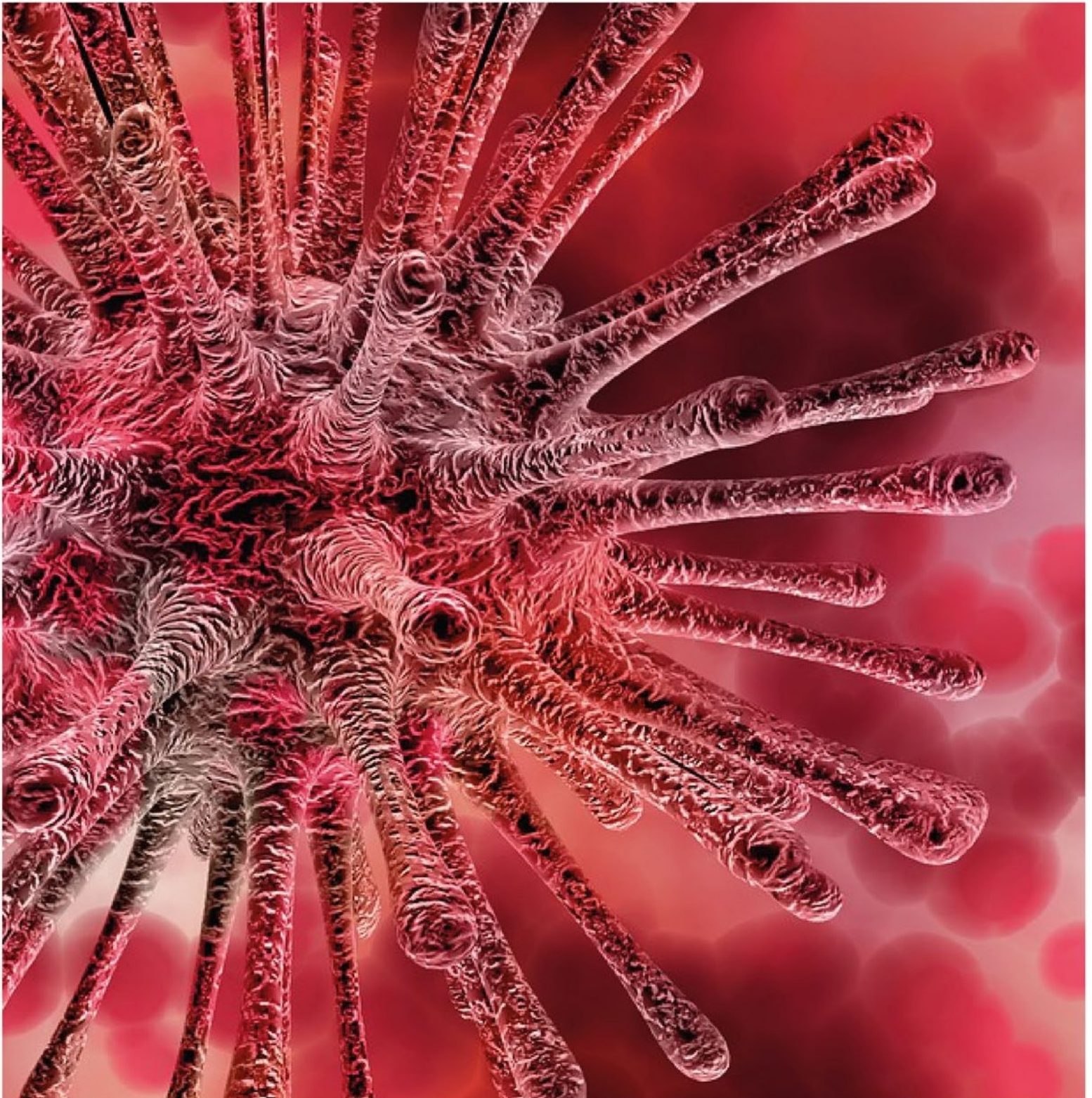


R E V I S T A

cuarzo

Publicación de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Edición impresa ISSN: 0121-2133 • Edición en línea ISSN: 2500-7181 • Volumen 25 Número 1 • Enero - Junio 2019 • Bogotá - Colombia





FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

R E V I S T A

cuarzo

Publicación de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

RECTORA: Doctora Ana María Piñeros Ricardo

VICERRECTOR ACADÉMICO: Doctor Luis Gabriel Piñeros Ricardo

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: Doctor Juan David Piñeros Ricardo

DECANO DE MEDICINA: Doctor Otto Hamann Echeverry

DECANA DE ENFERMERÍA: Doctora María Antonina Román Ochoa

REVISTA CUARZO (REC)

EDITOR

LUIS MIGUEL POMBO OSPINA

Ingeniero Químico, Magister en Ciencias Biológicas.
Director del Centro de Investigación, Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

COMITÉ EDITORIAL Y CIENTÍFICO

ANDRÉS TOVAR PÉREZ, Ph.D.
Associate Professor, School of Engineering and Technology,
Purdue University, Indianapolis.

RENATO ANTONIO GUZMÁN MORENO, MD.
Docente - Investigador, Facultad de Medicina,
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

ERICSSON DAVID COY BARRERA, Ph.D.
Docente - Investigador, Departamento de Química,
Universidad Militar Nueva Granada.

JUAN DAVID RAMÍREZ GONZÁLEZ, MSc, Ph.D.
Profesor Principal, Universidad del Rosario.

SANDRA PAOLA SANTANDER GONZÁLEZ, Ph.D..
Docente- Investigador, Facultad de Medicina,
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

DANIEL ALFONSO BOTERO ROSAS, MD, Ph.D.
Docente - Investigador, Universidad de la Sabana.

OSCAR EDUARDO RODRÍGUEZ AGUIRRE, MSc, Ph.D.
Docente - Investigador, Universidad el Bosque.

ANÍBAL TEHERÁN VALDERRAMA, MD, MSc,
Epidemiólogo, Universidad del Rosario.

VÍCTOR HUGO FORERO SUPELANO, MD, MSc,
Epidemiólogo, Docente - Investigador,
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

IVÁN ALBERTO MÉNDEZ RODRÍGUEZ, MSc.
Docente - Investigador, Vice-Decano,
Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada.

Enfoque y Alcance

La Revista Cuarzo (REC) es la revista científica de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas que constituye uno de los órganos informativos de la Institución, su principal propósito es divulgar semestralmente, los resultados originales derivados de proyectos de investigación en áreas de la salud, ciencias básicas y ciencias afines.

Para su publicación, la REC tendrá en cuenta los siguientes tipos de documentos en idioma español o inglés:

- Artículos originales: son trabajos que presentan resultados de investigación que no han sido publicados en otras revistas científicas. Su extensión debe ser máximo de 7000 palabras.
- En el caso de revisiones sistemáticas y meta-análisis deben seguir los lineamientos de la Guía metodológica PRISMA. En el caso de tratarse de investigaciones en un área del conocimiento específico, se deben seguir las normas internacionales oficiales según corresponda (CONSORT, STROBE, STARD, GRADE, etc. Verificar en Lista Guía de comprobación en: www.equatornetwork.org).
- Artículos de revisión: son trabajos en los que el autor, experto en el tema, emplea publicaciones primarias (artículos originales, de revisión, de reflexión, reportes de caso, entre otros), para mostrar el estado actual del conocimiento de un tema específico y realizar un análisis detallado de la información presentada. Debe tener mínimo 50 citas bibliográficas. Su extensión debe ser máximo de 12000 palabras.
- Artículo corto: es un documento en el cual se presentan resultados parciales de un proyecto de investigación, los cuales, debido a su impacto, se considera esencial publicarlos antes de que finalice el proyecto.
- Reporte de caso: escrito en el cual los resultados de una situación en particular aparecen al considerarse nuevos hallazgos, metodologías o terapias asociadas con una revisión crítica y corta del estado del arte de los casos similares presentados a nivel mundial. La REC publicará reporte de casos originales e interesantes que contribuyan al conocimiento médico.

Debe incluir de 6 a 12 citas bibliográficas y en su estructura incluir Abstract (descripción del caso, hallazgos clínicos, tratamiento, resultados y relevancia clínica), introducción, descripción del caso, discusión y referencias. Éstos deben seguir los lineamientos de la Guía metodológica CARE y reunir uno de los siguientes criterios:

- Efectos adversos no declarados, inusuales o interacciones adversas que involucren medicamentos.
- Presentaciones inusuales o no esperadas de una enfermedad.

- Nuevas asociaciones o variaciones en la presentación de una enfermedad.
- Presentaciones, diagnóstico y/o manejo de enfermedades nuevas y emergentes.
- Asociación inesperada entre síntomas y enfermedades.
- Un evento inesperado en el curso de la observación o el tratamiento de un paciente.
- Hallazgos que arrojan nueva luz sobre la posible patogénesis de una enfermedad o un efecto adverso.

Proceso Editorial

Los artículos deben ser sometidos a través del sitio Web de la revista (REC), <http://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cuarzo>, acompañados de una carta dirigida al Editor, firmada por todos los autores, presentando el trabajo y manifestando que no ha sido publicado ni sometido para publicación en otras revistas (descargar formato) y que los autores no tienen conflicto de intereses. Los trabajos recibidos tendrán una primera revisión por parte del Comité Editorial/Científico, quienes tendrán en cuenta parámetros como calidad del trabajo, originalidad, pertinencia y normas de presentación. Los manuscritos preseleccionados serán enviados a revisión por pares externos, expertos en las temáticas abordadas. Los pares contarán con 15 días calendario para evaluar los artículos y la evaluación deberá ser realizada en el formato de evaluación de la Revista (REC), emitiendo conceptos de aprobado sin modificaciones, aprobado con modificaciones (mayores o menores) o rechazado. En caso de que los trabajos requieran ser ajustados, los autores contarán con un tiempo máximo de ocho días calendario para efectuarlos, cambios que deben ser consignados en una carta dirigida al Editor. El proceso de evaluación será doble ciego, los evaluadores no conocerán los nombres de los autores, ni éstos los nombres de los pares evaluadores.

Consideraciones éticas

En sus publicaciones la REC contempla las políticas relacionadas con aspectos éticos que se encuentran en World Association of Medical Editors (WAME) (<http://www.wame.org/about/recommendations-on-publication-ethics-policy>).

Política de acceso abierto

Esta revista proporciona un acceso abierto a su contenido, teniendo en cuenta el principio de que ofrecer al público un acceso libre a las investigaciones ayuda a un mayor intercambio global del conocimiento y no se hace responsable de los contenidos publicados.

Política sobre derechos de autor

Los autores que publican en la revista se agogen al código de licencia creative commons 3.0 de atribución no comercial sin derivados y compartir igual.



INSTRUCCIONES A LOS ACTORES

La REC se acoge al acuerdo sobre Requisitos Uniformes para Preparar los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas, elaborado por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>). Por este motivo todos los manuscritos enviados a la revista son revisados inicialmente por el Comité Editorial con el fin de vigilar que se respeten las normas descritas en el acuerdo y este documento.

Recuerde que para ser considerado como autor de un trabajo es indispensable haber realizado contribuciones sustanciales a su concepción y diseño, al análisis e interpretación de los datos o a la revisión crítica de una parte esencial del contenido intelectual. La “autoría por cortesía” es inaceptable.

El aporte de muestras o reclutamiento de pacientes para una investigación, no constituyen autoría y una mención en los agradecimientos es suficiente para este tipo de contribución.

Antes de someter su trabajo debe tener en cuenta que el manuscrito se encuentre en formato Microsoft Word, tipo de letra Times New Roman tamaño 12, interlineado 1.5, con numeración de cada línea del texto.

Los artículos deben ser sometidos a través del sitio Web de la revista (REC), <http://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cuarzo>, en caso de presentar alguna dificultad los manuscritos deben ser enviados al correo electrónico: cuarzo@juanncorpas.edu.co en el formato solicitado.

Los trabajos originales deben seguir la siguiente secuencia:

Página titular

Debe incluir:

- El título del trabajo con un máximo de 100 caracteres, centrado, en negrilla y en español e inglés.
- Nombres y apellidos del autor y los colaboradores, utilizar superíndices numéricos para hacer las filiaciones de cada autor, estas deben incluir títulos académicos y el nombre de la institución a la que pertenece cada uno.
- Se deben especificar las fuentes de ayuda bien sea en forma de subvenciones, equipos o medicamentos, para la realización del trabajo, al igual que la declaración de cualquier conflicto de interés por parte de los autores, sobre todo en el caso de trabajos auspiciados por la industria privada.
- Autor de correspondencia y dirección electrónica.
- Nombres y direcciones electrónicas de dos (2) posibles pares evaluadores postulados por los autores que podrían ser o no ser considerados por el Comité Editorial.

Resumen y Abstract

Describe de manera breve y estructurada el trabajo, no exceder de 350 palabras.

Palabras clave

Máximo cinco en español e inglés, deben ser términos MeSH o DeCS.

Texto del trabajo

Introducción: Se recomienda incluir los antecedentes más importantes del tema estudiado, describe la situación actual, el conocimiento del problema y la pertinencia del trabajo, así como también plantea el propósito del estudio.

Materiales y Métodos: Describe el tipo y el diseño del estudio, población estudiada, variable resultado y variable secundaria, plan de recolección de datos, plan de análisis y consideraciones éticas. Dependiendo del tipo de estudio, se deben incluir los materiales y reactivos empleados para el desarrollo del trabajo. Cuando se informe sobre experimentos en humanos y animales, es indispensable tener la aprobación del Comité de Ética de la Institución en donde se realizó el estudio y estar de acuerdo con la Declaración de Helsinki de 2000, Ley 84 de 1989 y Resolución 8430 de 1993. No se mencionará nombre de pacientes, sus iniciales, número de historia clínica ni cualquier otro dato que permita su identificación.

Resultados: Corresponden a los hallazgos más importantes de la investigación, deben ser coherentes con los objetivos planteados. En este apartado, únicamente se presentarán los resultados y no el análisis de los mismos.

Discusión: Debe presentarse como una sección independiente, incluye un análisis en el que se relacionen los resultados obtenidos con el marco conceptual existente.

Conclusiones: Mencionar las ideas finales más relevantes obtenidas a partir de los resultados y la discusión.

Agradecimientos: es importante escribir aquí los agradecimientos a las instituciones que financian los trabajos y a las personas que contribuyeron en la realización de su investigación.

Referencias Bibliográficas: en el texto, deben presentarse numeradas en orden de aparición, y las referencias completas se ubican al final del manuscrito en estilo Vancouver (<http://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>).

Tablas: deben estar incluidas en el texto, numeradas en orden de aparición y con sus respectivos pies de tabla, no deben incluir líneas horizontales ni verticales.

Figuras: se presentarán como archivos jpg, gif o tiff con 300 dpi (figuras sencillas o gráficas) y 600 dpi (imágenes o fotografías), Adicionalmente, se debe realizar una lista de figuras que incluya: el número de la figura, el título y la leyenda.

Nombres científicos: los nombres científicos de plantas, animales, insectos, parásitos, virus y bacterias se deben escribir de acuerdo al sistema binomial de género y especie, siguiendo los códigos de nomenclatura botánica y zoológica. Debe ir en letra cursiva, el género con la primera letra en mayúscula y la especie en minúsculas. Ejemplos: *Caesalpinia spinosa*, *Staphylococcus aureus*.

Sistema de medidas: se debe emplear el Sistema Internacional de Unidades (SI).

Ecuaciones: las expresiones matemáticas y fórmulas deben ser estructuradas con el editor de ecuaciones del editor de texto Microsoft Word; serán enumeradas con números arábigos entre paréntesis, número que será el identificador de la ecuación en el texto.

Abreviaturas: es la representación gráfica reducida de una palabra o grupo de palabras, obtenida por eliminación de algunas de las letras o sílabas finales o centrales de su escritura completa, y que siempre se cierra con un punto. Se deben definir cuando aparezcan por primera vez en el texto, entre paréntesis, salvo si se trata de unidades de medida común. Ejemplo: reacción en cadena de la polimerasa (PCR)

Antes de enviar su manuscrito tenga en cuenta la siguiente lista de verificación:

- ✓ *Es un artículo original*
 - ✓ *El manuscrito no ha sido sometido ni publicado en otra revista*
 - ✓ *Los autores cumplen con las normas internacionales de autoría*
 - ✓ *Se ajusta al formato de la REC*
 - ✓ *Se realizó la carta de presentación del manuscrito*
 - ✓ *Se realizó la carta al Editor*
-

La Revista Cuarzo, es la revista científica de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas que constituye uno de los órganos informativos de la Institución. Título abreviado: rec cuarzo (En línea)

Edición impresa ISSN: 0121-2133

Edición en línea ISSN: 2500-7181

Editado en Bogotá, D.C., Colombia.

La correspondencia dirigida a la Revista Cuarzo debe ser enviada a la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Carrera 111 No. 159 A-61 Suba, Bogotá, Colombia; teléfonos: 6622222 ext. 244. Correo electrónico: miguel.pombo@juanncorpas.edu.co, sitio web:

<http://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cuarzo/index>

CONTENIDO

Artículos originales

- **Perfil de Autoanticuerpos en Adultos con Trombocitopenia Inmune Primaria en una Institución de Bogotá.....6**
Javier Mauricio Mora, Alan Felipe Ovalle, Carlos Augusto Solórzano, Viviana Yiset López, Pablo Cesar Romero, Adriana Beltrán Ostos.
- **Comportamiento de las Complicaciones en Adolescentes Embarazadas en la E.S.E Hospital la Divina Misericordia Magangué Bolívar, Durante el Año 2015..... 11**
Wendy Luz Gómez Mejía, Ely Cala Ramos, Katherine Guerra Hernández, Walter Torres.

Reporte de caso

- **The VIP patient syndrome in Latin America is known as “The recommended patient syndrome” a tale of unfortunate decisions and complications. 16**
Daniel Mauricio Núñez Campos, Liliana Villamil Núñez, Oscar Libardo Gómez Acevedo, María Camila Peña Pineda.
- **Absceso de Psoas Secundario a un Adenocarcinoma Mucinoso de Colon Perforado: Semiología.....21**
Lina M. Ortiz, Gonzalo B. Ferreira, Andrés M. Duarte.

ARTÍCULO ORIGINAL

Perfil de Autoanticuerpos en Adultos con Trombocitopenia Inmune Primaria en una Institución de Bogotá.

Javier Mauricio Mora¹, Alan Felipe Ovalle¹, Carlos Augusto Solórzano^{1*}, Viviana Yiset López¹, Pablo Cesar Romero², Adriana Beltrán Ostos²

¹Departamento de Medicina Interna. Médico Internista, Hospital Universitario Clínica San Rafael. Bogotá, Colombia.

²Departamento de Medicina Intensiva y cuidado crítico. Hospital Universitario Clínica San Rafael. Bogotá, Colombia.

²Médico Internista Reumatólogo. Hospital Militar Central. Bogotá, Colombia.

RESUMEN

Introducción. Un recuento de plaquetas menor a 150,000 y normalidad en el resto del hemograma, son necesarios para considerar trombocitopenia inmune primaria (PTI). Aunque la patogénesis no ha sido enteramente dilucidada, se ha descrito una combinación de eventos caracterizados por aumento en la destrucción de las plaquetas mediados por la producción de autoanticuerpos. Publicaciones previas han reportado la presencia de autoanticuerpos en pacientes con PTI, anticuerpos anticardiolipinas (75%), de anticuerpos antinucleares (ANAS) (33,3%) y anticuerpos antifosfolípidos (AAF) (28,5%). Estudios en nuestro país describen características demográficas y sociales de los pacientes con PTI así como la respuesta al tratamiento, pero no existen descripciones de la presencia de autoanticuerpos.

Objetivos. Identificar la prevalencia de autoanticuerpos en PTI, en el hospital universitario clínica San Rafael de Bogotá, en el periodo 2008 - 2012.

Métodos. Se realizó un estudio observacional descriptivo, la población fue representada por adultos de ambos sexos mayores de 16 años con diagnóstico de trombocitopenia inmune primaria (PTI), en el hospital universitario clínica San Rafael de Bogotá, entre los años 2008-2012. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico confirmado de otra condición clínica como causa secundaria de trombocitopenia. Un total de 723 historias clínicas fueron revisadas, de las cuales 72 cumplieron los criterios de inclusión.

Resultados. De 72 historias clínicas analizadas, el 69,6 % correspondieron a mujeres, los autoanticuerpos positivos fueron los ANAS con 59,7% seguido por los anticuerpos anticardiolipina (ACA) IgM con 18% y ACA IgG con 16,6%, para el caso del anticoagulante lúpico se halló positivo en el 9,7%. Los ANAS, positivos correspondieron a títulos > a 1:160 y a su vez el patrón moteado fue el más frecuente para el 41,8%, de los pacientes con recuento de plaquetas menores a 50,000 el 45% tenían anticoagulante lúpico positivo. En el 30,5% del total de casos se presentó alguna complicación, 59% fue sangrado.

Conclusiones. En este estudio hallamos que los anticuerpos más frecuentes fueron los ANAS y Anticuerpos Anticardiolipina.

Palabras clave: Trombocitopenia Inmune, Anticuerpos, ANAS, Anticoagulante Lúpico, Autoinmunidad.

ABSTRACT

Profile of Autoantibodies in Adults With Primary Immune Thrombocytopenia in an Institution of Bogotá.

Introduction. A platelet count below 150,000 and normality in the remainder of the blood count are necessary to consider primary immune thrombocytopenia (ITP). Although the pathogenesis has not

been fully elucidated, a combination of events characterized by increased destruction of platelets mediated by autoantibody production has been described. Previous publications have reported the presence of Autoantibodies in patients with ITP, Anticardiolipin antibodies (AAC) (75%), antinuclear antibodies (ANAS) (33,3%) and Antiphospholipid antibodies (AAF) (28,5%). Research in our country describe demographic, social characteristics and response to treatment of patients with ITP, but there are no descriptions of the presence of autoantibodies.

Objectives. To identify the prevalence of autoantibodies in PTI in the San Rafael clinical university hospital of Bogota, in the period 2008 - 2012.

Methods. A descriptive observational study was carried out. The population was adults of both sexes older than 16 years old with diagnosis of Primary Immune Thrombocytopenia (ITP) at the San Rafael clinical university hospital of Bogotá between 2008-2012. Patients with another confirmed diagnosis as a secondary cause of thrombocytopenia were excluded. A total of 723 medical records were reviewed, of which 72 met the inclusion criteria.

Results. 72 medical records were analyzed, 69,6% were women, the positive autoantibodies were the ANAS with 59,7% followed by the antibodies Anticardiolipin (ACA) IgM with 18% and ACA IgG with 16,6%, the lupus anticoagulant was positive in 9,7%. The positive ANAS corresponded to titers > 1: 160 and the mottled pattern was the most frequent with 41,8%, of the patients with a platelet count lower than 50,000, 45% had a positive lupus anticoagulant. In 30,5% of the total cases, some complication occurred, 59% were due to bleeding.

Conclusions. In this study we found that the most frequent antibodies were ANAS and Anticardiolipin Antibodies.

Keywords: Immune Thrombocytopenia, Autoantibodies, ANAS, lupus anticoagulant, Autoimmunity.

*Autor de correspondencia:
Carlos Augusto Solórzano
catt21@hotmail.com

Como citar: Mora, JM, Ovalle, AF, Solórzano, CA, López, VY, Romero, PC, Beltrán Ostos, A. Perfil de Autoanticuerpos en Adultos con Trombocitopenia Inmune Primaria en una Institución de Bogotá. Revista Cuarzo 2019;25(1):6-10.

Recibido: 23 de noviembre de 2018
Aceptado: 5 de febrero de 2019
Publicado: 30 de junio de 2019

DOI: <https://doi.org/10.26752/cuarzo.v25.n1.346>



License creative
Commons

I. INTRODUCCIÓN

La trombocitopenia inmune primaria (PTI), es una enfermedad autoinmune adquirida, que se caracteriza por la presencia de un recuento de plaquetas en sangre periférica $<150,000/L$ (1) con normalidad en el resto del hemograma, otros autores establecen como valor de referencia un recuento menor a $100.000/L$ dado que 6,9% entre 100,000 y 150,000 presentan trombocitopenias transitorias (2). Los estudios de prevalencia mejor caracterizados en relación a PTI, se han realizado en Estados Unidos, dos ejemplos de esto son el estudio de Segal y Powe, quienes estimaron que la prevalencia fue de 9,5 casos por 100,000 habitantes, en hombres de 6.1 y en mujeres 11,3 por 100,000 habitantes respectivamente; por otro lado, Feudjo-Tepie et al., describieron prevalencia en PTI crónica en mayores de 65 años de 38,3 por 100,000 habitantes (3,4).

Debe tenerse en cuenta que el diagnóstico de la enfermedad se establece luego de descartar otras causas de trombocitopenia. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son variables, 1/3 de los pacientes no presenta sintomatología, quienes la presentan está dada por petequias de predominio en extremidades inferiores, región sacra y sangrados que van desde cuadros leves como la epistaxis hasta hemorragias que ponen en riesgo la vida, entre ellas la hemorragia intracerebral y la hemorragia gastrointestinal las cuales ocurren en menos de 1% de los casos (2-5).

Aunque la patogénesis de la PTI no ha sido enteramente dilucidada, se ha descrito una combinación de eventos caracterizados por aumento en la destrucción de las plaquetas mediadas por la producción de autoanticuerpos, asociado a la inhibición de la producción de plaquetas (6).

Los autoanticuerpos juegan un papel preponderante en la patogénesis que resulta en el mecanismo final que activa la destrucción plaquetaria, sin embargo, previo a esto, hay tanto mecanismos iniciadores como perpetuadores involucrando a células presentadoras de antígenos, linfocitos B y T (7). Estas células reconocen por algún motivo no claro a autoantígenos plaquetarios como las glicoproteínas (GP) IIb-IIIa y Ib-IX; Kuwana et al., (1998) encontró linfocitos B y T autoreactivos a fragmentos de GP no propios (7).

La pérdida de tolerancia postmímica como periférica facilita la supervivencia de clonas de linfocitos B y T autoreactivos, posteriormente se activan señales coestimuladoras CD 40-CD40 o CD 28- CD28 durante la exposición a otros antígenos externos (virus, bacterias) que incrementan el número de autoanticuerpos; también podrían estar relacionadas moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad clase I incrementando la expresión de CD 40 (6). Por otro lado, el incremento de niveles de factor de crecimiento transformante beta 1 mediada por linfocitos T inhibe la maduración de megacariocito a plaqueta en la médula ósea (8).

Se ha venido ampliando el listado de autoanticuerpos presentes en PTI, en un estudio prospectivo realizado en Corea del Sur

entre enero de 2003 y diciembre de 2008 en donde se reclutaron 60 pacientes con edad media de 48 años, se encontró que 20 pacientes tenían anticuerpos antifosfolípidos (AAF) (28,5%), de los cuales 15 (75%) tenían solo anticuerpos anticardiolipinas (AAC), 2 (10%) tenían anticuerpos anticardiolipinas (ACA) y anticoagulante lúpico (ACL), y 3 (15%) solo tenían anticoagulante lúpico (9). Reyhand et al., en una muestra de 82 pacientes con PTI recién diagnosticados encontraron la presencia de ACL, ACA IgG e IgM y AAF, 31 pacientes (37,8%) tenían anticuerpos antifosfolípidos positivos al momento del diagnóstico sin encontrar diferencias significativas respecto al conteo de plaquetas y respuesta al tratamiento; sin embargo a los 5 años de seguimiento el grupo de antifosfolípidos positivos y negativos mostraron supervivencia acumulada libre de trombosis de 39% y 97,7%, respectivamente (10). Por su parte Stasi et al., encontraron anticuerpos antifosfolípidos presentes en 40% de pacientes con PTI (2).

Abdullah et al., hallaron que un 33,3 % de adultos con PTI tienen títulos de ANAS positivos $>1:80$, sin embargo ninguno en el seguimiento a 3,5 años desarrollo lupus eritematoso sistémico (LES) (11), al parecer esto es un predictor de evolución a PTI crónica en niños sin haber evidencia de esto en adultos; del 8 al 14% de positividad de anticuerpos antitiroideos se asoció con trombocitopenia moderada y desarrollo de enfermedad tiroidea autoinmune, la función tiroidea normal coincidió con resolución PTI (12).

En Colombia existen estudios descriptivos como los de L. A. Ramírez en Armenia y J. Aduen en Bogotá, en los que se describen características demográficas y sociales de los pacientes con PTI así como la respuesta al tratamiento, sin embargo en dichos artículos no se describe la presencia de autoanticuerpos (13,14).

El propósito de nuestro estudio es describir el perfil de autoanticuerpos en pacientes con trombocitopenia inmune primaria, en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá, en el periodo 2008 – 2012.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo, con base en registros clínicos de pacientes adultos de ambos sexos mayores de 16 años con diagnóstico de trombocitopenia inmune primaria (PTI); en el hospital universitario clínica San Rafael de Bogotá, que consultaron entre los años 2008-2012.

Se incluyeron registros clínicos de pacientes con diagnóstico de PTI definido como un recuento plaquetario $< 150,000/L$ a los cuales por protocolo institucional se les solicitó perfil inmunológico (anticuerpos antinucleares, anticuerpos extractables de neutrófilo, complemento, AAF, AAC, ACL) y fueron considerados para inclusión aquellos con al menos un autoanticuerpo positivo. Se definieron como criterios de exclusión pacientes con diagnóstico confirmado de VIH, Hepatitis B y C, cáncer, artritis reumatoide, lupus eritematoso

sistémico, síndrome antifosfolípido, vasculitis como causa secundaria de trombocitopenia.

No se realizó cálculo del tamaño de la muestra, dado que fueron analizadas todas las historias clínicas obtenidas.

Las variables a estudio fueron: Género, ANAS, patrón de ANAS, anti Sm, anti RNP, anti La, anti Ro, anticoagulante lúpico, anti DNA, complemento C3, complemento C4, anti DNA, necesidad de uso de corticoide, respuesta a corticoide, antecedentes familiares de enfermedad autoinmune.

Se caracterizó por sexo y edad a la población en estudio, se calculó la frecuencia de los autoanticuerpos, con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión. Se consideraron significativas las diferencias con un valor de $p < 0,05$. Para realizar el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 22.0 de IBM y Microsoft Excel -2010.

En cuanto a los aspectos éticos, esta investigación se clasifica como sin riesgo, sustentado en la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud (hoy de salud y protección social), la cual es una investigación documental que no interviene o modifica las variables biológicas o clínicas de los pacientes que ingresaron al hospital y participaron en el estudio; manteniéndose la confidencialidad de la información obtenida de las historias clínicas según la resolución 1995 de 1999. Hubo confidencialidad absoluta de todos los datos. Estos fueron guardados en tres computadores registrados, y que son parte de los investigadores.

III. RESULTADOS

Se revisaron un total de 723 historias clínicas, de las cuales 72 cumplieron con los criterios de inclusión, en las que el 69,6% de la población a estudio correspondió a mujeres. El promedio de edad de la población general fue de 45,2 años desviación estándar (DE) 18,5, la edad mínima fue de 16 años y la edad máxima de 88 años, para los mayores de 65 años la frecuencia fue del 22%. El 44% del total de pacientes presentaron valores de plaquetas $< 50,000/L$.

Se encontró que los anticuerpos más frecuentes fueron los ANAS en 43 casos (59,7%), seguido por los anticuerpos anticardiolipina (ACA) IgM con 13 casos (18%) y ACA IgG con 12 casos (16,6%), para el caso del (ACL) se halló positivo en 7 casos que representa el 9,7% del total (tabla 1). Los ANAS, positivos correspondieron a títulos $>1:160$ en el 39,5%, y a su vez el patrón moteado fue el más frecuente con 18 casos (41,8%).

Adicionalmente se encontró que de los pacientes con recuento de plaquetas menor a 50,000, el 45% (18) tenían anticoagulante lúpico positivo, el 17,5% (7) tenían anticuerpos anticardiolipinas (ACA) IgM positivo y otro 17,5% (7) tenían ACA IgG igualmente positivo (Tabla 1).

En relación con las complicaciones, el 30,5% (22) de los 72 casos presentaron algún tipo de complicación, en donde el

sangrado fue el más frecuentemente registrada representando el 59% (13) seguido por los eventos tromboticos venosos con el 41% (9) casos, no se registró ningún caso de trombosis arterial (Tabla 2).

Tabla 1: Distribución de Anticuerpos.

Anticuerpos	Numero	Porcentaje	IC 95%
ANAS	43	59,7	47,4-71,1
ACA IgM	13	18,1	9,9-28,8
ACA IgG	12	16,7	8,9-27,3
ACL	7	9,7	3,9-19
ANTI DNA	5	6,9	2,2-15,4
AFL IgM	2	2,8	0,3-9,6
ANTI RNP	2	2,8	0,3-9,6
AFL IgG	1	1,4	0,003-0,074
B 2 IgG	1	1,4	0,003-0,074
B 2 IgM	0	0	0
Ac SM	0	0	0
ANTI RO	0	0	0
ANTI LA	0	0	0

Listado de autoanticuerpos encontrados, discriminando frecuencia absoluta, porcentajes e intervalos de confianza en columnas de izquierda a derecha respectivamente.

Tabla 2: Proporción de Anticuerpos Según Complicaciones.

Anticuerpos	Trombosis venosa (n 9)			Sangrado (n 13)		
	#	%	IC 95%	#	%	IC 95%
ANAS	4	5,6	1,5-13,6	9	12,5	5,8-22,4
ACA IgM	3	4,2	0,8-11,6	1	1,4	0,003-0,074
ACA IgG	3	4,2	0,8-11,6	1	1,4	0,003-0,074
ACL	3	4,2	0,8-11,6	1	1,4	0,003-0,074
ANTI DNA	1	1,4	0,003-0,074	0	0	0
AFL IgM	1	1,4	0,003-0,074	0	0	0
ANTI RNP	1	1,4	0,003-0,074	0	0	0
AFL IgG	0	0	0	0	0	0
B 2 IgG	0	0	0	0	0	0
B 2 IgM	0	0	0	0	0	0
ANTI SM	0	0	0	0	0	0
ANTI RO	0	0	0	0	0	0
ANTI LA	0	0	0	0	0	0

Descripción de dos eventos, trombosis venosa y sangrado en relación a autoanticuerpos y sus frecuencias.

Dentro de los tratamientos suministrados, el más usado fue corticoide en el 93% (67) de los casos, de los cuales el 79,1% (53) tuvo respuesta completa, definida como recuentos plaquetarios $>100,000/L$ después de 3 meses de tratamiento.

Tomando las variables grado de trombocitopenia en dos estratos mayor y menor a 100,000 plaquetas y ANAS, se encontró distribución normal por lo que se realizó prueba de correlación de Pearson obteniendo un valor de $p 0,684$ no hubo significancia en la correlación en este grupo de paciente. Adicionalmente se calculó la medida de asociación (OR 0,88 IC 95% 0,23:3,42) encontrando disminución del riesgo de trombocitopenia menor a 100,000 en aquellos pacientes con ANAS negativos sin embargo esta asociación no es estadísticamente significativa.

Para el caso de las variables anticuerpos anticardiolipina y trombosis venosa se comportaron también de manera normal por lo que se realizó la prueba de correlación paramétrica sin significación estadística ($p=0,38$), para el caso de las pruebas de asociación se encontró que tener anticuerpos anticardiolipina positivos aumentaba en 2,6 veces el riesgo de desarrollar trombosis venosa, pero sin diferencias estadísticamente significativas (OR 2,6 IC 95% 0,35-19,1).

IV. DISCUSIÓN

En nuestro estudio los autoanticuerpos en pacientes con trombocitopenia inmune primaria se presentaron en ambos sexos, con un claro predominio para el sexo femenino, que concuerda con los hallazgos de Segal y Powe. La distribución por edades según un estudio publicado por Feudjo et al., con 4943 pacientes en Estados Unidos reporta frecuencia de 18% en mayores de 65 años de edad versus el 22% para el mismo grupo de edad documentado en nuestro estudio.

Respecto al perfil de autoanticuerpos, no se encontró ninguna publicación que evaluara la frecuencia de la totalidad de los autoanticuerpos incluidos en este estudio, sin embargo para el caso de los ANAS se hallaron positivos en el 59,7% de los pacientes, que difiere de lo encontrado por Abdullah et al., cuya frecuencia fue del 33%, pero se debe aclarar que en dicho estudio se aceptaron títulos desde 1:80 lo que explicaría la diferencia ya que en nuestro caso se incluyeron como positivos títulos mayores a 1:160.

Otros autoanticuerpos que se destacan son los ACA tanto IgM como IgG, que en estudios previos en los que se evaluó su frecuencia, 26,6% según datos de Yang et al., en 2011 con 70 pacientes, difiere de nuestros resultados en donde fueron positivos en el 34,6%, aunque el tamaño de muestra es equiparable (70 vs 72) hay diferencias en los criterios de inclusión puntualmente para el conteo plaquetario el cual fue menor de 100,000 y menor de 150,000 respectivamente. Para el caso del anticoagulante lúpico que fue positivo en el 9,7% de nuestros pacientes, es menor a lo reportado (24,3 %) en un estudio turco con 82 participantes (9, 10, 11), el cual revela también que el 45% de los participantes tuvieron trombocitopenia severa, con complicaciones como sangrado y trombosis venosa se encontró frecuencias de autoanticuerpos semejantes a nuestros datos. Del total de los casos incluidos se registró un 12,5 % de trombosis venosa, sin hallar eventos trombóticos arteriales. En una publicación en el seguimiento a 5 años se encontró presencia de enfermedad trombótica en pacientes con AAF, ACA y ACL (10). Los ANAS no tiene antecedente de publicación con relación a eventos trombóticos, sin embargo 4 de nuestros pacientes presentaron trombosis venosa, aun así, se ha descrito progresión de la trombocitopenia en los pacientes con ANAS positivos (11).

Por otro lado, el sangrado fue la complicación más frecuentemente hallada en nuestro estudio con 59% (13) de los casos, relacionados con ANAS (9 pacientes) condición sin

antecedentes en otras publicaciones, seguido de ACA IgG, ACA IgM y ACL con un caso cada uno. Se debe tener en cuenta que títulos positivos de ANAS se pueden encontrar en la población general hasta en un 9,5% (11), o a su vez se pueden encontrar títulos positivos de ANAS entre 8-10 años previo al diagnóstico de LES cómo se ha registrado en otras publicaciones (15,16).

En este trabajo no se midieron los anticuerpos antitiroideos los cuales han sido descritos en publicaciones relacionadas al tema por lo anterior sugerimos ser incluidos en futuros

protocolos de investigación. Es probable que futuros estudios de tipo prospectivo nos aporte información sobre la relación entre anticuerpos y riesgo de trombosis o de sangrado, más aún en el escenario de los pacientes con ANAS positivos de los cuales no se cuenta con antecedentes registrados en la literatura, de igual manera evaluar si un grado leve de trombocitopenia podría comportarse como un factor protector para el desarrollo de complicaciones.

Conflicto de Interés: Los autores no declaran conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, et al. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. *Blood*. 2009;113(11):2386-2393.
2. Stasi R, Amadori S, Osborn J, Newland AC, Provan D. Long-term outcome of otherwise healthy individuals with incidentally discovered borderline thrombocytopenia. *PLoS Med*. 2006; 3(3):e24.
3. Segal, J. B.; Powe, N. R. Prevalence of immune thrombocytopenia: analyses of administrative data. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2006, vol. 4, no 11, p. 2377-2383.
4. Feudjo-Tepie, M. A., N. J. Robinson, and D. Bennett. "Prevalence of diagnosed chronic immune.
5. Moulis G, Palmaro A, Montastruc JL, et al. Epidemiology of incident immune thrombocytopenia: a nationwide population-based study in France. *Blood* 2014;124(22):3308.
6. Cooper N, Bussell J. La patogénesis de la púrpura trombocitopénica inmune. *Br J Haematol* 2006; 133: 364.
7. Chong BH: Primary immune thrombocytopenia: understanding pathogenesis is the key to better treatments. *J Thromb Haemost* 2009; 7:319.
8. Yoshimura, C., Nomura, S., Nagahama, M., Ozaki, Y., Kagawa, H. & Fukuhara, S. (2000) Plasma-soluble Fas (APO-1, CD95) and soluble Fas ligand in immune thrombocytopenic purpura. *European Journal of Haematology*, 64, 219–224.
9. Yang YJ, Yun GW, Song IC, Baek SW, Lee KS, Ryu HW, Lee MW, Lee HJ, Yun HJ, Kim S, Jo DY. Clinical implications of elevated antiphospholipid antibodies in adult patients with primary immune thrombocytopenia. *Korean J Intern Med*. 2011 Dec; 26(4):449-54.
10. Reyhan Diz-Kucukkaya, Abdullah Hacıhanefioglu. Antiphospholipid antibodies and antiphospholipid syndrome in patients presenting with immune thrombocytopenic purpura: a prospective cohort study. *Blood Journal* 2001;98(6):1760-1764.
11. Alintas A; Prevalence and clinical significance of elevated antinuclear antibody test in children and adult patients with idiopathic thrombocytopenic purpura; *J Thromb Thrombolysis*; 2007 Oct;24(2):163-8. Epub 2007 Apr 14.

12. Provan D, Stasi R, Newland AC, et al. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood* 2010;115:168-186.
13. L. A. Ramírez, M.P. Cabrera, N.L. Arredondo. Purpura trombocitopenica autoinmune: experiencia de cinco años en el hospital universitario san Juan de Dios de Armenia. *Acta Médica Colombiana* vol. 13 no. 5 (septiembre-octubre) 1988.
14. Arduen J, et al. Púrpura trombocitopénica idiopática en pacientes tratados en el Hospital San Juan de Dios, Bogotá (1980-1985). *Salud Uninorte* 4-5 (1): 19-26.
15. Kurata Y; High-titer antinuclear antibodies, anti-SSA/Ro antibodies and anti-nuclear RNP antibodies in patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Thromb Hemost*; 1994 Feb;71(2):184-7.
16. Katja M. Clinical and laboratory predictors of chronic immune thrombocytopenia in children: a systematic review and metaanalysis *BLOOD*, 20 November 2014 x volume 124, number 22.

ARTÍCULO ORIGINAL

Comportamiento de las Complicaciones en Adolescentes Embarazadas en la E.S.E Hospital la Divina Misericordia Magangué Bolívar, Durante el Año 2015.

Wendy Luz Gómez Mejía^{1*}, Ely Cala Ramos², Katherine Guerra Hernández³, Walter Torres⁴.

¹⁻²Bacterióloga Clínica. Especialista. en Epidemiología. Bogotá, Colombia.

³Enfermera, Especialista en Epidemiología. Secretaría de Salud Municipal Magangué. Bolívar, Colombia.

⁴Médico Especialista en Epidemiología. DADIS Cartagena, Colombia.

RESUMEN

Introducción. El embarazo en adolescentes es una condición que mundialmente va en aumento; se considera que esto se debe a múltiples factores entre los cuales se podría mencionar: la constitución de la familia, las condiciones sociales y culturales y de los medios de comunicación. Las tasas de fertilidad adolescente en la región de América Latina y el Caribe no han descendido en la misma proporción que las de nivel global. De hecho, la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas prevé que serán las más altas del mundo y se mantendrán estables entre 2020 y 2021 (1).

Objetivo: identificar las complicaciones frecuentes y los factores de riesgo en las adolescentes embarazadas, en el ESE Hospital la Divina Misericordia Magangué Bolívar, año 2015.

Materiales y Métodos: como muestra, se tomaron 30 gestantes adolescentes, de un total de 484, mediante el análisis de historias clínicas, el cual incluyó mediciones antropométricas (peso, talla, edad,) y determinación del estado nutricional.

Resultados: Los 30 casos evidenciaron complicaciones durante su gestación. Dos casos con un 6,7% correspondieron a adolescentes tempranas, mientras que 28 casos 93,3% fueron adolescentes tardías.

Conclusiones: Las complicaciones obstétricas como la anemia severa con 14 casos, 58,3% evidencia un alto impacto en el estrato I de la población de estudio.

Palabras clave: Embarazo, Complicaciones, Adolescentes, complicaciones en el embarazo, Mortalidad Materna.

ABSTRACT

Complications behavior in Pregnant Adolescents in the E.S.E Hospital la Divina Misericordia Magangué Bolivar, During 2015.

Introduction. Teenage pregnancy is a condition that is increasing worldwide; It is considered that this is due to multiple factors the constitution of the family, social and cultural conditions and the media. Adolescent fertility rates in the Latin American and Caribbean region

have not decreased by the same proportion as those at the global level. In fact, the Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs expects them to be the highest in the world and will remain stable between 2020 and 2021 (1).

Objective: to identify frequent complications and risk factors in pregnant adolescents, E.S.E Hospital la Divina Misericordia Magangué Bolívar, 2015.

Materials and Methods: A total of 30 teenage pregnant women of 484 were taken as a sample, through the analysis of medical records, which included anthropometric measurements (weight, height, age,) and determination of nutritional status.

Results: The 30 cases showed complications during pregnancy. Two cases with 6,7% corresponded to early adolescents, while 28 cases 93,3% were late adolescents.

Conclusions: Obstetric complications such as severe anemia with 14 cases 58,3% show a high impact on stratum I of the study population.

Keywords: Pregnancy, Complications, Adolescents, pregnancy complications, Maternal Mortality.

*Autor de correspondencia:
Wendy Luz Gómez Mejía
wengomez16@gmail.com

Como citar: Gómez Mejía, Wl, Cala Ramos, E, Guerra Hernández, K, Torres, W. Comportamiento de las Complicaciones en Adolescentes Embarazadas en la E.S.E Hospital la Divina Misericordia Magangué Bolívar, Durante el Año 2015. Revista Cuarzo 2019;25(1):11-15.

Recibido: 22 de noviembre de 2018
Aceptado: 4 de febrero de 2019
Publicado: 30 de junio de 2019

DOI: <https://doi.org/10.26752/cuarzo.v25.n1.320>



License creative
Commons

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es un asunto complejo con muchas razones para preocuparse. Los niños de 12 a 14 años de edad son más propensos que otros adolescentes a tener relaciones sexuales no planeadas y de ser convencidos a tener sexo (2).

Los factores de riesgo para el embarazo en adolescentes abarcan: edad más joven, rendimiento académico deficiente, desventaja económica, padres solteros adolescentes.

A nivel mundial, según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cada año dan a luz 15 millones de adolescentes, entre los 15 y 19 años de edad, en todo el mundo. el 95% de éstos, ocurre en países en desarrollo (3).

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior. Los expertos en salud convienen en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus recién nacidos (4).

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales (5).

Adolescente temprana: Es la primera etapa de desarrollo del niño. Se caracteriza por los cambios físicos a una gran velocidad. En esta fase aparecen los caracteres sexuales secundarios, de 10 a 14 años.

Adolescente tardía: El adolescente ya es físicamente adulto y sus órganos sexuales están plenamente capacitados para la reproducción, de 15 a 19 años.

II. METODOLOGÍA

Tipo de estudio: estudio descriptivo retrospectivo.

Población de estudio: Las muestras para este estudio se tomaron de 30 gestantes adolescentes a través del análisis individual de historias clínicas, atendidas en la E.S.E Divina Misericordia de Magangué – Bolívar y municipios aledaños.

El estudio se realizó durante el año 2015, de las historias clínicas se extrajo información de variables clínicas y socioeconómicas. Una vez tomadas las muestras se analizaron las mediciones antropométricas (peso, talla, edad) y determinación del estado nutricional. El análisis estadístico se realizó utilizando el software de distribución libre: Epiinfo.

versión 7; a las variables cualitativas se les realizó análisis descriptivo y a las variables cuantitativas análisis de medidas de tendencia central.

Las Variables en estudio fueron: sexo, seguridad social, área de ocurrencia, casos con complicaciones y ocupación medidas a nivel nominal, edad, semanas de gestación y peso medidas a nivel de razón.

Consideraciones éticas: Este estudio se considera un análisis sin riesgo, de acuerdo con la resolución 08430 de 1993, debido a que es un estudio descriptivo retrospectivo, con registros ingresados por fuentes de notificación intrahospitalaria, en donde la información se obtuvo de las historias clínicas, no requirió consentimiento informado; sin embargo, requirió aprobación del comité de ética de la institución.

III. RESULTADOS

En el año 2015 en el E.S.E Hospital la Divina Misericordia de Magangué Bolívar registró el ingreso de un total de 1.876 gestantes, de las cuales un 484 fueron adolescentes, correspondiéndole a la institución una prevalencia de embarazo en adolescentes del 25,8%; de estos 30 casos 6,2% presentaron complicaciones durante su gestación.

Dos casos con un 6,7% correspondieron a adolescentes tempranas, mientras que 28 casos, 93,3% fueron adolescentes tardías (Ver tabla 1).

Tabla 1: Número de Casos de Embarazo en Adolescentes por grupo de edad, E.S.E Hospital la Divina Misericordia 2015.

Clasificación según (OMS)	Edades según (OMS)	Total, Adolescentes Gestantes	Porcentaje Adolescentes Gestantes
<i>Adolescencia Temprana</i>	10-14 años	2	6,7%
<i>Adolescencia Tardía</i>	15-19 años	28	93,3%
Total, General		30	100%

Fuente: E.S.E Hospital la Divina Misericordia, Magangué Bolívar.

El 100% de las adolescentes que presentaron complicaciones durante su gestación pertenecían a la raza mestiza.

En el análisis descriptivo de las variables cuantitativas, se observa que el valor mínimo del peso fue de 45 kg, mientras el máximo fue de 52 kg, con una media de $48,03 \pm 2,09$, respectivamente.

Así mismo por edades, el mínimo fue de 13 años, mientras la edad máxima fue de 19 años, con una media de $16,2 \pm 1,648$, respectivamente.

Las semanas donde se evidencia mayor ingreso de gestantes al programa de control prenatal, fueron entre las semanas 16 a la 22 de la gestación (Ver tabla 2).

Tabla 2: Características antropométricas en las adolescentes con complicaciones, E.S.E Hospital la Divina Misericordia (2015).

Variables	Valor Min. Antropométrico al Control Prenatal	Valor Antropométrico al Control Prenatal	Promedio de Variable
<i>Peso (kg)</i>	45 kg	52 kg	48,03 kg
<i>Edad (Años)</i>	13 años	19 años	16 años
<i>Semanas de Gestación al Ingreso al Control Prenatal</i>	16 semanas	22 semanas	19 semanas
Total, Embarazadas Adolescentes 30			

Fuente: E.S.E Hospital la Divina Misericordia

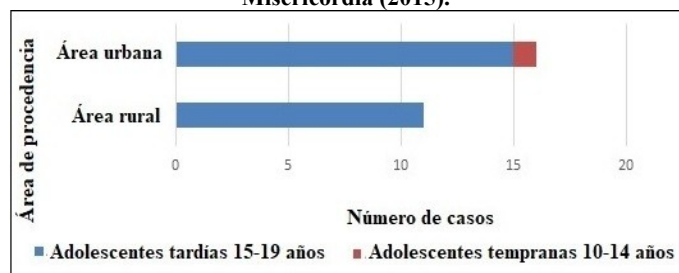
Del total de adolescentes con complicaciones 16 casos, 53,3% presentaban estado civil de solteras, Unión libre, diez casos, 33,3%, el estado civil del grupo de solteras, mostró el mayor porcentaje de casos, en comparación con las casadas ya aquellas cuyas relaciones se observaban en unión libre marital (Ver tabla 3).

Tabla 3: Número de gestaciones en adolescentes con complicaciones, de acuerdo al estado civil, E.S.E Hospital la Divina Misericordia (2015).

Estado civil	Un embarazo	%	Dos embarazos	%	Total, General	%
<i>Casada</i>	3	11,5	1	25	4	13,3
<i>Soltera</i>	15	57,6	1	25	16	53,3
<i>Unión libre</i>	8	30,7	2	50	10	33,3
Total, General	26	100	4	100	30	100

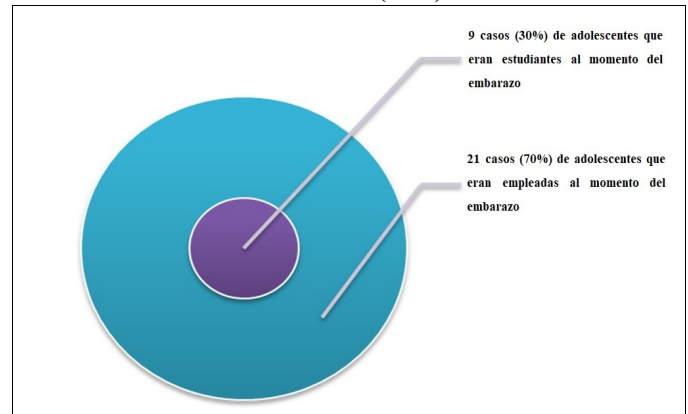
Fuente: E.S.E Hospital la Divina Misericordia

Según área de ocurrencia las complicaciones en adolescentes obstétricas, se observaron con procedencia tanto del área urbana como del área rural, mostrando un evidente incremento en el grupo de adolescentes tardías por zona urbana (Ver Figura 1).

Figura 1: Comportamiento de las complicaciones en adolescentes obstétricas, por área de ocurrencia, E.S.E Hospital la Divina Misericordia (2015).

Fuente: E.S.E Hospital la Divina Misericordia

La ocupación laboral aportó 21 casos 70%, porcentaje significativamente mayor en comparación con nueve casos 30% que se encontraron al momento del estudio (Ver figura 2).

Esquema 1. Comportamiento de las complicaciones por ocupación en adolescentes obstétricas, E.S.E Hospital la Divina Misericordia (2015).

Fuente: ESE Hospital la Divina Misericordia

Los factores de riesgos y las complicaciones se encuentran ligadas significativamente por grupos de edades, del total de embarazos en adolescentes en edades tardías y tempranas que fueron 30 casos, las adolescentes tardías con 26 casos, 86,6% evidenciaron complicaciones obstétricas, las más predominantes en el estudio fueron las Anemias Severas con 13 casos, 81,2% seguido de la pre eclampsia con el 100% de los casos para este grupo de edad tardío; sin embargo, las adolescentes tempranas con solo cuatro casos, 13,3% evidenciaron un menor número de complicaciones durante su gestación (Ver tabla 4).

Tabla 4: Casos con Complicaciones en Adolescentes Obstétricas de la E.S.E Hospital la Divina Misericordia (2015).

Descripción	10 - 14 años (Adolescencia temprana)	15 - 19 Años (Adolescencia tardía)	Total
<i>Amenazas de aborto</i>	1	4	5
%	20	80	100/16,6
<i>Anemias severas</i>	3	13	16
%	18,7	81,2	100/53,3
<i>Preeclampsia</i>	0	9	9
%	0	100	100/30
Total, Adolescentes Embarazadas	4/13,3	26/86,6	30/100

Fuente: E.S.E Hospital la Divina Misericordia

El comportamiento de las complicaciones de las adolescentes obstétricas según nivel socioeconómico evidencia que en el estrato I las anemias severas predominaron con 14 casos, 58,3% mientras que el estrato II las complicaciones de Pre-eclampsias, Amenazas de Abortos y anemias severas evidenciaron un comportamiento similar.

Cabe resaltar que el estrato I, aportó el mayor número de casos 24 para el 80% (Ver tabla 5).

Tabla 5: Comportamiento de las Complicaciones Según Nivel Socioeconómico en Adolescentes Obstétricas de la E.S.E Hospital la Divina Misericordia (2015).

Complicaciones en adolescentes obstétricas	Estrato I		Estrato II		Total
		%		%	
<i>Amenazas de aborto</i>	3	12,5	2	33,3	5
<i>Anemias severas</i>	14	58,3	2	33,3	16
<i>Preeclampsia</i>	7	29,1	2	33,3	9
Total	24	100/80	6	100/20	30

Fuente: E.S.E Hospital la Divina Misericordia

Las complicaciones de las adolescentes obstétricas según tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) registró que el Régimen Subsidiado fue el más afectado con 24 casos, 80,0%; la Anemia Severa aportó mayor número de casos en el régimen subsidiado 14, 58,3% en comparación con el régimen contributivo que solo aportó dos casos en el estudio, así mismo las complicaciones como Preeclampsia con siete casos, 29,1% y las Amenazas de Abortos con tres casos, 12,5%, predominaron más en el régimen subsidiado en comparación con el régimen contributivo. (tabla 6).

Tabla 6: Comportamiento de las Complicaciones en Adolescentes Obstétricas Según Seguridad Social E.S.E Hospital la Divina Misericordia (2015).

Complicaciones en adolescentes obstétricas	Subsidiado/%	Contributivo/%	Total
<i>Amenazas de aborto</i>	3/12,5	2/33,3	5
<i>Anemias Severas</i>	14/58,3	2/33,3	16
<i>Preeclampsia</i>	7/29,1	2/33,3	9
Total	24/80	6/20	30

Fuente: E.S.E Hospital la Divina Misericordia

IV. DISCUSIÓN

La ESE Hospital Divina Misericordia evidenció que la prevalencia de embarazo en adolescentes durante el año 2015 fue de un 25,8% este dato coincide con estudios internacionales (6,7) donde el aumento de frecuencia de gestaciones durante la adolescencia es alto, oscilando entre 7 y 25% de los embarazos en edades reproductivas. Otros estudios internacionales describen un 15% de embarazos. (6,7).

Las bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales. Por ello se observa cómo la fecundidad de las adolescentes no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose mayor prevalencia en los estratos socioeconómicos I, y un menor porcentaje en el estrato II.

En Colombia se ha disminuido la tasa de fecundidad en adolescentes en zonas como Bogotá y región central, así como se observó incremento en la Orinoquia y Amazonas, en consideraciones generales la tasa de fecundidad en Colombia en comparación con otros países latinoamericanos ha bajado significativamente, aunque sigue siendo alta ya que de cinco mujeres embarazadas una es adolescente (8).

La afiliación al sistema de seguridad social, evidenció una variación importante, donde se observa que las complicaciones por anemias severas son más frecuentes en el régimen subsidiado en comparación con el contributivo.

La fecundidad adolescente en este estudio, es más alta entre clases sociales menos favorecidas, situación que coincide con el estudio de “Nacimientos en Pacientes Menores de 20 años”, en el Hospital “Dr. Ramón Madariaga”. Posadas, Misiones, de Asunción Paraguay (9).

Una limitación importante en este estudio, fue la obtención de registros en el nivel hospitalario, debido a la falta de organización de los datos y la no disponibilidad de un registro sistematizado de las atenciones a esta población.

V. CONCLUSIONES

La complicación obstétrica que evidencia un alto impacto para la población en estudio y que además propende el aumento sociodemográfico en el estrato I, fueron las anemias severas con 14 casos, 58,3%.

Las adolescentes en edades tardías mostraron la frecuencia más alta de casos con 28 para el 93,3% a diferencia de las adolescentes en edades tempranas que solo presentaron dos casos con el 6,7%.

Un dato significativo de este análisis, es la representatividad de casos por área de ocurrencia que presentó mayor concentración de embarazos adolescentes en el área urbana en comparación con el área rural.

De acuerdo a la seguridad social, el régimen subsidiado evidenció un mayor número de casos en comparación al régimen contributivo, al mismo tiempo que se vincula proporcionalmente con el desarrollo de afecciones obstétricas en las adolescentes analizadas.

Los resultados obtenidos de este estudio demuestran que deben reinventarse las metas y las estrategias orientadas a canalizar el incremento de este evento en la población juvenil, todo esto para el fortalecimiento oportuno y reducción de factores condicionantes y predisponentes previos al embarazo en la adolescente, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de las menores, así mismo servir de eje para mejorar las acciones de promoción y prevención en salud.

VI. RECOMENDACIONES

Al evidenciar una prevalencia de embarazo en adolescentes tan elevada en el municipio de Magangué, se deben fortalecer las acciones de demanda inducida para incorporar a las adolescentes a programas de planificación familiar efectivos.

Siendo el nivel socioeconómico un factor decisivo en el inicio de relaciones sexuales a temprana edad sin protección, se deben adelantar estrategias que propendan por la disminución de la deserción escolar y una educación comunitaria a los núcleos familiares.

Implementar acciones orientadas a reducir el riesgo de estimular las relaciones sexuales a edades tempranas, especialmente en los espacios y ámbitos sociales, culturales o recreacionales, donde interactúen las menores.

Hacer un llamado de carácter prioritario a las autoridades sanitarias del municipio para que, en conjunto con la institución hospitalaria, analicen los enfoques de riesgos aplicables a dicha población.

Garantizar que toda adolescente gestante, tenga acceso a los servicios de salud, llevando a cabo los controles prenatales para el desarrollo normal del neonato y así evitar las complicaciones antes mencionadas a la gestante, por otra parte, hacer énfasis en la educación temática de la sexualidad desde el componente familiar hasta el nivel educativo.

Conflicto de Interés: Los autores no declaran conflicto de interés.

Agradecimientos: E.S.E Hospital La Divina Misericordia.

REFERENCIAS

1. United Nations Children's Fund y Plan International. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Informe Final de UNICEF; Panamá: Plan y UNICEF; 2014
2. HolaDoctor.com. Embarazo en la adolescencia [internet]. HolaDoctor.com; 2011 [actualizada 2019; acceso 20 agosto 2018] Disponible en <https://holadoctor.com/es/adam/embarazo-en-la-adolescencia>
3. United Nations Children's Fund. Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: Una época de oportunidades. UNICEF; Nueva York: UNICEF; 2011.
4. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Boletín OMS. 2009;87:405-484.
5. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina 2001;107:11-23.
6. Carreón VJ, Mendoza SH, Pérez HC, Gil AI, Soler HE, González SR. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Archivos de medicina Familiar.2004;6(3):70-73.
7. Herrera JA, Ersheng G, Shahabuddin AKM, Lixia D, Wei Y, Faisal M, et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y

- perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica.2006;37(2):6-14.
8. Francois KE, Foley MR. Antepartum and postpartum hemorrhage. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2007
 9. Mayer ML., Barbosa SB., Benítez SM., Fochesatto NA. Nacimientos en Pacientes Menores de 20 Años, en el Hospital Dr. Ramón Madariaga. Posadas, Misiones. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2006;161:1-4.

REPORTE DE CASO

The VIP patient syndrome in Latin America is known as “The recommended patient syndrome” a tale of unfortunate decisions and complications.

Daniel Mauricio Núñez Campos^{1*}, Liliana Villamil Núñez², Oscar Libardo Gómez Acevedo³, María Camila Peña Pineda⁴.

¹⁻²Departamento de Emergencias. Residente de tercer año Medicina de Emergencias. Universidad del Rosario-Fundación Santa fe. Bogotá., Colombia.

³Departamento de Emergencias. Residente de segundo año Medicina de Emergencias. Universidad del Rosario-Fundación Santa fe. Bogotá., Colombia.

⁴Estudiante de Medicina. Universidad el Bosque. Bogotá, Colombia.

RESUMEN

Cuando un paciente tiene relación social, económica o familiar con el equipo de salud que lo trata en el servicio de Urgencias existe un riesgo sutil de tomar decisiones poco ortodoxas, además de usar recursos de manera excesiva, romper protocolos de manejo y en el peor de los escenarios causar complicaciones inesperadas al paciente. El síndrome de paciente recomendado es una entidad descrita, consistente en una serie de complicaciones médicas que involucran a un paciente que ha ingresado a una institución y tiene un vínculo económico, social o familiar con los médicos que lo atienden.

Reporte de Caso: reportamos el caso de una paciente de 55 años familiar de un médico de urgencias quien ingresa a emergencias con un cuadro de dolor abdominal, al ingreso se sospecha apendicitis versus masa abdominal. Realizan tomografía abdominal contrastada, y la paciente presenta una reacción alérgica al medio de contraste requiriendo intubación orotraqueal la cual fue selectiva y llevo a una atelectasia masiva. Después de la extubación presenta sobredosis por fentanilo y finalmente estrés postraumático al egreso.

Conclusión: En Latinoamérica el síndrome de paciente recomendado es una entidad que existe, esta poco descrita, en nuestro conocimiento nunca ha sido cuantificada. Los pacientes son víctimas de múltiples complicaciones no malintencionadas, que se originan en el deseo del equipo médico de brindar una atención más cercana, rápida y personalizada. Se puede prevenir fortaleciendo los principios éticos de atención, realizando una historia clínica adecuada y un examen físico detallado.

Palabras clave: recomendado, medio contraste / efecto adverso, fentanilo/toxicidad, intubación /efecto adverso

ABSTRACT

The VIP patient syndrome in Latin America is known as “The recommended patient syndrome” a tale of unfortunate decisions and complications.

When a VIP patient or a patient who has an economic, social or family relationship with the doctors who treat them, arrive to the ER there is a subtle risk of making unorthodox decisions, Also, wasting resources,

breaking standards of care and in the lowest scenario causing unintended complications to the patient.

Case Report: We report a 55-year-old patient related to a physician. She was admitted to the emergency room due to abdominal pain, on admission was suspected appendicitis versus abdominal mass, an abdominal CT scan with contrast was performed and she developed an allergic reaction due to the contrast, she required intubation that was complicated with selective intubation and a massive atelectasis. After removal the orotracheal tube she presented fentanyl toxicity and finally after discharge developed post-traumatic stress.

Conclusion: in LA (Latin America) this syndrome is an entity that exists, has been little described and in our knowledge has never been quantified. Patients are victims of multiple non-malicious complications, which originate in the desire of their health team trying to provide a closer, faster and more personalized attention outside of the guidelines of treatment. Ethical principles and prevention should be strengthened through an adequate clinical history and a detailed physical examination to avoid this event.

Keywords: VIP syndrome, contrast media/adverse effect, fentanyl toxicity, endotracheal intubation/adverse effects.

*Autor de correspondencia:

Daniel Mauricio Núñez Campos

daniel.nunez@urosario.edu.co

Como citar: Núñez Campos, DM, Villamil Núñez, L, Gómez Acevedo, OL, Peña Pineda

MC. The VIP patient syndrome in Latin America is known as “The recommended

patient syndrome” a tale of unfortunate decisions and complications. Revista Cuarzo

2019;25(1):16-20.

Recibido: 25 de noviembre de 2018

Aceptado: 7 de febrero de 2019

Publicado: 30 de junio de 2019

DOI:<https://doi.org/10.26752/cuarzo.v25.n1.391>



License creative Commons

I. INTRODUCTION

In Latin America there is scarcity of literature about the syndrome known as “the recommended patient” defined as the presence of unexpected or unusual complications in patients that their health team are trying to give a better assistance (1). In industrialized countries, it has been described as a related phenomenon known as VIP syndrome, this was first described in 1964 by Dr. Walter Weintraub at the Psychiatric hospital where he defined what VIP syndrome means, he found that the VIP patients were victims of the doctors who were trapped in this syndrome (2).

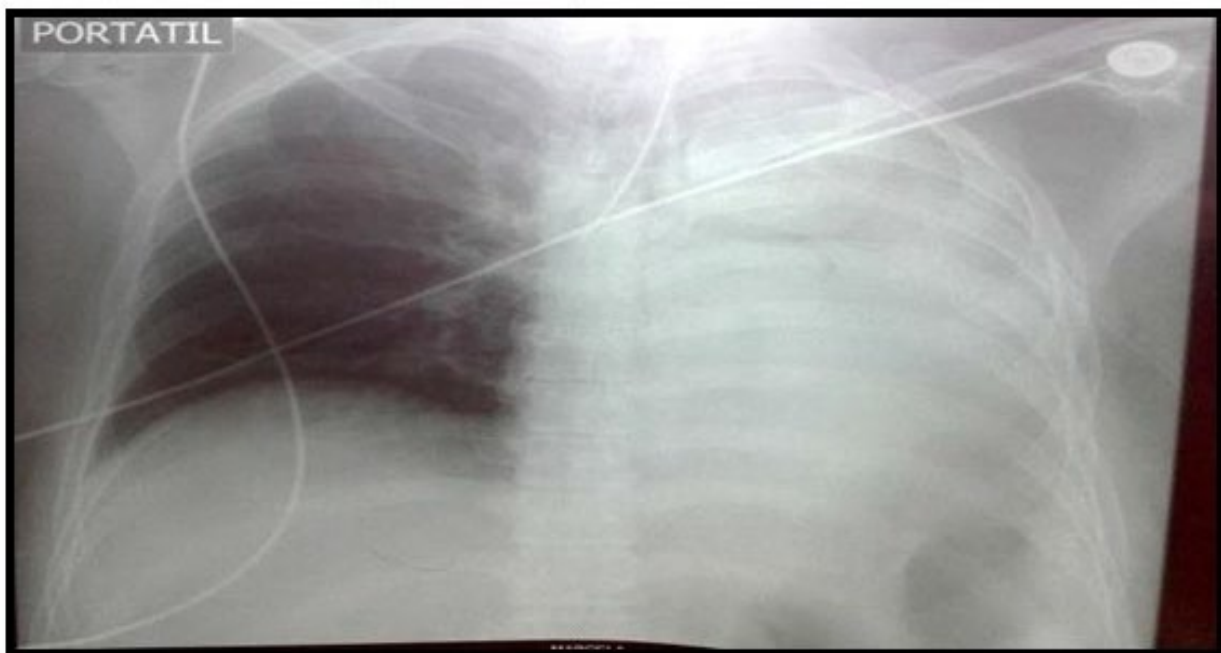
II. CASE REPORT

A 55-year-old woman with a history of recurrent gastritis was brought to the ER by his physician son for 8 hours of abdominal pain in right lower quadrant, associated to fever, nausea and four episodes of liquid stools. Vital signs were: bloodpressure, 135/80 mmHg; heart rate, 95 beats/ minute; respiratory rate, 17 breaths/minute; oral temperature, 38,0°C. At physical examination she had a soft and non-distended abdomen, with localized tenderness without guarding in the right lower quadrant, and a palpable painless mass in hypogastrium. Blood test results showed an elevated white blood cell count of 15,450u/L, hemoglobin 14,6g/dl and platelets 245mil/mm³. Twenty minutes after the injection of contrast for an abdominal CT scan she developed, dyspnea, oppressive chest pain, and cyanosis. Her saturation dropped to 60% at a FiO₂ of 21%. She was transferred immediately to a reanimation room and 2 L/min oxygen was administered through a facial mask. Then, received

an injection of 1 mg of epinephrine and 200 mg of hydrocortisone and 50 mg of ranitidine. However, she did not improve, and she remained drowsy, about 10 minutes later she went to endotracheal intubation with a rapid sequence of intubation. She received 5 mg of midazolam (iv), 100 mcg of fentanyl (iv) and 30 mg rocuronium (iv). However, her saturation value did not improve, and her chest x-ray showed a left pulmonary collapse with a selective right bronchial intubation. Figure 1. The tube was relocated and five hours later she was Weaning from the ventilator.

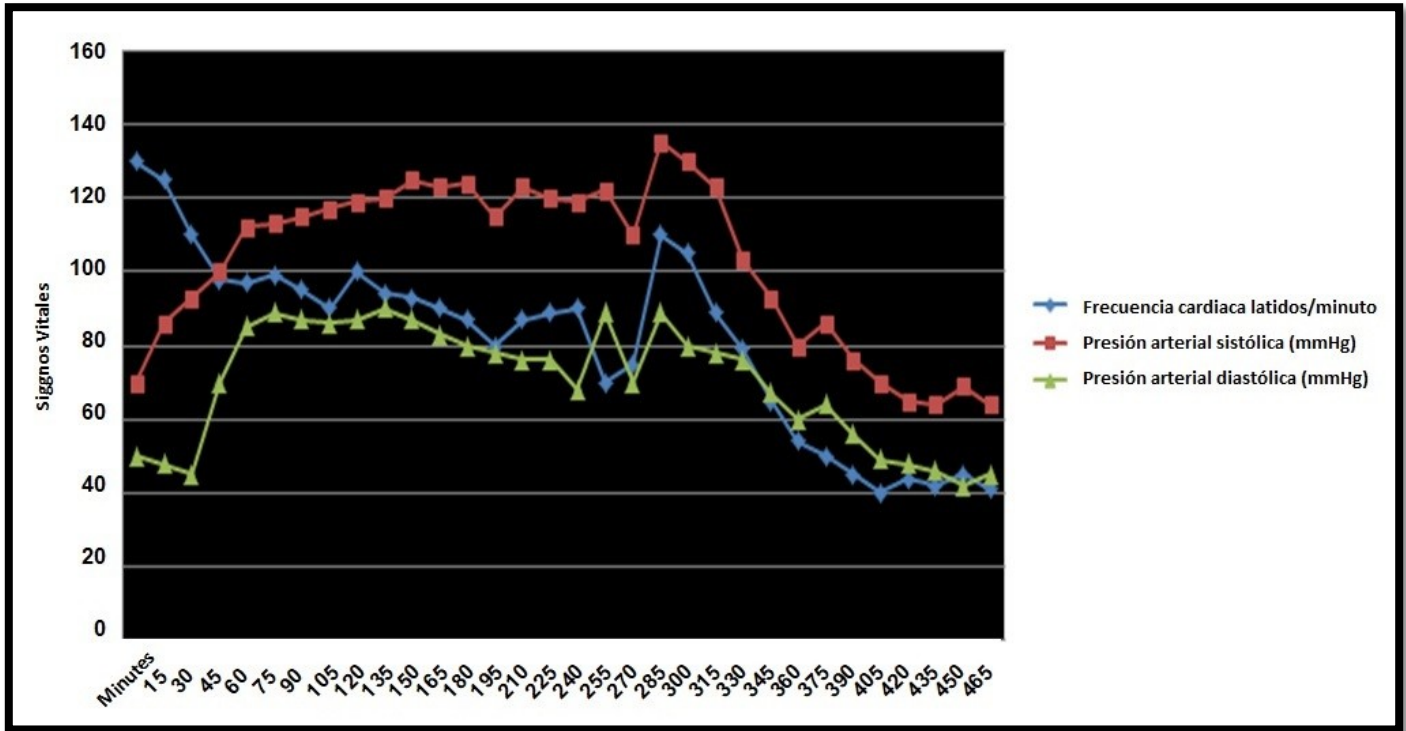
After removal the orotracheal tube the patient was alert. However, during the following 3 hours, she became sleepy but easily arousable. Also, bradipsychic, bradycardic and hypotensive (Graphic 1). Suddenly, she developed horizontal nystagmus, her pupils were miotic and had signs of respiratory depression. Her airway was secured once again, and all the monitors were checked. Her fentanyl infusion was running since her first attempt of removal orotracheal tube. It was suspected opioid toxidrome and 0,4mg of naloxone (iv) was administered. After 1 minute she responded and improved her neurological status. She was transferred to an intensive care unit, where she recovered satisfactorily. She remains in the wards during 7 days for an episode of acute diarrhea and no tolerance to oral intake. Later recovery she was discharge with no medications. At home, she experienced anxiety, insomnia and nightmares with visualization of what happened. She was diagnosed with post-traumatic stress syndrome and required clonazepam for 3 months to control her symptoms. Finally, she tapered the medication and did not required any other intervention. Table 1.

Figure 1: Chest-x-ray With Left Massive Atelectasis



Source: Courtesy from MCA.

Graphic 1: Vitals Sings of a Patient With Fentanyl Toxicity



Source: Data From e-health record.

Table 1: Past Medical History

PERSONAL HEALTH HISTORY	COMPLICATIONS BY CLINICAL CONDITION	CONDITIONS FOR BEING A VIP PATIENT	IN FAVOR OF VIP PATIENT
<i>Personal: Married, Catholic, 2 child's, Professional Social Worker</i>	No relationship	Family doctor	special treatment
<i>Medical Conditions: Gastritis (2004)</i>	None	Attention by the son's colleagues	Unnecessary exams
<i>Overweight (2000)</i>	Difficult airway	Attention by the son's colleagues	Fear to erring
<i>abdominal wall eventration (2013)</i>	Difficulty abdominal palpation.	Vigilance in resuscitation for your child	No follow the rules
<i>Allergies: None</i>	No relationship	removal of endotracheal tube	No follow the protocols
<i>Medication: Esomeprazole 20 mg/day (2004)</i>	No relationship	Infusion of fentanyl without control	Inadequate communication
<i>Surgical history: C-section #1 (1987) C-section (1989)</i>	Difficulty abdominal palpation	Prolonged hospitalization	Fear to erring
<i>hysterectomy (2010), enterorrhaphy (2011)</i>	Difficulty abdominal palpation		
<i>Social: None</i>	No relationship		
<i>G/O: G2C2V2A0, Pomeroy, FUR 2010.</i>	No relationship		
<i>Family: Mom: Sotmach CA,</i>	No relationship		
<i>Dad: Lung CA and allergic to contrast material (1997).</i>	No relationship		
<i>allergic to contrast material (1997)</i>	Genetic based		

Source: Data From e-health record.

III. DISCUSSION

The recommended patient syndrome presents itself as a series of medical complications that involve a patient who has an economic, social or family relationship with the doctors who treat him (1). In LA we found very few reports of this syndrome (1,4). In our knowledge there is no data of the frequency of this event in the emergency department even though, many people have a relative, friend or acquaintance who works in the health system and is susceptible of this occurrence.

Clinical manifestations

The VIP syndrome results when the process of care is not the regular by cause of the relationship between the physician and the patient. the unexpected complications are favored by a chain of mistakes, that start with an incomplete medical record, or perform the physical examination on inappropriate places or do an excess of diagnostic procedures which ends on unfortuitous complications.

Pathogeny

The medical decisions are made according to the findings found in the anamnesis and in the physical examination; Many times, the decisions are correct, however in this syndrome the final decision take a different path because there are no adequate conditions from the beginning of the encounter (4).

Sanz Rubiales et al suggest many causes for the appearance of this syndrome in clinical practice: a) Patients preferences for a prestigious physician. b) inadequate space and time for the consultation c) incomplete clinical records. d) Incomplete or excessive use of diagnostic tools. e) over treatment in a fashion of "better is more than less" (1).

Ethical aspects:

In addition to the VIP syndrome, the emergency room, is one of the first scenarios where the physicians have contact with VIP patients, they are called that because of the acronym in English that means "Very important people" who enjoy a social status and/or economic that privileges them and makes use of it to influence and modify the treatment they have in medical care (5). In other words, the benefits of care are based on a reduction of waiting time, personalized attention, special locations, care by the head of the department, treatments and unnecessary paraclinical (6). The VIP patient has 2 routes, the first one where the patient demands their treatment preferences to the institution, and the other, where the institution or the physician is the one who inadvertently provides sumptuous and preferential treatment, that in some cases ends with unfavorable outcomes for the patient (7).

To continue Illen Dicker describes there is a pressure associated with the care of these patients, close to 67% of the doctors exposed to the treatment and management of a VIP patient, said to feel an external pressure about the possible outcomes of their patient, and does not act according to the medical logic, In addition to this feeling, the study reported that 56% of the

physicians agreed to the demands of the patients regardless of whether they were relevant to their treatment (8). This is where the ethical dilemma of the physicians begins, a struggle between their autonomy and what is justly correct, a struggle between what should be done and what the patient wants to be done. This triggers a loss of clinical objectivity (9). Many times, the physician's desire to provide personalized and special treatment to their patients creates a dispute between medical autonomy and the principle of beneficence (10).

To avoid these mistakes, institutions and personnel in charge for the care of VIP patients must provide professional care based on ethical principles and science. Experts propose to array a portfolio of services based on nine principles, these nine principles can be summarized as follow: First, do not forget the usual rules and roles, work as a team, communicate well with the patient and your colleagues, manage media adequately, medical care shouldn't be borrowed by the boss, always address conducts based on science and not on the patient's wishes, ensure patient care, never accept gifts and work only with staff of your institution and not with outsiders (11).

Our case 2: Our patient was admitted for abdominal pain, fever and diarrhea. The most common cause of this symptoms in our geographical area would be an acute diarrheal disease. Because the patient was related to a physician, they wanted to rule out a most serious pathology like appendicitis. The subsequent difficulties were not caused directly by the physicians. But nevertheless, the change of common practice guidelines facilitated the occurrence of those unusual complications.

IV. CONCLUSIONS

The VIP patient is the person who arrives at the health institution and enjoys a higher status, whether due to social, political, religious, economic or family ties with health personnel. This link or quality creates personalized attention. This is often reflected in unjustified and unnecessary exams and treatments; this may trigger non-objective attention with the appearance of inappropriate and biased behaviors, which cause an unfavorable outcome. This is where the recommended patient syndrome emerges. Yet until now there is no measured direct determinant that links a clinical attribute of the patient or his environment with the appearance of this syndrome. In conclusion, its appearance could be caused by an antecedent or direct clinical variable of the patient or by the special attention to which it is exposed. Studies are needed to determine the final etiology.

Written consent was obtained from the patient to use her medical records and images in the publication of this manuscript. The authors have no competing nor financial interests.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

REFERENCES

1. Sanz-Rubiales A, Del Valle-Rivero M, Flores-Pérez L, Hernansanz S, García-Recio C, López-Lara M. El síndrome del recomendado. *An Med Int*, 2002;19(8):430-433.
2. Weintraub W. The VIP syndrome: a clinical study in hospital psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 1964;(138):181-193.
3. Stelfox, H. The “To Err is Human” report and the patient safety literature. *Quality and Safety in Health Care*. 2006;15(3):174-178.
4. Hernández M, Gea P, Medina L, Melgar García A, Sánchez Pinilla M. Hipertensión arterial dentro del síndrome del recomendado. *Hipertensión* 2002;19(7):327-328.
5. Mariano EC, McLeod JA. Emergency care for the VIP patient. *Intensive Care Medicine*. New York, NY: Springer New York; 2007. p. 969-75.
6. Diekema DS. The preferential treatment of VIPs in the emergency department. *Am J Emerg Med* 1996;14(2):226-9.
7. Block AJ. Beware of the VIP syndrome. *Chest* 1993;104(4):989.
8. Ilen-Dicker J, Auerbach A, Herzig SJ. Perceived safety and value of inpatient “very important person” services. *J Hosp Med* 2017;12(3):177-9.
9. ABIM Foundation. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*. 2002;136(3):243-246.
10. Alfandre D, Clever S, Farber N, Hughes M, Redstone P, Lehmann L. Caring for ‘Very Important Patients’—Ethical Dilemmas and Suggestions for Practical Management. *The American Journal of Medicine*. 2016;129(2):143-147.
11. GUZMAN J, SASIDHAR M, STOLLER J. Caring for VIPs: Nine principles. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2011;78(2):90-94.

REPORTE DE CASO

Absceso de Psoas Secundario a un Adenocarcinoma Mucinoso de Colon Perforado: Semiología.

Lina M. Ortiz^{1*}, Gonzalo B. Ferreira², Andrés M. Duarte³

¹Estudiante de Medicina. Undécimo semestre. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Colombia

²Docente. MD. Especialista en Medicina Familiar. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Colombia

³Médico Patólogo, Clínica Corpas. Docente Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Colombia

RESUMEN

El absceso de psoas secundario a adenocarcinoma mucinoso de colon perforado, es una entidad poco frecuente que ocurre en el 1,8 % de la población, lo que dificulta su diagnóstico e incrementa su morbimortalidad (1).

A nuestra institución ingresa un paciente con diagnóstico de absceso de psoas de etiología desconocida pálido en regulares condiciones generales, antecedentes de drenajes a repetición, al examen físico presencia de catéter sobre cresta iliaca derecha con salida de escaso líquido seroso purulento, paraclínicos con evidencia de anemia normocítica heterogenea, trombocitosis y eosinofilia.

Como posible diagnóstico se consideró espondilodiscitis, se realizó una radiografía de tórax para descartar tuberculosis pulmonar y RMN (Resonancia Magnética Nuclear) que reveló solución de continuidad en la pared posterior del ciego con colección que se extendía en la pared lateral de la pelvis. Afectando el componente iliaco del músculo psoas iliaco derecho, hallazgo sugestivo a lesión tumoral, probablemente adenocarcinoma mucinoso de ciego perforado.

Paciente se lleva a hemicolectomía derecha con reporte histopatológico de tumor en el ciego con perforación macroscópica presente de tipo adenocarcinoma de patrón mucinoso de alto grado con pobre respuesta linfoide, extensión hasta la serosa con perforación, metástasis a 2 ganglios e implantes tumorales al mesogastrio, clasificación pT4N1M1. Se instaura manejo con drenaje, antibioticoterapia, hierro y se inició proceso de remisión a clínica oncológica.

El caso nos permitió reconocer el rendimiento operativo de las pruebas diagnósticas y de la importancia de su integración con la semiología del paciente, elementos que fueron fundamentales para llegar a un diagnóstico certero.

Palabras clave: Absceso de psoas, adenocarcinoma mucinoso, supuración.

ABSTRACT

Abscess of Psoas Secondary to a Mucinous Adenocarcinoma of Perforated Colon: Semiology. Case Report.

Psoas abscess secondary to perforated colon mucinous adenocarcinoma is a rare entity that occurs in 1.8% of the population,

which makes it difficult to diagnose and increases morbidity and mortality (9).

A patient with a diagnosis of psoas abscess of unknown pale etiology in regular general conditions, a history of recurrent drainage, a physical examination, presence of a catheter on the right iliac crest with leakage of scarce purulent serous fluid, paraclínicos with evidence of anemia. normocytic heterogeneity, thrombocytosis and eosinophilia.

As a possible diagnosis, spondylodiscitis was considered, a chest x-ray was performed to rule out pulmonary tuberculosis and MRI (Nuclear Magnetic Resonance) revealed a continuity solution in the posterior wall of the caecum with a collection that extended into the lateral wall of the pelvis. Affecting the iliac component of the right iliac psoas muscle, finding suggestive of a tumoral lesion, probably mucinous adenocarcinoma of the perforated caecum. Patient undergoes right hemicolectomy with histopathological report of blind tumor with macroscopic perforation present of type adenocarcinoma of high grade mucinous pattern with poor lymphoid response, extension to the serosa with perforation, metastasis to 2 lymph nodes and tumor implants to mesogastrium, classification pT4N1M1. Management was initiated with drainage, antibiotic therapy, iron, and the process of referral to the oncology clinic began. The case allowed us to recognize the operational performance of the diagnostic tests and the importance of their integration with the semiology of the patient, elements that were fundamental to reach an accurate diagnosis

Keywords: Psoas abscess, adenocarcinoma mucinous, suppuration

*Autor de correspondencia:

Lina María Ortiz Sierra

linama-ortiz@juanncorpas.edu.co

Como citar: Ortiz Sierra, LM, Bernal Ferreira, G., Duarte, AM.

Absceso de Psoas Secundario a un Adenocarcinoma Mucinoso de Colon Perforado:

Semiología. Reporte de Caso. Revista Cuarzo 2019;25(1):21-27.

Recibido: 12 de febrero de 2019

Aceptado: 24 de mayo de 2019

Publicado: 30 de junio de 2019

DOI: <https://doi.org/10.26752/cuarzo.v25.n1.425>



License creative
Commons

I. INTRODUCCIÓN

El absceso de psoas, es una colección purulenta localizada en el compartimento de los músculos iliaco y psoas, que se encuentra en relación con órganos como: riñones, colon sigmoide, ciego, linfáticos, yeyuno, apéndice, páncreas, aorta abdominal y uréter (1). Este se puede clasificar en primario o secundario, dependiendo de la presencia o ausencia de una enfermedad subyacente. El absceso primario, ocurre por diseminación hematógena de una infección oculta sin demostración de foco infeccioso, el absceso de psoas secundario a su vez se presenta cuando el foco de infección es continuo o a distancia, la enfermedad de Crohn es una causa llamativa de presentación en estos casos. Los pacientes con intervención quirúrgica en estas zonas presentan también riesgo de desarrollar absceso de psoas secundario (2,3).

Los abscesos de psoas primarios ocupan en África y Asia el 99 % en Europa el 17% y América del Norte 61 %. Es más prevalente en el sexo masculino y se localiza con mayor frecuencia al lado derecho (4). Solo en un 20 % de los casos se puede llegar al factor causal. La mayoría de los abscesos primarios son monomicrobiales (*Staphylococcus* spp), ocupando el 93 % de los casos, mientras que el absceso de psoas secundario suele ser polymicrobial en el 27 % de los casos, distribuyéndose de la siguiente manera: *Staphylococcus aureus* (18% - 90%) *Escherichia coli* (9% - 21%) *Proteus mirabilis*, *Mycobacterium tuberculosis* (36%) *Streptococcus* grupo B (9%) *Bacteroides fragilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Prevotella* sp. *Streptococcus mitis* y *Brucella* spp. *Salmonella enteritidis* (9%) En la actualidad, se describe una distribución global para el absceso primario de psoas entre el 30 – 45 % y para el secundario entre 55 – 70 %. El primario se presenta en menores de 30 años y se asocian con *S. aureus* entre el 85 – 90 % (5).

El 80 % de los abscesos secundarios se originan del tracto gastrointestinal, sin embargo, la literatura menciona que las causas más frecuentes de absceso de psoas secundario son las de tejido óseo, como lo son la osteomielitis vertebral en un 26,6 %, seguida del absceso epidural, mientras que en el grupo de las gastrointestinales la más frecuente es la diverticulitis con un 5,5 % y el cáncer colorrectal tan solo con un 1,8 %, afirma también que el absceso de psoas secundario a perforación de cáncer de colon es extremadamente raro y esta presentación atípica retrasa el diagnóstico de cáncer de colon generando una mayor morbimortalidad. En el 30 % de los pacientes con absceso de psoas se presenta la triada clásica conformada por fiebre, dolor lumbar y limitación del movimiento de la cadera, derivada de su inervación por las raíces L2, L3 y L4. Otros síntomas pueden ser náuseas, pérdida de peso, anorexia, dolor lumbar (91%) de los casos, la fiebre en el (75 %) y signo de psoas positivo (85%) (6).

El hemograma revela presencia de leucocitosis > 10.000/ml o 15.000/ml en el 83 % de los casos, anemia, hemoglobina <11 g/dL en un 42,6%, la trombocitosis es menos frecuente se

presencia en el 27 % de los pacientes, mientras que la velocidad de sedimentación >50 se ve en el 73 % de los casos.

El Gold estándar basados el rendimiento operativo de la prueba la sensibilidad de la RMN es de 88%, mientras que, para la TAC simple, TAC mejorada reportan una sensibilidad para el absceso de psoas de 78%, 86% respectivamente. La RMNes útil cuando la patología es tumoral o existe una infección adyacente a los cuerpos o canales vertebrales, la ultrasonografía muestra la presencia de sombra o de gas en la zona, esta no suele ser definitiva, también se pueden ver lesiones hipodensas infiltración rodeada de grasa; la resonancia magnética es el examen más utilizado ya que permite una adecuada visualización de los tejidos blandos y estructuras adyacentes y una especial visualización de los cuerpos vertebrales. Un estudio realizado en el hospital de Kimitsu Chuo, China demostró que, a partir de los seis días posteriores al inicio de los síntomas, la sensibilidad de cada modalidad fue del 100%. Mientras que la sensibilidad desde el primer día hasta los cinco días fue solo del 33%, 50% y 50%, respectivamente este sugirió que ambas modalidades pueden pasar por alto un absceso en su etapa temprana (7).

II. REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 63 años, residente en la ciudad de Girardot, albañil, sin ninguna morbimortalidad referida, manifiesta tener una vida tranquila Ingresó el 4 de marzo del 2018 a una institución de salud con cuadro clínico de 1 día de evolución, consistente en dolor en flanco y fosa iliaca derecha asociado a fiebre. Al examen de ingreso presenta taquicardia sin fiebre, no se evidencian signo de irritación peritoneal. Se ordenan paraclínicos donde encuentran: hemoglobina 5 mg/dL y VCM 62 acompañado de trombocitosis, endoscopia que mostró moniliasis esofágica, colonoscopia que reporta hemorroides e hipertrofia prostática benigna con regular preparación, tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen evidencia colección en musculo iliaco derecho de 118*89*70 mm el cual es drenado, reporte del cultivo negativo y Ziehl Neelsen negativo con respuesta leucocitaria abundante por lo que se inició manejo intrahospitalario con lincosamina y penicilina por 28 días y es dado de alta.

El 4 de mayo del 2018 reingresa a una nueva institución prestadora de salud por reinicio de dolor en fosa iliaca derecha irradiado a miembro inferior derecho, sin fiebre con pérdida importante de peso. Se realizó nueva tomografía encontrando: absceso de psoas, el cual se drena por medio de catéter, deciden remitir a nuestra institución. A su ingreso se observa paciente con tensión arterial 110/70 mmHg frecuencia cardiaca 79 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 16 respiraciones por minuto, pulso oximetría 93% al medio ambiente. Al examen físico se evidencia paciente pálido en regulares condiciones generales delgado con un peso 64 kg y un IMC 21.63, se observa en abdomen la presencia de catéter sobre cresta iliaca derecha con salida de escaso líquido seroso purulento. Durante su estadía en el hospital se toman paraclínicos (ver Tabla 1).

Tabla 1: Paraclínicos Junio del 2018

EXAMEN	
Fecha: 6/06/2018	
Bioquímica:	
-	BUN: 11.8 mg/dl
-	Sodio: 141 mEq/l
-	Potasio: 4.47 mEq/l
-	Cloro: 103 mEq/l
-	Calcio: 9 mEq/l
-	Proteína c reactiva: 5.88
-	Hierro total 18
-	Capacidad de combinación de hierro: 333.9
-	Saturación de transferrina: 5.5
-	Glucosa en suero u otro fluido: 91.5 mg/dL
-	Creatinina :0.73 mg/dL
Endocrinología:	
-	Ferritina: 55,6
Hematología:	
-	Leucocitos: 6.85 K/uL
-	Neutrófilos: 61.9 %
-	Linfocitos: 21.9 %
-	Monocitos: 7.4 %
-	Eosinófilos: 8.5%
-	Basófilos: 0.30 %
-	Recuento de eritrocitos: 5.02 M/uL
-	Hematocrito: 37.9 %
-	Hemoglobina: 11.5 mg/dL
-	MCV: 75.5 fL
-	MCH: 22.9 pg
-	MCHC: 30.3 g/dL
-	RDW: 17.7 %
-	Recuento de plaquetas automatizado: 818 K/uL
-	MPV: 9.3
-	PT: 15.9
-	INR: 1.21
-	TTP: 32.10
Microbiología:	
-	Coloración gram: negativo
-	Cultivo para microorganismos: negativo
Fecha: 7/06/2018	
Parcial de orina	
-	Color: amarillo
-	Aspecto: limpio
-	Densidad: 1015
-	pH: 7
-	leucos/esterasas: (-)
-	nitritos: (-)
-	proteínas: (-)
-	glucosa: normal
-	cetonas: (-)
-	urobilinógeno: normal
-	bilirrubina: (-)
-	eritrocitos: (-)
-	bacterias: escasas
-	células epiteliales: 1
-	leucos: 2
-	hematíes: 1 mg
Fecha: 13/06/2018	
Endocrinología:	
-	Antígeno específico de próstata: 0.65
-	Antígeno carcinoembrionario: 17.90
-	Alfa fetoproteína: 5.42
-	Antígeno de cáncer de tubo digestivo ca19-9: 95.80
Fecha: 25/06/2018	
Hematología	
-	Leucocitos: 7.45 K/uL
-	Neutrófilos: 54.20 %
-	Linfocitos: 22.8 %
-	Monocitos: 9.7 %
-	Eosinófilos: 12.5 %
-	Basófilos :0.80 %
-	Recuento de eritrocitos: 4.47 K/uL
-	Hematocrito: 34.6 %

-	Hemoglobina: 10.5 mg/dl
-	MCV: 77.4 fL
-	MCH: 23.5 pg
-	MCHC: 30.3 g/dL
-	RDW: 20.4 %
-	Recuento de plaquetas automatizado: 365 K/uL
-	MPV: 9.4
-	TP: 14.4
-	INR: 1.09
-	TTP: 24

Fecha: 26/06/2018

Bioquímica:	
-	BUN: 17.9 mEq/l
-	Sodio: 142 mEq/l
-	Potasio: 4.47 mEq/l
-	Cloro: 106.6 mEq/l
-	Calcio: 8.6 mEq/l
-	Creatinina 0.87 mg/dL

Fecha: 28/06/2018

Hematología	
-	Leucocitos: 14.34 K/uL
-	Neutrófilos: 82.9%
-	Linfocitos: 7.3 %
-	Monocitos: 6.9 %
-	Eosinófilos: 2.80 %
-	Basófilos: 0.10 %
-	Recuento de eritrocitos: 4.06 K/uL
-	Hematocrito: 32 mg/dL
-	Hemoglobina: 9.8 mg/dL
-	MCV: 78.8 fL
-	MCH: 24.1 pg
-	MCHC: 30.6 g/dL
-	RDW: 21 %
-	Recuento de plaquetas automatizado: 341 K/uL
-	MPV: 9.3

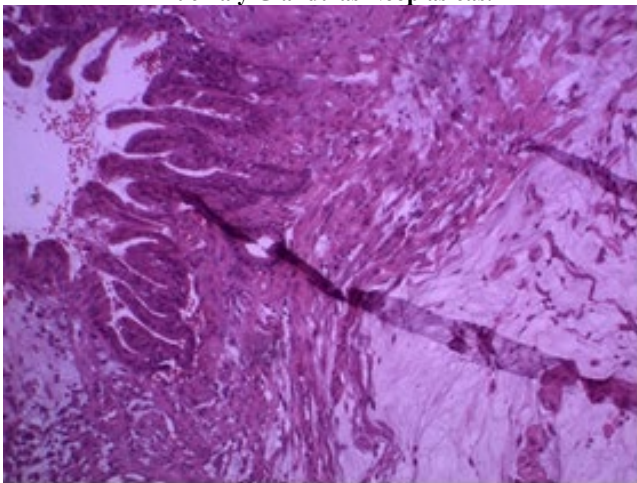
Fuente: Autores

La TAC y las características del dolor, el antecedente de drenajes a repetición y el tiempo de evolución del cuadro clínico hicieron pensar como posible diagnóstico una espondilodiscitis por lo que se realizó una radiografía de tórax para descartar tuberculosis pulmonar y una ecografía de tejidos blandos la cual mostró imagen con ecogenicidad de 59x56*85 mm sobre el músculo del psoas, colección de 70*42*80, la cual fue drenada por radiología intervencionista y RMN ya que es el Gold estándar para espondilodiscitis con un 96% de especificidad y un 92% de sensibilidad (8). Esta reveló solución de continuidad en la pared posterior del ciego, con colección que se extendía en la pared lateral de la pelvis, afectando el componente iliaco del músculo psoas iliaco derecho, la lesión era heterogénea con proyecciones papilares, con leves cambios inflamatorios y hallazgo sugestivo a lesión tumoral, probablemente adenocarcinoma mucinoso de ciego perforado con extensión en los tejidos blandos de la pared pélvica lateral. Con estos resultados se procedió a realizar una colonoscopia con biopsia la cual fue de inspección anal normal, tacto rectal esfínter normotónico, no masas, ampolla vacía, guante sin sangre, anoscopia se observan paquetes hemorroidales internos posterolaterales que superan la línea dentada se explora hasta colon derecho donde se observa lesión exofítica que compromete el 80 % de la circunferencia, adenocarcinoma moderadamente diferenciado con focos mucoproducentes en un 30% infiltrante, sin invasión vascular ni perineural.

III. MANEJO

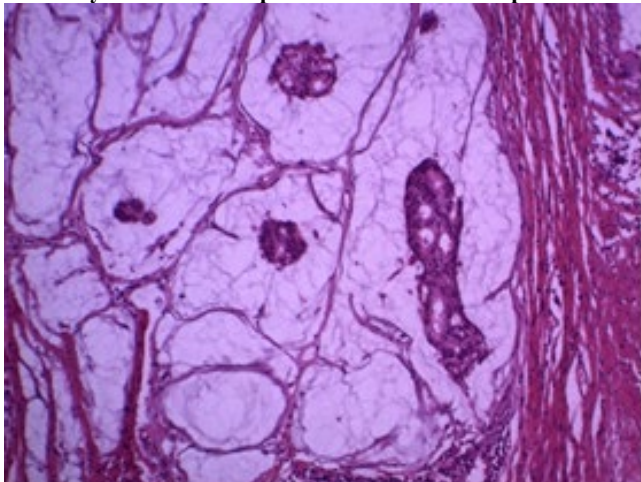
Se inició tratamiento antibiótico empírico desde el ingreso a nuestra institución este se instauró durante los siguientes 10 días con ampicilina sulbactam 3 gramos intravenoso cada 6 horas, metronidazol 500 miligramos intravenoso cada 8 horas y albendazol tableta de 200 mg al día durante cinco días. Se decidió llevar al paciente a un procedimiento quirúrgico, hemicolectomía derecha del ciego íleon terminal y colon derecho de 32 cm, encontrando tumor en el ciego de 5.0 x 5.0 x 3.0 cm con perforación macroscópica presente de tipo adenocarcinoma mucinoso 80 % de alto grado con respuesta linfoide intramural y peritumoral mínima extendido hasta la serosa con perforación, metástasis a 2 ganglios y con implantes tumorales al mesogastro, mucinosa que drena hacia peritoneo, siembras peritoneales diseminadas por todo epiplón menor (ligamento gastrohepático, ligamento redondo epiplón mayor cara anterior del estómago y el meso intestinal desde su raíz) clasificación pT4N1M1 (ver imágenes).

Imagen 1: Compromiso Mural con Formación de Lagos de Mucina y Glándulas Neoplásicas.



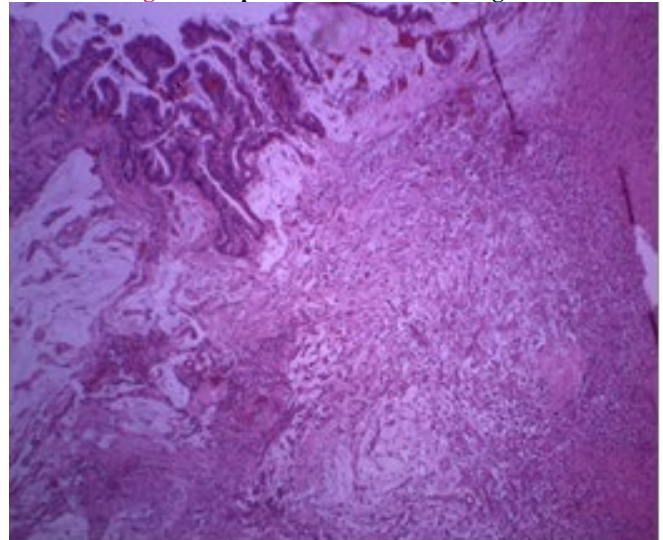
Fuente: Autores

Imagen 2: Compromiso Mural con Formación de Lagos de Mucina y Glándulas Neoplásicas Disecando la Capa Muscular.



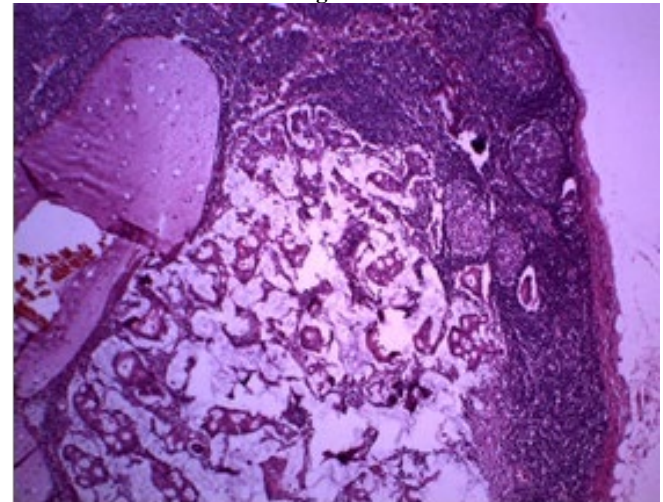
Fuente: Autores

Imagen 3: Implante Tumoral en Mesogastro.



Fuente: Autores

Imagen 4: Compromiso Metastásico en Ganglio Linfático Regional.



Fuente: Autores

El paciente continuó en manejo con el servicio de cirugía allí se vigiló evolución clínica se le realizaron limpiezas a la herida una vez al día, cuantificación de drenaje con dren Jackson el cual fue retirado en el transcurso de 3 días, culminó antibiótico instaurado y tras posoperatorio favorable y no presentar eventos adversos se decidió dar egreso al paciente siendo interconsulta do por el servicio de oncología para continuar con su tratamiento.

Tabla 1: Evolución Clínica del Paciente.

HALLAZGO CLÍNICO

Fecha: 04/03/2018

(Revisión de HC Extra Institucional)

Dolor en flanco derecho y fosa iliaca derecha irradiado a miembro inferior derecho, taquicardia, taquipnea, sugieren apendicitis.

Fecha: 04/03/2018

(Revisión de HC Extra Institucional)

Toma de paraclínicos con evidencia de anemia normocítica heterogena, trombocitosis y eosinofilia. Tomografía axial computarizada de abdomen

con colección en músculo iliaco de 118 x 80 x 70 el cual drena radiología intervencionista.

Fecha: 04/03/2018

(Revisión de HC Extra Institucional)

Endoscopia reporta esofagitis grado I, colonoscopia con hemorragias e hiperplasia prostática benigna. Endoscopia reporta esofagitis grado I, colonoscopia con hemorragias e hiperplasia prostática benigna.

Fecha: 04/03/2018

(Revisión de HC Extra Institucional)

Tomografía axial computarizada de abdomen reporta colección heterogénea de 9 x 56 x 85 con catéter de drenaje, y nueva colección heterogénea encima del musculo psoas de 70 x 42 x 80.

Fecha: 04/03/2018

(Revisión de HC Extra Institucional)

Sospecha de posible inmunosupresión por esofagitis moniliasica.

Fecha: 1/06/2018

Ingresa a la institución con absceso cutáneo en flanco derecho con dren.

Fecha: 2/06/2018

Se diagnostica como absceso de Psoas.

Fecha: 6/06/2018

Se solicita ecografía de tejidos blandos, resonancia magnética nuclear de abdomen para descartar posible espondilodiscitis o patologías retroperitoneales y radiografía de tórax para descartar tuberculosis pulmonar y se solicita valoración por nutrición.

Fecha: 7/06/2018

Cultivo de secreción negativo.

Fecha: 8/06/2018

Radiografía de tórax normal, descartan tuberculosis pulmonar.

Fecha: 12/06/2018

Cultivo de secreción negativo.

Fecha: 13/06/2018

Resonancia magnética nuclear sugestiva de lesión tumoral compatible con carcinoma mucinoso del ciego perforado con extensión en tejidos blandos de la pared pélvica lateral, por lo cual solicitan biomarcadores tumorales y colonoscopia.

Fecha: 15/06/2018

Colonoscopia reporta cáncer de colon derecho en espera biopsia.

Fecha: 17/06/2018

Paciente con uso extenso de antibiótico por lo que se solicita valoración por epidemiología y valoración por radiología intervencionista por drenaje escaso.

Fecha: 21/06/2018

Colonoscopia resultado inspección: hemorroides externas tacto rectal: normal anoscopia: hemorroides internas grado I. colonoscopia: se explora hasta colon derecho donde se observa lesión exofítica que compromete el 80 % de la circunferencia preparación: mala, por la presencia de materia fecal líquida en todo el trayecto tiempo de salida: 6 minutos biopsia: lesión de colon derecho.

Fecha: 25/06/2018

Se realiza hemicolectomía derecha ileo transversal anastomosis y omentectomía parcial más biopsia de peritoneal. hemicolectomía derecha con hallazgos de tumor de ciego con extensión más allá de la serosa, adherido a peritoneo parietal perforado con secreción mucinosa que se drena hacia retroperitoneo. Siembras peritoneales diseminadas por todo el epiplón menor (ligamento gastrohepático), ligamento redondo, epiplón mayor, cara anterior del estómago y meso intestinal desde su raíz, siembras peritoneales a nivel del peritoneo parietal pélvico.

Fecha: 27/06/2018

Por persistencia del dolor se pide valoración con clínica del dolor los cuales manejan con analgésica por catéter peridural con bupivacaina y fentanilo.

Fecha: 28/06/2018

Retiro de catéter peridural.

Fecha: 1/07/2018

Se solicita estudio de triglicéridos del dren de Jackson para descartar colección asociada y tomografía axial computarizada de abdomen contrastada.

Fecha: 2/07/2018

Reporte de tomografía con signos de ileo obstructivo con edema de paredes de asas intestinales delgada y gruesa que sugieren ileitis sin poder identificar opacificación del marco cólico. Imagen compatible con absceso localizado en la musculatura anterior al iliaco derecho, presencia de catéteres de drenaje en fosa iliaca derecha.

Fecha: 3/07/2018

Paciente con reporte de triglicéridos normales, por lo que se descarta algún proceso infeccioso y se solicita ecografía para evaluar funcionalidad del dren y posteriormente retiro.

Fecha: 4/07/2018

Ecografía reporta colección en fosa iliaca derecha y disfunción de catéter, se solicita retirar dren por radiografía intervencionista.

Fecha: 5/07/2018

Radiografía intervencionista retira dren.

Fecha: 6/07/2018

Egreso con cita control por los servicios de oncología, cirugía y clínica del dolor, se dan signos de alarma, recomendaciones e incapacidad por 60 días.

Fuente: Autores

IV. DISCUSIÓN

El absceso de psoas secundario es una entidad poco común lo que dificulta el diagnóstico etiológico, se expuso el caso de un absceso de psoas secundario a perforación de cáncer de colon el cual es extremadamente raro, ocurre en un 1,8 % de la población, esta presentación atípica retrasa el diagnóstico de cáncer de colon generando una mayor morbimortalidad, la tomografía computarizada confirma el diagnóstico en la mayoría de los pacientes (71 %), seguido por la resonancia magnética nuclear (26 %), este último es útil en pacientes en los que se sospecha una infección a estructuras adyacentes, los signos y síntomas suelen ser inespecíficos, representando un reto para su oportuno diagnóstico (8).

El diagnóstico de absceso se realiza cuando se presencia dolor, fiebre, masa palpable, leucocitosis y se pueden evidenciar pérdida de peso y anemia, esto también podría sugerir un tumor gastrointestinal como en el caso que se reportó (9). La RMN fue de gran ayuda, debido a que permitió identificar la lesión tumoral de adenocarcinoma mucinoso de ciego y su extensión. El cáncer colorrectal es el más común en la región de América, cada año se producen 240.000 casos nuevos y se registran aproximadamente 112.000 muertes, Canadá, Uruguay y Barbados presentan las tasas de incidencia más altas, mientras que en los países de América Central son más bajas. Sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud estiman que para el 2030 la incidencia de cáncer aumentará en un 60 % (10). Las neoplasias son la tercera causa de muerte en Colombia y el cáncer de colon se encuentra como la cuarta causa de muerte por neoplasias en hombres y la tercera causa en mujeres. Adenocarcinoma mucinoso rectal es un subtipo histológico que representa entre el 5 % - 15 % del cáncer rectal, este se caracteriza por un acumulo abundante de mucina que excede el 50 %. El término carcinoma mucinoso se designa a aquellos tumores en los que la secreción de moco contribuye al crecimiento tumoral, estos se pueden clasificar según el porcentaje de mucina 50 % u 80 % como en el caso de nuestro paciente. Según la Organización Mundial de la Salud se requiere de un 50 % para considerarse mucinoso (11,12). Entre el 19 - 40 % del adenocarcinoma no mucinoso se localiza en el colon derecho, mientras que la mayoría se encuentra en el colon izquierdo. Sin embargo, se ha demostrado que la prevalencia de adenocarcinoma mucinoso es igual en ambos segmentos (13). Estudios recientes han

REFERENCIAS

diferenciado lo clínico-patológico y el pronóstico de los pacientes con cáncer de colon derecho o izquierdo debido a su origen embrionario diferente, suplemento sanguíneo, inervación, drenaje linfático y ambiente del lumen generando síntomas diferentes en cada uno de los casos, tumores en el segmento derecho como en el caso expuesto presentan síntomas como anemia microcítica y pérdida de peso, mientras que tumores en el segmento izquierdo se manifiestan con cambios en los hábitos intestinales y hemorragia rectal; su pronóstico es malo debido a que es detectado cuando este ya se encuentra en estados muy avanzados con una gran proliferación metastásica, infiltración de serosa y diseminación peritoneal, se sabe que estos tienen una alta tasa de extensión; la razón de su comportamiento agresivo no es realmente clara, estudios demuestran que esto puede deberse a la excesiva producción de moco y disección de los planos tisulares del órgano comprometido. Adicional a esto, el fluido producido es absorbido por el sistema linfático favoreciendo de esta manera la propagación del tumor a los ganglios linfáticos regionales (14,15).

V. CONCLUSIONES

Se presentó el caso de un paciente con absceso de psoas iliaco, secundario a un adenocarcinoma mucinoso perforado del ciego en estado avanzado, es importante resaltar todas las etiologías que lo pueden generar, independientemente de la poca frecuencia que esta tenga, como en el caso presentado. La semiología es de suma importancia para el diagnóstico, ya que como se ha venido mencionando, el cáncer de colon derecho se asocia a pérdida de peso progresiva y anemia, características que pudieron orientar a un diagnóstico más acertado. La RMN demuestra ser un examen de gran utilidad para la detección de cáncer de colon perforado hacia psoas. Es importante realizar un diagnóstico oportuno y un tratamiento cuyos objetivos sean reducir la mortalidad y la morbilidad ya que incide positivamente en el desarrollo y desenlace de la enfermedad.

Agradecimientos: Agradecer principalmente a la Fundación Universitaria Juan N. Corpas y a la Clínica Juan N. Corpas, quienes nos brindaron su apoyo y disposición para la realización de este proyecto. Al Doctor Víctor Hugo Forero, quien nos dio su aprobación y de esta manera logramos continuar con nuestro trabajo. A nuestro docente el Doctor Gonzalo Bernal, quien nos guió y asesoró durante el abordaje y desarrollo de este reporte de caso, agradecerle también por su acompañamiento y respaldo continuo. Al Doctor Andrés Mauricio Duarte, docente del área de patología de la Universidad quien nos ayudó con la recolección de las imágenes expuesta y nos guió en su interpretación y presentación de las mismas. Y agradecer a todas las personas que apoyaron y creyeron en el proyecto.

Conflicto de Interés: Los autores no declaran conflicto de interés.

1. Askin A, Bayram KB, Demirdal US, Korkmaz MB, Gurgan AD, Inci MF. An Easily Overlooked Presentation of Malignant Psoas Abscess: Hip Pain [Internet]. *Case Reports in Orthopedics*. 2015 [citado 9 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/crior/2015/410872/abs/>
2. Tabrizian P, Nguyen SQ, Greenstein A, Rajhbeharrysingh U, Divino CM. Management and treatment of iliopsoas abscess. *Arch Surg Chic Ill 1960*. octubre de 2009;144(10):946-9. [citado 9 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19841363>
3. I H Mallick, M H Thoufeeq, T P Rajendran. Iliopsoas abscesses. 10 Febr 2004 [Internet]. 1 de diciembre de 2003;80:459-462. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743075/pdf/v080p00459.pdf>
4. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World J Surg*. octubre de 1986;10(5):834-43. [citado 9 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3776220>
5. JUAN FERNANDO MEDINA, MD*, VÍCTOR HUGO VIVAS, MD**. Absceso del psoas: revisión de la literatura y estado actual. 2004. 19(3):9. [citado 9 de noviembre de 2018]. Disponible en: <file:///C:/Users/Lina%20Mar%C3%ADa/Downloads/absceso%20del%20psoas.pdf>
6. Ouellette L, Hamati M, Flannigan M, Singh M, Bush C, Jones J. Epidemiology of and risk factors for iliopsoas abscess in a large community-based study. *Am J Emerg Med* [Internet]. 15 de mayo de 2018 [citado 9 de noviembre de 2018];0(0). Disponible en: [https://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757\(18\)30398-X/fulltext](https://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757(18)30398-X/fulltext)
7. Toshihiko Takada, Kazuhiko Terada, Hideki Kajiwara and Yoshiyuki Ohira. Limitations of Using Imaging Diagnosis for Psoas Abscess in Its Early Stage *Med* [Internet]. 15 de mayo de 2018 [citado 9 de noviembre de 2018];0(0). Disponible en: <file:///C:/Users/Lina%20Mar%C3%ADa/Downloads/TAC%20E.N%20Absceso%20del%20psoas.pdf>
8. Herren C, Jung N, Pishnamaz M, Breuninger M, Siewe J, Sobottke R. Spondylodiscitis: Diagnosis and Treatment Options. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(51-52):875-882. doi:10.3238/arztebl.2017.0875 [Internet]. 15 de mayo de 2018 [citado 9 de noviembre de 2018];0(0). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5769318/>
9. Askin A, Bayram KB, Demirdal US, Korkmaz MB, Gurgan AD, Inci MF. An easily overlooked presentation of malignant psoas abscess: hip pain. *Case Rep Orthop*. 2015;2015:410872. [citado 9 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17471312>
- 10.
11. Navarro López V, Ramos JM, Meseguer V, Pérez Arellano JL, Serrano R, García Ordóñez MA, et al. Microbiology and outcome of iliopsoas abscess in 124 patients. *Medicine (Baltimore)*. marzo de 2009;88(2):120-30. [citado 9 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Microbiology+and+outcome+of+iliopsoas+abscess+in+124+patients>
12. Taiwo B. Psoas abscess: a primer for the internist. *South Med J*. enero de 2001;94(1):2-5. [citado 9 de noviembre de 2018];2014. Disponible en: <file:///C:/Users/Lina%20Mar%C3%ADa/Downloads/Psoas%20Abscess.pdf>
13. Cayon A, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | Cáncer colorrectal [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2016 [citado 9 de noviembre de 2018].

- 2018]. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11761:colorectal-cancer&Itemid=41765&lang=es
14. asis-nacional-2017.pdf [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2018]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf> [citado 9 de noviembre de 2018]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>
15. SOCIALIZACIÓN ALCANCE OBJETIVOS GAI -Cancer Colon y Recto.pdf [Internet]. [citado 9 de noviembre de 2018]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/SOCIALIZACION%20ALCANCE%20OBJETIVOS%20GAI-CancerColon%20y%20Recto.pdf>