

Otoplastia de Chongchet modificada. Ventajas e inconvenientes

F.J. Escudero, J.A. Lozano

Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción. La causa más común de oreja prominente es el desarrollo insuficiente del pliegue del antihélix. Otra causa, a veces asociada, es una concha con pared posterior elevada. Chongchet describió en 1963 una técnica de otoplastia, basada en las investigaciones de Gibson y Davis (1958), en la que practicaba múltiples incisiones paralelas, de espesor parcial, en la superficie anterior del cartilago, para que éste se doblara espontáneamente hacia atrás, formándose el pliegue del antihélix.

Material y métodos. La otoplastia de Chongchet, con diversas modificaciones, se emplea habitualmente en nuestro servicio desde 1980. Para el presente estudio se han revisado 30 pacientes intervenidos en los últimos tres años con un período mínimo de seguimiento de un año. Todos los casos fueron bilaterales y presentaban un plegado inadecuado del antihélix. Tras la condrotomía transfixiante siguiendo el borde posterior del nuevo pliegue y exposición subpericóndrica de la cara anterior, se realizaron incisiones cartilaginosas superficiales paralelas a la condrotomía. En la crus superior se añadieron incisiones transversales, perpendiculares al eje vertical de la oreja, para favorecer la aproximación del polo superior a la cabeza. Si la concha era excesivamente grande, se reducía la altura de su pared posterior mediante incisiones similares a las del antihélix, o bien mediante una resección semilunar.

Un vendaje almohadillado era mantenido alrededor de una semana, retirándolo sólo para las curas, y posteriormente se aplicaba una banda elástica por la noche durante dos semanas más.

Resultados. Se ha obtenido habitualmente un pliegue del antihélix de contorno suave y natural. A pesar del despegamiento cutáneo anterior no hemos tenido hematomas, probablemente debido a una hemostasia intraoperatoria y compresión postoperatoria adecuadas, ni necrosis cutáneas. Sin embargo, en pacientes adultos fumadores, el autor ha tenido experiencia con necrosis cutáneas bilaterales, que podrían estar relacionadas con el efecto del tabaco. Generalmente, los resultados obtenidos han sido satisfactorios, sin recidiva de la prominencia.

Conclusiones. La técnica de Chongchet, con diversas modificaciones desarrolladas con la experiencia quirúrgica, permite una excelente exposición del defecto anatómico, así como un control más preciso de las modificaciones realizadas. Se consigue un pliegue del antihélix bien definido, de contorno suave y natural, pudiéndose lograr también una reducción de la altura conchal, sin resección de ésta. Otra ventaja es que no se dejan suturas permanentes. (*XVI Congreso de la Federación Iberolatinoamericana de Cirugía Plástica y XXXVI Congreso Argentino de Cirugía Plástica. Buenos Aires - Argentina. 28 de marzo a 1 de abril de 2006.*)

Reacción capsular, experimental y clínica a implantes mamarios texturados

F.J. Escudero, J.A. Lozano, R. Guarch*

Servicios de Cirugía Plástica y Anatomía Patológica*. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción. En varios estudios clínicos se ha demostrado que los implantes mamarios texturados (prótesis y expansores) reducen la incidencia de contractura capsular. En otros, por el contrario, la incidencia ha sido similar a la observada con los implantes lisos. Se ha especulado que el efecto beneficioso de los texturados se debe principalmente a una desorganización de las fibras de colágeno, que impediría el desarrollo de fuerzas contráctiles concéntricas. Para analizar si los implantes mamarios texturados previenen la organización alineada y paralela de fibras de colágeno alrededor de la superficie protésica, se ha estudiado la respuesta capsular a implantaciones en el animal de experimentación, así como en pacientes con reconstrucción mamaria, sometidas a recambio de los implantes por diversos motivos, generalmente por contractura capsular.

Material y métodos. La respuesta capsular experimental se analizó en 30 conejas blancas de Nueva Zelanda adultas, en las que se implantaron 120 muestras (4 por animal) de elastómero de prótesis mamarias de silicona, lisas o texturadas microporosas. La respuesta histológica clínica se analizó en 20 cápsulas de 15 pacientes sometidas a reconstrucción mamaria con implantes texturados, de superficie micronodular o microporosa, y retirados por contractura capsular u otros motivos, entre 2 meses y 14 años después de la implantación.

Resultados. En el estudio experimental se comprobó que la cápsula de los implantes texturados, a las 30 semanas, presentaba protrusiones fibrosas en la superficie capsular interna, por crecimiento tisular dentro de la superficie microporosa, y una zona basal compuesta de múltiples capas de fibras de colágeno dispuestas paralelamente con respecto a la superficie protésica, similar a la observada con implantes lisos. Esta disposición organizada de fibras fue apreciada también en las cápsulas, con o sin contractura, de implantes texturados empleados clínicamente, tanto de superficie micronodular como microporosa. En algunas de estas cápsulas destacó el desarrollo de una metaplasia sinovial en la superficie capsular interna, apenas observada en las implantaciones experimentales.

Conclusiones. Los implantes texturados no previenen la organización alineada y paralela de fibras de colágeno alrededor de la superficie protésica, de modo que su capacidad para reducir la aparición de contractura capsular puede deberse a otros factores. Así, la adherencia de los implantes microporosos podría contrarrestar las fuerzas contráctiles del tejido fibroso organizado. (*Premio al mejor póster otorgado por la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora en el XVI Congreso de la Federación Iberolatinoamericana de Cirugía Plástica y XXXVI Congreso Argentino de Cirugía Plástica. Buenos Aires - Argentina. 28 de marzo a 1 abril de 2006*).

Blink reflex recovery curve in tetanus

J. Urriza, L. Gila, L. González, L. Imirizaldu, O. Olaziregi

Servicio de Neurofisiología clínica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Background. We present a case of local tetanus, with trismus as initial symptom, in which the Electromyography (EMG) and the brain stem reflexes were indicative. The blink reflex recovery curve (BRRC) was determinant in the final diagnosis.

Aim. To describe the electrophysiologic abnormalities found in a case of tetanus, and specially the disturbance on the BRRC, to our knowledge not reported until now.

Patient and Methods. We present a patient, woman, HIV(+), addicted to drugs, with progressive trismus. The most common causes of trismus were ruled out. Surface and needle EMG, Startle, Blink Reflex, Masseteric Reflex, Masseteric stretch and electric Inhibitory Reflex and BRRC studies were performed.

Results. Recruitment spasms, sustained contraction, and difficulty in relaxation on the EMG study, wit-

hout startle reaction, reflex spasms nor spreading of the EMG bursts were documented. Along with this, diminished duration of the first silent period and no second silent period on electrically induced masseteric inhibitory reflex were found. Sustained contraction on blink reflex after R2 and a clear disturbance of the BRRC for R2, in the form of a lost of the normal inhibition, along with a normal behaviour of the BRRC of R1 were also found.

Discusión/Conclusiones. These abnormalities reflect alterations on inhibitory circuits at the brainstem level, and specially a disturbance of the BRRC of R2. From a practical point of view, it points at and abnormal function of the brainstem interneurons where the symptomatology and the usual reflexes studies could be doubtful. (*XXVIIIth International Congress of Clinical Neurophysiology. Edimburgo (Escocia) 10-14 de Septiembre de 2006*).

Tratamiento ambulatorio del tromboembolismo pulmonar

C.I. González, T. Rubio, M.T. Gaztelu, V. González, F. Jiménez, I. García de Eulate, H. Sarasibar

Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra.

Centro de Salud. Burgui. Navarra.

Introducción. El tromboembolismo pulmonar (TEP) es un cuadro frecuente, con alta morbi-mortalidad. El tratamiento en régimen hospitalario, está en entredicho actualmente. La trombosis venosa profunda (TVP) no complicada, se trata de manera ambulatoria. En estudios realizados, del 20 al 60% de los pacientes con TVP sin clínica respiratoria, tienen criterios de TAC o gamagrafía de ventilación/perfusión de TEP. Por tanto, debe admitir que actualmente, estamos tratando pacientes con TEP asintomáticos de forma ambulatoria.

Objetivos. Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de TEP tratados de forma ambulatoria. Determinar la seguridad del tratamiento ambulatorio.

Material y métodos. Pacientes diagnosticados de TEP en régimen ambulatorio (consulta externa) o ingresados que acepten tratamiento ambulatorio.

Resultados. Entre enero de 1999 y diciembre de 2005, 170 pacientes fueron diagnosticados de TEP, cumpliendo criterios clínicos, de TAC o gamagrafías en el Servicio de Medicina Interna. Veintitún pacientes (12,35%) fueron tratados de forma ambulatoria, con menos de 48 horas de ingreso. No se objetivan diferencias en morbi-mortalidad respecto a pacientes tratados en régimen hospitalario.

Conclusiones.

El tratamiento del TEP ambulatorio es seguro.

El tratamiento ambulatorio debe ser considerado en pacientes sin compromiso hemodinámico. (*XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Salamanca. 25-28 de octubre de 2006*).

Estrategia de seguridad de pacientes en el Hospital de Navarra

J. Gost, F. Lameiro; C. Silvestre, E. Layana, J. .Abad, M. Chivite

Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad. Hospital de Navarra. Pamplona.

Introducción. Diversos estudios internacionales han mostrado que la incidencia de eventos adversos en pacientes hospitalizados oscila entre el 4% y el 16%. El grupo de trabajo *Hospitals for Europe* estimó que uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre algún efecto adverso relacionado con su atención sanitaria.

Sobre la base de dos estudios de prevalencia realizados en el Hospital de Navarra durante los años 2004 y 2005 (uno en el contexto de un estudio multicéntrico nacional en España y el segundo local), la Dirección del Hospital ha asumido la estrategia de promover y fomentar la seguridad de los pacientes.

Objetivos. Desarrollar una cultura de seguridad entre los directivos y profesionales sanitarios del Hospital de Navarra.

Garantizar el desarrollo protocolizado de prácticas clínicas de efectividad demostrada en la minimización de efectos adversos.

Principales objetivos específicos en fase de implementación:

- Creación de unidades funcionales de promoción y estudio de seguridad de pacientes.
- Conocer la percepción de los profesionales sobre seguridad de pacientes.
- Desarrollo de acciones formativas y sensibilización.

- Instaurar sistemas de información sobre efectos adversos.
- Introducir objetivos de seguridad de pacientes en los pactos de gestión de los servicios.
- Prácticas seguras. Prevención o minimización de:
 - Fracturas por caídas
 - Úlceras de decúbito
 - Trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar en pacientes operados.
 - Infección del sitio quirúrgico
 - Intervención en sitio erróneo
 - Efectos adversos en anestesia
 - Errores medicación
 - Seguridad y trazabilidad transfusional
- Prácticas seguras. Fomento de:
 - Lavado de manos
 - Mejora identificación de pacientes

Resultados. Se han definido los estándares e indicadores para cada objetivo y acción planteada, así como el cronograma de su desarrollo. Se exponen sucintamente alguno de los resultados obtenidos hasta la fecha. (*XVII Congreso de ALASS. Milán. Italia. 5-7 de octubre de 2006*).

Clavo gamma 3. Un nuevo avance

N. Estarriaga, S. Ajona

Área Quirúrgica. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra.

Introducción. El tratamiento de las fracturas peritrocantereas de cadera con clavo intrademular se ha consolidado como una técnica que disminuye el tiempo quirúrgico en pacientes con pluripatología.

Objetivos. Presentamos los resultados preliminares del tratamiento de las fracturas peritrocantereas de cadera en pacientes osteoporóticos tratados con el nuevo clavo gamma 3.

Material y métodos. Desde 18-05-2008 hasta 12-12-2005 se han intervenido en nuestro servicio 34 fracturas peritrocantereas de cadera con el nuevo clavo gamma 3. Valoramos en una gráfica el tiempo quirúrgico, tiempo de exposición a escopia y la medida de la incisión.

Resultados. El tiempo quirúrgico de los pacientes tratados con el nuevo clavo gamma 3 fue de 40,76 min.

La longitud media de incisión fue de 2,5 cm y el tiempo medio de escopia fue de 2,95 min.

Conclusiones. Valorados los primeros casos tratados con el nuevo clavo gamma 3 en nuestro servicio podemos concluir que efectivamente se reduce el tiempo quirúrgico del paciente, en su mayoría ancianos y con pluripatología, se puede realizar por cirugía mínimamente invasiva, favoreciendo una pronta recuperación de la herida y una carga total desde el primer día postoperatorio. La posibilidad de utilizar la fresa trocantérica disminuye el sangrado evitando la transfusión posterior. El nuevo diseño permite una cirugía rápida con un tiempo mínimo de escopia por el equipo quirúrgico. (*I Congreso Internacional AEETO. Gijón. 29-31 de marzo de 2006*).

Analgesia subaracnoidea y epidural para control del dolor agudo en UCI

I. Arrastia

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Objetivos. Conocer los aspectos más importantes de la analgesia subaracnoidea y epidural tales como, indicaciones de cada una de ellas, tipos de fármacos más utilizados, mecanismo de acción de cada uno de ellos, vías y sistemas administración y reacciones adversas; para favorecer el confort del paciente, disminuir su estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y prevenir posibles complicaciones derivadas de su utilización.

Material y métodos. Estudio descriptivo basado en la revisión bibliográfica de numerosas fuentes y en nuestra experiencia clínica derivada.

Conclusiones. El buen manejo de los catéteres epidurales e intradurales, así como la correcta administración de fármacos con función analgésica a través de ellos, es imprescindible para conseguir un control efi-

caz del dolor agudo (posquirúrgico, traumatismos...). Esto favorece la pronta recuperación del paciente y por tanto disminuye su estancia en UCI, al evitar situaciones tales como: respiración superficial y tos ineficaz por dolor, encamamiento o deambulación tardía por dolor..., que podrían derivar en graves complicaciones como insuficiencias respiratorias por acumulación de secreciones o atelectasias, tromboembolismos por extasis venoso... Del mismo modo el buen conocimiento de los efectos secundarios de los fármacos utilizados, así como de la técnica en la implantación, mantenimiento y retirada de los catéteres evita la presencia de complicaciones graves (parada respiratoria, hematoma subaracnoideo, pérdida de líquido cefalorraquídeo...) tanto por su prevención como por su rápida detección. (*XXXII Congreso Nacional de la SEEUC. Pamplona. 25-28 de junio de 2006*).

