

## ¡Bien seguros en el coche!

**A. García Iriarte\***, **M.L. Arrondo\*\***, **M.J. Moreno\***, **R. Vergara\***, **D. Diaz\***, **C. Orta\***

\* Centro de Salud de Noain. Navarra.

\*\* Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

**Introducción.** La elección de los sistemas de seguridad así como su correcta instalación son dos de los factores claves para la protección de los niños. Existen diferentes sistemas de destinados a los niños entre cero y doce años, adecuados a cada una de sus etapas.

Según datos de la Dirección General de Tráfico (DGT) cada año 1.000 niños pierden la vida en las carreteras europeas y 80.000 sufren algún tipo de lesión.

**Objetivo.** Conocer la utilización de los Sistemas de Retención Infantil (SRI) por los niños de 0 a 12 años de nuestra Zona Básica en Noain (Navarra).

**Sujetos.** La muestra está compuesta por 120 niños de la zona básica de Noain (Navarra).

**Material y Métodos.** Se manda un cuestionario por carta previamente validado en la consulta de enfermería de pediatría del Centro de Salud de Noain a 120 niños seleccionados al azar obteniéndose la respuesta de 108 cuestionarios (92%). Variables: edad de los niños, tipo de SRI que utilizan, localización, número de adultos que viajan con los niños, y escalas de valoración. Se trató con técnicas de Estadística Descriptiva,  $\chi^2$  en SPSS 11.5.

**Resultados.** Tanto para desplazamientos cortos como para desplazamientos largos el 77% utilizan siempre los SRI, un 8% casi siempre y un 11% nunca.

Coincidiendo en ambos desplazamientos de manera significativa ( $p<0,05$ ) que, conforme aumenta la edad de los niños disminuye la utilización de los SRI.

El 65% de los niños viaja con dos adultos y el 31% con un adulto, que en un 62% de las veces es la madre.

Si el niño protesta la actitud de los padres es hacerles juegos en un 44% y dejarle protestar un 34%.

Se da una relación significativa ( $p<0,05$ ) entre la valoración de importancia que hacen los padres y la utilización de los SRI, no utilizando estos los que no lo valoran como importante, padres de niños entre 6-12 años.

**Conclusiones.** Es conveniente seguir insistiendo desde las consultas de enfermería, pediatría y medicina de familia en la importancia de los sistemas de seguridad en los vehículos como un factor clave para la protección de los niños.

Así como colaborar con los medios que disponga la zona (asociaciones, colegios, servicios sociales de base etc.) en la importancia de fomentar la Educación Vial para conseguir hábitos y actitudes seguras y responsables por parte de todos los ciudadanos. (*V Congreso de Enfermería Comunitaria. Archena (Murcia), 28-30 de octubre de 2004.*)

## Imagen corporal en adolescentes: retos para la salud

**A. García Iriarte\***, **F. Guillén\*\***, **I. Aguinaga\*\***

\* Centro de Salud de Noain. Noain. Navarra.

\*\* Universidad Pública de Navarra. Pamplona. Navarra.

**Introducción.** La adolescencia es el periodo de la vida que diferencia la infancia de la edad adulta y que se caracteriza por una serie de cambios físicos, psíquicos y sociales. Cambios en el aspecto físico que podrían llevar a una distorsión de la imagen corporal y posteriormente a trastornos de la conducta alimentaria (TCA). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición (DSM IV) reconoce que hay trastornos relacionados con la ingesta alimentaria caracterizados por una fuerte preocupa-

ción por el peso, los alimentos y las alteraciones de la imagen corporal.

**Objetivo.** Conocer el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria de la población adolescente de la Zona Básica de Noain (Navarra).

**Sujetos.** El trabajo se ha realizado con una muestra de 217 escolares (101 varones y 114 mujeres) de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) del Instituto Elortzibar de Noain con edades comprendidas entre 11 y 16 años.

**Material y Métodos.** Estudio descriptivo transversal. Se aplica un cuestionario autoadministrado en las propias aulas del centro escolar durante el mes de diciembre del año 2003, recogiendo datos de insatisfacción corporal y actitudes hacia la conducta alimentaria mediante los cuestionarios BSQ (*Body Shape Questionnaire*) y la subescala de Insatisfacción Corporal del EDI 2 (*Eating Disorder Inventory*); se pesó y midió a todos los alumnos y se calculó el Índice de masa corporal (IMC).

Se trató con técnicas de Estadística Descriptiva,  $\chi^2$ , pruebas no paramétricas y procedimiento de correlación bivariado de Spearman, en un paquete estadístico de SPSS 11.5

**Resultados.** Participan 213 adolescentes, con una media de edad  $13,74 \pm 1,16$ . En cuanto al IMC se obtiene un 21,2% de delgados/as, 61,1% de normalidad, 13,9% de sobrepeso y un 3,8% de obesidad, no observándose una distribución diferente según sexo ( $p=0,128$ ) pero sí una asociación lineal significativa con la edad, de tal manera que el valor del IMC aumentaba con la edad. Se obtiene un 70% de respuestas de BSQ con un alto grado de insatisfacción con la imagen corporal (85,43%) siendo significativamente algo mayor en varones que en mujeres

( $p=0,023$ ) y no estando ésta directamente relacionada con mayores IMC ( $P=0,0001$ ). Los resultados de la subescala de insatisfacción corporal del EDI-2 evidencian que existe un riesgo moderadamente alto de TCA (23,9%) siendo este significativamente mayor ( $p=0,016$ ) en mujeres (68,6%) que en varones (31,4%).

**Conclusiones.** La existencia de un porcentaje de adolescentes con un alto grado de insatisfacción corporal, que se encuentran dentro de los límites de normalidad y delgadez del IMC, hace pensar que este factor de riesgo pueda quedar enmascarado bajo formas subclínicas y de frecuente disimulación de los que las padezcan. Por ello, es necesario aprovechar cualquier motivo en nuestras consultas para identificar los indicadores de la posible existencia de padecer trastornos de la imagen corporal y las conductas de riesgo relacionadas con la alimentación por la gravedad de sus consecuencias.

Nuestra intervención, como enfermeros/as debe de estar enmarcada en el conjunto de actividades de educación para la salud en su globalidad, fomentando estilos de vida sanos y desarrollando programas de prevención primaria. (*V Congreso de Enfermería Comunitaria. Archena (Murcia), 28-30 de octubre de 2004*).

---

## Guía de enfermería en el climaterio

**L. Berrozpe, A. Giral**

Atención Primaria. Centro de salud de Cascante. Navarra.

**Sinopsis.** El interés despertado por los talleres anuales y rotatorios realizados en las poblaciones de nuestra zona básica sobre perimenopausia creó la necesidad de una guía que sirviera de instrumento para la continuidad de la atención, agrupar contenidos diversos y dispersos, actualizar conocimientos, habilidades y actitudes y promover, impulsar y facilitar la utilización de metodología enfermera.

**Valoración.** Durante las 6 sesiones de metodología programadas en nuestro centro y por consenso, 10 enfermeras añadimos a la valoración por patrones funcionales de Gordon (utilizada habitualmente), preguntas orientadas a la obtención de datos específicos para esta etapa, así como escalas de valoración; seleccionamos algunos de los indicadores NOC sugeridos en el momento inicial de la valoración por patrones.

**Diagnóstico.** Tomando como base la clasificación de diagnósticos NANDA y nuestra experiencia previa en los talleres, elaboramos un listado de diagnósticos enfermeras más frecuentes, agrupados para poder realizar un diagnóstico diferencial.

**Resultados.** Según clasificación NOC seleccionamos los mismos resultados valorados inicialmente y otros correspondientes a los diagnósticos enfermeros obtenidos, siendo evaluados en consultas sucesivas.

**Intervenciones.** Según clasificación NIC seleccionamos una serie de intervenciones enfermeras de carácter general para realizar en la 1ª consulta individual, independientemente del seguimiento posterior. Elegimos algunas de las intervenciones sugeridas para cada diagnóstico enfermero que resulte de la valoración inicial, a realizar en consultas posteriores.

**Evaluación.** Para la evaluación se utilizaron los mismos indicadores elegidos anteriormente.

**Evaluación de la guía.** Tras revisión bibliográfica la guía será revisada en julio por enfermeras (campos asistencial, investigación, docencia); se pilotará en nuestra zona en noviembre. (*V Congreso de Enfermería Comunitaria. Archena (Murcia), 28-30 de octubre de 2004*).

## Programa de evaluación en la recepción de resultados de análisis realizados en el Centro de Salud de San Jorge

C. Rodríguez Ley, P. Sanmartín, B. Zudaire, S. Cariñena, F. Osés, A. Salaberri

Atención Primaria Centro de Salud de San Jorge. Pamplona.

**Introducción.** Mensualmente se reciben en el Centro de Salud de San Jorge las incidencias en el proceso de envío de volantes y muestras al laboratorio General Solchaga.

Se constata un problema importante en la atención a la población. Algunas solicitudes de analítica no llegan al remitente por errores en la cumplimentación, identificación, extracción, transporte, etc.

Los errores que se producen, y que han sido notificados desde el laboratorio, se pueden resumir en: muestra insuficiente, muestra sin identificar, muestra coagulada, ausencia de muestra.

Errores que "Nos impiden alcanzar lo que deseamos".

**Objetivo.** En el Centro de Salud hemos considerado que éste es un aspecto de suma importancia en el proceso de atención a la población, por lo que hemos impulsado un ciclo de mejora de calidad y la previsión de un posterior programa de monitorización.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo.

Supone un riesgo para la salud, tenemos los datos disponibles, el personal implicado se centra en enfermería, admisión y formato de volante de solicitud de analítica, las soluciones en el propio centro y programa OMI.

Construcción de criterios. Explicitar patrones de comportamiento de todos los profesionales. Modo de cumplimentación, de interpretación y de citación de los volantes. Modo de identificación de las muestras.

**Resultados y conclusiones.** Disminución en el número de errores a pesar de haber aumentado el número de recogida de muestras. El personal implicado está más motivado. La relación con el laboratorio de referencia ha mejorado. (*V Congreso de Enfermería Comunitaria. Archena (Murcia), 28-30 de octubre de 2004*).

## Evaluación de resultados en grupos de abandono del tabaco en el Centro de Salud de Cizur Mayor entre 1999-2004

A. Sergio, P. Urquizu, R. García Zabaleta, A. Salaberri

Atención Primaria. Centro de Salud de Cizur Mayor. Navarra.

**Introducción.** El tabaquismo es una adicción. El 60% de los adultos fumadores realizan un intento de abandono cada año. Considerar el tabaquismo como una adicción implica ser consciente de que se trata de un proceso crónico del que forman parte las recaídas. El propósito de este estudio es saber en qué situación se encuentran las personas que han participado en la terapia de apoyo grupal para dejar de fumar entre los años 1999-2004 en el Centro de Salud de Cizur Mayor, habiendo utilizado tratamiento sustitutivo con nicotina (parches) y haber acudido a las sesiones. Sujetos: 177 pacientes del centro de salud.

**Material y método.** Se envía encuesta a los 177 participantes en todos los grupos realizados. Tratamiento estadístico SPSS.

**Resultados.** Del 60% de las personas que han contestado dicen no fumar. El 43% de éstos lleva sin fumar

2 ó más años y además el 73% no ha tenido recaídas. El 40% de toda la población analizada eran grandes fumadores de 2 ó más paquetes. El 52% fumadores de un paquete. El 56% convive con no fumadores y estos son los que más han abandonado el hábito.

**Conclusiones.** Los resultados de abstinencia obtenidos son elevados pero no encontramos datos de estudios a largo plazo con los que comparar. Como dato a tener en cuenta está el hecho de que a largo plazo el mayor éxito conseguido se ha dado en las personas que han acudido a todas las sesiones y han completado los tres meses de tratamiento y sin recaídas. Las personas que no han conseguido dejar de fumar no han vuelto a intentarlo. Será de interés ofertar al grupo que no lo ha conseguido una nueva alternativa de terapia. (*V Congreso de Enfermería Comunitaria. Archena (Murcia), 28-30 de octubre de 2004*).

---

## Programa de ayuda al fumador

**M. Magno, J.A. Izurdiaga**

Atención Primaria. Centro de Salud de Ermitagaña. Pamplona.

**Introducción.** Estudio necesario por la alta morbi-mortalidad y prevalencia del tabaquismo: 35,7% en población mayor de 16 años según Encuesta Nacional de Salud (1997) y para determinar nuestros resultados tomando como referencia bibliografía publicada: Jorenby D.E. y col 1999; abstinencia al año: 15,6% con placebo, 16,4% con parches de nicotina (TSN) y 30,3% con Bupropión.

**Sujetos.** 195 pacientes (Centro de Salud Ermitagaña).

**Material y Métodos.** Medidor de CO, test Fagerström, test motivación y programa informático. Estudio longitudinal descriptivo entre 1998 y 2003. Muestra aleatoria de 195 de un total de 365 pacientes. Variables de sexo, edad, tratamientos, seguimientos, peso, síntomas, años fumador...

**Resultados.** 116 mujeres y 79 hombres, media de edad: 45-60 años, fumador de +20 cigarrillos/día durante +20 años.

- Sólo apoyo: 24 pacientes; abstinencia : 41,7%, recaída: 58,3%.
- Bupropión: 77 pacientes; abstinencia: 61,1%, recaída: 38,9%.

- TSN: 94 pacientes; abstinencia: 53%, recaída: 47%.
- Seguimiento grupal: 28 pacientes; abstinencia, 64,3%, recaída: 35,7%.
- Seguimiento individual: 167 pacientes; abstinencia, 52,7%, recaída: 47,3%.
- Media aumento peso:  $\pm 2$  Kg.
- Síntomas más frecuentes:
  - Apoyo: ansiedad 30,7%, insomnio 19,23%, irritabilidad 19,23%, estreñimiento 11,5%.
  - Bupropion: insomnio 30,6%, ansiedad 24%, sequedad boca 12%, irritabilidad 12%.
  - TSN: ansiedad 25%, insomnio 17%, irritabilidad 17%, estreñimiento 11,36%

**Conclusiones.** Mayor porcentaje de abstinencia, validada con medición de CO, con Bupropion; seguida de la TSN y por último con sólo apoyo. Se observa un aumento de la abstinencia tabáquica asociando el apoyo individual o grupal a los tratamientos. (*V Congreso de Enfermería Comunitaria. Archena (Murcia), 28-30 de octubre de 2004*).

---

## Ciclo de mejora en la medición de la tensión arterial

**A. Salaberri, G. Marí, A. Sergio, P. Urquizu, M.A. Nuin, A. Granado**

Dirección de Atención Primaria. Centro de Salud de Cizur Mayor. Navarra.

**Introducción.** Las técnicas que realizamos habitualmente son objeto de perfeccionamiento. Se plantea como ciclo de mejora el cambio de comportamiento de las enfermeras con respecto a la medición correcta de la tensión arterial (TA) tras la realización de una intervención informativa.

**Sujetos.** Muestra de enfermeras de centros urbanos.

**Material y Método.** Se envía una carta a las personas seleccionadas. Tras el consentimiento, se realiza una encuesta para identificar el punto de partida relacionado con el equipamiento (tamaño manguito, calibración), relacionado con el paciente (postura adecuada, condiciones previas) y con la medición (determinación/brazo/control). A continuación se remite un documento actualizado sobre la técnica correcta. A los 3 y 6 meses, se repite la encuesta comprobando los cambios producidos. Los resultados se categorizan: excelente >80%; aceptable >60%; insuficiente <60% e inaceptable < 40%.

**Resultados. Iniciales.** Relacionados con el equipo, los resultados son insuficientes en la validación. Relacionados con el paciente, son inaceptables en la entrevista sobre condiciones previas (café, tabaco y ganas de orinar). Relacionados con la medición son inaceptables en relación con la determinación del brazo control. El resto de los parámetros son aceptables o excelentes.

*A los 3 meses.* Se observa una mejora en todos los parámetros, pasando de inaceptables a insuficientes o aceptables.

**Conclusiones.** El envío de una documentación informativa, junto con la realización de la encuesta, produce una mejora significativa en la medición de la TA. Se propone pues, como método, no muy costoso para potenciar el cambio hacia la mejora de la técnica. (*V Congreso de Enfermería Comunitaria. Archena (Murcia), 28-30 de octubre de 2004*).

## Análisis de la idoneidad y eficacia de un programa de intervención psicoeducativa temprana con cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer en estadios iniciales

**E. Yanguas, I. Etxeberria, C. Buiza, J.J. Yanguas, V. Palacios**

Servicio Urgencias Extrahospitalarias. Pamplona.

**Introducción.** Existe abundante evidencia empírica de que las intervenciones psicoeducativas con cuidadores reducen los niveles de sintomatología ansioso-depresiva, mejoran los niveles de sobrecarga y el estrés percibido, aumentan la calidad de vida de éstos, y retrasan además la institucionalización de los pacientes. En la presente investigación se ha intervenido con cuidadores que no manifestaban los efectos negativos del cuidado para verificar la eficacia de una posible intervención "temprana" en la mejora a medio plazo de las variables antes mencionadas.

**Sujetos.** 35 cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer.

**Método.** Comparación pre-post tratamiento con grupos experimentales y de control, con asignación aleatoria de sujetos a grupos. Áreas evaluadas: apoyo social, problemas de memoria y conducta, estilos de afrontamiento, depresión, creencias irracionales, estrés percibido, actitudes disfuncionales y deseabilidad social.

**Resultados.** Se han observado diferencias pre-post tratamiento significativas ( $p \leq 0.05$ ) en la disminución de creencias irracionales relacionadas con el cuidado, así como en la disminución de actitudes disfuncionales.

**Conclusión.** Se comprueba la eficacia e idoneidad de las intervenciones psicosociales con cuidadores de enfermos de Alzheimer en fase inicial respecto a las creencias irracionales y actitudes disfuncionales. Se confirma los resultados de estudios previos. Además las atribuciones que contribuyen al estrés subjetivo son importantes para determinar la depresión de los cuidadores. Este estudio sugiere que la intervención con estos cuidadores cambia las creencias y actitudes disfuncionales de los cuidadores, por lo cual una intervención "temprana", antes de que la sobrecarga y el estrés hagan mella en el cuidador, se considera necesaria. (*V Congreso de Enfermería Comunitaria. Archena (Murcia), 28-30 de octubre de 2004*).

## Versatilidad del colgajo fasciocutáneo supraclavicular en isla para la reconstrucción de defectos de cabeza y cuello

**J.A. Lozano, F.J. Escudero, C. Colás**

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

**Introducción.** Las técnicas reconstructivas empleadas en la cabeza y cuello abarcan un amplio abanico de colgajos, desde los regionales hasta los colgajos libres. El área cutánea del hombro se asemeja en textura, grosor y color a la región facial ofreciendo un resultado funcional y estético satisfactorio. El objetivo de este trabajo es demostrar la versatilidad del colgajo fasciocutáneo supraclavicular en isla y compararlo con otros colgajos similares.

**Material y Métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo sobre 11 casos realizados en nuestro servicio entre el año 2000 y 2004. El eje vascular principal es la arteria y vena supraclavicular, rama de la cervical transversa. La indicación principal fue la cobertura cutánea en cirugía oncológica cervicofacial y la reconstrucción de faringostomas. La técnica quirúrgica empleada es semejante a la descrita por Pallua y Lamberty en sus artículos.

**Resultados.** El 91% de los pacientes fueron hombres frente al 9% de mujeres. La edad media fue de 63,4 pacientes. La totalidad de los colgajos fueron viables con un tamaño máximo de 25 por 12 cm. En 3 de los colgajos hubo que recurrir a colgajos de rotación para el cierre de la zona donante. Las regiones reconstruidas fueron el cuello (6), región auricular (2), suelo de boca (1) y faringostomas (2).

**Discusión.** El colgajo supraclavicular muestra una clara eficacia en la reconstrucción de amplios defectos de cabeza y cuello frente a colgajos convencionales como el pectoral o deltopectoral. Su bajo tiempo quirúrgico de ejecución, facilidad de la técnica de disección y mínima morbilidad lo presentan como una alternativa a ciertos colgajos libres. (*XXIII Congreso de la Sociedad Española de Cirujanos de Cabeza y Cuello. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. 25 y 26 de noviembre de 2004*).

---

## Radioterapia hiperfraccionada y cisplatino. Experiencia acumulada en el Hospital de Navarra

F. Arias, M.A. Domínguez, A. Manterola, E. Martínez, E. Villafranca, P. Romero, R. Vera, J.J. Albistur, E. Oria

Hospital de Navarra. Pamplona. Navarra.

**Introducción.** En 1990, basados en la experiencia de C.C. Wang, del MGH, comenzamos un protocolo de radioterapia acelerada en *split* (S-AFX) y cisplatino concomitante para los carcinomas de cabeza y cuello localmente avanzados (CCCLA). Los resultados preliminares fueron publicados en IJROBP en 1995. Debido a los resultados prometedores, continuamos reclutando pacientes con carcinoma de laringe. Los resultados de estos últimos pacientes fueron publicados en 2003 en AJCO.

**Material y métodos.** En 2000, a raíz de los resultados del RTOG 9003, y de los metaanálisis de quimiorradioterapia concomitante en CCCLA, comenzamos un protocolo consistente en RT acelerada con *Boost* concomitante (C-AFX) y dos ciclos de cisplatino concomitante. Todos los pacientes recibieron amifostina intravenosa para prevenir la xerostomía y quizás la mucositis, fueron valorados su QLQ mediante los cuestionarios validados de la EORTC QLQ-C30 (Versión 3.0) y QLQ-H&N35. También se extrajeron muestras tumorales de los pacientes voluntarios para el estudio de marcadores moleculares de respuesta (P53R2 y CHK2), dentro de un proyecto de investigación del Gobierno de Navarra (Proyecto 2/22002). En 2003, al terminar el reclutamiento previsto, y ante una toxicidad encontrada probablemente excesiva, comenzamos un nuevo protocolo con RT hiperfraccionada pura (SFX), teniendo hasta la fecha incluidos unos 24 pacientes.

**Resultados.** Del análisis comparativo de las series, que serán expuestas ampliamente, se desprende que ha habido un descenso del tratamiento conservador en nuestro centro en los tumores laríngeos, un aumento en la incidencia de los tumores de orofaringe, así como de estadios IV de la AJC, una SG a los dos años en torno al 60%, y un control local a los dos años próximos al 60%. El 47% de los pacientes con cáncer de laringe han permanecido libres de laringectomía. C-AFX se ha mostrado un esquema excesivamente tóxico (93% mucositis 3-4). La amifostina intravenosa no ha prevenido la mucositis, aunque probablemente haya influido en la escasa incidencia de xerostomía 3-4.

**Conclusiones.** Existe una alta relación entre los niveles de expresión de CHK2 y la incidencia de recidivas ( $p < 0,0001$ ), habiéndose postulado como un nuevo gen supresor. HFX ofrece similar número de respuestas y control local que C-AFX, con una toxicidad sensiblemente menor (50% mucositis 3-4). Parece prudente reducir la dosis total de RT hiperfraccionada cuando se vaya a administrar conjuntamente con quimioterapia (QT), aunque manteniendo siempre dosis  $> 74$  Gy. Es necesario que todos los estudios en tumores de cabeza y cuello con QT-RT vayan acompañados de la valoración de la calidad de vida de dichos pacientes. (*IV Congreso Nacional de la FESEO. Valencia, 17-19 de noviembre de 2004*).

---

## Colgajos cutáneos de avance V-Y modificados

F.J. Escudero, J.A. Lozano, M.J. Pelay, C. Colás, C.L. Carvajal

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

**Introducción.** Los colgajos cutáneos de avance V-Y son una alternativa de gran utilidad para reconstrucción de cara y cuello. Entre los diversos diseños descritos, el más tradicional tiene forma triangular y está basado en un pedículo de tejido celular subcutáneo, disecado progresivamente hasta conseguir el desplazamiento deseado. El grado de movilidad depende de la elasticidad del pedículo subcutáneo. En la mejilla y pliegue nasolabial, con abundancia de grasa, pueden diseñarse colgajos muy móviles, permitiendo reparar grandes defectos. Sin embargo, en zonas con escasez de tejido celular subcutáneo, como la región temporal,

cuero cabelludo, frente o nariz, la movilidad de los colgajos V-Y clásicos es deficiente, pudiendo dar lugar a una tensión considerable al cerrar el defecto. Para facilitar el avance del colgajo, y la reparación del defecto, se han descrito diversas modificaciones en la disección del pedículo, así como en la forma y método de sutura de la isla cutánea, que son estudiadas en el presente trabajo.

**Material y Métodos.** Se han revisado 40 colgajos de avance V-Y modificados, empleados para reparar defectos secundarios a cirugía oncológica en diversas

zonas de la cara y del cuello. Estos colgajos presentaban una o varias de las modificaciones siguientes:

– Con respecto al pedículo, para aumentar el avance, la isla podía basarse exclusivamente en un pedículo central unido al músculo subyacente, abasteciéndose solamente por vasos perforantes; o bien en uno o dos pedículos subcutáneos laterales, tras disección por debajo del colgajo, liberando a éste de su lecho musculoaponeurótico y seccionando así los vasos perforantes.

– Con respecto a la forma y método de sutura de la isla cutánea triangular, se emplearon dos modificaciones: reunión de los vértices del borde de avance del colgajo, elevados como dos colgajos apicales, para cubrir la parte distal del defecto; ambos eran suturados entre sí como las pinzas de un cangrejo. O incorporación de una prolongación cutánea en el borde de avance del colgajo triangular, adyacente a uno de los lados del defecto, y que era girada como un colgajo de transposición, para cerrar la porción más distal del defecto (concepto de “colgajo sobre colgajo”).

**Resultados.** El mayor avance y cobertura se logró combinando un pedículo subcutáneo central con cualquiera de las modificaciones de forma y método de sutura descritas. Los colgajos modificados aportaron tejido adyacente de características prácticamente idénticas a las de la zona reseçada, con color, grosor y textura excelentes. Las cicatrices solían coincidir con pliegues cutáneos naturales y arrugas, o bien fueron paralelas a éstos. La isla cutánea solía presentar edema, con ligero abultamiento durante los primeros dos meses, seguido de regresión progresiva. Sin embargo, cuanto más grande era el colgajo, menos evidente era su abultamiento. En ningún caso se produjo hematoma, necrosis parcial o total del colgajo, distorsión de estructuras anatómicas vecinas o pliegues redundantes.

**Conclusiones.** Los colgajos de avance V-Y modificados son muy versátiles, mostrando su mayor utilidad en zonas de la cara y cuello con escasez de tejido celular subcutáneo. Su mayor desplazamiento evita un cierre a tensión, previniendo la distorsión tisular. (*XXIII Congreso de la Sociedad Española de Cirujanos de Cabeza y Cuello. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. 25 y 26 de noviembre de 2004.*)

---

## Mixoma gigante del músculo temporal

J.A. Lozano<sup>1</sup>, F.J. Escudero<sup>1</sup>, A. Placer<sup>1</sup>, A.Y. Ruiz de Azúa<sup>2</sup>

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

2. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

**Introducción.** Los mixomas intramusculares son tumores benignos poco frecuentes que derivan de células mesenquimales con sólo dos casos documentados en la literatura mundial localizados en el músculo temporal. Dichos tumores aparecen en adultos de mediana edad con ligera predominancia por las mujeres. El tamaño habitual ronda los cinco centímetros de diámetro. El objetivo de este trabajo es presentar el tercer caso de mixoma intramuscular del músculo temporal, el de mayor tamaño de los anteriormente descritos.

**Caso clínico.** Varón de 70 años de edad que acude a nuestro servicio por presentar tumoración importante en la región temporal de 15 años de evolución. A la exploración física se observa masa indolora, de 10 x 14 cm de tamaño adherida a planos profundos. En la resonancia magnética se aprecia imágenes hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 similares a la densidad del músculo. Se practica la exéresis con márgenes de seguridad incluyendo la totalidad del músculo temporal. En

el estudio anatomopatológico se identifican células con citoplasma elongado, núcleo ovalado, sin atipia, en el sustrato de tejido conectivo y material mixoide con positividad a la vimentina y negatividad a la tinción con S-100, confirmando el diagnóstico de mixoma intramuscular.

**Discusión.** En 1871 Virchow describe por primera vez el término de mixoma. Desde entonces muy pocos casos se han descrito localizados en la cabeza y cuello. Concretamente en la región temporal sólo hay 2 casos en la literatura mundial. El comportamiento de estos tumores es benigno sin mucha agresividad ni recurrencia, siempre que se extirpen con adecuados márgenes de seguridad. El diagnóstico es exclusivamente anatomopatológico. El diagnóstico diferencial incluye neurofibroma, schwannoma, histiocitoma fibroso maligno y liposarcoma. (*XXIII Congreso de la Sociedad Española de Cirujanos de Cabeza y Cuello. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. 25 y 26 de noviembre de 2004.*)

## Consideraciones estéticas en la reconstrucción segmentaria de la mejilla

F.J. Escudero, J.A. Lozano, J. Oroz, C.L. Carvajal, A. Placer

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

**Introducción.** La reconstrucción de la mejilla requiere restaurar la pérdida tisular con tejido similar, sin distorsión de las regiones anatómicas vecinas, y con mínima morbilidad de la zona donante. La mejor fuente donante es la propia mejilla. Cuando la mejilla es insuficiente se recurre también a la piel cervical. Con el fin de facilitar las decisiones reconstructivas, es conveniente dividir la mejilla en subunidades anatómicas. En el presente estudio se han analizado las opciones reconstructivas para defectos parciales de la mejilla, considerando los requerimientos estéticos de sus diferentes subunidades anatómicas.

**Material y Métodos.** Se han revisado los resultados estéticos de diversas técnicas reconstructivas de la mejilla, mayoritariamente colgajos cutáneos de la propia mejilla y/o del cuello, en pacientes con defectos parciales tratados en nuestro servicio. La mayoría fueron secundarios a cirugía oncológica. La mejilla fue anatómicamente subdividida en cinco zonas:

- Zona 1. Los límites son = surco palpebral inferior (superior), línea vertical cantal lateral (lateral), línea horizontal desde la base nasal (inferior), y borde lateral de la nariz (medial).
- Zona 2. Los límites son = línea horizontal desde la base nasal (superior), línea vertical cantal lateral (lateral), borde mandibular inferior (inferior), y surco nasolabial con línea vertical trazada desde la comisura bucal (medial).
- Zona 3. Los límites son = línea horizontal desde el canto lateral (superior), surco preauricular (lateral), línea horizontal desde la base nasal (inferior), y línea vertical cantal lateral (medial).
- Zona 4. Los límites son = línea horizontal desde la base nasal (superior), lóbulo auricular y ángulo mandibular (lateral), borde mandibular inferior (inferior), y línea vertical cantal lateral (medial).

Zona 5. Es una zona central, de alrededor de 3 cm, localizada en la intersección de las cuatro anteriores. Para las zonas 1 y 2 se emplearon colgajos de avance V-Y, de avance-rotación basados posteriormente, o de transposición. Para las zonas 3 y 4, colgajos de avance, rotación o transposición, con diversas bases. Para la zona 5, colgajos de avance V-Y, de avance-rotación basados anteriormente o posteriormente, o de transposición.

**Resultados.** Los colgajos de avance V-Y presentaron gran versatilidad, siendo de gran utilidad para las zonas 1, 2 y 5. La localización final de las cicatrices, coincidiendo con pliegues o surcos cutáneos naturales (como el nasolabial) y/o arrugas, o bien paralelas a éstos, permitieron un resultado estético muy satisfactorio, con mínima morbilidad. Los colgajos de avance-rotación, o bien de transposición, extendidos a menudo hacia el cuello, solieron precisar de una disección extensa para alcanzar grandes defectos de estas zonas, especialmente de la 1, con mayor tendencia a hematoma y necrosis cutánea distal. Para las zonas 3 y 4 fueron útiles colgajos de avance, rotación o transposición, obtenidos de la zona 4 para la 3, o del cuello para la 4, con cicatrices finales coincidiendo, en parte, con surcos naturales o arrugas (preauriculares, cervicales). Los resultados estéticos fueron excelentes, al emplearse piel de zonas preservadas de la mejilla, adyacentes al defecto, o bien del cuello.

**Conclusiones.** La piel de la mejilla, principalmente, y del cuello, son una fuente idónea de colgajos para reconstrucción de la mejilla. La segmentación en subunidades es útil para desarrollar un plan reconstructivo que proporcione resultados estéticos satisfactorios. (*XXIII Congreso de la Sociedad Española de Cirujanos de Cabeza y Cuello. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. 25 y 26 de noviembre de 2004.*)

## Melanoma conjuntival del párpado superior: caso clínico

J.A. Lozano<sup>1</sup>, F.J. Escudero<sup>1</sup>, C. Carvajal<sup>1</sup>, A. Zubieta<sup>2</sup>, E. Compains<sup>2</sup>

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

2. Servicio de Oftalmología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

**Introducción.** El melanoma conjuntival tiene una incidencia de 0,03-0,08/100.000/año. Puede desarrollarse a partir de una melanosíis adquirida (42%), nevus preexistente (39%) o de novo (16%). Su localización más frecuente es la conjuntiva bulbar (57%) seguida de la conjuntiva palpebral, fórnix, carúncula y plica. La tasa de mortalidad es del 30% a 5 años con una recurrencia local del 50% a 10 años.

**Caso clínico.** Varón de 68 años de edad que presenta lesión exofítica, pigmentada de 1,5 cm de diámetro en conjuntiva palpebral superior de varios meses de evolución. Se realiza una escisión-biopsia con resultado anatomopatológico de melanoma conjuntival. Posteriormente se practica una resección de la totalidad de la conjuntiva palpebral y parte de la bulbar, incluyendo borde libre palpebral, tarso y músculo elevador del párpado, aplicación de crioterapia local y

reconstrucción del defecto con membrana amniótica así como el estudio de ganglio centinela. En el estudio histológico se observa infiltración melánica del músculo elevador del párpado. Durante 3 meses se ha procedido a la aplicación tópica de mitomicina C.

**Discusión.** El tratamiento de elección del melanoma conjuntival es la exéresis quirúrgica con márgenes amplios, aplicación de crioterapia y mitomicina C tópica. El papel de la exanteración orbitaria está actualmente discutido debido a la alta morbilidad que produce y su baja repercusión en las tasas de mortalidad. La reconstrucción del defecto con membrana amniótica permite realizar amplias resecciones y cómodas reconstrucciones con mínima morbilidad. (*XXIII Congreso de la Sociedad Española de Cirujanos de Cabeza y Cuello. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. 25 y 26 de noviembre de 2004*).

## La afectación masiva de las biopsias de pacientes con carcinoma de próstata: factor pronóstico independiente de supervivencia global. Causa específica, libre de fallo bioquímico y progresión clínica

P. Romero, E. Villafranca, A. Manterola, M.A. Domínguez, F. Arias, E. Martínez, N. Laínez, M. Martínez, S. Pellejero

Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital de Navarra. Pamplona. Navarra.

**Objetivo.** Analizar la afectación del 100% de las biopsias prostáticas al diagnóstico como factor pronóstico independiente de supervivencia global causa específica, libre de progresión bioquímica y libre de fallo clínico.

**Material y Métodos.** Con n=224 pacientes, diagnosticados de carcinoma de próstata localizado. La mediana de edad es de 71 años (48-82 años). Tratados en el Hospital de Navarra entre enero de 1995 y mayo 2003 con radioterapia (RT) externa a dosis entre 70 Gy-76 Gy, y el 87,1%, recibieron BAC.

**Resultados.** Con una mediana de seguimiento de 39 meses, la estimación de la SGCE, SLPB y SLPC del grupo de pacientes con afectación de <100% de las biopsias es del 100; 96,7; y 99,18%, mientras que en el

grupo con afectación del 100% de las biopsias el resultado es de 92,5; 85,2 y 88,6%, respectivamente. La comparación mediante el *log-rank* indica una diferencia estadísticamente significativa con los siguientes valores, p=0,006, p=0,028 y p=0,0045 para la SGCE, SLFB y SLPC respectivamente. Se está realizando un análisis multivariado de los diferentes factores pronóstico para confirmar el valor independiente del porcentaje de biopsias afecto como factor de riesgo.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia la presencia de afectación del 100% de las biopsias de próstata al diagnóstico es un factor pronóstico de SGCE, SLPB y SLPC, y debe ser considerado como un factor de riesgo. (*V Congreso Nacional de la FESEO. Valencia, 17-19 de noviembre de 2004*).

## Utilidad del FISH en el diagnóstico y seguimiento de leucemias infantiles con alteración en MLL (11q23)

A. Valiente<sup>1</sup>, S. Moreno<sup>1</sup>, A. Pérez-Juana<sup>1</sup>, A.B. Hernández-Charro<sup>1</sup>, J. Molina<sup>2</sup>, M.A. Ramos-Arroyo<sup>1</sup>

1. Sección de Genética. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

2. Sección de Oncología Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

**Fundamento y objetivo.** Las translocaciones que afectan al gen MLL (11q23) son frecuentes en leucemias agudas, principalmente infantiles, y su detección es importante por el mal pronóstico que llevan asociado. El diagnóstico genético se puede realizar por distintas técnicas: citogenética convencional, FISH y estudios moleculares. El objetivo de esta comunicación es poner de manifiesto las ventajas del FISH sobre las otras técnicas.

**Pacientes y métodos.** Se han estudiado 2 pacientes infantiles con leucemia aguda. Una niña de mes y medio con una leucemia aguda linfoblástica (LAL) y otra con 29 meses y diagnóstico de leucemia aguda no linfoblástica (LANL) tipo M4. Se ha realizado estudio citogenético y FISH en los 2 casos en tres estadios diferentes de la enfermedad. En el caso de LAL se realizó estudio molecular en ARN en los 3 estadios.

### RESULTADOS

a) El caso con LAL presentó al diagnóstico el siguiente cariotipo: 46,XX/47,XX, t (4;11) (q21;q23), +6. El resultado de FISH mostraba presencia de 2 líneas celulares mostrando la principal señales positivas para el reordenamiento. El estudio molecular indicaba pre-

sencia del reordenamiento MLL-AF4. En el control del día +14 los resultados fueron: 46,XX; presencia de un 2% de núcleos con señales de FISH positivas y reordenamiento molecular positivo. Al final de la fase de inducción los resultados fueron: 46,XX; 2,5% de señales positivas con FISH y sin resultado molecular por escasez de muestra para extraer ARN. La paciente falleció 20 días después.

b) El caso con LANL-M4 presentó al diagnóstico el siguiente cariotipo: 46,XX, t (1;11) (q21; q23). El resultado del FISH era positivo para el reordenamiento en todos los núcleos estudiados con delección de la parte distal de MLL. En el control de final de la inducción los resultados fueron: 46,XX y FISH negativo. Un mes después los resultados fueron idénticos. La paciente está preparándose para recibir trasplante de médula ósea.

**Conclusiones.** El FISH resulta la técnica más eficaz y sensible para detectar la presencia de translocaciones que afectan a la región 11q23 incluso en el caso de que se produzcan delecciones. Existe una correlación clara con el estado clínico del paciente pudiéndose utilizar su resultado como factor pronóstico. (*XLVI Reunión Nacional de la AEHH XX Congreso de la SETH. Valencia, 21-23 de octubre de 2004*).