Guillermo Guevara- Ospino, Miguel Montero- Baker

Objetivos: Determinar el porcentaje de éxito terapéutico en el tratamiento endovascular de lesiones arteriales oclusivas del territorio infrapoplíteo. Éxito terapéutico se definió como la posibilidad de recuperar al menos uno de los vasos comprometidos con lesiones mayores del 70% (incluyendo oclusiones totales), logrando así flujo lineal hasta pie.

Material y Métodos: En el servicio de Vascular Periférico del Hospital San Juan de dios, desde el 1ero de Abril del 2008 y hasta el 13 de Agosto del 2008, un sub grupo de pacientes (n=45) con isquemia crítica fueron tratados por la ruta mínimamente invasiva una vez confirmada una lesión solo a nivel del territorio tibioperoneal (infrapatelar). Esta serie fue documentada prospectivamente y no existió randomización.

Resultados: En un grupo de n=45 de pacientes con isquemia crítica secundaria a patología arterial oclusiva infrapatelar, 75% (n=34) eran hombres y 24% (n=11) eran mujeres. El número de arterias afectadas en promedio fue de 2,2 (min. 1 max. 3). La longitud de lesión promedio fue de 10.7 ± 5 cm. En el 71% (n=32) se documentó una oclusión total con un promedio de longitud de 6.5 ± 2 cm y en el 29% (n=13) sólo lesiones estenóticas. El éxito terapéutico global fue del 91% (n=41), en lesiones estenóticas (n=13/13) del 100% y en oclusiones totales (n=28/32) del 87%.

Conclusiones: La terapia endovascular es efectiva para recuperar flujo lineal hasta pie en lesiones tibioperoneales complejas. Tanto las lesiones oclusivas totales como las estenóticas son tratables, sin embargo hay mejores resultados con el último sub-grupo.

Procedimientos aórticos endovasculares: Experiencia de 7 años en el Hospital San Juan de Dios.

Roger Jiménez-Juárez, Luis Morelli-Guillén, Enrique Morúa-Esquivel, Octavio Cruz-Saens, Guillermo Guevara-Ospino, Javier Cabezas-Loría, Miguel Montero- Baker.

Servicio de Cirugía Vascular Periférico, Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense de Seguro Social

Objetivo: Revisar la experiencia del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital San Juan de Dios en procedimientos terapéuticos endovasculares de patologías aórticas, realizados en un periodo de 7 años, del año 2001 al año 2008.

Material y Métodos: Se revisa en forma retrospectiva los expedientes y la base de datos del servicio identificando, cuantificando y analizando las variables de edad, sexo, diagnóstico, procedimiento, tipo de prótesis, resultado técnico, complicaciones, conversiones, endofugas, mortalidad menor de 30 días, mortalidad tardía y causa de muerte.

Resultados: Se realizaron 37 procedimientos endovasculares de patologías de aorta en el Hospital San Juan de Dios en el periodo comprendido entre agosto del año 2001 y agosto 13 del 2008. 30 casos correspondieron a varones y 7 a mujeres, con promedio de edad de 69 años; la distribución por patología fue: 2 disecciones aórticas tipo B, 3 aneurismas torácicos, 26 aneurismas de aorta abdominal y 6 casos de coartación aórtica. Se colocaron 7 prótesis aortouniliacas en procedimientos híbridos, 20 prótesis bifurcadas, 10 prótesis rectas. No hubo conversiones agudas, ni casos con mortalidad menor a 30 días. Se realizaron 3 conversiones tardías y fallecieron 4 pacientes, 2 por patologías diferentes de su aneurisma y 2 por progresión de su enfermedad, una de ellas por ruptura y otra por conversión por endoleack tardío.

Conclusión: Se revisa y expone la experiencia del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital San Juan de Dios en el manejo endovascular de diferentes patologías de la aorta, en el escenario de hemodinamia como una alternativa a la cirugía abierta en pacientes con condiciones particulares de riesgo y anatomía.

Los factores de riesgo y el pronóstico cardiovascular en los pacientes con enfermedad arterial periférica varían según la localización de la enfermedad.

Victor Aboyans, Ileana Desormais, Philippe Lacroix, Khaief Rhaïem¹, Johanna Salazar, Mark Laskar, Michael H. Criqui, Arnost Fronck.

Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, Hôpital Dupuytren, France.

Objetivos: La enfermedad arterial periférica se asocia a un pobre pronóstico cardiovascular. Se desconoce como la topografía de las lesiones en la EAP puede influir en este pronóstico.

Métodos: Analizamos los datos de todos los pacientes a los que se les realizó una arteriografía por primera vez en nuestro hospital durante el periodo 01/2000 – 12/2005. Las estenosis arteriales superiores a 50 % fueron detectadas por dos médicos vasculares experimentados. Los siguientes eventos fueron recolectados durante abril 2007: muerte, infarto de miocardio no fatal, AVC, revascularización coronaria o carotídea.

Resultados: Estudiamos 400 casos de EAP (edad 68,3 +/- 12,3 y 77,5 % hombres). La enfermedad aortoileaca (EAI) y la enfermedad infraileaca (EII) se detectaron en 211 (52,8 %) y 251 (62,8 %) casos respectivamente. Sexo masculino y fumado prevalecieron en la EAI. DM, hipertensión, insuficiencia renal, edad, isquemia crítica prevalecieron en la EII ($p < 0,05$). Durante el seguimiento, las curvas de supervivencia difirieron según la topografía de la EAP. Ajustando factores de riesgo y comorbilidad, la EAI se asocia en forma significativa a un pobre pronóstico (OR=3,28, muertes: OR=3,18, $p < 0,002$).

Conclusión: La asociación entre factores de riesgo cardiovascular y EAP varía según la localización de las lesiones. Este es el primer estudio que analiza el pobre pronóstico general en los pacientes con EAI comparado al de los sujetos con EAP en otros territorios independientemente de los factores de riesgo y comorbilidad.

Técnica Rendez Vous en Pacientes con Colecisto Coledocolitiasis.

Alexander L. Sánchez-Cabo, Ronald Prado-Zúñiga.

Hospital Max Peralta de Cartago.

Objetivo: Comparar índice de éxito, estancia hospitalaria, resultados clínicos, y costos del tratamiento tradicional de la colecistocolitiasis contra la técnica Rendez-vous.

Materiales y Métodos: Se incluyeron los pacientes manejados desde abril 2008, en el Hospital Max Peralta con diagnóstico de colelitiasis y coledocolitiasis concomitante. Se distribuyeron entre tres grupos. 1- pacientes con CPRE preoperatoria y luego Colecistectomía electiva. 2- pacientes con Colecistectomía mas Exploración de Vía Biliar y 3 – pacientes con técnica de Rendez Vous. Se realizó estudio comparativo de estancia hospitalaria, costo del internamiento, éxito y evolución del paciente post operatorio.

Resultados: El desarrollo tecnológico ha posibilitado el manejo integral de la coledocolitiasis. Varios grupos realizan durante la colecistectomía exploraciones transcísticas que no siempre son efectivas cuando los cálculos son grandes o se encuentran clavados en la papila. Quedando como alternativa agregar invasión y morbilidad por medio de una coledotomía o realizando una exploración de vía biliar ya sea o laparoscópica. También concluir el procedimiento y contemporizar el manejo de la coledocolitiasis para una ulterior CPRE. Hoy días es posible realizar CPRE durante el mismo acto operatorio (Técnica Rendez Vous). Se determinó que en el grupo 1 los pacientes tuvieron una estancia hospitalaria con un costo de 3 436 987 colones, los incluidos en el grupo 2 alcanzaron 20 días de estancia hospitalaria con 5 051 270 colones de costo a diferencia del grupo 3 donde la estancia fue 5 días promedio para un costo de 1 158 607 colones.

Conclusiones: En comparación la técnica Rendez Vous con la CPRE preoperatoria seguida de Colecistectomía o la Colecistectomía con exploración de Vía Biliar, tiene un índice más alto de éxitos en la remoción de los cálculos del colédoco, una estancia hospitalaria más corta, y una reducción en los costos operacionales y una mejor calidad de vida en los pacientes con colecistocolitiasis.

Resultados de la terapia combinada endovascular-quirúrgica en el manejo de pacientes con isquemia arterial crítica compleja.

Luis Morelli-Álvarez, Miguel Montero-Baker, Luis Cruz-Guzmán, Javier Cabezas-Loria, Guillermo Guevara Ospino, Enrique Morúa-Esquivel, Octavio Cruz-Sáenz, Róger Jiménez-Juárez, Luis Morelli-Guillen.

Servicio de Vascular Periférico, Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense de Seguro Social

En estudio retrospectivo, se realiza análisis de resultados y manejo de complicaciones asociadas al manejo híbrido de la enfermedad arterial oclusiva compleja en pacientes con isquemia crítica de las extremidades inferiores.

Pacientes y Metodología: De junio del 2007 a junio del 2008, 12 extremidades inferiores fueron tratadas mediante procedimientos combinados: endovascular y cirugía convencional, en 12 pacientes con oclusión arterial severa. El seguimiento se realizó mediante un protocolo establecido de valoración clínico, US duplex y ABI al mes, tres meses, seis y doce meses de su egreso.

Resultados: Se identificaron 17 procedimientos endovasculares y 12 cirugías convencionales. Dentro de las complicaciones 2 (11,6%) disecciones se detectaron y se manejaron trans-operatoriamente mediante procedimientos endovasculares. El éxito primario postoperatorio previo al egreso fue del 82,3%, con un éxito secundario del 94,2%. Al mes de egresado dos amputaciones mayores se realizaron por oclusión de recanalizaciones distales y fallo en su reintervención. A los tres meses del control una oclusión de bypass femoropoplíteo se detectó, se trató en forma endovascular logrando un éxito hemodinámico y clínico significativo. Se registró una patencia acumulada al año del 82,3%.

Conclusiones: Excelentes resultados inmediatos y bajas tasas de complicaciones asociadas nos llevan a la conclusión de tomar en cuenta el manejo endovascular en combinación con cirugía abierta como un suplemento útil y real para el manejo de la patología vascular compleja multisegmentaria.

“Experiencia de la Consulta Homeopática, Programa Docente, Fundación Médica Homeopática Costarricense en COOPESALUD R. L. –Clínica de Pavas durante el período 2003-2007. Un enfoque de atención holística”

Alcira Ramírez-Salas, Lisbeth Araya-Jiménez, Alejandro Brenes-Valverde, Giselle Montero-Chinchilla, Patricia Rodríguez-Canossa, Carolina Vargas-Chaves.

Clínica de Pavas – COOPESALUD R.L.

Objetivos: Describir la experiencia en la consulta homeopática, su metodología y caracterizar a los pacientes que acudieron a esta.

Material y métodos: Estudio descriptivo en las que se definieron variables cualitativas y cuantitativas. La información se recolectó del expediente clínico. Los datos se almacenaron y analizaron en el programa SPSS versión 12.0, se obtuvo medidas de tendencia central, frecuencias y proporciones (IC 95%).

Resultados: Se atendieron 83 personas, con un intervalo de edad entre 5 meses y 83 años, promedio 38 años. 79% adultos, predominó el sexo femenino. 57% accedió por demanda libre; 28% por referencia de médicos y enfermeros. 81% consultó por problemas físicos, una vez realizado el diagnóstico, la proporción de estos disminuyó casi la mitad y los físico-psíquicos se incrementaron ocho veces. El promedio de la duración de la primera consulta fue de 66 minutos, del número de consultas fue de dos y el de medicamentos de tres. El costo promedio de las prescripciones fue de ₡1.946⁰⁰ por paciente.

Conclusiones: Existe demanda en el distrito de Pavas por la consulta homeopática que debe investigarse. Este enfoque terapéutico holístico identificó en pacientes, trastornos de salud no reportados por ellos como motivos de consulta inicial. Los resultados obtenidos coinciden, en algunos aspectos, con otras investigaciones internacionales en el campo de la práctica clínica homeopática.

El pobre diagnóstico de los diabéticos con elevado índice de presión sistólica depende de la presencia de la enfermedad arterial periférica enmascarada.

Victor-Aboyans, MinhHoang-Trann, Claire-Salamagne, Francoise-Archambeaud, Philippe-Lacroix, Johanna-Salazar, Mark -Laskar, Michael H-Criqui.

Centre Hospitalier Universitaire de Lilmoges, Hôpital Dupuytren, France.

Objetivos: Un elevado índice de presión sistólica (IPS>1,40) esta asociado a un pobre diagnóstico. La presencia de enfermedad arterial periférica (EAP) es frecuente en los diabéticos con IPS elevado, y no es diagnosticada adecuadamente debido a la rigidez de las arterias. Suponemos que en los diabéticos, el pobre diagnóstico cardiovascular asociado a un IPS elevado depende de la existencia de una EAP enmascarada.

Métodos: Revisamos los expedientes de 403 diabéticos a los cuales se les realizó un doppler de los miembros inferiores entre 1999 y 2000. Se clasificaron como “normales” aquellos con una forma de onda doppler (FOD) normal y un IPS entro 0,91-1,39 “solo EAP” si IPS>=1,40 con POD normal, y “enfermedad mixta” si IPS>=1,40 con IPS anormal. Se dio seguimiento a los pacientes hasta 04/2008. El punto final primario fue determinado por la presencia de muerte. AVC o infaroto de miocardo.

Resultados: Los pacientes (edad: 65,6+-13,2 años 54,6% mujeres: 90,2% DM tipo 2) se clasificaron “normal” (14,4%) “solo EAP” (48,4%), “solo rigidez arterial” (16,4%) y sobrevida mostró que los grupos con “solo EAP” y “enfermedad mixta” poseen un pronóstico más pobre que los grupos con “solo rigidez arterial” y los grupos “normal”. Rn un modelo ajustado por edad, sexo, diabetes, factores de riesgo tradicionales de la enfermedad cardiovascular, renal y antecedentes cardiovasculares, solo la presencia de EAP se asocia perceptiblemente al punto final primario (0:3,(1,25-4,44), p=0,008).

Conclusión: Los diabéticos con un IPS elevado (>1,40) y una EAP enmascarada poseen un pronóstico cardiovascular más pobre.

Resultados post-operatorios a largo plazo luego de cirugía de intento curativo por adenocarcinoma gástrico en Hospital México entre 2003-2007.

Mario Alberto Vásquez-Chaves

Hospital México

Se presenta la revisión retrospectiva de los pacientes operados con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, a los cuales se les logró resear el tumor primario en el Hospital México del 1 enero de 2003 al 1 julio de 2007. Se obtuvo información completa en 145 pacientes. Las variables a estudiar fueron edad, tamaño del tumor, características histológicas del tumor, cirugía realizada, estadio clínico, periodo libre de enfermedad y la sobrevida global. Toda la anterior información se obtuvo mediante revisión retrospectiva de los expedientes clínicos.

Objetivos: Reportar las características tumorales, características de las gastrectomías, realizadas en el Hospital México y la sobrevida de los pacientes operados. Caracterizar la evolución oncológica a largo plazo de los pacientes operados por cáncer gástrico en Hospital México.

Metodología: Se registraron de forma retrospectiva las variables edad, género, diagnóstico postoperatorio, procedimiento realizado, complicaciones.

Resultados: La edad promedio fue 61,7 años. De los pacientes operados, 59% fueron hombres, 41% mujeres., 60% de los pacientes tenía comorbilidades. La ubicación de los tumores fue distal en 63%, cuerpo en 17%, tercio superior en 12%, compromiso extenso gástrico en 8%. El reporte de la pieza quirúrgica del tumor principal fue de adenocarcinoma gástrico tipo intestinal 63%, difuso en 28%, mucoso en 2% y mixto en 15%. El estadiaje clínico fue estadio IA en 17%, IB en 13%, II en 23%, II en 19%, IIIB en 21%, IV en 4%. El tratamiento de estos pacientes fue con gastrectomía distal en 41%, subtotal en 35% y total en 24% de los pacientes. Se realizó disección ganglionar tipo D2 en 67%, D1 en 28% y D0 en 4%. El número promedio de ganglios reseados fue de 33,4 para la gastrectomía distal con D2, 23,1 para la gastrectomía subtotal con D2, 26,8 para la gastrectomía total con D2. Hubo complicaciones en 21% de los pacientes.

Conclusión: La disección ganglionar realizada fue adecuada, sin embargo el pronóstico general para los pacientes con cáncer gástrico avanzado continúa siendo pobre.

Estratificación del riesgo quirúrgico en pacientes sometidos a cirugía cardíaca en el Hospital México: Estudio prospectivo del Euroscore aplicado en 92 pacientes.

Edgar Méndez-Jiménez, Margarita Camacho-Vargas, Asdrúbal Alfaro, Lorna Castro-Araya, Carlos Castro-Benítez, Fernando Zeledón, Fernando Zamora-Rojas, Juan José Pucci.

Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social

Objetivo: Demostrar mediante la utilización del EUROSOCORE como un modelo predictivo, la utilidad de este método para comparar el pronóstico esperado con el real en cirugía cardíaca en el Hospital México, comparar los resultados reales de mortalidad peri operatoria en el Hospital México con el valor predictivo según el EUROSOCORE, precisar las complicaciones más frecuentes trans y postoperatorios inmediatas de la cirugía cardíaca, con el propósito de permitir el análisis de diversos aspectos relacionados con los distintos tipos de cirugía.

Materiales y métodos: Se estudiaron prospectivamente 92 pacientes operados de cirugía de cardíaca en el Hospital México en el Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular entre noviembre del 2007 y agosto del 2008, se tomaron los datos del expediente durante su estadía en UCI y antes de su salida del hospital según una protocolo estandarizado. Los pacientes fueron intervenidos a través de una esternotomía media. Se utilizó circulación extracorpórea en la mayoría de los casos, además la cirugía se realizó bajo hipotermia moderada pasiva y se utilizó protección miocárdica mediante cardioplejía sanguínea. Por otro lado se realizaron 8 casos por medio de cirugía coronaria “fuera de bomba”. Se utilizó el modelo EUROSOCORE con la escala aditiva y logística con la cual se calculó el riesgo de mortalidad para cada paciente, posteriormente se documentó la mortalidad hospitalaria real.

Resultados: Se obtuvieron resultados con pacientes de bajo riesgo donde la mortalidad real fue de 0% y según el EUROSOCORE aditivo fue de un 2%, en el grupo de moderado riesgo fue de un 3 y 4 % respectivamente y el de alto riesgo fue de un 24 y 7 % respectivamente, lo que demuestra que el EUROSOCORE aditivo estima de manera adecuada la mortalidad en grupos de bajo y moderado riesgo y subestima la mortalidad en grupos de alto riesgo. Así mismo se realizó la estimación utilizando el EUROSOCORE logístico donde se obtuvieron los siguientes resultados, en el grupo de bajo y moderado riesgo se demostró que dicho método predice con bastante certeza la mortalidad de estos pacientes, demostrando así que en el grupo de alto riesgo se subestima la mortalidad en grupos de alto riesgo que comparativamente con el método aditivo es más exacto.

Conclusiones: 1-El EUROSOCORE es considerado el modelo de riesgo mejor establecido y validado para la práctica contemporánea. 2- Permite estimar el riesgo individual de cada paciente y ayudar al paciente a asumir su posición dentro de un grupo de bajo ó alto riesgo, y al médico a tomar decisiones clínicas. 3- Herramienta en el control interno de la calidad de un servicio. 4- Permite realizar comparaciones entre distintos centros ajustadas al riesgo de las poblaciones comparadas.

Evaluar la seguridad y resultados visuales obtenidos mediante la cirugía de extracción extracapsular de catarata utilizando anestesia tópica.

Johann Fernández-Jiménez, Karina Carballo-López.

Clínica Oftalmológica Láser Center.

Objetivos: Evaluar la rehabilitación visual y las complicaciones utilizando la técnica de cirugía de extracción extracapsular de cataratas utilizando anestesia tópica en lugar de bloqueo ocular mediante inyección de anestesia.

Materiales y Métodos: Análisis de los resultados obtenidos sobre agudeza visual y complicaciones en 35 personas operadas en la Clínica Oftalmológica Laser Center con indicación de cirugía de catarata mediante la técnica de extracción extracapsular utilizando anestesia tópica.

Resultados: Se observó un porcentaje de complicaciones oculares del 6%. No se observó ninguna complicación asociada a la anestesia tópica. Se observó recuperación visual en el 94% de los pacientes.

Conclusión: La cirugía de catarata mediante la extracción extracapsular es una alternativa quirúrgica segura y podría representar el ahorro de tiempo y recursos en el tratamiento de la primera causa de ceguera en el mundo: la ceguera por cataratas.

Análisis retrospectivo y prospectivo sobre los resultados de corrección visual láser mediante cirugía personalizada (Wavefront) a 5 años.

Johann Fernández-Jiménez, Karina Carballo-López.

Clínica Oftalmológica Láser Center.

Objetivos: Evaluar la rehabilitación visual obtenida mediante corrección visual láser mediante el método de la cirugía personalizada (Wavefront) y su prevalencia a lo largo del tiempo, así como la calidad visual obtenida y conservada.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de 100 pacientes operados mediante cirugía personalizada (Wavefront) en la Clínica Oftalmológica Laser Center desde enero del año 2003. Entrevista sobre calidad visual obtenida y conservada, toma de agudeza visual y realización periódica del examen Zywave.

Resultados: Promedio de seguimiento es de 12 meses. Se obtuvo éxito de corrección visual completa en el 98% de los casos. El porcentaje de reoperaciones de un 1%. Un 1% de los operados debe utilizar en la actualidad anteojos.

Conclusión: La corrección visual láser mediante cirugía personalizada (Wavefront) es una opción segura de corrección para personas con defectos visuales con criterios ideales de corrección. Las reoperaciones y defectos asociados al LASIK son infrecuentes. Los efectos son mantenidos a largo plazo.

Análisis retrospectivo y prospectivo sobre los resultados de corrección visual láser mediante LASIK convencional a 5 años.

Johann Fernández-Jiménez, Karina Carballo-López.

Clínica Oftalmológica Láser Center.

Objetivos: Evaluar la rehabilitación visual obtenida mediante corrección visual láser mediante el método LASIK convencional y su prevalencia a lo largo del tiempo, así como la calidad visual obtenida y conservada.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de 100 pacientes operados mediante LASIK en la Clínica Oftalmológica Laser Center desde enero del año 2003. Entrevista sobre calidad visual obtenida y conservada, toma de agudeza visual, y realización de examen con el Zywave.

Resultados: Promedio de seguimiento es de 12 meses. Se obtuvo éxito de corrección visual completa en el 98% de los casos. El porcentaje de reoperaciones de un 1%. Un 1% de los operados debe utilizar en la actualidad anteojos.

Conclusión: La corrección visual láser mediante LASIK es una opción segura de corrección para personas con defectos visuales con criterios ideales de corrección. Las reoperaciones y defectos asociados al LASIK son infrecuentes. Los efectos son mantenidos a largo plazo.

Revascularización coronaria sin circulación extracorpórea en pacientes con enfermedad del tronco principal izquierdo; un nuevo reto quirúrgico.

Edgar Méndez-Jiménez, Margarita Camacho-Vargas, Asdrubal Alfaro, Lorna Castro Araya, Carlos Castro-Benítez, Fernando Zeledón, Fernando Zamora-Rojas, Juan J. Pucci-Coronado.

Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social

Materiales y métodos: Se estudiaron prospectivamente y bajo protocolo de investigación 5 pacientes sometidos a la revascularización completa utilizando injerto de vena safena mayor y arteria mamaria interna, quienes presentaban enfermedad tronco principal izquierdo (obstrucción mayor de 50% del tronco) se tomaron en cuenta: edad, sexo, factores de riesgo coronario, fracción de eyección, antecedente infarto agudo del miocardio, arterias coronarias de revascularizadas así como complicaciones postoperatorias y mortalidad.

Resultados: De los cinco pacientes estudiados todos pertenecían al género masculino, uno de ellos debió utilizar balón de contrapulsación aórtico portador de enfermedad vascular periférica severa y fracción de eyección entre el 25 y 30%. Dos pacientes presentaban fracción de eyección entre 35 y 45% y otros dos mayor del 55%. Cuatro de los pacientes presentaban antecedentes de tabaquismo, cuatro de ellos eran hipertensos y dos de ellos diabéticos. Hipercolesterolemia en cuatro pacientes. Todos recibieron injerto de arteria mamaria interna para la arteria descendente anterior y vena safena para arteria marginal obtusa, descendente posterior, ramus intermedio y primera diagonal. No hubo complicaciones postoperatorias ni mortalidad quirúrgica, con una estancia en cuidado intensivo promedio de 48 horas, y egreso satisfactorio de los pacientes.

Conclusiones: 1-La cirugía coronaria fuera de bomba constituye una opción terapéutica para pacientes de alto riesgo quirúrgico, como es el caso de los pacientes con tronco principal izquierdo. 2-La técnica utilizada en estos pacientes es segura y reproducible. 3-La revascularización lograda en estos pacientes fue completa, sin morbilidad y con una buena evolución postoperatoria.

Endarterectomía coronaria en pacientes sometidos revascularización coronaria sin utilización de circulación extracorpórea.

Margarita Camacho-Vargas, Edgar Méndez-Jiménez, Asdrubal Alfaro, Fernando Zeledón, Fernando Zamora-Rojas, Juan J. Pucci-Coronado

Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México Caja Costarricense de Seguro Social

Objetivos: Dar a conocer la experiencia del Hospital México en pacientes sometidos a este tipo procedimiento. Considerar realizable la vascularización coronaria compleja mediante el uso de procedimientos como la endarterectomía coronaria con corazón latiendo. Aumentar las posibilidades terapéuticas para los pacientes sometidos a cirugía cardíaca fuera de bomba dado los beneficios que ésta otorga a pacientes de alto riesgo.

Materiales y métodos: Se estudiaron prospectivamente de acuerdo a protocolo preestablecido tres pacientes a quienes se les realizó endarterectomía coronaria. Todos los pacientes fueron sometidos a revascularización fuera de bomba. Se tomaron en cuenta factores como la edad, el sexo, fracción de eyección, sitio anatómico donde se realizaron las endarterectomías, factores de riesgo coronario, arterias revascularizadas, tiempo estancia en cuidado intensivo, complicaciones y mortalidad tanto operatorios como postoperatorios.

Resultados: La edad promedio fue de 65,5 años de edad, todos del género masculino. Las arterias coronarias sometidas a endarterectomía fueron la arteria descendente anterior, marginal obtusa de la circunfleja y la arteria coronaria derecha. Dos de los tres pacientes eran hipertensos, uno de ellos diabético y la fracción de eyección parados de los pacientes era de 40 a 50%, y uno de ellos con fracción de eyección entre 25 y 35%. En estos tres pacientes no hubo morbilidad quirúrgica tuvieron una estancia promedio promedio de 24 horas en unidad de terapia intensiva, egresados y posteriormente sin complicaciones. Recibieron injerto de la mamaria interna a la arteria descendente anterior, con un promedio de puentes de 3.6, siendo las otras arterias revascularizadas con venas Safena Mayor. Se realizó parche angioplastia en el sitio donde se efectuó la endarterectomía.

Conclusiones: 1-La endarterectomía coronaria es un procedimiento realizable en pacientes sometidos a cirugía cardíaca sin circulación extracorpórea. 2-Es una técnica utilizada en centros hospitalarios de otras latitudes y ha dado muy buenos resultados en nuestro medio. 3-Esta técnica ha demostrado ser segura y aumenta las posibilidades terapéuticas en estos pacientes con enfermedad tan compleja.

Eventos cerebrovasculares de la circulación posterior y su traducción clínica.

Huberth Fernández-Morales, Miguel Barboza-Elizondo.

Unidad de Ictus, Departamento de Neurociencias, Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia, Caja Costarricense de Seguro Social

Objetivo: Realizar un análisis comparativo de los principales signos y síntomas clínicos de los eventos cerebrovasculares de la circulación posterior (topográficamente en el tallo cerebral), de acuerdo con la neuroanatomía clínica.

Metodología: Se realizó una revisión retrospectiva de expedientes médicos de pacientes que presentaron un evento cerebrovascular (hemorrágico o isquémico), clasificado como POCI (infarto del territorio de la circulación posterior) en tallo, desde marzo del 2007 hasta julio 2008, del Servicio de Neurología del Hospital Rafael A. Calderón Guardia.

Resultados: Con respecto a los signos y síntomas de ingreso, los contabilizados con mayor frecuencia demuestran hemiparesia (8 casos), cefalea (6 casos); ataxia de la marcha, disartria alteración de la mirada conjugada y oftalmoplejia interna se presentaron en un 45,4% respectivamente de los pacientes. En menor proporción (27,2%) se observó en el grupo datos de disimetría, vértigo y disfagia, así como en 2 casos (18,2%) se observó alteración del estado de conciencia y ptosis palpebral. Abolición del reflejo nauseoso y paresia lingual se observó solo 1 caso respectivamente.

Conclusión: Los elementos clínicos y el adecuado conocimiento de la neuroanatomía funcional permiten establecer una aproximación diagnóstica adecuada para la patología cerebrovascular a nivel del tallo cerebral.

El valor del NIH Stroke Score de ingreso como predictor de gravedad y pronóstico en la Enfermedad Cerebrovascular Isquémica.

Huberth Fernández-Morales, Randall A. Pérez-Rojas, Ana Laura Vives-Rodríguez.

Unidad de Neurovascular, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Caja Costarricense de Seguro Social

La National Institute of Health Stroke Score es una escala de evaluación neurológica ampliamente utilizada para la valoración inicial y monitorización de los pacientes ingresados en las unidades de Ictus. La escala de Rankin modificada es un instrumento para evaluar el grado discapacidad posterior a un Ictus.

Materiales y Métodos: Se realiza estudio retrospectivo con 19 pacientes que ingresaron al Servicio de Neurología del Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia con un evento cerebrovascular (ECV) isquémico en el periodo de mayo a junio del 2008. Se registra el puntaje de la escala de NIH asignado al ingreso, y se correlaciona con la extensión de la lesión determinada clínicamente por medio de la clasificación de la Oxfordshire Community Stroke Project. Posteriormente se correlaciona el puntaje del NIH al ingreso con la funcionalidad del paciente a los 3 meses posterior al ECV para lo cual se utiliza la escala de Rankin modificada.

Resultados: De la población total 36.8% de los eventos correspondieron a un infarto lacunar (LACI) con un promedio de 3.429 puntos de la escala del NIH. 26.31% de los eventos correspondieron a un infarto parcial de la circulación anterior (PACI) con un promedio de 9.4 puntos de la escala del NIH. 26.31% de los eventos correspondieron a un infarto total de la circulación anterior (TACI) con un promedio de 23.4 puntos de la escala del NIH. 10.5% de los eventos correspondieron a un infarto de la circulación posterior (POCI) con un promedio de 1.5 puntos de la escala del NIH. Se obtiene también que para puntajes de NIH menores a 7 se promedió un puntaje de Rankin modificado de 2.5 puntos mientras que para puntajes de NIH mayores a 7 el promedio del Rankin fue de 4.25 puntos.

Conclusiones: Los menores puntajes de NIH lo obtuvieron aquellos pacientes con menor extensión del infarto cerebral dado principalmente por pacientes con infartos tipo LACI o PACI. Los mayores puntajes lo obtuvieron los pacientes con infartos totales de la circulación anterior. De similar manera, los pacientes con NIH menor a 7 presentaron menor grado de discapacidad a los 3 meses posteriores al evento, mientras que los que obtuvieron NIH >7 presentaban discapacidad moderada o mayor.

Shewanella algae en un paciente con diarrea crónica. Primer caso en Costa Rica

Erick Molina-Guevara, Sofía Ureña-Romero, Alcira Ramírez-Salas, Gletty Oropeza- Barrios

Masculino de 77 años, de la comunidad urbano-marginal Oscar Felipe, Pavas -San José, pescador durante 30 años en Puntarenas.

Acudió a la Clínica de Pavas por diarrea sanguinolenta, ocho meses de evolución, predominio nocturno, acompañada de dolor abdominal difuso, tipo cólico, distensión abdominal y pérdida del apetito. Abdomen no distendido a la observación, peristalsis aumentada, borborigmos. Palpación dolorosa en cuadrante hipogástrico izquierdo, no masas. Próstata aumentada de tamaño, dura, nodular. Ámpula rectal: restos fecales sanguinolentos. Se documentó pérdida de peso de 10kg en los últimos seis meses.

El coprocultivo, procesado en el laboratorio de la clínica de Pavas, reportó bacilo Gram negativo, con características bioquímicas atípicas a la experiencia local, muestra enviada al CNR -bacteriología INCIENSA para apoyo diagnóstico, reportando el aislamiento de *Shewanella algae*.

Se trata del primer caso documentado en Costa Rica de infección por esta bacteria, la cual es muy común en ambientes marinos, recientemente se ha relacionado a infecciones en humanos. En este caso, la bacteria se cultivó de las heces de una persona que fue pescador, quien presentó cuadro diarreico cuando se encontraba inmunocomprometido debido a cáncer de próstata.

Conclusión: Consideramos que este reporte puede estimular la investigación de la bacteria en el ambiente marino costarricense, para determinar en qué tipo de flora o fauna se encuentra *Shewanella algae*. Asimismo, a nivel de los servicios de salud, es importante alertar al personal médico y de microbiología, para que sospeche del germen en presencia de ciertos cuadros clínicos con el antecedente de exposición a ambientes marinos.

Adrenalectomía bilateral laparoscópica por feocromocitoma en un solo tiempo quirúrgico.

Gustavo Jiménez-Ramírez, Mario Alberto Vásquez-Chaves, Oscar Mata-Garófalo.

Hospital México.

Paciente de 64 años, hipertensa y diabética, portadora de tumoraciones suprarrenales bilaterales documentadas por ultrasonido y por tomografía axial computarizada. La clínica de la paciente había dolor abdominal inespecífico. Se le documentaron niveles elevados de catecolaminas urinarias. Se le realizó angiografía renal, la cual se presenta en el video, que mostraba rama de arteria renal izquierda que irriga masa suprarrenal de 3 por 2,7 cm. La paciente recibió tratamiento preoperatorio con doxazosina por 15 días y se intervino quirúrgicamente el 16 de mayo de 2008. Se le realizó adrenalectomía bilateral laparoscópica sin complicaciones en el Servicio de Cirugía General Grupo 1 del Hospital México, CCSS. Transoperatoriamente se documentaron lesiones macroscópicas suprarrenales bilaterales no hipervascularizadas y no adherida a planos profundos de 3cm diámetro cada una. Como parte de la técnica quirúrgica se realizó un abordaje en decúbito lateral derecho, se manipuló al mínimo cada una de las tumoraciones y se realizó control temprano de los vasos venenosos y arteriales que drenaban de la tumoración. Transoperatoriamente se recolocó al paciente en decúbito lateral izquierdo para realizar la adrenalectomía izquierda y se repitió el procedimiento. Tiempo operatorio total 3 horas con 49 minutos. No hubo complicaciones, Paciente permaneció 48 horas en cuidados intensivos para monitoreo y se egresó el tercer día postoperatorio. La biopsia de las lesiones reportó feocromocitoma de 16 gramos suprarrenal izquierda y ganglioneuroma suprarrenal derecho. Paciente asintomática en el seguimiento.

Técnica de cateterización de vena axilar con guía de ultrasonido.

Mauricio Ariñano-Ferris, Jimmy Quirós-Rodríguez, Rolando Arguedas Camacho, José D. Vindas-Zárate.

Servicio de Terapia Intensiva, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social

El video presenta la técnica de cateterización de una vena central por canulación de la vena axilar (extratorácica) con guía de Ultrasonido en tiempo real. Se anotan diferencias anatómicas de esta técnica con respecto a la cateterización de la vena subclavia, principalmente en cuanto a la distancia de la pleura y la facilidad de utilizar el ultrasonido. Se señalan otras ventajas comparativas en cuanto a complicaciones entre esas dos técnicas, sobre todo en pacientes con alto riesgo de sangrado. Se enfatiza en la presentación la gran utilidad del ultrasonido en tiempo real como herramienta de visualización directa de la vena a cateterizar.

Empelo de Terapia VAC en pacientes con mediastinitis posterior a cirugía cardíaca en el Hospital México. Revisión un caso.

Edgar Méndez-Jiménez, Lorna Castro-Araya, Carlos Castro-Benítez, Margarita Camacho-Vargas, Asdrúbal Alfaro, Fernando Zeledón, Fernando Zamora-Rojas, Juan José Pucci-Coronado.

Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social

Materiales y Métodos: Se revisó el caso clínico de una paciente femenina 62 años, conocida diabética, hipertensa, obesa con antecedente de enfermedad arterial coronaria multivaso a quien se le realizó doble bypass coronario con injerto de safena por la mala condición de la arteria mamaria interna fuera de bomba.

En el posoperatorio 3, la paciente presenta secreción purulenta por la herida quirúrgica. Se realiza lavado quirúrgico en SOP, evidenciándose proceso extenso de osteomielitis y mediastinitis, por lo que se decide colocar terapia VAC.

Paciente se ingresó a UTI donde se le realizaron múltiples recambios del sistema VAC y lavados quirúrgicos exhaustivos. A pesar de ello persiste con proceso séptico local por presencia de P.aeruginosa multiresistente. Paciente recibe antibioticoterapia de amplio espectro y se decide llevar a SOP para realizar colgajo de pectorales. Inicialmente evolucionó satisfactoriamente, sin embargo, una semana después reinicia con secreción purulenta por la herida quirúrgica. Se decide en ese momento manejar en forma ambulatoria con terapia VAC.

Paciente agrega osteomielitis esterno-condro-costal crónica y, a pesar de múltiples esquemas antibióticos, persiste con sepsis local. Se decide reintervenir para hacer resección esterno-condro-costal extensa y recolocación de terapia VAC, y gracias a ello se ha podido manejar sin ventilación mecánica asistida. Queda en este momento pendiente únicamente colgajo del músculo dorsal ancho para cobertura del defecto residual.

Conclusiones: 1. La terapia VAC puede ser utilizada de manera segura como herramienta terapéutica en pacientes que desarrollan mediastinitis posterior a cirugía cardíaca. 2. La implementación de este método permite el distanciamiento en las curaciones del sitio afectado, la reducción en la diseminación bacteriana al crear un ambiente cerrado local y el mantenimiento del paciente fuera de ventilación mecánica asistida. 3. La terapia con presión negativa constituye una opción más en el manejo de esta patología compleja, junto con la terapia de soporte y una amplia cobertura antibiótica. 4. La colocación del sistema debe llevarse a cabo al momento del diagnóstico y la frecuencia de los recambios, así como su cierre, dependerá de la condición clínica de la herida quirúrgica.

Tratamiento quirúrgico del aneurisma de la arteria subclavia. Revisión de caso clínico.

Edgar Méndez-Jimenez, Carlos Castro-Benítez, Lorna Castro-Araya, Margarita Camacho-Vargas, Fernando Zeledón, Juan Pucci-Coronado, Fernando Zamora-Rojas.

Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social

Objetivos: Describir la técnica quirúrgica utilizada para la reparación de la arteria subclavia. Describir una patología que es sumamente infrecuente en los casos reportados en la literatura sobre este tema. Protocolizar los estudios preliminares para los pacientes con síndrome de Marfán. Determinar cuales son los factores de riesgo presentes para este tipo de anomalía vascular. Y establecer la frecuencia con la que se presenta en pacientes con síndrome de Marfán. Crean una fuente de datos sobre los casos descritos a nivel nacional.

Materiales y Métodos: Se describe el reporte de un caso clínico de un paciente masculino cuyo único antecedente de importancia era el tabaquismo el cual estaba inactivo, con el diagnóstico de insuficiencia mitral y aneurisma de la arteria subclavia por medio de una angiografía vía femoral bajo técnica de Zeldinger; al cual primero se reparó la válvula por medio de una anuloplastia de Tirone Davis y colocación de prótesis Saint Jude de 31mm, más plastia reductiva de anillo mitral. En un segundo tiempo la dilatación anormal de la a. subclavia por medio de un abordaje paralelo a la clavícula profundizándose hasta localizar la masa aneurismática, disecando la misma y aislando y separándola del plexo braquial con el cuidado pertinente y la v subclavia. Una vez disecados los márgenes proximal y distal, clampeandose en ese orden se reseca por completo y se liberan los tejidos de la pared costal, para colocar una prótesis tubular de dacron de 8mm; las anastomosis se realizaron con sutura continua de prolene 6-0. Se corrobora clínicamente y por medio de un doppler la presencia de pulso braquial, radial y ulnar. Se procede a recolocar la clavícula y fijarla con pines de Steinman y se coloca un drenaje de Penrose.

Conclusiones: 1. La patología estudiada es muy infrecuente. 2. Es importante el conocimiento anatómico de esta zona por el gran riesgo de sangrado o secuelas neurológicas que pueda tener el paciente. 3. La preparación del campo quirúrgico al remover la clavícula permite una visualización más clara del aneurisma, permitiendo una disección cómoda para el cirujano. 4. La manipulación del aneurisma se debe iniciar hasta tener control absoluto de proximal a distal, con el fin de evitar ruptura y sangrado del mismo. 5. Se debe hacer una disección con sumo cuidado entre el aneurisma y el plexo braquial para no tener secuelas neurológicas. Al igual que la separación de la v. subclavia; ya que en la literatura estas son las complicaciones más frecuentes en estos tipos de procedimientos.

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica. Reporte de un Caso.

Hubert Fernández-Morales, Adolfo Pacheco-Salazar.

Unidad de Ictus, Departamento de Neurociencias, Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia, Caja Costarricense de Seguro Social

Caso: Femenina, 56 años, hipertensa. En noviembre de 2007 inicia con vértigo, metamorfopsia, demencia progresiva, rigidez muscular y mioclonías. LCR normal. Electroencefalograma: brotes de polipunta-onda lenta pseudoperiódicos trifásicos. RMN: atrofia cortical supratentorial. Proteína 14-3-3 elevada.

Revisión: Las proteínas priónicas son componentes de membranas celulares. Los priones son isoformas patológicas, producen degeneración espongiiforme del sistema nervioso central, su presentación en humanos se denomina Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Existen variedades: esporádica, genética, iatrogénica, variante. La Esporádica se presenta entre los 55 y 75 años, mecanismo transmisor desconocido; presenta pródromo (astenia, adinamia, vértigo, trastorno conductual) seguido por demencia, afasia, apraxia, mioclonías, extrapiramidalismos; electroencefalograma muestra complejos de ondas agudas pseudoperiódicos; RMN muestra hiperintensidad en difusión en ganglios basales; LCR con elevación de proteína 14-3-3; sobrevive 5 meses. La Genética ocurre por mutaciones autosómicas dominantes del gen de la proteína priónica. La Variante surge por exposición a productos contaminados con encefalopatía espongiiforme bovina, ocurre invasión priónica del tejido linfático; se presenta en edades más tempranas, con síntomas psiquiátricos iniciales seguidos por ataxia, demencia, mioclonías, extrapiramidalismos; diagnóstico por biopsia amigdalina; sobrevive 13 meses.

Conclusión: La Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica es una entidad que puede presentarse en nuestro medio y que debe diferenciarse de la forma Variante.

PTCA en tronco no protegido, en paciente de 38 años, caso clínico.

Manuel Eduardo Sáenz-Madrigal, Marco Antonio Siles-Varela.

Servicio de Hemodinamia, Departamento de Cardiología, Sección de Medicina, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Caja Costarricense de Seguro Social

La enfermedad significativa del tronco común izquierdo (estenosis del lumen > 50%) es la más letal de las localizaciones de la enfermedad arterial coronaria. Aparece en un 3%-5% de los pacientes a los que se les hace un a coronario grafía y los que reciben tratamiento médico tienen mal pronóstico con una mortalidad mayor al 50% a los 3 años. Debido a los buenos resultados que ha demostrado la cirugía de derivación aorto-coronaria y a los malos resultados iniciales del intervencionismo percutáneo, la intervención quirúrgica ha sido tradicionalmente el método de elección preferido sin embargo en varios estudios multicéntricos se sugiere la posibilidad de tratar la enfermedad del tronco común izquierdo con la angioplastia con Stent. No obstante en la enfermedad del TCI debe distinguirse 2 circunstancias morfológicas y clínicas claramente diferenciadas: el TCI protegido y el no protegido. Como la intervención electiva sobre TCI intervención electiva sobre TCI y los procedimientos urgentes en el contexto de un IAM y ante oclusiones agudas espontáneas. Femenina de 34 años de edad, obesa, dislipidémica, tabaquista desde los 14 años 1 paquete/día, con AHF DE DM E HTA CON SCACEST previo (2005)

El cateterismo evidenció obstrucción del tronco de la arteria coronaria izquierda en un 99% con lesión tipo A; con trombo oclusivo presente, con la consiguiente inestabilidad hemodinámica y eléctrica de la paciente, la cual previo buen estado clínico, presentó súbitamente hipotensión sostenida, bradicardia y taquiarritmia ventricular asociado a alteración del sensorio. Se procede inmediatamente con técnica de de doble guía, pre dilatación del ostium 2.0x12, e inmediatamente se implanta CYPHER 3.5 x 13 cm., obteniéndose flujo TIMI 3, estabilidad clínica, hemodinámica y eléctrica de la paciente, con posterior EKG control sin evidencia de lesión, ECO normal y prueba de esfuerzo negativa.

Conclusión: Si bien la intervención del tronco no protegido en una oclusión aguda es altamente riesgoso con una alta tasa de mortalidad, este caso fue una de las excepciones, afortunadamente en este caso la intervención rápida y oportuna con lo le permitió a la paciente sobrevivir sin ninguna secuela y con recuperación rápida y satisfactoria. Si bien es cierto actualmente la intervención quirúrgica es la mejor opción terapéutica, cada vez se la PCI ha venido demostrando que es un procedimiento también efectivo en el arsenal terapéutico contra la enfermedad arteria coronaria del tronco izquierdo.

Hemorragia intracerebral y anticoagulación con warfarina.

Huberth Fernández-Morales, Marco Antonio Siles-Varela.

Servicio de Neurología, Unidad Neurovascular, Departamento: Neurociencias Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia

Objetivo: Analizar las indicaciones y factores de riesgo para hemorragia cerebral asociados a la anticoagulación con warfarinas en pacientes con ACFA. El uso de la anti coagulación oral, para prevenir un evento cerebro vascular isquémico en aquellos individuos con fibrilación auricular crónica, asocia un incremento en el riesgo de HIC. Existen factores de riesgo para HIC asociada con warfarina: edad > de 70 años, glicemia > 300mg/dl, eventos isquémicos extensos anemia, bajo peso, escala de NIH > 20 entre otros.

La HTA mal controlada, aumenta el riesgo de sangrado; sin embargo la disminución en 10mmhg de la presión sistólica disminuye el riesgo de HIC en un 50%. La sospecha clínica es importante en el contexto de un paciente portador de ACFA crónica anti coagulado con warfarina y con un ECV isquémico extenso, con deterioro en más de 4 puntos de las escala NIH. Para la estimación de riesgo de mortalidad a 30 días se utiliza la Escala de ECV hemorrágico, cuyas variables a tomar son Glasgow, edad mayor o menor de 80 años, localización supra o infratentorial, el volumen mayor o menor a 30 ml, y extensión del sangrado al sistema ventricular. La puntuación oscila de 0 a 6 puntos, con mortalidad del 0% al 100% respectivamente. La terapia de reversión de la anti coagulación con warfarina es a través de la aplicación de vitamina K, plasma fresco congelado, factor VII recombinante, principalmente. El tiempo después de reiniciar la terapia anticoagulante en pacientes con alto riesgo de ECV isquémico recurrente, por ejemplo en ACFA crónica oscila entre 4-6 semanas y hasta de 7 días después del evento. El abordaje de un paciente con ACFA no anticoagulado en el contexto de ECV isquémico, la prevención de la HIC inicia con identificar oportunamente los factores de riesgo que tiene el paciente.

Como ejemplo se analiza el caso de un paciente masculino de 73 años, hipertenso, diabético, portador de fibrilación auricular crónica sin anticoagulación previa, con múltiples lesiones isquémicas silentes evidenciadas en la TAC lo más probable de origen cardioembólico; y el cual ingresó al servicio de neurología HCG por hemiparesia izquierda y cuadrantanopsia derecha, la TAC evidenció lesión isquémica parieto-occipital derecha. Se le inicio terapia anticoagulante con heparina y posteriormente con warfarina, día después el paciente presenta deterioro neurológico con cefalea, náuseas y asocia, con empeoramiento de mas de 4 puntos de la escala NIH. La TAC evidenció una hemorrágica extensa en región parietooccipital derecha

de aproximadamente 90cc, supra e infratentorial con extensión a ventrículos.

Materiales y métodos: Revisión de expediente y TAC de paciente internado en el servicio de neurología HRCG.

Resultados: El análisis de este caso nos permite proponer una guía de manejo específico de pacientes anticoagulados en el contexto de un ECV isquémico, con riesgo de transformación hemorrágica.

Conclusión: La hemorragia intracerebral asociada a anti coagulación con warfarina en el contexto de ECV isquémica es una complicación clínica que requiere de conocimiento claro preventivo, por lo se requiere una GUIA de manejo intrahospitalario.

Manejo endovascular del trauma vascular: Reporte de Caso.

Luis Cruz-Guzmán, Luis Morelli-Álvarez, Róger Jiménez-Juárez, Enrique Morúa Esquivel, Octavio Cruz-Sáenz, Guillermo Guevara-Ospino, Javier Cabezas-Loría, Miguel Montero- Baker, Luis Morelli Guillén.

Servicio Vascular Periférico, Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense de Seguros Social

Caso: Se trata de un paciente masculino de 28 años, conocido toxicómano, quien es traído al Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios con historia de haber sido víctima de agresión y presentaba una herida por proyectil de arma de fuego con lesión de entrada en zona supraescapular derecha, sin herida de salida.

Se descarta lesión cardíaca, pulmonar o de grandes vasos y, encontrándose hemodinámicamente estable, se deja en observación. Ocho horas posteriores a su ingreso se documenta ausencia de pulsos en el miembro superior derecho, por lo cual se realiza angiografía selectiva del miembro superior derecho documentándose oclusión de la arteria axilar en su segundo segmento, con recanalización del tercero. Con estos hallazgos se decide realizar recanalización endovascular de la arteria axilar y posteriormente se hace angioplastia con stent recubierto. Se obtiene adecuado flujo posterior al procedimiento y el paciente recupera pulsos. El paciente se recupera satisfactoriamente y se egresa al segundo día posterior al procedimiento.

Discusión: El tratamiento del trauma vascular clásicamente ha sido mediante cirugía abierta, lo cual expone al paciente a una recuperación más lenta y a complicaciones inherentes al procedimiento. El advenimiento de la cirugía endovascular brinda una alternativa terapéutica para el manejo de las lesiones vasculares traumáticas.

En la literatura existen reportes de terapéutica endovascular para las secuelas del trauma vascular, tales como la reparación de siedoaneurismas o fistulas arteriovenosas postraumáticas, con buenos resultados a largo plazo. Sin embargo hasta la fecha existe poco descrito acerca de la resolución vía percutánea de una lesión aguda traumática.

Índice

Colangiopancreatografías retrogradas endoscópicas realizadas en el Hospital Max Peralta de Cartago entre marzo y agosto 2008. <i>Mario Murillo-Ceciliano, José Manuel Alan, Mario Alberto Vásquez-Chaves</i>	3	Evaluar la seguridad y resultados visuales obtenidos mediante la cirugía de extracción extracapsular de catarata utilizando anestesia tópica. <i>Johann Fernández-Jiménez, Karina Carballo-López</i>	9
Factores de riesgo en pacientes con evento cerebrovascular y su relación con la severidad del evento. <i>Huberth Fernández-Morales, Mauricio Mora-Díaz</i>	3	Análisis retrospectivo y prospectivo sobre los resultados de corrección visual láser mediante cirugía personalizada (Wavefront) a 5 años. <i>Johann Fernández-Jiménez, Karina Carballo-López</i>	10
Características clínicas radiológicas de 50 pacientes tratados con el diagnóstico de hematoma subdural crónico (HSC), en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México. <i>Miguel Esquivel-Miranda, Melissa Arias-Quirós, Mayra Cartin-Brenes, Lizbeth Salazar- Sánchez</i>	4	Análisis retrospectivo y prospectivo sobre los resultados de corrección visual láser mediante LASIK convencional a 5 años. <i>Johann Fernández-Jiménez, Karina Carballo-López</i>	10
Tasa de limpieza endoscópica de los cálculos de la vía biliar al primer intento. Experiencia de un centro terciario. <i>Mario Anselmi, José Manuel-Alan, Ana María Gemmato</i>	4	Revascularización coronaria sin circulación extracorpórea en pacientes con enfermedad del tronco principal izquierdo; un nuevo reto quirúrgico. <i>Edgar Méndez-Jiménez, Margarita Camacho-Vargas, Asdrubal Alfaro, Lorna Castro Araya, Carlos Castro-Benítez, Fernando Zeledón, Fernando Zamora-Rojas, Juan J. Pucci-Coronado</i>	11
Intervención endovascular de lesiones tibioperoneales complejas en pacientes con isquemia crítica de miembros inferiores. <i>Luis G. Morelli, Luis A. Morelli Guillén, Luis Cruz-Gómez, Roger Jiménez, Octavio Cruz Saens, Enrique Morúa- Esquivel, Javier Cabezas- Loria, Guillermo Guevara- Ospino, Miguel Montero- Baker</i>	5	Endarterectomía coronaria en pacientes sometidos revascularización coronaria sin utilización de circulación extracorpórea. <i>Margarita Camacho-Vargas, Edgar Méndez-Jiménez, Asdrubal Alfaro, Fernando Zeledón, Fernando Zamora-Rojas, Juan J. Pucci- Coronado</i>	11
Procedimientos aórticos endovasculares: Experiencia de 7 años en el Hospital San Juan de Dios. <i>Roger Jiménez-Juárez, Luis Morelli-Guillén, Enrique Morúa-Esquivel, Octavio Cruz-Saens, Guillermo Guevara-Ospino, Javier Cabezas-Loria, Miguel Montero- Baker</i>	5	Eventos cerebrovasculares de la circulación posterior y su traducción clínica. <i>Huberth Fernández-Morales, Miguel Barboza-Elizondo</i>	12
Los factores de riesgo y el pronóstico cardiovascular en los pacientes con enfermedad arterial periférica varían según la localización de la enfermedad. <i>Victor Aboyans, Ileana Desormais, Philippe Lacroix, Khaief Rhaïem1, Johanna Salazar, Mark Laskar, Michael H. Criqui, Arnost Fronck</i>	6	El valor del NIH Stroke Score de ingreso como predictor de gravedad y pronóstico en la Enfermedad Cerebrovascular Isquémica. <i>Huberth Fernández-Morales, Randall A. Pérez-Rojas, Ana Laura Vives-Rodríguez</i>	12
Técnica Rendez Vous en Pacientes con Colecisto Coledocolitiasis. <i>Alexander L. Sánchez-Cabo, Ronald Prado-Zúñiga</i>	6	Shewanella algae en un paciente con diarrea crónica. Primer caso en Costa Rica <i>Erick Molina-Guevara, Sofia Ureña-Romero, Alcira Ramírez-Salas</i> .	13
Resultados de la terapia combinada endovascular-quirúrgica en el manejo de pacientes con isquemia arterial crítica compleja. <i>Luis Morelli-Álvarez, Miguel Montero-Baker, Luis Cruz-Guzmán, Javier Cabezas-Loria, Guillermo Guevara Ospino, Enrique Morúa-Esquivel, Octavio Cruz-Sáenz, Róger Jiménez-Juárez, Luis Morelli-Guillen</i>	7	Adrenalectomía bilateral laparoscópica por feocromocitoma en un solo tiempo quirúrgico. <i>Gustavo Jiménez-Ramírez, Mario Alberto Vásquez-Chaves, Oscar Mata-Garófalo</i>	13
“Experiencia de la Consulta Homeopática, Programa Docente, Fundación Médica Homeopática Costarricense en COOPESALUD R. L. –Clínica de Pavas- durante el período 2003-2007. Un enfoque de atención holística” <i>Alcira Ramírez-Salas, Lisbeth Araya-Jiménez, Alejandro Brenes-Valverde, Giselle Montero-Chinchilla, Patricia Rodríguez- Canossa, Carolina Vargas- Chaves</i>	7	Técnica de cateterización de vena axilar con guía de ultrasonido. <i>Mauricio Ariñano-Ferris, Jimmy Quirós-Rodríguez, Rolando Arguedas Camacho, José D. Vindas-Zárate</i>	14
El pobre diagnóstico de los diabéticos con elevado índice de presión sistólica depende de la presencia de la enfermedad arterial periférica enmascarada. <i>Victor-Aboyans, Minh Hoang-Trann, Claire-Salamagne, Francoise-Archambeaud, Philippe-Lacroix, Johanna-Salazar, Mark -Laskar, Michael H-Criqui</i>	8	Empelo de Terapia VAC en pacientes con mediastinitis posterior a cirugía cardíaca en el Hospital México. Revisión un caso. <i>Edgar Méndez-Jiménez, Lorna Castro-Araya, Carlos Castro-Benítez, Margarita Camacho-Vargas, Asdrubal Alfaro, Fernando Zeledón, Fernando Zamora-Rojas, Juan José Pucci-Coronado</i>	14
Resultados post-operatorios a largo plazo luego de cirugía de intento curativo por adenocarcinoma gástrico en Hospital México entre 2003-2007. <i>Mario Alberto Vásquez-Chaves</i>	8	Tratamiento quirúrgico del aneurisma de la arteria subclavia. Revisión de caso clínico. <i>Edgar Méndez-Jimenez, Carlos Castro-Benítez, Lorna Castro-Araya, Margarita Camacho-Vargas, Fernando Zeledón, Juan Pucci-Coronado, Fernando Zamora-Rojas</i>	15
Estratificación del riesgo quirúrgico en pacientes sometidos a cirugía cardíaca en el Hospital México: Estudio prospectivo del Euroscore aplicado en 92 pacientes. <i>Edgar Méndez-Jiménez, Margarita Camacho-Vargas, Asdrubal Alfaro, Lorna Castro-Araya, Carlos Castro-Benítez, Fernando Zeledón, Fernando Zamora-Rojas, Juan José Pucci</i>	9	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica. <i>Hubert Fernández-Morales, Adolfo Pacheco-Salazar</i>	15
		PTCA en tronco no protegido, en paciente de 38 años. <i>Manuel Eduardo Sáenz-Madrigal, Marco Antonio Siles-Varela</i>	16
		Hemorragia intracerebral y anticoagulación con warfarina. <i>Huberth Fernández-Morales, Marco Antonio Siles-Varela</i>	16
		Manejo endovascular del trauma vascular. <i>Luis Cruz-Guzmán, Luis Morelli-Álvarez, Róger Jiménez-Juárez, Enrique Morúa Esquivel, Octavio Cruz-Sáenz, Guillermo Guevara-Ospino, Javier Cabezas-Loría, Miguel Montero- Baker, Luis Morelli-Guillén</i>	17