

MISCELÁNEAS

Dr. Juan Carlos García Sierra (1)

Melanoma. Diagnóstico. Tratamiento.

1.- Diagnóstico

La posibilidad de existencia de un melanoma debe sospecharse desde que se diagnostica un nuevo dermoepidérmico.

1.1 Orientaciones diagnósticas

- 1.1.1 Incidencia semejante en mujeres y hombres.
- 1.1.2 En los primeros momentos de su evolución se observa como una pápula dura, de color pardo oscuro o negro pizarra
- 1.1.3 La velocidad de crecimiento varía: puede ser rápido.
- 1.1.4 Puede desarrollarse sobre un nevo dermoepidérmico. Cuando así sucede, aumenta sus diámetros, se hace más negro y puede aparecer 1 ó más puntos negros satélites.
- 1.1.5 Evolutivamente puede ulcerarse y sangrar.
- 1.1.6 Subjetivamente es asintomático en sus primeras etapas.
- 1.1.7 El diámetro puede oscilar entre algunos milímetros hasta 10 cm o más
- 1.1.8 Localización: se le puede hallar en cualquier parte de la piel o las mucosas, pero los lugares donde aparece con más frecuencia son las palmas de las manos, la planta de los pies y los genitales. No es raro en el lecho ungueal.
- 1.1.9 Épocas de mayor peligro: pubertad y embarazo
- 1.1.10 Es una neoplasia que provoca muchas metástasis y lo hace por cualquier vía, por lo tanto, su manipulación ha de ser muy cuidadosa.

- 1.1.11 Frente a metástasis ganglionares, se debe sospechar la presencia de melanoma activo, haya sido o no tratado anteriormente.
- 1.1.12 Debe realizarse el diagnóstico clínico y su confirmación por el estudio histológico transoperatorio, mediante exéresis con suficiente margen de tejido sano vecino, que depende del área de la lesión, que no será nunca menor de 3 cm, ni mayor de 5 cm

2.- Diagnóstico diferencial

Se hará con las lesiones pigmentadas, fundamentalmente, con los distintos tipos de nevos, el carcinoma basal pigmentado, la queratosis seborreica, el papiloma basal pigmentado, el tumor gnómico en el lecho ungueal, etc.

3.- Tratamiento

3.1 Profiláctico

Exéresis del nevo dermoepidérmico, sobre todo antes de la pubertad y el embarazo. Debe extirparse también todo nevo sometido a un trauma o que cambie su aspecto, color o diámetro.

3.2 Quirúrgico

Es obligado. La exéresis se realizará en bloque, comprendiendo el tejido tumoral, la grasa y la fascia subyacente, así como los ganglios linfáticos afectados.

Se contraindica la anestesia local por el peligro de liberación de células que trae aparejada su extirpación.

3.3 La electrocoagulación está totalmente contraindicada en estas lesiones. Las radiaciones no son útiles.

El 1er. tratamiento decide, casi siempre, la curación o no de esta neoplasia.

3.4 Melanoma diagnosticado clínicamente

3.4.1 Con signos evidentes de actividad local, pero sin metástasis detectable, está indicado la exéresis en bloque de la lesión y además, de la zonas ganglionares regionales de posible participación metastásica.

3.4.2 Con presencia de metástasis regionales: exéresis radical, amplia, en bloque, de la lesión primitiva y vaciamiento ganglionar de las regiones aferentes del foco primitivo.

En ocasiones se exigen enormes campos de disección para garantizar al máximo la posibilidad de eliminación del proceso con diseminación regional.

3.4.3 Con metástasis a distancia (pulmonares, etc): en estos pacientes, no debe realizarse la exéresis del tumor primitivo. Si este se halla controlado y aparecen metástasis en partes blandas o ganglionares periféricas, se tratarán igual que una lesión primitiva. No así cuando las metástasis son profundas o de difícil eliminación.

4.- Tiempo de recuperación postoperatoria

Se concederá un período de tiempo que variará de acuerdo con la magnitud y localización de la intervención quirúrgica sufrida por el paciente.

Várices esenciales. Diagnóstico. Tratamiento.

1.- Diagnóstico

Se hará por:

1.1 Antecedentes.

1.2 Síntomas y signos

1.3 Examen radiológico

1.4 Tendrá valor diagnóstico

1.4.1 El dolor y las sensaciones parestésicas en los miembros inferiores.

1.4.2 La visualización de las venas dilatadas.

1.4.3 La palpación de los trayectos venosos aumentados.

1.5 Si el diagnóstico no puede realizarse por lo expresado anteriormente, se practicará la flebografía directa

1.6 Pruebas complementarias

Para la elección del método a seguir, se realizarán estas pruebas:

1.6.1 Rivlin (que decidirá si el tratamiento es quirúrgico o médico).

1.6.2 De Trendelenburg

- 1.6.3 De Pratt
- 1.6.4 de Heyerdale-Anderson.
- 1.6.5 Oschner

2.- Tratamiento

Podrá ser profiláctico, médico o quirúrgico.

2.1 Profiláctico

Evitar largas permanencias de pie y el uso de ligas o fajas apretadas

2.2 Médico

- 2.2.1 Descansar con los pies más alto que el resto del cuerpo.
- 2.2.2 Obtener control de la obesidad.
- 2.2.3 Lograr el control de las deformidades podálicas.
- 2.2.4 Aplicar vendajes elásticos.
- 2.2.5 Administrar medicamentos flebotónicos.

2.3 Tratamiento esclerosante

2.3.1 Indicaciones:

- 2.3.1.1 Várices sin insuficiencia valvular (Rivlin negativo)
- 2.3.1.2 Várices del embarazo complicadas (varicorragias)
- 2.3.1.3 Várices con insuficiencia valvular (como medida paliativa)
- 2.3.1.4 Como complemento del tratamiento quirúrgico (várices residuales postsafenectomía.)

2.3.2 Contraindicaciones:

- 2.3.2.1 Antecedentes alérgicos
- 2.3.2.2 Tromboflebitis o linfangitis aguda.
- 2.3.2.3 Insuficiencia arterial crónica.
- 2.3.2.4 Marcada pigmentación cutánea postesclerosis.
- 2.3.2.5 Enfermedades sistémicas graves.

2.4 Tratamiento quirúrgico

- 2.4.1 Anestesia regional o general.
- 2.4.2 Safenectomía interna, externa o ambas.
- 2.4.3 Exéresis de las comunicaciones insuficientes.
- 2.4.4 Contraindicaciones:
 - 2.4.4.1 Úlceras varicosas infectadas.
 - 2.4.4.2 Infecciones activas de los miembros inferiores.
 - 2.4.4.3 Enfermedades sistémicas graves.
 - 2.4.4.4 Insuficiencia arterial crónica.
 - 2.4.4.5 Edad muy avanzada

3.- Tiempo de recuperación postoperatoria

Se concederá 30 días a partir del alta definitiva.

Hidrocele de la túnica vaginal testicular y del cordón inguinal. Clasificación. Diagnóstico. Tratamiento.

1.- Clasificación

- 1.1 Congénito
 - 1.1.1 Comunicante.
 - 1.1.2 Tabicado o quiste del cordón.
 - 1.1.3 Escrotal.
- 1.2 Adquirido
 - 1.2.1 Idiopático.
 - 1.2.2 Secundario.

2.- Diagnóstico

- 2.1 Antecedentes.
- 2.2 Síntomas y signos
- 2.3 Transiluminación

En un niño pequeño puede ser difícil establecer el diagnóstico diferencial entre el hidrocele o hernia y, con frecuencia ambos estados patológicos pueden coexistir. La punción y aspiración no deben ser usadas para establecer el diagnóstico en esta circunstancia, a causa del peligro de perforar el intestino y provocar peritonitis.

3.- Tratamiento quirúrgico

- 3.1 Técnica a seguir en el hidrocele congénito.
 - 3.1.1 Rara vez requieren operación antes de 11/2 años por lo que pueden desaparecer de forma espontánea en un tanto por ciento muy reducido de pacientes.
 - 3.1.2 Antes de los 5 años de edad se realiza la técnica de Potts.
 - 3.1.3 En los niños está contraindicada la eversión de la túnica vaginal
 - 3.1.4 En el quiste del cordón sólo se realiza apertura amplia sin exéresis del quiste (destechamiento).
- 3.2 Técnica a seguir en el hidrocele adquirido
 - 3.2.1 Eversión, resección (o ambas maniobras) de la túnica vaginal. Debe dejarse drenaje por contraabertura.
 - 3.2.2 Plicatura de la vaginal.

4.- Tiempo de recuperación postoperatoria

Se concederán entre 15 días-30 días a partir del alta definitiva

Cistostomía. Clasificación. Indicaciones. Técnica

1.- Clasificación

La cistostomía puede ser: temporal o permanente

2. Indicaciones

2.1.1 Temporal

2.1.1 Cuando existe daño renal, por obstrucción crónica de la vejiga o la uretra (hiperplasia prostática o estrechez uretral de larga duración).

2.1.2 cuando hay retención aguda de orina y es imposible colocar un catéter en la uretra (estrechez infranqueable de la uretra, grandes lóbulos prostáticos, traumatismo uretral, etcétera).

2.1.3 Cuando se realizan plastias uretrales, para dejar en reposo la región operada (hipospadias, traumatismo uretral, algunos divertículos uretrales, resección parcial de uretra por estenosis, etcétera).

2.1.4 Cuando se llevan a cabo intervenciones vesicales, en que es necesario un amplio drenaje de la orina, imposible de conseguir con sonda uretral (traumatismo vesical, cierre de las fistulas vesicovaginales, cierre de fistulas vesicorrectales, cistectomía parcial amplia, etcétera).

2.1.5 Cuando exciten hemorragias prostatovesicales, que no se pueden evacuar por vía uretral (lóbulos prostáticos sangrantes, hemorragias postoperatorias en las prostactectomías, sangramientos vesicales, etcétera).

2.1.6 En los niños que requieren sonda uretral permanente por más de 72 h.

3.2 Permanente

En insuficiencias renales crónicas irreversibles por obstrucción urinaria baja.

3. Técnica

3.1 Citostomía por punción

3.1.1 Debe realizarse con la vejiga llena. Antes de la operación se debe verificar que la sonda paso a través de la cánula del trocar con que vamos a hacer la punción.

3.1.2 Previa anestesia local, se hace una incisión de 1 cm. de longitud, situada a 2 cm. por encima del pubis. Se introduce el trocar, perpendicularmente, a la pared, se retira el Madrid y, a través de la cánula, se introduce la sonda. Se retira la cánula dejando la sonda in situ.

3.1.3 Se fija la sonda a la piel

3.2 Citostomía por incisión

3.2.1 Incisión media o transversa infraumbilical

3.2.2 Se expone o incide, extraperitonealmente, la vejiga.

3.2.3 Se realiza la exploración digital de la vejiga y se sitúa el tubo de drenaje en ella. Este tubo debe salir por la parte alta de la

incisión cerrándose la vejiga con puntos separados de cromado No. 00 en 2 planos.

3.2.4 Se deja drenaje de hule de goma en le espacio prevesical y se fija el tubo a la piel.

Testículos no descendidos. Diagnóstico. Tratamiento

1. Diagnóstico

1.1 La localización de las gónadas en le varón normal, desde su nacimiento, es en las bolsas escrútales. La ausencia de 1 ó de ambos testículos puede deberse a:

1.1.1 Retención testicular retroperitoneal.

1.1.2 Retención testicular en cualquier lugar del canal inguinal.

1.1.3 Testículos en posición ectópica (periné, cara interna de músculos, pliegue inguinal, prepubiano, bolsa escrotal contralateral, etcétera).

1.1.4 Anorquia (ausencia del tejido testicular)

1.2 El término criptorquidia sólo traduce la ausencia clínica de los testes y el desconocimiento exacto de su localización, por tanto, puede ser aplicado siempre que esta condición exista.

1.3 Para la detección clínica de los testículos, es de mayor importancia la relajación muscular del paciente, su correcta manipulación y el ambiente de confianza en que éste se encuentre.

En el niño, la posición que permitirá obtener una mayor relajación, y que, por tanto, facilitaría la palpación testicular, sería en cuclillas.

2. Tratamiento

2.1 Indicaciones

La falta de descenso testicular puede ser manifestación más de otras, enfermedades o síndromes complejos (urinarios, genitales, digestivos, intersexuales, etcétera). En estas situaciones, el tratamiento específico queda supeditado al plan general terapéutico trazado para cada enfermo y escapa, por tanto, a esta formación.

2.1.2 La orquidopexia se realizará entre los 4 años- 6 años d edad.

Si se tratara de una falta de descenso testicular bilateral, se procederá a un lado 1ro. Y después el otro, con un período, entre ambas intervenciones, no menor de 6 meses.

2.1.3 En edades posteriores a los 6 años estará indicado operar una vez hecho el diagnóstico y observado lo planteado ya respecto a los pacientes con afecciones bilaterales.

2.1.4 En caso de existir hidrocele comunicante, hernia, traumatismo, torsión, o en general cualquier causa que

determine una inguinotomía, deberá procederse a la orquidopexia, independientemente de la edad del paciente, y como parte integral del acto operatorio.

- 2.1.5 En edades postpuberales y ante la presencia de testículos pequeños, atróficos, éstos deberán extirparse, colocándose en su ligar prótesis y enviándolos para estudio histopatológico.
- 2.1.6 Los testículos en posición ectópica deberán ser operados tan pronto como se diagnostiquen y dentro de las edades señaladas (4 años- 6 años), a menos que su localización los exponga a traumas repetidos y sea aconsejable la orquidopexia en edades más tempranas.
- 2.1.7 La reintervención sobre un testículo que no pudo ser llevado al escroto y se dejó en algún lugar de la región inguinal, deberá diferirse por un período no menor de 1 año. Las reintervenciones tampoco serían hechas bilateralmente en el mismo acto operatorio. En cualquier paciente esta reoperación se hará antes del período puberal.

3.2 Quirúrgica

La técnica operatoria observará, cuidadosamente, estos detalles:

- 2.2.1 Disección anatómica de todas las estructuras que rodean el testículo y su pedículo.
 - 2.2.2 Evitación de todo tipo de traumatismo transoperatorio, en especial aquellos que pueden afectar los elementos vasculares del teste.
 - 2.2.3 Ante la ausencia del testículo en el canal inguinal debe siempre explorarse, detenidamente, el retroperitoneo y abrir el peritoneo en búsqueda de la gónada.
 - 2.2.4 La reparación de la pared inguinal, deberá ser anatómica.
 - 2.2.5 La biopsia testicular será ejecutada siempre que se sospeche alguna alteración histopatológica.
 - 2.2.6 La fijación del testículo al fondo escrotal se hará evitando cualquier tipo de tracción sobre el pedículo vásculo-nervioso.
- 2.3 La orquidopexia se realizará siempre en hospitales pediátricos provinciales (o con nivel de éstos), garantizando el aseguramiento pediátrico, anestesiólogo y de manejo quirúrgico que ella implica.
- 2.3.1 Se impone el seguimiento- hasta las edades adultas- de los testículos operados, con le propósito de realizar pesquisa de atrofas, tumoraciones o azoospermias.
 - 2.3.2 El empleo preoperatorio de la gonadotropina coriónica o de andrógenos, estrá sólo justificado cuando se sospeche que se está ante a un paciente con hipogenitalismo. Las dosis de estas hormonas serán las indicadas en las pautas o normas pediátricas para esta situación específica.
En pacientes cuya operación llevó implícito un trauma quirúrgico importante sobre el cordón espermático y le

testículo, podrá usarse la gonadotropina coriónica en dosis no mayores de 9000 U, repartidas en el período posoperatorio inmediato.

- 2.3.3 Deberá darse, a los padres, una información necesaria y suficientemente amplia sobre el estadio actual y prospectivo de sus hijos enfermos y se cuidará que no se originen o traten incorrectamente los trastornos psicológicos que pueden derivarse de su enfermedad genital.

Torsión del testículo y de sus hidátides. Diagnóstico. Tratamiento.

1. Diagnóstico

- 1.1 Se entiende por torsión del testículo, el retorcimiento axial de su cordón espermático que interfiere, 1ro con la circulación venosa de retorno testicular, y después, con la irrigación arterial, provocando infarto y gangrena del órgano.
La torsión de las hidátides testiculares o de las que están situadas en el epidídimo pueden sufrir igual complicación a la señalada anteriormente.
- 1.2 Las torsiones son estados patológicos frecuentes que representan una urgencia quirúrgica que debe tener presente el pediatra y cirujano en los Cuerpos de Guardia.
- 1.3 Es de señalar que 15 % de las torsiones testiculares son confundidas con las orquiepidimitis o epidimitis. Esto implica la necrosis y atrofia testicular, al no realizarse el tratamiento quirúrgico.
- 1.4 Los antecedentes pueden ser:

- 1.4.1 Hernia.
- 1.4.2 Testículo no descendido.
- 1.4.3 Trauma Local.
- 1.4.4 Actividad física reciente.

Es necesario tener en cuenta que las torsiones han ocurrido también estando el paciente dormido o inmóvil, por cualquier otra causa y además en el curso de otras enfermedades.

- 1.5 Clínicamente pueden presentarse:

- 1.5.1 Síntomas inflamatorios agudos, hernioescrotales o inguinales, sin reacción general.
- 1.5.2 Síntomas inflamatorios agudos locales con manifestaciones generales (fiebre, astenia, etcétera).
- 1.5.3 Formas subagudas recidivantes.
- 1.5.4 Forma abdominal aguda (torciones en testículos retroperitoneales)

2. Tratamiento

- 2.1 Hecho rápidamente el diagnóstico (circunstancia fundamental) se procederá de inmediato a ejecutar el tratamiento quirúrgico.

2.2 Antes de las 6 horas de ocurrida la torsión es muy probable la viabilidad del testículo. Sin embargo, eventualmente se han visto pacientes con buena conservación en torsiones que tienen hasta 5 días de evolución. Estos elementos condicionan la actitud operatoria inmediata en cualquier enfermo, independientemente del tiempo transcurrido.

2.3 Después de la destorción, se aplicarán calor local y novocaina la pedículo testicular, tratando de obtener la mejoría del riego sanguíneo. En muchos pacientes, aunque el testículo aparezca de color negro azulado, será posible conservarlo. Esto es tanto más probable cuanto más pequeño sea el paciente.

2.4 El criterio de orquiectomía se basa, concretamente, en la presencia de necrobiosis o gangrena húmeda del órgano. Si estos estados no existen, se debe conservar el testículo.

2.5 La medida verdaderamente conservadora frente a cualquier aumento de volumen con signos inflamatorios agudos en el área inguinoscrotal, consiste en una rápida operación que asegure la vida del órgano o aclare diagnósticos imprecisos.

2.6 Estos pacientes serán objetos de seguimiento clínico periódico hasta edades posteriores a la pubertad. Después de ésta si, en algún momento, hubiese signos de atrofia testicular (acompañada, por lo común, con hipertrofia contralateral), se procederá a realizar orquiectomía y colocación de prótesis.

2.7 Técnica operatoria

2.7.1 Osqueotomía o inguinosqueotomía longitudinal; incisión de la túnica vaginal y exposición del testículo y su pedículo.

2.7.2 Destorsión cuidadosa del pedículo testicular (en este momento el órgano puede desprenderse por la maniobra) o exéresis de la hidátide necrótica.

2.7.3 Después de ejecutar las maniobras ya señaladas, se decide si se conserva o no el testículo; en caso de exéresis se difiere la colocación de una prótesis para cuándo haya desaparecido el proceso inflamatorio local y se toma también en consideración la edad del paciente.

2.7.4 En presencia de un testículo violáceo se deberá incidir, longitudinalmente, la albugínea. Este eliminará el conflicto de espacio del parénquima y ayudará a la conservación, del órgano.

2.7.5 En caso de conservación del órgano, éste se fija al fondo escrotal por su cubierta albugínea (cara superior) y se cuida que no se origine tracción de ningún tipo sobre el pedículo.

2.7.6 Se reservarán los bordes exuberantes de la túnica vaginal, y, además, se electrocoagularán.

2.7.7 Se suturarán las cubiertas testiculares en 2 planos con sutura absorbible, y se deja drenaje de goma durante 48 h, como tiempo mínimo.

2.7.8 La colocación de la prótesis testicular se realizará en edades cercanas a la pubertad, y antes, sólo si es necesario como medida del tratamiento de manifestaciones psicológicas.

Técnicamente se ejecutará a través de una incisión inguinal baja o escrotal alta, de tal forma que la prótesis no quede en contacto con la sutura parietal.

3. Tiempo de recuperación postoperatoria.

Se concederán entre 15 días- 30 días después del alta definitiva.

Fimosis. Diagnóstico. Tratamiento.

1. Diagnóstico

- 1.1 Esta anomalía consiste en la estenosis del orificio prepucial, que dificulta o impide descubrir el glande y realizar el coito, la micción normal, o ambos.
- 1.2 La adherencia laxa balano prepucial del recién nacido no se considera como una fimosis, aunque su persistencia puede ser un factor condicionante.
- 1.3 La enfermedad fimótica puede ser congénita o adquirida. Esta última por balanitis crónica, adherencia balanoprepucial fibroesclerosa, etcétera.
- 1.4 Cuando existe un prepucio redundante y es posible descubrir el glande y, por tanto, proceder a su aseo normal, no se trata de fimosis.

2. Tratamiento

- 2.1 Hacer conciencia sanitaria en la madre y en el niño de la importancia del aseo genital correcto.
- 2.2 Hacer dilatación manual progresiva cuando el anillo prepucial sea extensible y la maniobra indolora, cuidando no ocasionar fisuras o desgarros que determinen, posteriormente esclerofibrosis.
- 2.3 Hacer circuncisión con el clamp de Gomco durante el 1er. mes de la vida (y después del 5to. día de nacido)

(1) Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Cirugía General. Profesor Auxiliar de Cirugía General. Director y Editor principal de la Revista Cubana de Cirugía y del Portal de Cirugía General de Cuba. Presidente Sección Informática y miembro de la Junta Gobierno Ampliada de la Sociedad Cubana de Cirugía.