



REVISTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE LOJA

Nuestro Gremio

ÓRGANO DE DIFUSIÓN CIENTÍFICA

OCTUBRE 2022

AÑO 5

Nº 6

LOJA - ECUADOR



Poema

LAS MATILDES

*Salió como el aroma del poema
del seno de la roca hasta la vida.
Llegó como la sangre hasta la herida
sin que nadie la anuncie ni la llame.*

*Nació para aliviar los sinsabores,
en lucha desigual contra la muerte,
y tantas veces le toco la suerte
de enfrentar sufrimientos y dolores.*

*Fue la primera mujer ecuatoriana,
que estudio medicina, en otros tiempos,
Mujer de las Américas y ejemplo;
gula sin par de la mujer lojana.*

*Ha transcurrido un siglo de su ausencia,
ya no está sola en la misión cumplida:
nuevas matildes hacen su presencia,
luchan contra el dolor y salvan vidas.*

Autor. Dr. Rubén Ortega Jaramillo



Saludo

El directorio del Colegio de Médicos de Loja se complace en presentar a ustedes el sexto ejemplar de la revista científica “**Nuestro Gremio**”, órgano de difusión de la valiosa producción científico- laboral de colegas médicos de nuestra provincia.

Edición que nace al calor de dos hechos trascendentes: en primera instancia la valentía y entereza de pese a las adversidades vividas, haber sido los actores de mantener a flote un sistema de salud que amenazó colapsar y en ese fragor habernos constituido en el soporte de la atención sanitaria a nuestra comunidad en una de las mayores pandemias que a azotado a la humanidad, y por otro lado, con emoción e inmensa alegría celebrar el centenario de graduación de una mujer lojana que venciendo toda barrera pasa a la historia como la primera mujer medica en Sudamérica, ejemplo de entereza, compromiso y lucha en la construcción de sus sueños e ideales.

En la confianza que los próximos ejemplares a publicarse evidencien aun más el talento y compromiso de nuestra clase, esperamos esta edición enriquezca sus conocimientos y su entrega en el diario ejercicio de la medicina.

Con especial aprecio.

Dr. Pablo Carrión Jaramillo
PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE LOJA



SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO POR COVID 19

- CASO CLINICO -

Autores

- Dr. Leonidas Gerardo Brito Torres
Ministerio de Salud Pública (M.S.P.) | E-mail: leonidasgb12@gmail.com | Cel: 099 542 2617
- Md. Santin Gusman Jessica Gabriela
Ministerio de Salud Pública (M.S.P)
- Estudiante María José Iñiguez

RESUMEN

Una vez declarada pandemia oficialmente por la Organización mundial de la salud (O.M.S) en febrero de 2020, la covid 19 ha registrado en sus múltiples olas una sostenida tendencia a la presentación de casos que son de interés no solo por heterogeneidad de la sintomatología según las variantes que han aparecido, sino también por las poblaciones a las que ataca. Es así que desde mayo de 2020 ya la misma O.M.S. había descrito la presencia de casos en niños y adolescentes de Europa y Estados Unidos ingresados en salas de cuidados intensivos aquejados de cuadros inflamatorios agudos similares a la enfermedad de Kawasaki y al shock toxico. Debido a esto el M.S.P. emite una alerta epidemiológica a todas sus unidades para la definición de caso y manejo.

Es así que presentamos un caso que fue visto en atención primaria del ministerio público que se tuvo una alta sospecha, por lo cual fue derivado oportunamente a su nivel de resolución en donde se confirmó el diagnóstico y se realizó en manejo correspondiente.

CASO CLINICO

Se trata de una niña de 8 años quien acude a consulta de medicina familiar acompañada de su padre. Dentro de los antecedentes se puede anotar que tiene un esquema incompleto de vacunas de acuerdo al calendario nacional (solo hasta los dos meses de edad). La familia de la menor reside en un área rural del Cantón Loja (Macauinuma) donde tiene ínfimo contacto con otras personas. Su padre es agricultor y en el tiempo de pandemia se dedica a sacar sus productos al mercado local.

El padre de la menor refiere que hace 5 días previos a la consulta, presenta alza térmica no cuantificada y cansancio para lo cual la madre le automedica ibuprofeno 8 ml cediendo el cuadro por 24 horas; luego de lo cual se evidencian pápulas grandes (ronchas) con prurito intenso, tos no productiva, inyección conjuntival en ambos ojos, edema con eritema bilateral notorio en manos, náusea y vómito en el momento de la consulta.

Examen físico tiene FC 130 FR 40 T 37.7 PSO2 95.



Examen General, Paciente decaída edematizada más notorio en manos donde también se evidencia eritema palmar.

En ojos, presencia de hemorragia conjuntival extensa, edema periorbitario y lagrimeo, en cavidad oral eritema marcado y lengua aframbuezada.

En tórax: Taquipnea con frecuencia respiratoria de 40 x min, corazón taquicárdico con frecuencia de 130 x min.

En abdomen presencia de pápulas grandes más señales de rascado; la paciente indica dolor abdominal difuso de 3 días de evolución.

En extremidades superiores se evidencia edema y eritema marcado en palmas.

Debido a las características clínicas, alta sospecha de covid 19 y siguiendo los lineamientos del M.S.P del 31 de mayo de 2020 se deriva de inmediato a un centro de mayor resolución (Hospital general Isidro Ayora) donde es ingresada con diagnóstico de síndrome inflamatorio multisistémico por covid 19; se registró una escala de riesgo de kobayashi con puntaje 8 clasificada como riesgo alto. al momento de su ingreso se encontraba febril, taquipneica, taquicárdica, sin requerimiento de oxígeno. se le colocó solución salina 0.9% 800ml en bolo y dextrosa al 5% mas electrolitos en 24 horas, además 1000mg de ácido acetil salicílico, 78mg de inmunoglobulina y 8mg de metilprednisolona. seis horas posteriores al ingreso se prescribe enoxaparina sódica 40mg cada 12 horas.

Durante su hospitalización la paciente presenta un progresivo deterioro pese al tratamiento recibido, con desaturaciones de hasta 80%, por lo que se decide colocar oxígeno por bigotera 5 litros por minuto.

Exámenes de laboratorio:

20/08/2020: interleucina 6: 1173.00 glóbulos blancos 11.3 linfocitos 3.1% monocitos 1.9% neutrófilos 86.9% eosinófilos 5.6% hb 12.4 hto 34.5% ttp 45.1 tp 15.1 plaquetas 151 sodio 133 potasio 4.3 interleucina 6: 1173 glucosa 93.50 urea 82.4 creatinina 1.3 albumina 3.8 globulina 2.7 proteínas totales 6.5 tgo 37.1 tgp 31.7 fosfatasa alcalina 162 lipasa 19.3 amilasa 61.0 hierro sérico 28 bilirrubina total 1.293 bilirrubina directa 1.170 bilirrubina indirecta 0.123 pcr: 29.3 sodio 133 potasio 4.3 dímero d 4.16 anti sars cov 2 igg e igm positivos

21/08/2020: interleucina 6: 3655.00 urea 32.8 creatinina 0.6 albúmina: 2.2 globulina 4.4 tgo 32.8 tgp 21.7 pcr 26.7

ldh 184.0 sodio 132.0 potasio 3.1 glóbulos blancos 12.9 linfocitos 4.6 neutrófilos 84.5 eosinófilos 0.7 basófilos 0.2 hemoglobina 9.8 hematocrito 27.4 ttp 51.8 tp 25

Gasometría arterial: pco₂: 37.8 po₂:73.4 ph: 7.13 hco₃:12.5 beecf: -16.8

Frotis de sangre periférica: serie blanca: neutrófilos con reforzamiento de granulaciones tóxicas, vacuolas citoplasmáticas, neutrófilos bilobulados

Serie megacariocítica: recuento manual de plaquetas 184.000 x mm³, macroplaquetas +, anisocitocis plaquetaria ++

Al día siguiente la paciente presenta mal estado general con deterioro respiratorio, requerimiento de oxígeno alto por lo que debido a su estado crítico se decide referencia para manejo en la ciudad de Cuenca donde permaneció en unidad de cuidados intensivos con apoyo ventilatorio y requirió uso de vasopresores, al cabo de 30 días se dio el alta en buenas condiciones.





SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO

Este nuevo síndrome resulta coincidente en el tiempo con la pandemia de SARS-CoV-2 y en la mayoría de las ocasiones se asocia con infección activa o reciente con este virus. A pesar de esto aún no está clara la relación etiológica la mayoría de los pacientes presentan serología IgG positiva y aumento de biomarcadores de inflamación lo que sugiere una disregulación inmunitaria desencadenada por SARS-CoV-2 más que un efecto patogénico directo. (OMS, 2020) De este modo, se han propuesto como nomenclaturas “Síndrome Inflamatorio Multi-sistémico Pediátrico Temporalmente asociado al SARS-CoV-2” (PIMS-TS) y Síndrome Inflamatorio Multi-sistémico en Niños asociado al SARS-CoV-2 (MISC-C, MIS-C) (García-Salido & Tagarro García, 2020)

Esta presentación grave en pacientes con COVID-19 ha recibido varios nombres: síndrome pediátrico multisistémico inflamatorio, «Kawashocky» «Coronasacki» o choque hiperinflamatorio en niños con COVID-19, síndrome inflamatorio pediátrico multisistémico asociado temporal a SARS-CoV-2 (PIMS-TS), y síndrome multisistémico inflamatorio en niños. Después de esta definición, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de EUA (CDC) emitió el 14 de mayo una definición modificada de caso y modificó el término a MIS-C (multisystem inflammatory syndrome in children) (Ulloa-Gutiérrez et al., 2020) con una mortalidad de entre el 0,1 a 4 % con una presentación clínica grave similar a los adultos con covid 19 (Taffarel et al., 2021) Finalmente, la OMS define a esta nueva entidad con el nombre de síndrome inflamatorio multisistémico (SIM/MIS) en niños y adolescentes con COVID-19. (Rivera-Díaz & Rodríguez-Herrera, 2020)

El SIMS-C probablemente resulte de una respuesta inmune anormalmente organizada contra el virus, en un contexto genético particular. Las manifestaciones sistémicas que caracterizan el SIMS-C dependen de la perturbación inmune desencadenada. Los casos más severos del síndrome clínica y humoralmente asemejan a EK (Enfermedad de Kawasaki). Los eventos que conducen a una activación aberrada del sistema inmune por el SARS-CoV-2 no están esclarecidos. Los factores implicados pudieran incluir polimorfismos génicos en genes de inmunorespuesta, cuya función está relacionada con el desencadenamiento y control de la respuesta inmune, la formación de complejos antígeno-anticuerpos, el daño mediado por anticuerpos no neutralizantes potenciado-

res de daño, la activación de metaloproteasas, y la activación del sistema del complemento (OMS, 2020)

Definición de caso

A mediados de abril de este año se reportó en Estados Unidos un niño de 6 meses con cuadro clínico sugestivo de EK completa, síntomas respiratorios leves, radiografía tórax que mostró opacidades en hemitórax izquierdo y PCR en aspirado nasofaríngeo positiva para SARS-CoV-2, planteándose la posible asociación del virus con la EK. Simultáneamente en época de plena pandemia por COVID-19 en el servicio de cuidados intensivos de un hospital pediátrico al sur del Támesis en Londres, se identificó una serie de pacientes (N=8) con choque e hiperinflamación que compartían características clínicas similares al EK y al síndrome de choque tóxico por Estafilococo o Estreptococo, generando una alerta nacional que llevó a que el Real Colegio de Pediatría y Salud Infantil del Reino Unido reconociera esta nueva condición y en Mayo 1 la denominara “Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico temporalmente asociado con COVID-19” (PIMS-TS por sus siglas en inglés) estableciendo unos criterios: (Monica, 2020)

Niños y adolescentes de 0 a 19 años con fiebre desde hace 3 días o más; y dos de los criterios siguientes:

- a) Erupción o conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación mucocutánea (oral, manos o pies).
- b) Hipotensión o shock.
- c) Características de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (incluyendo hallazgos de Ecocardiografía o elevación de Troponina de péptido natriurético -proBNP-) otras características del síndrome se observaba falla ventricular izquierda (Escalante Prieto et al., 2021)
- d) Evidencia de coagulopatía (a partir del TP, TPT, o de valores Dímeros D elevados).
- e) Problemas gastrointestinales agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal).
- f) Elevados marcadores de inflamación como VSG, PCR o procalcitonina.
- g) Que no exista otra causa microbiana obvia de inflamación, incluyendo la sepsis bacteriana, síndromes de shock estafilocócico o estreptocócico.
- h) Evidencia de COVID-19 (RCP-TR, prueba de antígeno o serología positiva), o probable (Franco & Zamalloa, 2020)



NOTA 1: Existen definiciones que consideran fiebre mayor o igual a 24 horas y disfunción o compromiso de solo 1 órgano lo que permite aumentar la sensibilidad diagnóstica

NOTA 2: La mayoría de los niños son sanos, sin antecedentes mórbidos de importancia y de sexo masculino.

NOTA 3: Considérese este síndrome en niños con manifestaciones de enfermedad de Kawasaki típica o atípica o de síndrome de shock tóxico. (2020, n.d.)

Cuadro Clínico

Los "fenotipos" descritos en las series de casos van desde un cuadro febril que inicia en la segunda semana de evolución de la infección respiratoria aguda por SARS-CoV-2, hasta presentaciones severas con compromiso hemodinámico y síntomas digestivos (dolor abdominal, vómitos, diarrea) que pueden, o no, tener componentes de la Enfermedad de Kawasaki (EK) e hipercoagulabilidad e hiperinflamación, habitualmente posterior a la infección aguda.

Para efectos prácticos, la Sociedad Chilena de Infectología propone 4 grandes presentaciones clínicas:

1. Síntomas inespecíficos en que predominan la fiebre, rash, compromiso gastrointestinal
2. Compromiso cardíaco como EK atípico o Síndrome de Shock Tóxico
3. Shock mixto o inestabilidad hemodinámica
4. Tormenta de citoquinas (Vicent & Martí, n.d.) (De Coll-Vela et al., 2020)

Relación de la Covid 19 y el Síndrome inflamatorio Multisistémico MIS-C

La alta incidencia en época de pandemia Covid-19 y la positividad de IgG SARS-CoV-2 más que de PCR hace pensar que este Síndrome Inflamatorio multisistémico pediátrico sea causado por una respuesta inmunológica luego de la infección más que por la replicación viral; y por su similitud con la EK y el choque tóxico se plantea una respuesta inmunológica mediada por superantígenos usando un modelo in silico encontraron que el SARS-CoV-2 codifica un motivo de superantígeno (SAg) cerca de su sitio de clivaje S1/S2, similar a la enterotoxina B estafilocócica que permite una activación de las células T a gran escala con una producción masiva de citoquinas proinflamatorias a partir de células T y de macrófagos causantes de las manifestaciones clínicas (Monica, 2020)

Importancia Clínica.

el SIM asociado a SARS-CoV-2 es una nueva enfermedad descrita de baja frecuencia, pero potencialmente grave. Aunque la asociación epidemiológica con la infección por SARS-CoV-2 parece clara, desconocemos si existen más factores asociados. (Benavent & Sangrador, 2021)

Manejo

A grandes rasgos se puede establecer los siguientes parámetros de tratamiento.

1. Antibioterapia si sospecha de infección bacteriana (no retrasar)
2. Tratamiento inmunomodulador, usar de forma escalonada a.- Primera línea: inmunoglobulina intravenosa (IGIV) y/o corticoides b.- En casos graves o sin respuesta, se recomienda combinarlos c.- Bloqueo IL-1 (anakinra), IL-6 (tocilizumab)
3. Antivirales: no evidencia, en la mayoría no infección activa no beneficio: lopinavir/ritonavir, hidroxycloquin, azitromicina. Remdesivir: si infección activa (≥ 12 años, uso compasivo y ensayos)
4. Antitrombótico
5. Ácido acetil salicílico (García-Salido & Tagarro García, 2020) (Yagnam et al., 2020) denominada COVID-19. La carga de enfermedad se ha centrado en los adultos mayores y la información actual revela que en niños esta infección se manifiesta habitualmente como una enfermedad pulmonar aguda leve a moderada e incluso asintomática, con baja hospitalización y mortalidad (1)

Discusión

El MIS-C es una entidad similar pero diferente a la EK por las siguientes razones:

- 1) los pacientes con MIS-C generalmente son mayores de cinco años;
- 2) si bien más de un tercio de los pacientes presentaba características clínicas similares a la EK en otras series de casos, 60% de los pacientes no habría cumplido los criterios de enfermedad completa o incompleta;
- 3) los pacientes con EK relacionada con COVID-19 tienen leucopenia con marcada linfopenia, trombocitopenia, aumento de ferritina y marcadores de miocarditis; y



- 4) la afectación cardiovascular de los pacientes con COVID-19 condujo a hipotensión que requirió la administración de vasopresores (Parrochia Beguin, 2002) por tanto, el MIS-C es un fenómeno inmunológico retardado asociado con la etapa hiperinflamatoria de la infección por COVID-19.

Recomendaciones

Según el Ministerio de salud de Argentina Se proponen recomendaciones para la atención inicial del SIM-C:

- a- la detección temprana,
- b- el tratamiento,
- c- estabilización,
- d- la referencia,
- e- análisis de los procesos (MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA, 2020)

BIBLIOGRAFIA

- 2020, M. de salud de C. 2 de julio. (n.d.). *Protocolo síndrome inflamatorio multisistémico en niños, niñas y adolescentes con sars-cov-2*.
- Benavent, O., & Sangrador, O. (2021). *SIMS pediatría evidencia pediatría*. 17, 3. <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2021;17:3>.
- De Coll-Vela, L. E., Zamudio-Aquise, M. K., Nuñez-Paucar, H., Bernal-Mancilla, R. R., Schult-Montoya, S. C., Paz, M. C. D. La, Huby-Muñoz, C. L., Castillo-Torres, C. F., Candela-Herrera, J. L., Aranda-Paniora, F., & Rojas-Galarza, R. A. (2020). COVID-19-associated multisystem inflammatory syndrome in children: Case series at a pediatric hospital in Peru. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(3), 559–565. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.6126>
- Escalante Prieto, E., Guzmán Flores, L. J., & Barahona Escobar, G. E. (2021). Síndrome inflamatorio multisistémico en niños asociado a infección por SARS-CoV-2. *Alerta, Revista Científica Del Instituto Nacional de Salud*, 4(2), 12–19. <https://doi.org/10.5377/alerta.v4i2.10905>
- Franco, M. A. L., & Zamalloa, P. L. (2020). Coronavirus COVID-19. *Revista Espanola de Salud Publica*, 94, E1–E2. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272020000100001>
- García-Salido, A., & Tagarro García, A. (2020). Consenso nacional sobre estabilización y tratamiento del Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS). *Asociación Española de Pediatría (AEP)*, 2, 1–42.
- MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA. (2020). *Manejo Inicial Del Síndrome Inflamatorio Multisistémico En Niños Y Adolescentes Relacionados Temporalmente Al Covid-19 (Sim-C)*. 19. <http://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-09/covid19-manejo-inicial-del-sindrome-inflamatorio-multisistemico-en-ninos-y-adolescentes-relacionados-temporalmente-al-covid19-sim-c.pdf>
- Monica, V. (2020). SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO PEDIÁTRICO: ¿VIEJO CONOCIDO O NUEVO POR CONOCER. *Sociedad Colombiana de Pediatría*, 2020(3).
- OMS. (2020). Informe Científico. Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes con COVID-19. *Informe Científico*, 1–3.
- Parrochia Beguin, E. (2002). Síndrome inflamatorio. *Bol. Hosp. San Juan de Dios*, 33(136), 259–260.
- Rivera-Díaz, M., & Rodríguez-Herrera, R. (2020). Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19 en niños y adolescentes. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*, 33(3), 115–118. <https://doi.org/10.35366/95645>
- Taffarel, P., Bar, F. J., Rodr, A. P., Widmer, J., & Meregalli, C. (2021). Síndrome inflamatorio multisistémico en niños, relacionado con COVID-19: actualización a propósito de la presentación de 2 pacientes críticos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 119(1), 26–35. <https://doi.org/10.5546/aap.2021.e26>
- Ulloa-Gutiérrez, R., Ivankovich-Escoto, G., & Yamazaki-Nakashimada, M. A. (2020). Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19 en niños y adolescentes: un llamado al diagnóstico. *Revista Chilena de Infectología*, 37(3), 199–201. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182020000300199>
- Vicent, S., & Martí, R. (n.d.). *Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico asociado al Sars-Cov-2*.
- Yagnam, F., Drago, M., Izquierdo, G., Piñera, C., Keiva, I., Rojas, J., Payá, E., & Salgado, C. (2020). Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico asociado a COVID-19. Reporte preliminar de 6 casos en una Unidad de Paciente Crítico Equipo COVID-19 Hospital de niños Dr. Exequiel González Cortés*. *Revista Chilena de Pediatría*, 6–8.

HERNIA DE BOCHDALECK

- REPORTE DE CASO -

Autores

- Prado Augusto – León Paola
Hospital Manuel Ygnacio Monteros

RESUMEN

La Hernia de Bochdaleck es una hernia diafragmática congénita, localizada en la región posterolateral de mayor frecuencia en el lado izquierdo, su incidencia es de 1 en 2000 a 1 en 5000 nacidos vivos, su diagnóstico con mayor frecuencia se realiza durante el postparto y son muy pocos los casos reportados en la edad adulta, su tratamiento es quirúrgico y busca la reparación del defecto herniario y prevención o tratamiento de complicaciones cardiopulmonares. Presentamos un caso de un paciente masculino de 1 año 6 meses de edad que acude por presentar síntomas de intolerancia alimentaria y dificultad respiratoria, se realizaron estudios complementarios radiografía y tomografía de tórax donde se filia una hernia de Bochdalek, se realizó el tratamiento quirúrgico con reparo de la hernia, presentó una evolución postquirúrgica favorable y fue dado de alta satisfactoriamente.

ABSTRACT

Bochdaleck hernia is a congenital diaphragmatic hernia, located in the posterolateral region, more frequently on the left side, its incidence is 1 in 2000 to 1 in 5000 live births, its diagnosis is most frequently made during postpartum and very few cases are reported in adulthood, its treatment is surgical and seeks the repair of the hernial defect and prevention or treatment of cardiopulmonary complications. We present a case of a male patient 1 year 6 months old who presented symptoms of food intolerance and respiratory distress, complementary studies were performed radiography and chest tomography where a Bochdalek hernia was found, surgical treatment was performed with repair of the hernia, he presented a favorable postoperative evolution and was discharged satisfactorily.

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática congénita (HDC), consiste en una alteración embriológica en el desarrollo del diafragma, produciendo una discontinuidad que permite el paso de los órganos abdominales a la cavidad torácica (Hedrick, H. Adzick, S. 2021).

Existen dos HDC, la hernia de Morgagni- Larrey, que es un defecto que tiene lugar entre los ligamentos costal y esternal del diafragma, causando herniaciones ventrales y paraesternales, representa el 5 al 10% de los casos. El segundo defecto, más conocida como hernia de Bochdaleck (HB) es una malformación en la región posterolateral del diafragma; fue Vincent Alexander Bochdaleck en 1848 quien expuso su origen embriológico por lo que recibió su nombre (Campos, EJ. Mejía, LA. Ávila, C. Ayestas, J 2018). Su etiología es desconocida pero existen algunos textos que indican que el déficit de vitamina A, exposición a fumigantes y defectos genéticos podrían estar asociados a su presentación (Hernandez I. et. al)

La HB es más frecuente en lado izquierdo (80%-90% de los casos) (Añazco, E. 2018), esto podría deberse a que el hígado se encuentra cubriendo el lado derecho e impide la herniación del contenido abdominal a la cavidad torácica; en un 3% de los casos puede ser bilateral y presentan mal pronóstico. Tiene una incidencia de 1 en 2000 a 1 en 5000 nacidos vivos (Bolaños, I 2005). Según una revisión de expertos publicada en Elsevier (2021), la HB es ligeramente más frecuente en hombres 62% que en mujeres, la mayor parte son diagnosticadas en la etapa prenatal o después del nacimiento y solamente un 5% de los casos son diagnosticados durante la infancia y la edad adulta. Además en un 15 – 20% de los casos está asociada a otras malformaciones congénitas como: anencefalia, hidrocefalia, mielomeningocele, encefalocele, tetralogía de Fallot etc. (Gáldiz, J. Gorostiza, A. 2017).

Durante la Embriogénesis, en el primer mes de vida la cavidad pleuropéritoneal es una sola, alrededor de la

4ta y 9na semana de gestación se forma la membrana pleuroperitoneal separando las cavidades pleural y abdominal, el desarrollo del diafragma se completa hasta la 12 semana siendo la región posterolateral la última en formarse y el lado izquierdo después que el derecho. La falta de desarrollo de la porción posterolateral da como resultado la persistencia del agujero de Bochdalek, los órganos generalmente herniados son intestino delgado, estómago, colon, riñón, hígado, teniendo como consecuencia alteración en el desarrollo pulmonar cuyas complicaciones serán más severas cuando más temprana se produzca la hernia (Bolaños, I 2005).

La presentación clínica en la HDC puede variar desde asintomáticos en los casos leves hasta falla respiratoria severa. Este diagnóstico debe ser sospechado en pacientes que anteriormente no hayan sido diagnosticados y presenten distrés respiratorio, cianosis, abdomen excavado y pensar en complicaciones como obstrucción o necrosis intestinal cuando se presente náuseas, vómitos, alteración del estado general (Crowley M. 2020).

Entre las herramientas diagnósticas, durante la etapa prenatal la ecografía es de mucha utilidad, la resonancia magnética está recomendada en casos moderados y severos ya que permite apreciar el grado de hipoplasia pulmonar y herniación del hígado. En la etapa postnatal son utilizados: Radiografía de tórax, ecocardiograma para valorar anomalías cardíacas e hipertensión pulmonar. En adultos que no tengan diagnóstico previo y presentes síntomas inespecíficos se podría utilizar pruebas radiográficas, tomografías, resonancia magnética (Bernstein, J. et. Al 2021)

El tratamiento varía según la edad a la que se realiza el diagnóstico, severidad de los síntomas y de las herramientas disponibles para ejecutarlo. En la etapa prenatal la oclusión traqueal está reservada solamente para algunos candidatos. Los cuidados en los neonatos son especialmente orientados a mantener una buena ventilación y posteriormente corrección quirúrgica del defecto (Hedrick, H. Adzick, S. 2021). En resumen el tratamiento está orientado a reducir la hernia y reparar el defecto diafragmático y prevenir o revertir las complicaciones pulmonares (Bernstein, J. et. Al 2021).

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente de 1 año 6 meses de edad sin antecedentes de importancia que desde 72 horas previas a su ingreso presentó alza térmica, vómitos en varias ocasiones fue atendido en hospital básico donde recibe tratamiento por sospecha de gastroenteritis, posteriormente persisten síntomas y es referido a Hospital de Mayor complejidad. Al examen físico paciente irritable, disneico, taquipnéico, álgico, deshidratado, en hemitórax izquierdo disminución del murmullo vesicular, abdomen doloroso a la palpación profunda, excavado.

Se realizan estudios complementarios donde se evidencia laboratorio: Leucocitosis 12.5710 3/uL, anemia leve con Hemoglobina de 10.3g/dl y Hematocrito 31.1%, marcadores inflamatorios: PCR: 12mg/L y VSG: 22.0mm/hora. En la radiografía de tórax: presencia de víscera hueca en cavidad pleural izquierda (figura1). Tac de Tórax: hernia diafragmática izquierda que compromete más del 70% de la cavidad pleural (figura 2).



Figura 1

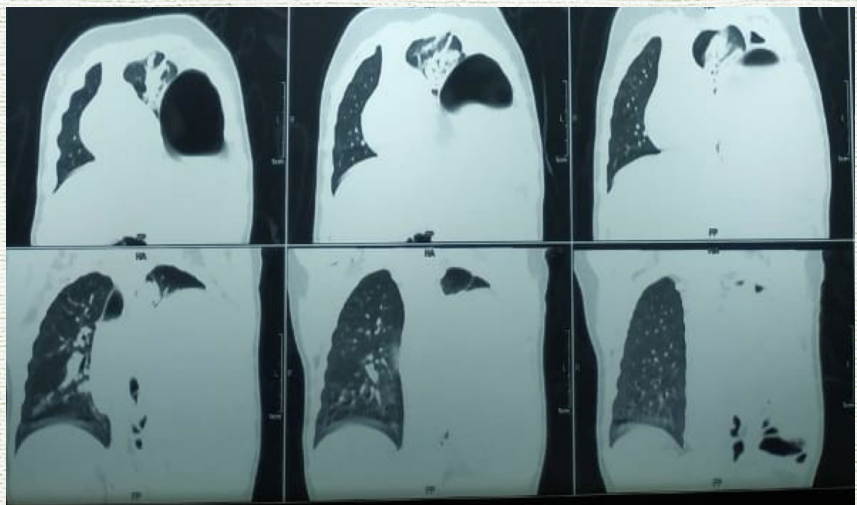


Figura 2

Fue valorado por el servicio de pediatría quien prescribió nada por vía oral, colocación de sonda nasogástrica, oxígeno suplementario e interconsulta al servicio de cirugía general, quienes indican resolución quirúrgica.

Paciente fue intervenido exitosamente, el abordaje fue por incisión subcostal izquierda. Dentro de los hallazgos quirúrgicos encontramos: 1. Líquido inflamatorio libre en cavidad aproximadamente 300cc, 2. Estómago retencionista volvulado en sentido mesenteroaxial, 3. Defecto herniario de diafragma posterolateral izquierdo de 6cm de diámetro, por el cual se hernia hacia hemitórax izquierdo parte del estómago, intestino delgado, colon y epíplon. El procedimiento realizado fue: recolocación de sonda nasogástrica y aspiración de contenido intestinal, reducción del contenido de la hernia a cavidad abdominal, desvolvulación de estómago, y herniorrafia de defecto diafragmático (figura 3).

Durante el postoperatorio, paciente que evolucionó favorablemente, en las indicaciones del postquirúrgico permaneció en npo y con sonda nasogástrica (SNG) a caída libre por tres días al cuarto día se cierra la SNG y se progresa dieta con buena tolerancia y se retira sonda durante la noche, recibió apoyo de oxígeno suplementario por tres días; en el tratamiento médico se administró antibioticoterapia, hidratación y analgesia. El paciente permaneció hospitalizado por 7 días se realizó una radiografía de control (figura 4) con hallazgos dentro de la normalidad, por lo que se decidió alta de la casa de salud.



Figura 3

DISCUSIÓN

La HB por su incidencia de 1 en 2000 a 1 en 5000 sigue siendo una entidad de baja sospecha clínica en nuestro medio, el 5 al 10% de los neonatos son asintomáticos, según Campos, E. et. al la facilidad de movimiento de las vísceras a la cavidad torácica, podría ayudar al retraso de los síntomas, Según Lazo J. et. al. esto ocasiona retardo en el diagnóstico, tratamiento y podría favorecer la aparición de complicaciones tanto cardiopulmonares como también el compromiso de órganos abdominales. Al igual que lo mencionado en la literatura, ocasionalmente algunos niños presentaran síntomas de intolerancia alimentaria y dificultad respiratoria después de varios días o meses de edad, al igual que el caso de nuestro paciente.

El diagnóstico siempre será establecido por los hallazgos clínicos y radiológicos (Bernstein, J. et.al 2021). La radiografía y tomografía son los principales estudios de imagen que nos orientarán y permitirán realizar un diagnóstico diferencial sobre todo cuando la hernia es detectada en la etapa postnatal. Otros cuadros clínicos a descartar podrían ser otros defectos diafragmáticos como eventración, lesión pulmonar quística (secuestro pulmonar, malformación quística adenomatoide) entre otros. (Solano, M. García, J 2019)

Según Tapia L. y García C. (2020) este defecto diafragmático está asociado en un 25 a 57% a anomalías estructurales y en un 15-20% a malformaciones congénitas; en un estudio post mortem realizado a 12 pacientes con diagnóstico de HB, 8 de ellos presentaron cardiopatías asociadas, esto seguido de malformaciones digestivas y genitourinarias, además la presencia de estos trastornos



Figura 4

empeora el pronóstico pre y postnatal aumentando la mortalidad en un 80 a 90% (Mendoza I. et. al 2017). Por lo tanto la valoración clínica del paciente debe ser completa y en el caso de sospecha de alteraciones asociadas, se llevará un seguimiento para evitar complicaciones posteriores.

El tratamiento quirúrgico implica la reducción del contenido de la hernia y cierre del defecto diafragmático, el uso de parches protésicos aún varía según el criterio del

cirujano aunque algunas series clínicas han demostrado que su utilización es más frecuente en la herniación hepática y hernia diafragmática derecha. (Keller B, Hirose. S y Farmer D 2019)

Los pacientes con hernias diafragmáticas izquierdas presentan mejor evolución que aquellos que tienen hernias derechas, con una tasa de supervivencia del 73-69% (Bernstein, J. et.al 2021), datos que se relacionan con el diagnóstico y evolución de nuestro paciente.

REFERENCIAS

1. Hedrick, H. Adzick, S. (2021), Congenital diaphragmatic hernia: Prenatal issues, https://www.uptodate.com/contents/congenital-diaphragmatic-hernia-prenatal-issues?search=hernia%20de%20bochdalek&source=search_result&selectedTitle=1~57&usage_type=default&display_rank=1
2. Añazco, E. 2018, Hernia diafragmática en recién nacido. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28711/1/Daniel-A%C3%B1azco-caso-clinico-2018.pdf>
3. Bolaños, I. 2005, Hernia Diafragmática Congénita. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2005/cmas051aa.pdf>
4. Campos, EJ. Mejía, LA. Ávila, C. Ayestas, J (2018), Hernia de Bochdalek diagnosticada en la edad adulta. Reporte de Caso. <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/hernia-de-bochdalek-diagnosticada-en-la-edad-adulta-reporte-de-caso.pdf>
5. Bernstein, J. Bhatt, D. Cabana, M. Feldman, C. Hamrahian, A. Jensen, M. Kaeley, G. Kahl, B. Leonard, J. Lupsa, B. Savani, B. Shah, R. Shivkumar, K. Spec, A. Stein, E. Norman, G. White, A. Yuen, K. 2021. Congenital Diaphragmatic Hernia. ed Board.
6. Gáldiz, J. Gorostiza, A. 2017, Neumología clínica, Capítulo 85, Copyright © 2017 Elsevier España.
7. Crowley M. 2020. Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine, Neonatal Respiratory Disorders. Pag 1203-1230.
8. Campos EJ, Mejía LA, Sierra SI, Ávila C, Ayestas J, 2018, Hernia de Bochdalek diagnosticada en la edad Adulta, editor@imedpub.com, <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/hernia-de-bochdalek-diagnosticada-en-la-edad-adulta-reporte-de-caso.php?aid=23397#11>
9. Keller B, Hirose. S y Farmer D 2019, Avery. Enfermedades del recién nacido, Trastornos quirúrgicos del tórax y las vías respiratorias, Elsevier España.
10. Padilla F, Cano F, Siordia A, Franco L, Genis J, 2020, Hallazgos post mortem en neonatos con hernia diafragmática de Bochdalek. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2020/sp204d.pdf>
11. Solano, M. García, J 2019. Hernia diafragmática en pediatría, https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000100101
12. Lazo J. Esquijarosa B. García A 2017. Hernia diafragmática congénita izquierda de manifestación tardía.
13. Hernández I. Rivas I. Blanco G. Access-Medicina. Capítulo 7: Hernia diafragmática. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1745§ionid=121668959>
14. Tapia L. y García C. 2020. Caso clínico – radiológico pediátrico. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482020000100048
15. Mendoza I. Fontalvo M. Gil M. Escamilla J. Fuentes J. Tirado I. 2017. Hernia diafragmática congénita de presentación tardía. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-HerniaDiafragmaticaCongenitaDePresentacionTardia-6228792.pdf>

CLÍNICA



Ofrecemos los servicios:

- **Farmacia**
- **Laboratorio**
- **Emergencia**
- **Neonatología**
- **Imagenología**
- **Hospitalización**
- **Quirófanos inteligentes**
- **Área de consulta externa**
- **Unidad de Cuidados Intensivos**

Ubícanos en:



Loja, Av. Eugenio Espejo y Shuaras

Comunícate al:



(07) 395 0600 - 098 092 2399

Junto a ti en todo momento



Yo elijo
La Seguridad y
la Experiencia

www.hcsa.ec

ATENCIÓN 24/7 | 099 007 0606

HCSA HOSPITAL CLÍNICA
SAN AGUSTÍN 63 años

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TERCER NIVEL



Centro Quirúrgico "Dr. Vicente Rodríguez Witt"

- 6 quirófanos diseñados con estándares internacionales de calidad.
- Equipo humano y tecnológico de punta.



Unidad de Cuidados Intensivos Adultos - Neonatal

- Nuevas salas para cuidados intensivos, adultos y neonatal.
- Sistemas avanzados de monitorización y ventiladores de última generación.



Laboratorio Clínico

- Tecnología de punta y estándares de calidad internacionales.
- Resultados rápidos y confiables avalados por médicos especialistas.



Angiografía y Hemodinamia

- Atención inmediata y permanente.
- Cateterismo cardíaco.



Cardiología - Electrofisiología

- Moderna sala para procedimientos cardíacos complejos.
- Implante de marcapasos, mapeo y ablación de arritmias cardíacas.



Emergencias

- Atención permanente de médicos especialistas.
- Convenios con seguros privados y públicos.



Imagenología

- Tecnología de punta con los mejores especialistas.

Experiencia que brinda confianza



COMPRA ON-LINE

www.dermatologika.net/tienda/

LOS MEJORES PRODUCTOS
DERMATOLÓGICOS

CON LOS PRECIOS MÁS *bajos*

CALIDAD ORIGINALIDAD



MATRÍZ

SUCURSAL

© José María Vivar Castro y Américo
Vespucio, frente a la P.J. Loja - Ecuador

☎ 098 274 0049

☎ Av. Zoilo Rodríguez y Clodoveo Carrión ☎ 095 865 4000

📧 @dermatologika_ec
✉ info@dermatologika.net





LA REVOLUCIÓN DE LASER 595NM EN TRASTORNOS VASCULARES RECALCITANTES DE LA PIEL

Autores

- Dermatóloga Janeth Patricia Arévalo Vera *
- Dra. María José Páez Ayala *
- Dra. Elsy Liliana Carrión Arévalo *

* Centro Dermatológico y Laser Dra. Janeth Arévalo, Loja-Ecuador

RESUMEN

Las Lesiones Vasculares Cutáneas son un reto para los dermatólogos, siendo algunas de estas alteraciones un estigma para los pacientes.

El láser de colorante pulsado (PDL) y su funcionamiento nos ha permitido brindar tratamientos no ablativos de forma ambulatoria, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia, en el Centro Dermatológico y Laser Dra. Janeth Arévalo en la ciudad de Loja, a través de la medicina basada en la evidencia.

Palabras clave: Láser de colorante pulsado, lesiones vasculares, lupus eritematoso cutáneo.

ABSTRACT

Cutaneous vascular lesions are a challenge for dermatologists, some skin alterations imply a stigma for patients.

The pulsed dye laser (PDL) and its operation have allowed us to provide non-ablative treatments on an outpatient basis, which improves the quality of life of the patient.

The objective of this work is to show our experience, that of the Doctor Janeth Arevalo Dermatologist and Laser Center in the city of Loja, we have provided treatments for vascular skin lesions, which have been very successful for our patients.

Keywords: Pulsed dye laser, Vascular Lesions, Cutaneous Lupus Erythematosus.

INTRODUCCIÓN

Las patologías inflamatorias tratadas con PDL, que presentan mayor evidencia son la psoriasis, acné vulgar, telangiectasias, rosácea papulo-pustulosa y con menor evidencia lupus eritematoso cutáneo.¹

El tratamiento de PDL en pacientes con lupus eritematoso ha sido discutido, pero hay que recalcar que este laser, tiene una longitud de onda de 595nm que se encuentra fuera del espectro de radiación ultravioleta el que es responsable de la fotosensibilidad de los pacien-

tes, pero nos hemos basado en las evidencias médicas y estudios anteriores en referencia a este tipo de casos.^{2,3}

El mecanismo de acción por el cual resulta efectivo el PDL se basa en la fototermólisis selectiva, dañando estructuras específicas en la piel, principalmente la oxihemoglobina, que actuaría como una diana indirecta y así la luz del láser absorbida por ella se convierte en calor, que difunde desde el glóbulo rojo hasta dañar el endotelio vascular produciendo trombosis y destrucción del vaso.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente de 62 años de edad, sexo femenino, fototipo III acude al Centro Dermatológico y Láser Dra. Janeth Arévalo habiendo recibido tratamiento para Rosácea por la cual actualmente presta con pápulas eritematosas bilaterales infiltradas con ligera descamación en mejillas que se extiende a la zona mandibular, telangiectasia a la dermatoscopia se puede observar tapones córneos formados por pequeños cúmulos de queratina. La biopsia determino un infiltrado inflamatorio perivascular superficial y perianexial, constituido por linfocitos y plasmocitos, degeneración vacuolar de la capa basal y atrofia de la dermis.

Los exámenes de laboratorio, revelaron anticuerpos antinucleares (ANA), anti-ADN positivos.

Examen físico:

Se inicia tratamiento a base de fotoprotección de amplio espectro e hidroxyclorequina 200mg/día por 3 meses y tacrolimus tópico sin respuesta favorable. Se decidió realizar el tratamiento con láser de colorante pulsado (PDL 595nm) en las lesiones eritematosas cutáneo con los siguientes parámetros:

Fluencia: 8 J/Cm², duracion: 3ms, spot:7mm, utilizados por tres sesiones, obteniendo una purpura post tratamiento, es un evento adverso que se genera por la ruptura vascular, el cual puede persistir por 5-10 días, PDL

ha demostrado unos excelentes resultados (mejoría entre 70-90%) con mínimos efectos secundarios.

DISCUSIÓN

En base a este caso y atendiendo a la guía de tratamiento de Lupus Eritematoso Cutáneo elaborada por el European Dermatology Forum del 2017 estaría desaconsejado el tratamiento de láser con lesiones activas.

En mencionado texto especifica que podría ser usado como un tratamiento complementario solo en caso de ser realizado por un dermatólogo acreditado y en lesiones seleccionadas.⁵

Este artículo contrasta con el láser de colorante pulsado que ha sido utilizado con éxito en el tratamiento de lupus eritematoso cutáneo, permitiendo no solo las telangiectasias si no también el componente eritema-edematoso con mejoría clínica e histológica y de la sintomatología asociado, ofreciendo buenos resultados tanto en lesiones recalcitrantes en lesiones que no responden a tratamientos tópicos y sistémicos.⁶

COMENTARIOS

Los pacientes diagnosticados de lupus eritematoso cutáneo reciben gran variedad de fármacos inmunosupresores tanto tópicos como sistémicos, existiendo muchas veces respuestas poco satisfactorias y gran variedad de efectos secundarios, por lo que es importante que los



Fig.1. Antes



Fig.2. Despues



dermatólogos tengamos una alternativa terapéutica para este tipo de pacientes que aunque no este estandarizado en las guías de tratamiento, debido a su gran potencial de mejoría y bajo nivel de efectos secundarios.

Proponemos que se debería seguir realizando estudios sobre la utilidad del LCP en el lupus eritematoso cutáneo, para poder ofrecer este tipo de tratamientos como una alternativa en lesiones que no responden a una terapia convencional.

BIBLIOGRAFIA

1. P. García-Montero, R. Pérez-Mesonero, A. Barrutia-Borque y P. Boixeda (2019). *Utilidad del láser de colorante pulsado en el lupus eritematoso cutáneo*. Actas Dermo-Sifiliográficas, 110(5), 398-399. <https://www.actasdermo.org/es>.
2. M.T. Truchuelo, P. Boixeda, J. Alcántara, C. Moreno, E. de las Heras, P.J. Olasolo. *Pulsed dye laser as an excellent choice of treatment for lupus tumidus: A prospective study* Eur Acad Dermatol Venereol, 26 (2012), pp. 1272-1279 <https://onlinelibrary.wiley.com>
3. Iván Pérez Haded MD, Dermatólogo, MEDLASER, Santafé de Bogotá, D.C (2019), *Tratamiento con láser de lesiones vasculares cutáneas*, pp. 65-69.
4. Silvia Méndez-Flores, Fátima Tinoco-Fragoso, Gabriela Hernández-Molina (2015), *Lupus eritematoso cutáneo, una entidad multidimensional*, pp. 764-770. <https://www.medigraphic.com/>
5. Isabel Bielsa Marsol, Clara Rodríguez Caruncho (2010). *Manifestaciones cutáneas del lupus eritematoso*. pp.100-110. <https://www.elsevier.es/>
6. Jerdan MS, Hood AF, Moore GW, Callen JP. *Histopathologic comparison of the subsets of lupus erythematosus*. Arch Dermatol 1990; 126:52-55
7. Bonilla-Martínez ZL, Albrecht J, Troxel AB, et al. *The cutaneous lupus erythematosus disease area and severity index*. Arch Dermatol 2008; 144:173-180
8. Rothfield N, Sontheimer RD, Bernstein M. Lupus erythematosus: systemic and cutaneous manifestations. Clin Dermatol. 2006;24(5):348-62.
9. Elder E. Lever's histopathology of the skin. Connective tissue diseases. 10a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p.280-95.
10. Martín Salomón, Frine Samalvides, José Gordillo, Cynthia Gutiérrez. *Manifestaciones histopatológicas del lupus eritematoso cutáneo en pacientes del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia 2003-2008*, Folia dermatol. Perú 2009; 20 (2): 64-70.
11. Vera-Recabarren M, García-Carrasco M, Ramos-Casales M, Herrero C. *Comparative analysis of subacute lupus erythematosus and chronic cutaneous lupus erythematosus: clinical and immunological study of 270 patients*. Br J Dermatol 2010; 162: 91-101.
12. Crowson A, Margo C. The cutaneous pathology of lupus erythematosus: a review. J Cutan Pathol 2001; 28: 1-23.
13. Legña Zambrano M, Alvarado AV. Lupus eritematoso cutáneo subagudo en una paciente afroecuatoriana. Rev Med Vozandes 2016; 27: 67 – 69. <https://revistamedicavozandes.com/>
14. Truchuelo MT, Boixeda P, Alcántara J, Moreno C, de las Heras E, Olasolo PJ. Pulsed dye laser as an excellent choice of treatment for lupus tumidus: A prospective study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012; 26:1272-9
15. Kuhn A, Aberer E, Bata-Csörgő Z, Caproni M, Dreher A, Frances C, et al. S2k guideline for treatment of cutaneous lupus erythematosus - guided by the European Dermatology Forum (EDF) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017; 31:389-404

CARCINOMA BASOCELULAR EN REGIÓN DE PARPADO INFERIOR IZQUIERDO

- *Presentación de caso clínico en paciente adulto* -

Autores

- Lucía Ortega *
- Miguel Arévalo**

* Dermatóloga, Hospital Solca Loja, Loja, Ecuador.

** Médico Residente, Hospital Solca Loja, Loja, Ecuador

RESUMEN

Presentamos el caso clínico de un paciente masculino de 78 años de edad, residente en Loja, antecedentes patológicos personales y quirúrgicos: hipertenso, alergia a la sulfa, catarata bilateral, colecistectomizado, quistes renales.

Paciente presenta en parpado inferior izquierdo de crecimiento rápido neoformación nodular de 1 cm de diámetro, bien delimitada, eritematosa, infiltrada, vascularizada, con diagnóstico clínico de tumor de anexos vs carcinoma basocelular se realiza biopsia escisional y mediante estudio de histopatología + inmunohistoquímica obtenemos el diagnóstico: carcinoma basocelular nódulo quístico. El carcinoma basocelular el tumor cutáneo maligno más común, ocupa del 60 al 73% de los cánceres de piel, originado por las células basales que se encuentran en la dermis interfollicular o en los folículos pilosos.

El objetivo de este caso clínico es exponer una variedad de carcinoma basocelular poco usual por la clínica, el tiempo de evolución, como histológicamente que para su diagnóstico definitivo se requirió estudio de histopatología y de inmuno histoquímica

Palabras clave: Carcinoma basocelular, epiteloma, basocelular o basalioma.

ABSTRACT

We present the clinical case of a 78-year-old male patient, resident in Loja, with personal and surgical pathological history: hypertension, allergy to sulfa, bilateral cataract, cholecystectomy, renal cysts.

Patient presents a rapidly growing nodular neoformation of 1 cm in diameter in the lower left eyelid, well delimited, erythematous, infiltrated, vascularized, with a clinical diagnosis of adnexal tumor vs. basal cell carcinoma, an excisional biopsy is performed and a histopathology study + immunohistochemistry is used to obtain the diagnosis: nodular cystic basal cell carcinoma. Basal cell carcinoma, the most common malignant skin tumor, occupies 60 to 73% of skin cancers, caused by basal cells found in the interfollicular dermis or in hair follicles.

The objective of this clinical case is to expose a variety of basal cell carcinoma unusual clinically, the time of evolution, and histologically that for its definitive diagnosis a histopathology and immunohistochemical study was required.

Keywords: Basal cell carcinoma, epithelioma, basal cell or basal cell carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células basales o carcinoma basocelular es el tumor cutáneo maligno más común que representa de 60 al 73 % de todas las neoplasias de piel, este tumor normalmente es originado por células basales que se encuentran principalmente en la epidermis interfollicular

o en los folículos pilosos. En cuanto al crecimiento del carcinoma basocelular suele ser lento se estima que crece aproximadamente 5 mm en 1 año, las metástasis son muy poco frecuentes abarcan 0,1% de todos los casos, y esto principalmente en los subtipos que suelen ser agresivos (morfeiforme, infiltrativo, metatípico, basoescamoso).

Sin embargo tiene un alto índice de morbilidad, porque se presenta recurrentemente a pesar de los tratamientos, con capacidad de invadir localmente pero que en pocas ocasiones produce diseminación o metástasis.

Por su importante frecuencia, se ha convertido en una enfermedad patológica de mucho interés; tiene la propiedad de afectar tejidos vecinos continuos, infiltrando a profundidad en cartílago y parte ósea si no se trata a tiempo; pero al cumplir una terapéutica adecuada, cuenta con un favorable pronóstico que tiene asociación a una mortalidad de bajos índices encasillándose como la neoplasia maligna con mejor pronóstico. En el presente caso su importancia radica por su acelerado crecimiento y evolución tratándose de variedad atípica que puede confundirse con otros diagnósticos.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 78 años de edad, residente en Loja, antecedentes patológicos personales y quirúrgicos: hipertensión arterial, alergia a la sulfa, catarata bilateral tratado con cirugía, colecistectomizado, quistes renales tratados hace 5 años con cirugía. Paciente presenta en párpado inferior izquierdo de crecimiento rápido (3 meses de evolución). neoformación nodular de 1 cm de diámetro, bien delimitada, eritematosa, infiltrada con vascularización arborescente, con diagnóstico clínico de carcinoma tumor de anexos vs carcinoma basocelular se realiza biopsia escisional y mediante estudio de histopatología + inmunohistoquímica obtenemos el diagnóstico: carcinoma basocelular nódulo quístico. Acude al servicio de dermatología del hospital SOLCA-Loja en Agosto del 2022 por presentar lesión tipo lunar en párpado inferior izquierdo que aparece recientemente desde hace 3 meses que ha crecido. Al examen físico se evidencia: piel de foto tipo IV, en párpado inferior izquierdo neoformación angiomatosa nodular de aproximadamente 1 cm de diámetro, bien delimitada, infiltrada con abundante vascularización. Con diagnóstico probable de carcinoma basocelular, se realiza biopsia de la lesión. Se obtiene el reporte de histopatología con el siguiente comentario: Los cortes muestran piel con evidencia de una neoplasia epitelial constituida por células basaloides con empalizada periférica y retracción estromal. Se organizan en área sólida, con estructuras cribiformes, y formación quística; el estroma y los espacios quísticos - cribiformes presentan material mucinoso abundante. No se identifica ulceración ni permeación perineural. Los márgenes se encuentran libres.

Procedimiento: Resección

Tipo histológico: Carcinoma basocelular

Patrón: Nodular y quístico

Tamaño: 1.0cm

Nivel Anatómico: Dermis reticular (IV)

Ulceración: No identificada

Margenes quirúrgicos: Libres, el mas cercano es el lateral a 0.15cm

INMUNOHISTOQUÍMICA:

- BerEP4: Positivo difuso en células neoplásicas.

- CK7: Positivo difuso en células neoplásicas.

- P16: Positivo nuclear difuso en células neoplásicas.

- Sinaptofisina: Negativo.

- Cromogranina: Negativo.

- Actina músculo liso: Negativa.

La inmunohistoquímica revela ausencia de células mioepiteliales y una positividad difusa para P63 y BerEP4, lo que sumado a la morfología corroboran el diagnóstico descrito. Se concluye como: Carcinoma basocelular patrón nodular y quístico (atípico) de rápido crecimiento. Se sugiere control posterior y vigilancia.



Figura 1. Paciente 3 meses antes. Aspecto clínico inicial



Figura 2. Paciente pre quirúrgico con neoformación angiomatosa en párpado inferior izquierdo de aproximadamente 1 cm

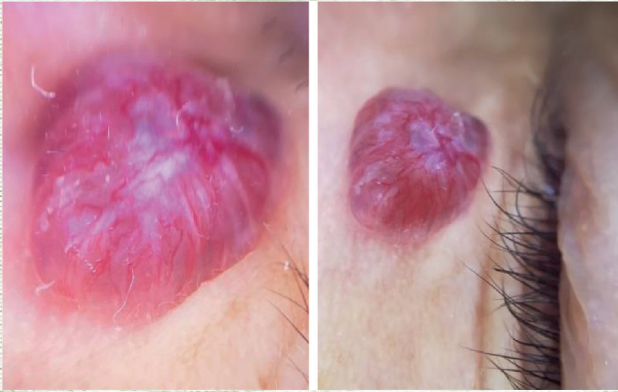


Figura 3. A mayor aumento por dermatoscopia, neoformación angiomatosa, hipervascularizada.



Figura 4. Paciente en control postquirúrgico a los 15 días.

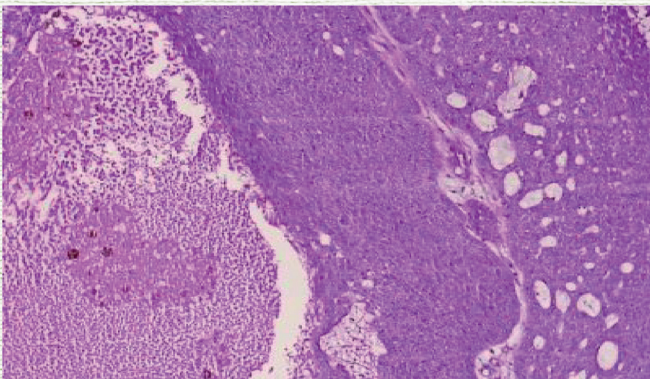


Figura 5. Histopatología. Proliferación lobular de estructuras vasculares de pequeño diámetro

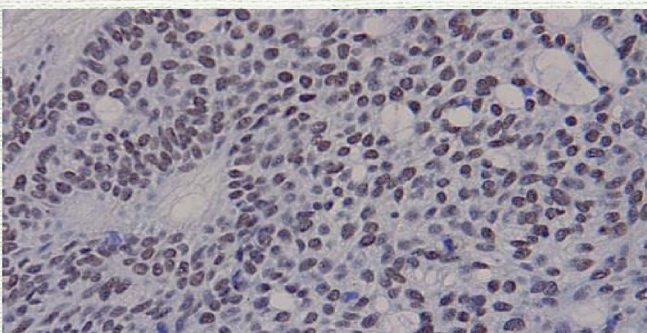


Figura 6. Estructuras vasculares asociadas a células ovoides fusiformes de núcleos agrandados con cromatina vesicular abierta

DISCUSIÓN

El carcinoma de células basales es el tipo de cáncer más frecuente en cuanto a cáncer cutáneo. Esta neoplasia caracterizada por ser agresiva, destructiva y localmente infiltrante pero con capacidad de metástasis muy limitada. Se presenta con mayor frecuencia en varones y con aparición más frecuente en edad mayor a 40 años.

Dentro de los factores que predisponen son: aquellas personas con fototipo de piel I y II (según clasificación de Fitzpatrick, estos tienen reacciones foto alérgicas cuando tienen exposición al sol), antecedentes personales de exposición al sol persistente durante la juventud, exposición a radiaciones ionizantes o casos de inmunosupresión. En gran número de casos de Carcinoma basocelulares suceden esporádicamente, pero igualmente pueden ser hereditarios

Se conocen algunas variedades clínicas:

- Carcinoma *basocelular* superficial *multicéntrico*: se presenta en forma de placas delgadas sin presentar una tumoración exofítica de coloración rojiza o rosa. En ocasiones se puede ver telangiectasias y leve descamación a nivel superficial.
- Carcinoma *basocelular nodular*: presentación como nódulo translúcido (perlado), de color rojizo o similar a la piel, superficie lisa con telangiectasias, de consistencia firme y buena delimitación.
- Carcinoma *basocelular esclerodermiforme*: inicia como pequeña placa indurada parecida a una cicatriz superficial, mal delimitada, del color de la piel o con pigmentación tipo pimienta.
- Carcinoma *basocelular ulcerado*: úlcera a frecuente con presencia de costras con un borde sobreelevado, translúcido con presencia de telangiectasias en la superficie de firme consistencia.

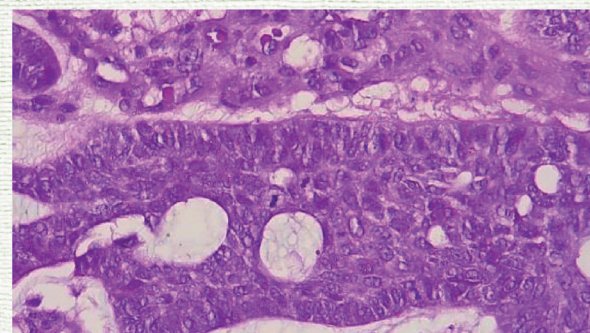


Figura 7. Infiltrado inflamatorio y vasos linfáticos dilatados



- Carcinoma *basocelular pigmentado*: comunmente de distintos tonos, desde marrón a negro. La superficie es brillante y lisa, indurada. El pigmento es debido a la melanina acumulada en los nidos de células epiteliales basaloides malignas y de igual forma en la dermis alrededor del tumor

El diagnóstico del carcinoma de células basales es clínico y se confirma considerándose como gold estándar a la histopatología para excluir de esta forma a otras malformaciones vasculares y tumores. La terapéutica de elección es la excisión radical del tumor con un posterior cierre primario o colgajo cutáneo.

Nuestro paciente presentaba la variante de carcinoma basocelular nodular, cuya peculiaridad de presentación clínica de crecimiento rápido nos hace calificarlo de presentación atípica lo cual en ocasiones puede confundir el rápido diagnóstico. De ahí la importancia de controles periódicos e inmediatos en casos de presentación de lesiones cutáneas indistintamente del tamaño de las mismas con el objetivo de realizar un diagnóstico precoz y aplicar la terapéutica adecuada en caso de la confirmación de la sospecha diagnóstica.

BIBLIOGRAFIA

- Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D, edits. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine Color. 7th Edition. New York: McGraw-Hill; 2008. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4371883&pid=S1699-695X201500020001400001&lng=es]
- Herrera-Ceballos E, Herrera-Acosta E. Carcinoma basocelular: concepto e historia. Monografías de Dermatología. 2016; 16 (2): 65-66.
- Rubin AI, Chen EH, Ratner D. Basal-cell carcinoma. N Engl J Med. 2005; 353 (21): 2262-9. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4371889&pid=S1699695X201500020001400004&lng=es]
- Telfer NR, Colver GB, Morton CA; British Association of Dermatologists. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. Br J Dermatol. 2008; 159(1):35-48. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4371893&pid=S1699-695X201500020001400006&lng=es]
- Gutiérrez VRM. Artículo de revisión. Cáncer de piel. Rev Fac Med UNAM. 2003; 46 (4): 166-171.
- Azulay RD. Dermatología. 4a ed. Edit. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2006.
- Ruiz LA. Factores de riesgo para carcinoma basocelular. Estudio de casos-controles en Córdoba. Buenos Aires: Medicina; 2005.
- Negrín-Díaz ML. Carcinoma basocelular. Dermatología Venezolana. 2008; 46 (1): 2.
- Viñas GM, Algozaín AY, Álvarez CL, Quintana DJC. Comportamiento del carcinoma basocelular facial en Artemisa durante la última década. Revista Cubana Estomatológica. 2011; 48 (2): 2-3.
- Revenga AF, Paricio RJ, Mar Vázquez M, del Villar SV. Descriptive epidemiology of basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma in Soria (north-eastern Spain) 1998-2000: a Hospitalbased survey. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004; 18: 137-141.



Clinica de Especialidades
Mogrovejo


Es Salud....


Es Bienestar....


Es Tranquilidad...



 clinicamogrovejo@hotmail.com

 099 590 2693

 072 571527 - 072 560544
072 581556

 18 de Noviembre
entre Lourdes y
Catacocha



CONSULTA EXTERNA



EMERGENCIA



HOSPITALIZACIÓN



IMAGENOLOGIA



LABORATORIO CLÍNICO



FARMACIA

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE SEROPREVAANCIA DEL BROTE DE COVID-19 EN LA CIUDAD DE LOJA-ECUADOR 2020

Autores:

- Dr. Vicente Ayala Bermeo *
- Md. Juan Diego Ayala Ayuso**
- Md. Max Alejandro Ayala Ayuso***
 - *- Máster en Salud Pública. Loja-Ecuador.
 - **-Médico Residente de Posgrado. España
 - ***-Médico Rural. Parroquia Chicaña. Zamora Chinchipe

RESUMEN

El presente estudio se realizó en un total de 1199 muestras de sangre tomadas a pacientes que acudieron a realizarse pruebas de diagnóstico en un centro de salud privado de la ciudad de Loja, Ecuador, en el periodo comprendido entre los meses de marzo a junio del año 2020, y que constituyen el universo de muestras tomadas y analizadas, encontrándose un total de 174 muestras positivas para IgG, correspondientes al 14.5% de prevalencia encontrada, y 102 muestras positivas para IgM correspondientes al 8.5% de prevalencia, del total de IgG positivos; 89 fueron hombres y 85 mujeres, en el caso de IgM positivos 44 correspondieron a hombres y 58 a mujeres, en relación a la técnica utilizada 131 pacientes fueron positivos con ELISA, y 43 positivos con PRUEBAS RAPIDAS, la procedencia de los 1199 pacientes analizados existieron de Loja 93,4%, Zamora Chinchipe 5%, Pichincha 0.2%, El Oro 0.8%, Los 0.1%, Guayas 0.3%, Esmeraldas 0.1%, Azuay 0.1%, de manera mas especifica los cantones que establecen los corredores de distribución del virus fueron: provincia de Loja: Loja 79%, Puyango 0.3%, Macará 1.1%, Saraguro 0.9%, Paltas 1.7%, Chaguarpamba 0.5%, Gonzanamá 0.7%, Catamayo 1.9%, Calvas 1.5%, Celica 0.2%, Espíndola 0.8%, Sozoranga 0.2%; en la provincia de Zamora Chinchipe: Zumba 0.2%, Yanzatza 2.1%, Paquisha 0.3%, El Pangui 0.3%, Yacuambi 0.1%, Nangaritza 0.%; otros 2.4% incluye: Santa Elena, El Guabo, Balzar, Milagro, Sucumbíos, Santa Rosa, Empalme, Atahualpa, Zaruma, Azogues, Portovelo, Cuenca. La población mayormente afectada está entre los 21 años de edad hasta los 58 años de edad, la población de la seroencuesta correspondía desde menores de 1 año hasta 96 años.

SUMMARY

The present study was carried out in a total of 1199 blood samples taken from patients who attended diagnostic tests in a private health center in the city of Loja, Ecuador, in the period between the months of March to June of the year. 2020, and that constitute the universe of samples taken and analyzed, finding a total of 174 positive samples for IgG, corresponding to 14.5% of prevalence found, and 102 positive samples for IgM corresponding to 8.5% of prevalence, of the total positive IgG; 89 were men and 85 women, in the case of positive IgM 44 corresponded to men and 58 to women, in relation to the technique used 131 patients were positive with ELISA, and 43 positive with RAPID TESTS, the origin of the 1199 patients analyzed existed de Loja 93.4%, Zamora Chinchipe 5%, Pichincha 0.2%, El Oro 0.8%, Los 0.1%, Guayas 0.3%, Esmeraldas 0.1%, Azuay 0.1%, more specifically the cantons that establish the distribution corridors of the viruses were: Loja province: Loja 79%, Puyango 0.3%, Macará 1.1%, Saraguro 0.9%, Paltas 1.7%, Chaguarpamba 0.5%, Gonzanamá 0.7%, Catamayo 1.9%, Calvas 1.5%, Celica 0.2%, Espíndola 0.8%, Sozoranga 0.2%; in the province of Zamora Chinchipe: Zumba 0.2%, Yanzatza 2.1%, Paquisha 0.3%, El Pangui 0.3%, Yacuambi 0.1%, Nangaritza 0.%; another 2.4% includes: Santa Elena, El Guabo, Balzar, Milagro, Sucumbíos, Santa Rosa, Empalme, Atahualpa, Zaruma, Azogues, Portovelo, Cuenca. The most affected population is between 21 years of age and 58 years of age, the population of the serosurvey corresponded from less than 1 year to 96 years of age.

INTRODUCCIÓN

El amplio margen que delimita el modelo de determinantes de la salud impone la necesidad de desarrollar y aplicar conceptos, métodos e instrumentos epidemiológicos de complejidad creciente a fin de comprender mejor y modificar positivamente la situación de la salud de las poblaciones. No obstante, todo ello descansa en el dominio de los principios de la epidemiología moderna para el control de enfermedades. Simultáneamente, la globalización de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes impone con la misma urgencia la necesidad de fortalecer las capacidades de alerta y respuesta epidemiológica desde los servicios locales de salud para construir un marco de seguridad sanitaria global. El aumento del movimiento poblacional, sea por turismo, migración o como resultado de desastres, el crecimiento del comercio internacional de alimentos y productos biológicos, los cambios sociales y ambientales ligados a la urbanización, deforestación y alteración del clima, los cambios en los métodos de procesamiento y distribución de alimentos y en los hábitos de consumo, la amenaza de brotes como resultado de la liberación accidental o intencional de agentes biológicos y las repercusiones económicas de las situaciones epidémicas reafirman la necesidad de capacitación fortalecer el uso de la epidemiología básica y aplicada a la realidad cotidiana de los servicios de salud, esto repercutiría en contribuir desde la epidemiología y la salud pública a priorizar problemas de la población.

RESULTADOS ENCONTRADOS:

TABLA #1

TOTAL DE PACIENTES POR PROVINCIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Loja	1120	93,4	93,5	93,5
	Zamora Ch	60	5	5	98,5
	Pichincha	9	0,2	0,2	98,7
	El Oro	3	0,8	0,8	99,4
	Los Ríos	2	0,1	0,1	99,5
	Guayas	2	0,3	0,3	99,7
	Esmeraldas	1	0,1	0,1	99,8
	Azuay	1	0,2	0,2	100
	Total	1198	99,9	100	
Perdidos	Cañar	1	0,1		
Total		1199	100		

Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación

Proporcionar evidencia para la selección racional de políticas, intervenciones y servicios de salud, así como para la asignación eficiente de recursos.

Evaluar medidas de control e intervenciones sanitarias y respaldar la planificación de los servicios de salud.

En la descripción de un brote epidemiológico, no solo interesa la descripción de los efectos en salud en tanto a quienes afecta, dónde y cuándo, sino que también está orientado a buscar las explicaciones del porqué suceden estos eventos. Es el proceso de búsqueda de la causalidad el que permite estas aproximaciones, con el fin de orientar las medidas de intervención adecuadas y la posterior evaluación de su efectividad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal, uso del programa SPSS, versión 20, se trabajó sobre el universo de muestras tomadas que fueron 1199, y el uso de seroprevalencia se realizó para IgG e IgM, con técnica de microlisa y pruebas rápidas, específicas para COVID19.

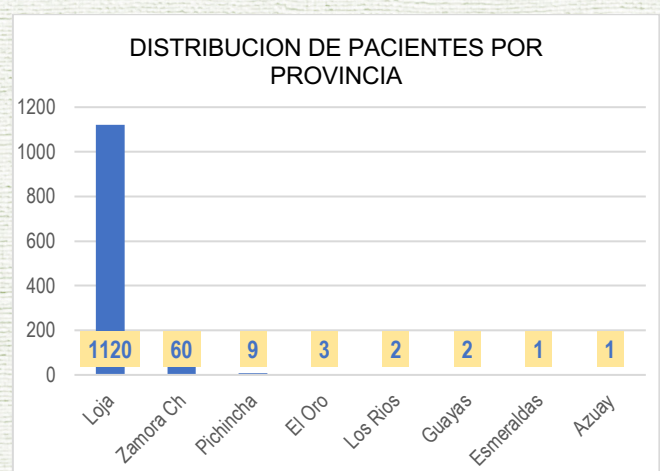
OBJETIVO GENERAL

- Describir la seroprevalencia en la primera oleada de COVID-19 en la región sur del Ecuador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar los grupos de mayor impacto en la población afectada
2. Establecer los corredores de presentación del virus
3. Describir relaciones geográficas en los sitios con pacientes positivos

GRAFICO #1



Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación



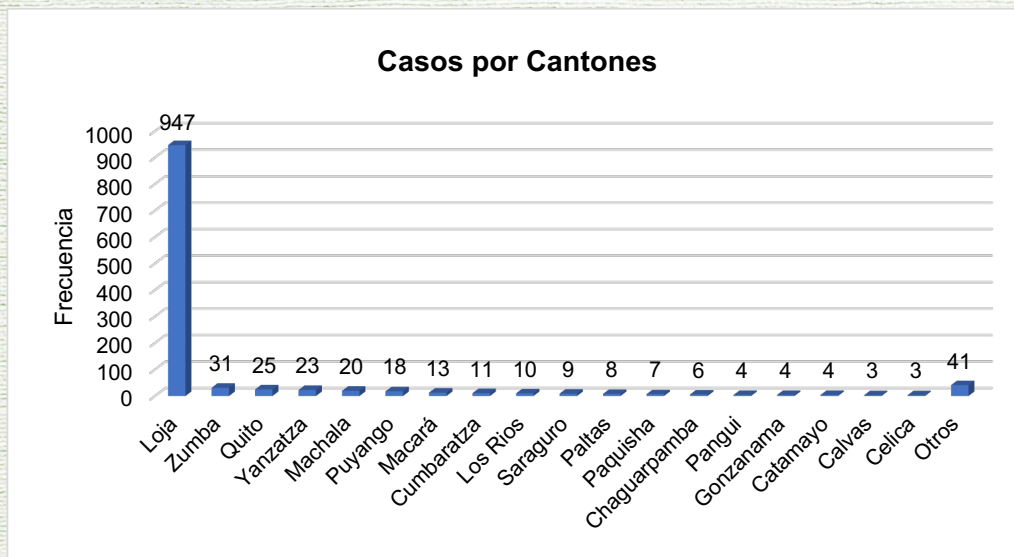
TABLA # 2

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES POR CANTON					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Loja	947	79,0	79,6	79,6
	Zumba	2	,2	,2	79,7
	Quito	10	,8	,8	80,6
	Yanzatza	25	2,1	2,1	82,7
	Machala	4	,3	,3	83,0
	Puyango	4	,3	,3	83,4
	Macará	13	1,1	1,1	84,5
	Cumbaratza	1	,1	,1	84,5
	Los Rios	1	,1	,1	84,7
	Saraguro	11	,9	,9	85,6
	Paltas	20	1,7	1,7	87,3
	Paquisha	3	,3	,3	87,6
	Chaguarpamba	6	,5	,5	88,1
	Pangui	3	,3	,3	88,3
	Catamayo	23	1,9	1,9	90,9
	Calvas	18	1,5	1,5	92,4
	Celica	2	,2	,2	92,6
	Guayaquil	2	,2	,2	92,8
	El Cisne	2	,2	,2	92,9
	Piñas	1	,1	,1	93,0
Olmedo	4	,3	,3	93,4	
Zamora	31	2,6	2,6	96,0	
Esmeraldas	1	,1	,1	96,1	
Palanda	2	,2	,2	96,2	

Válido	Quilanga	3	,3	,3	96,5
	Malacatos	7	,6	,6	97,1
	Gualiel	1	,1	,1	97,1
	Vilcabamba	1	,1	,1	97,3
	Espindola	9	,8	,8	98,1
	Cuenca	2	,2	,2	98,2
	Nangaritza	1	,1	,1	98,3
	Portovelo	2	,2	,2	98,5
	Santiago	1	,1	,1	98,6
	Azogues	1	,1	,1	98,7
	Zapotillo	2	,2	,2	98,8
	Zaruma	1	,1	,1	98,9
	Sozoranga	2	,2	,2	99,1
	Atahualpa	1	,1	,1	99,2
	Emplame	1	,1	,1	99,2
	Yacuambi	1	,1	,1	99,3
	Sta Rosa	1	,1	,1	99,4
	Sucumbios	1	,1	,1	99,5
	Milagro	1	,1	,1	99,6
	Balzar	2	,2	,2	99,7
Guabo	1	,1	,1	99,8	
Sta Elena	1	,1	,1	99,9	
Yangana	1	,1	,1	100,0	
Total	1190	99,2	100,0		
Perdidos	Sistema	9	,8		
Total		1199	100,0		

Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación

GRÁFICO # 2



Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación

TABLA # 3
EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ANALIZADOS

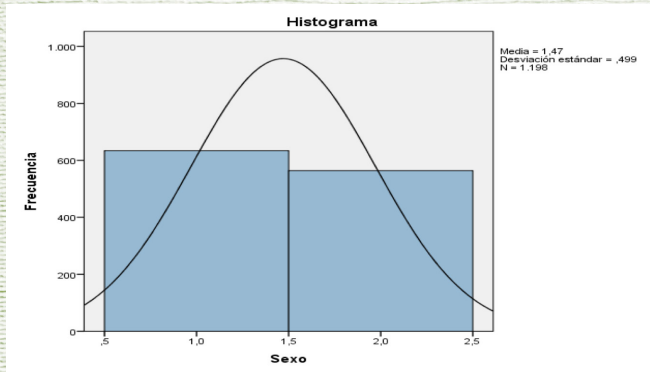
Edad	Sexo		Total
	Hombre	mujer	
-1	1	0	1
1	0	1	1
2	1	1	2
3	1	1	2
4	3	0	3
5	0	1	1
6	0	1	1
8	1	0	1
9	1	1	2
10	4	1	5
11	4	2	6
12	1	3	4
14	0	2	2
15	2	2	4
16	2	1	3
17	7	0	7
18	3	5	8
19	1	3	4
20	3	5	8
21	12	2	14
22	6	7	13
23	5	5	10
24	10	6	16
25	18	16	34
26	13	18	31
27	19	11	30
28	19	19	38
29	16	15	31
30	24	23	47
31	15	20	35
32	18	21	39
33	23	20	43
34	28	10	38
35	17	15	32
36	20	10	30
37	16	14	30
38	11	17	28
39	14	11	25
40	21	18	39
41	11	16	27
42	15	5	20
43	16	6	22
44	10	11	21
45	5	9	14
46	13	3	16
47	9	8	17

48	14	10	24
49	12	5	17
50	5	13	18
51	11	6	17
52	7	12	19
53	9	5	14
54	2	3	5
55	5	13	18
56	4	7	11
57	5	5	10
58	4	10	14
59	6	3	9
60	12	7	19
61	7	6	13
62	9	9	18
63	3	4	7
64	10	4	14
65	5	9	14
66	5	2	7
67	4	3	7
68	4	2	6
69	4	4	8
70	4	5	9
71	2	5	7
72	1	5	6
73	2	2	4
74	5	3	8
76	4	2	6
77	5	4	9
78	2	4	6
79	4	2	6
80	2	4	6
81	3	1	4
82	1	1	2
83	1	3	4
84	1	1	2
85	2	3	5
86	0	2	2
87	3	2	5
88	0	3	3
89	1	1	2
90	2	2	4
92	1	0	1
93	0	1	1
95	1	0	1
96	1	0	1
	634	564	1198

Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación



GRÁFICO #3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
SEGÚN SEXO



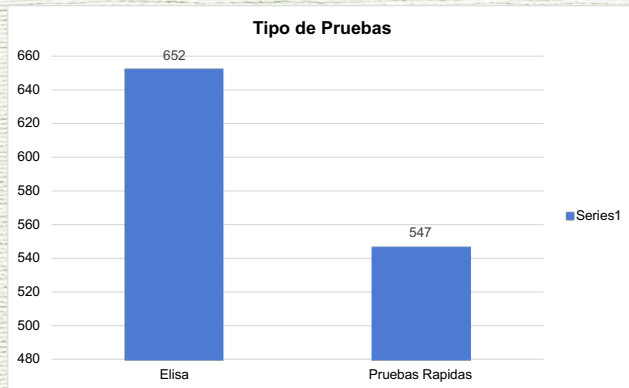
Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación

TABLA #4
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION
SEGÚN SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	hombre	634	52,9	52,9	52,9
	mujer	564	47,0	47,1	100,0
	Total	1198	99,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,1		
Total		1199	100,0		

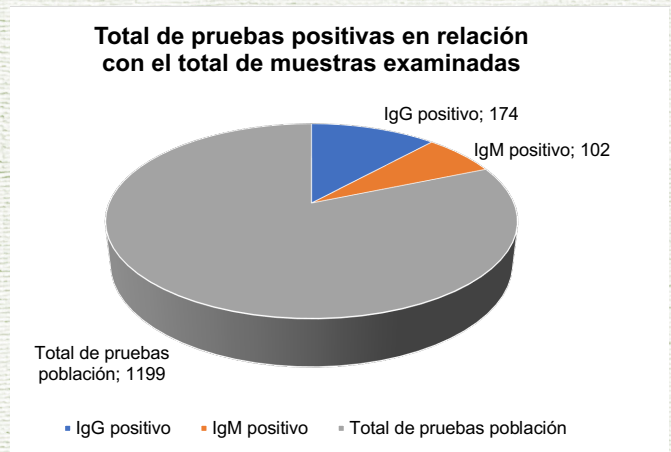
Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación

GRÁFICO #4



Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación

GRÁFICO #5.



Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación

TABLA # 5
PACIENTES POSITIVOS SEGÚN PRUEBA IgG, PROVINCIA Y SEXO

Recuento		Provincia									Total	
Sexo		Loja	Zamora	Pichincha	El Oro	Los Rios	Guayas	Esmeraldas	Azuay	Cañar		
hombre	IgG	positivo	76	11		1		0		1	0	89
		negativo	515	20		7		1		0	1	544
	3	1	0		0		0		0	0	1	
Total		592	31		8		1		1	1	634	
mujer	IgG	positivo	80	5	0	0	0	0	0	0	0	85
		negativo	447	24	2	1	1	2	1	1		479
	Total	527	29	2	1	1	2	1	1		564	
Total	IgG	positivo	156	16	0	1	0	0	0	1	0	174
		negativo	962	44	2	8	1	3	1	1	1	1023
	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Total		1119	60	2	9	1	3	1	2	1	1198	

Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación



TABLA # 6
PACIENTES POSITIVOS SEGÚN PRUEBA IgM, PROVINCIA Y SEXO

IgM*Provincia*Sexo tabulación cruzada												
Recuento												
Sexo			Provincia								Total	
			Loja	Zamora	Pichincha	El Oro	Los Rios	Guayas	Esmeraldas	Azuay		Cañar
hombre	IgM	positivo	36	8		0		0		0	0	44
		negativo	556	23		8		1		1	1	590
	Total		592	31		8		1		1	1	634
mujer	IgM	positivo	54	4	0	0	0	0	0	0	0	58
		negativo	473	25	2	1	1	2	1	1	1	506
	Total		527	29	2	1	1	2	1	1	1	564
Total	IgM	positivo	90	12	0	0	0	0	0	0	0	102
		negativo	1029	48	2	9	1	3	1	2	1	1096
	Total		1119	60	2	9	1	3	1	2	1	1198

Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación

TABLA # 7
PACIENTES POSITIVOS SEGÚN PRUEBA IgG, PROVINCIA Y SEXO

Provincia		Sexo		Total	
		Hombre	Mujer		
Loja	IgG	positivo	76	80	156
		negativo	515	447	962
	3	1	0	1	
Total			592	527	1119
Zamora	IgG	positivo	11	5	16
		negativo	20	24	44
	Total		31	29	60
Pichincha	IgG	negativo		2	2
Total				2	2
El Oro	IgG	positivo	1	0	1
		negativo	7	1	8
	Total		8	1	9
Los Rios	IgG	negativo		1	1
Total				1	1
Guayas	IgG	negativo	1	2	3
Total			1	2	3
Esmeraldas	IgG	negativo		1	1
Total				1	1
Azuay	IgG	positivo	1	0	1
		negativo	0	1	1
	Total		1	1	2
Cañar	IgG	negativo	1		1
Total			1		1
Total	IgG	positivo	89	85	174
		negativo	544	479	1023
	3	1	0	1	
Total			634	564	1198

Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación

TABLA # 8
PACIENTES POSITIVOS SEGÚN PRUEBA IgM, PROVINCIA Y SEXO

Provincia		Sexo		Total	
		Hombre	Mujer		
Loja	IgM	positivo	36	54	90
		negativo	556	473	1029
	Total		592	527	1119
Zamora	IgM	positivo	8	4	12
		negativo	23	25	48
	Total		31	29	60
Pichincha	IgM	negativo		2	2
Total				2	2
El Oro	IgM	negativo	8	1	9
Total			8	1	9
Los Rios	IgM	negativo		1	1
Total				1	1
Guayas	IgM	negativo	1	2	3
Total			1	2	3
Esmeraldas	IgM	negativo		1	1
Total				1	1
Azuay	IgM	negativo	1	1	2
Total			1	1	2
Cañar	IgM	negativo	1		1
Total			1		1
Total	IgM	positivo	44	58	102
		negativo	590	506	1096
	Total		634	564	1198

Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación



TABLA # 9
ANÁLISIS ESTADÍSTICO, ESTUDIO DESCRIPTIVO

		Estadístico	Error estándar	
Edad	Media	42,15	,502	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	41,17	
		Límite superior	43,13	
	Media recortada al 5%	41,50		
	Mediana	38,00		
	Varianza	301,972		
	Desviación estándar	17,377		
	Mínimo	-1		
	Máximo	96		
	Rango	97		
	Rango intercuartil	22		
Asimetría	,659	,071		
Curtosis	,100	,141		

Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación

TABLA # 10
ANÁLISIS ESTADÍSTICO, ESTUDIO DESCRIPTIVO.IgG

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	36,910 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	39,125	2	,000
Asociación lineal por lineal	36,600	1	,000
N de casos válidos	1199		

Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación

TABLA # 11
ANÁLISIS ESTADÍSTICO, ESTUDIO DESCRIPTIVO.IgM

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	13,279 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	12,533	1	,000		
Razón de verosimilitud	13,805	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	13,268	1	,000		
N de casos válidos	1199				

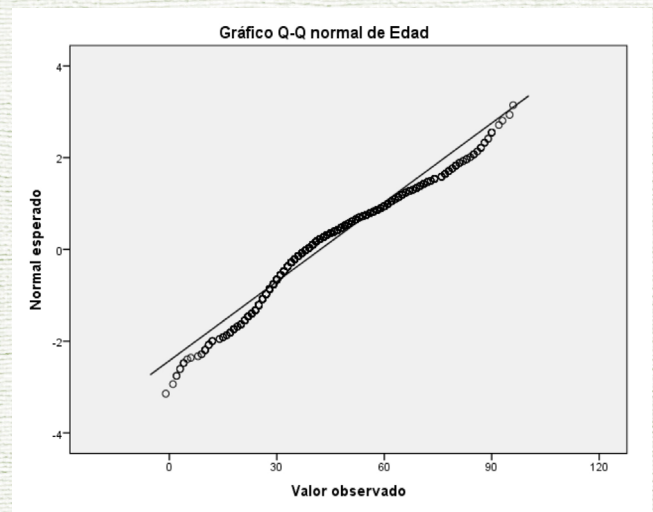
Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación

TABLA # 12
ESTIMACIÓN DE RIESGO

	Valor	Intervalo de confianza de 95%	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Tipo de prueba (Elisa / Pruebas Rápidas)	2,252	1,441	3,519
Para cohorte IgM = positivo	2,112	1,395	3,198
Para cohorte IgM = negativo	,938	,907	,970
N de casos válidos	1199		

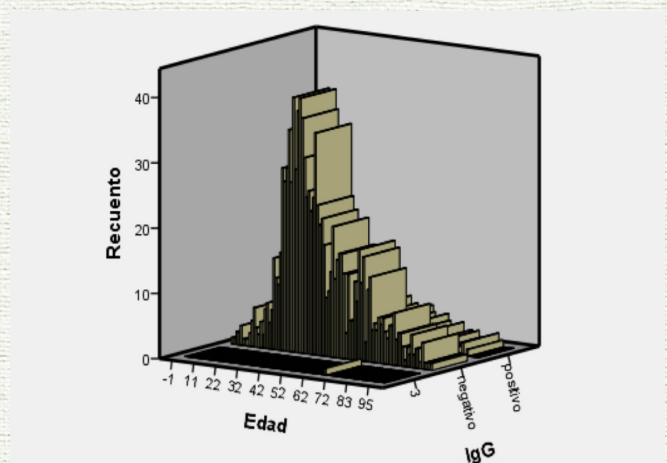
Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación

GRÁFICO # 6
DISTRIBUCIÓN EN EDAD DE LA POBLACIÓN EN RELACIÓN CON LA MEDIA



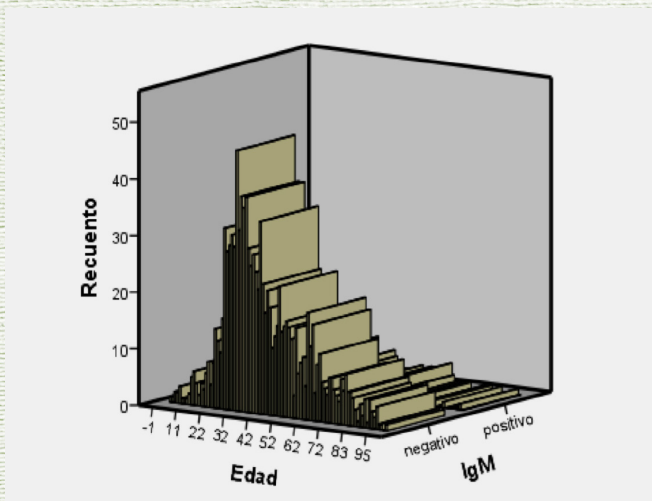
Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación

GRÁFICO # 7
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN RELACIÓN CON LA EDAD Y EL TIPO DE PRUEBA (IgG)



Elaborado por: Autores
Fuente: Base de datos de la investigación

GRÁFICO # 8
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN RELACIÓN
CON LA EDAD Y EL TIPO DE PRUEBA (IgG)



Elaborado por: Autores
 Fuente: Base de datos de la investigación

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El mayor número de muestras correspondieron a pacientes de la provincia de Loja, aunque se incluyen de Loja, Zamora, El Oro, Pichincha, Guayas, Azuay, Esmeraldas, lo que tendría su explicación
2. Al ser una pandemia ya anunciada, no pudo el país estar preparado, muchísimos eventos adversos se sumaron a la imposibilidad de acudir a un serodiagnóstico y tomar decisiones que permitieran disminuir el impacto socioeconómico en todos los habitantes de nuestro país.
3. Los sitios recomendados de reforzar la vacunación en la población corresponden a los corredores en donde se detectó la presencia del virus, y estos son:
4. Corredor #1: Loja, Catamayo, Paltas y Macará
5. Corredor #2. Calvas, Sozoranga, Espíndola.
6. Corredor #3. Zamora, Yanzatza, El Pangui.
7. Corredor #4. Machala, Piñas, Zaruma.
8. Corredor #5. Vilcabamba, Yangana, Palanda, Zumbaba
9. Es necesario que los laboratorios de la red de salud nacional refuercen la capacidad resolutoria de sus unidades con el fin de brindar credibilidad y accesibilidad en el caso de pruebas para vigilancia y control del virus COVID19.
10. Los grupos de mayor impacto correspondieron a la población económicamente activa, entre 18 y 64 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Auerbach JA, Krimgold BK [Editors]. Income, socioeconomic status, and health: exploring the relationships. National Policy Association; Washington DC, 2001. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T.
2. Epidemiología básica. Organización Pan-americana da Saúde; Washington DC, 1994. Berkman LF, Kawachi I [Editors]. Social epidemiology. Oxford University Press; New York, 2000. Collins FS. Medical and societal consequences of the Human Genome Project. The 109th Shattuck
3. Lecture. The New England Journal of Medicine 1999 July 1;341(1):28-37. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. World Health Organization, Regional Office for Europe; Copenhagen, 1991. Dever GEA. Epidemiologia e administração de serviços de saúde. Organização Pan-americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde ; Washington DC, 1991. Diez-Roux AV. On genes, individuals, society, and epidemiology.
4. American Journal of Epidemiology 1998;148(11):1027-32. Directions for health: new approaches to population health research and practice. The Leeds Declaration. Nuffield Institute for Health, University of Leeds; Leeds, 1993. Evans RG, Barer ML, Marmor TR [Ed.]. Why are some people healthy and others not?. The determinants of health of populations. Aldine de Gruyter; New York, 1994. Gordis L, Noah ND. Epidemiology and World Health Organization. Report and recommendations of the Special Advisers to the Director-General.
5. World Health Organization; Geneva, May 12, 1988. Institute of Medicine. Committee for the study of the future of public health. Division of Health Care Services. The future of Public Health. National Academy Press; Washington DC, 1988. Krieger N. Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st Century.
6. Epidemiologic Reviews 2000;22(1):155-63. Kuhn TS. The Structure of Scientific Revolutions. Third Edition. University of Chicago Press; Chicago, 1996. Lalonde M. O pensamento de Canadá respecto das estratégias epidemiológicas em saúde. Boletín da Oficina Sanitária Pan-americana 1978 Março;84(3):189-95. Last JM. Public health and human ecology. Second Edition. Appleton & Lange; Stamford, 199



17
años



TRATAMIENTO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS

- *Modernas instalaciones, seguras y confortables*
- *Profesionales altamente calificados*
- *Tecnología de punta*

Su clínica del riñón!!

ISO 9001:2015

BUREAU VERITAS
Certification

EC22833





SOLcare

La prevención es la mejor opción

Conoce el **Plan de salud preventiva** que ofrece **Solca Loja**, para el diagnóstico de diversas patologías **según el sexo y edad** del paciente.

SOLcare



 **SOLcare**
Plan de Salud Preventiva

Complementado de manera integral con la evaluación nutricional y de salud mental.

tu mayor tesoro **tu salud**

siéntete seguro

SOLcare
JUNIOR


5-18
años

SOLcare
PRO


18-40
años

SOLcare
PLUS

+40
años

 07-2614314
0967205777

 www.solcareloja.med.ec/solcare/
solcare@solcaloja.med.ec

 Av. Salvador Bustamante Celi.
Loja Ecuador.