REVISTA CIENTÍFICA

CAICYT/CONICET 3008-8615

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Av. Diaz Vélez 5044 CABA. CP. 1405
revistadurand@gmail.com

Agosto 2026
Volumen 3 N°2



EDICIÓN INGRESO RESIDENCIAS MÉDICAS 2026

Auspicia:
Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires
(Fmed UBA)
Asociación de Médicos Municipales (AMM)
Asociación Médica Argentina (AMA)
Asociación de Profesionales Universitarios Hospital Durand (APUHD)

Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires



IDHS

INSTITUTO PARA EL DESARROLLO HUMANO Y LA SALUD

Unidad educativa de la Asociación de Médicos Municipales de la CBA

Instituto para el desarrollo humano y la salud





- ☑ Cursos de administración, auditoría, gestión y calidad
- ☑ Capacitaciones en todas las especialidades
- ☑ Simulación quirúrgica
- ☑ Inglés intermedio y avanzado
- ☑ Cursos de verano

Marcelo T. de Alvear 1422 | (+54 11) 4813-0604/0490

www.idhs.org.ar | idhs_instituto | cursos@idhs.org.ar

Lunes a Viernes de 10:00 a 17:00 h

Autoridades del Hospital



DIRECTOR
Dr. Fernando A. GONZALEZ

SUBDIRECTOR
Dr. Claudio M. STORINO

JEFES DE DEPARTAMENTO

MEDICINA INTERNA
Dr. Carlos UJEDA

QUIRÚRGICO
Prof. Tit. Dr. Adrián DESIDERIO

MATERNO INFANTIL
Dr. Julio FALK

URGENCIAS
Dr. Hugo GARCÍA

CONSULTORIOS EXTERNOS
Dr. Federico GEMELLI

DIÁGNOSTICO
Dra. Andrea GERSZTEIN

ÁREA PROGRAMÁTICA
Dra. Claudia NEVISARDI

TÉCNICO
Dra. Susana HERMOSID

SALUD Y SEGURIDAD
Dra. Ilse RIATTI

Consejo Científico Editorial

DIRECTOR

Prof. Tit. Dr. Adrián DESIDERIO

-Esp. en Cirugía General, Cirugía Torácica y Medicina del Deporte
-Prof. Tit. de Cirugía UBA
-Presidente de la Comisión de Postgrado y Residencias Médicas UBA
-Director de carrera de esp. Cirugía Gral. UBA
-Jefe de Departamento de esp. quirúrgicas
Hospital Carlos G. Durand

SUBDIRECTOR

Prof. Adj. Dr. Walter DE BONIS

-Esp. en Urología y Medicina Legal
-Prof. Adj. de Urología UBA
-Director carrera de esp. Urología UBA.
-Jefe de Unidad Urología
Hospital Carlos G. Durand

EDITOR JEFE

Dr. Cristian. A. FLORES

-Esp. en Cirugía General y Torácica
-Jefe de Trabajos Prácticos de Cirugía UBA
Hospital Carlos G. Durand

SUBDIRECTOR ADJUNTO

Prof. Adj. Dr. Anibal J. SAROTTO

-Esp. en Ortopedia y Traumatología y Cirugía de Columna
-Prof. Tit. de Traumatología UBA
-Director de carrera de esp. OyT UBA
-Jefe de Unidad Ortopedia y Traumatología
Hospital Carlos G. Durand

EDITORES EJECUTIVOS

Dra. Rocío LEIS

-Esp. en Clínica Médica
-Esp. en Infectología Clínica
-Jefa de Trabajos Prácticos Medicina Interna
Hospital Carlos G. Durand

Dra. Milagros PASCALE

-Esp. en Cirugía General
-Instructora de Residentes Cirugía General
-Jefa de Trabajos Prácticos de Cirugía UBA
Hospital Carlos G. Durand

SECRETARÍA GENERAL

Dra. Analía FERNANDEZ
-Jefa de División Áreas Criticas Hospital Carlos G. Durand

Dr. Emilio YARDIN
-Jefe de Unidad Cirugía General Hospital Carlos G. Durand

Dra. Cristina OLIVERA
-Jefa de Sección de Cirugía Plástica y Reparadora Hospital Carlos G. Durand

Dra. Cecilia HERNÁNDEZ
-Jefa de División Diagnóstico por Imágenes Hospital Carlos G. Durand

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Dr. Daniel MOLINARI
-Jefe de Unidad Quirófano Hospital Carlos G. Durand

Dra. Mariangeles DOMINGUEZ
-Jefa de Unidad Consultorios Externos Hospital Carlos G. Durand

Dr. Matías DORMAN
-Neurogirugía Hospital Carlos G. Durand

Dr. Valentín ROEL
-Cardiología Hospital Carlos G. Durand

Consejo Asesor Honorario Nacional



Dr. Carlos ROJO
-Presidente de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Prof. Tit. Dr. Ricardo GELPI
-Rector de la UBA

Prof. Tit. Dr. Ignacio BRUSCO
-Decano de la Facultad de Ciencias Médicas UBA

Prof. Tit. Dra. Claudia NEGRI
-Vicedecana de la Facultad de Ciencias Médicas UBA

Prof. Tit. Dr. Elías HURTADO HOYO
-Profesor Consulto Cirugía UBA
-Miembro asociado extranjero de la Academia de Medicina de Francia

Prof. Tit. Dr. Luis SAROTTO
-Jefe de Departamento de Cirugía General Hospital de Clínicas José de San Martín

Evaluadores Internos Hospital Durand

Dra. Sandra ALBERTI
-Jefa de Unidad 2 Internación Clínica Medica

Dra. María Inés BIANCONI
-Jefa de Sección Oncología (a.c.)

Dra. Patricia BONGIORNO
-Jefa de Unidad Consultorios Externos

Dr. Sebastián A. BOUBEE
-Jefe de Unidad Nefrología

Dr. Santiago BOVALINA
-Jefe de Unidad Ginecología

Dr. Paul L. CORONADO
-Jefe de Unidad de Terapia Intensiva

Dr. Patricio DONNELY
-Jefe de Unidad Urgencias

Prof. Dr. Néstor EVANGELISTA
-Jefe de Unidad Otorrinolaringología

Dr. Diego FERNANDEZ
-Jefe de División Alergia

Dra. Jacqueline GONZALEZ
-Jefa de Sección Hematología

Prof. Dr. Adrián GINDIN
-Secretario CODEI

Dr. Juan GRAU
-Jefe de Unidad Urgencias

Dra. Mirtha GUITELMAN
-Jefa de División Enfermedades Metabólicas y Endocrinología

Dra. Amira INFANTE
-Jefa de Unidad Alergia

Dra. Roxana LAGO
-Jefa de Unidad Dermatología

Dra. Patricia LANDA
-Jefa de Unidad Pediatría

Dra. Adriana E. LAROTI
-Jefa de Sección T. Intensiva Neonatal

Prof. Dr. Omar LATINO
-Obstetricia y Ginecología UBA

Dra. Lorena V. LENGE
-Jefa de Sección Neumonología

Dr. Gabriel LEVY HARA
-Jefe de Unidad Infectología

Dr. Oscar A. LOPEZ
-Terapia intensiva

Dr. Facundo LOPEZ PACHOLCZAK
-Jefe de Unidad Obstetricia

Dr. Jorge MARTINEZ
-Jefe de Unidad Cirugía Cardiovascular

Dra. Paula MICONE
-Jefa de División Tocoginecología

Dra. Alejandra MOISELLO
-Jefa de Unidad Nutrición y Diabetes

Dr. Andrés MUSOLINO
-Cirugía Cardiovascular

Dr. Lorenzo PADIN
- Jefe de Unidad Gastroenterología

Dra. Mónica PERASSOLO
-Jefa de Sección Neurología

Dra. María Silvina PEREZ
-Tocoginecología

Dr. Alejo PEYRET
-Jefe de Unidad Oftalmología

Dr. Guillermo RANDAZZO
-Otorrinolaringología

Dr. Edgardo RUBIO
-Jefe de División Cardiología

Prof. Dr. Daniel SCHLEGEL
-Jefe de División Cirugía General

Dr. Nicolás SERGI
-Anestesiología

Dra. Jesica STORINO
-Oncología

Dra. Natalia TAMBORENEA
-Jefa de Unidad Reumatología

Dr. Lucas TOIBARO
-Jefe de Sección Neurocirugía

Prof. Dra. Adriana VALETTA
-Toxicología, Medicina
del Trabajo y Medicina Interna

Dra. María VERA
-Jefa de Sección Adolescencia

Dr. Willians VERDEZOTO
-Cirugía Torácica

Dr. Juan P. VISCARDI
-Gastroenterología y Endoscopia Digestiva

Dra. Cecilia VOLPE
-Jefa de Unidad Geriatría

Dr. Claudio ZELTMAN
-Jefe de División Pediatría

Evaluadores Externos Nacionales

Prof. Adj. Dr. Rubén ALGIERI
-Jefe de Departamento
de Emergencias
Hospital Municipal de Morón

Dr. Nicolás ALONSO
-Hospital Ramos Mejía

Dra. Gisela S. AQUIJE MATTA
-Directora del
Hospital Dra. Cecilia Grierson

Dr. Raúl BENAVENTE
-Jefe de Departamento de Seguridad y
Riesgo Médico Legal
Hospital de Clínicas José de San Martín

Dr. Juan C. CISNEROS
-Subdirector del
Hospital Muñiz

Prof. Tit. Dr.Carlos DAMIN
-Director del
Hospital Dr. Juan A. Fernández

Dr. Cristian O. DE BONIS
-Hospital Pirovano

Dra. Elena DE MATTEO
-Jefa División Anatomía Patológica
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Prof. Ads. Dr. Diego FERRO
-Jefe de Departamento de Cirugía
Hospital de Gastroenterología
Dr. Carlos B. Udaondo

Dr. Emiliano FIUMARA
-SAME

Dr. Pedro FULLONE
-Jefe de División Cirugía General
Hospital Francisco Santojanni

Dr. Miguel A. GALMÉS
-Presidente AMA

Dr. Flavio LEIRO
-Jefe de Departamento de Cirugía
Hospital J. M. Penna

Dr. Iván NICOLAEVSKY
-Hospital Teodoro Álvarez

Dr. Gustavo NOYA
-Hospital Dr. Enrique Tornú

Dr. Francisco PEDROUSO
-Hospital J. M. Penna

Dra. Tamara PEPE
-Subsecretaria Postgrado Fmed UBA
-Jefa de Sección CODEI del
Hospital Vélez Sarsfield

Dr. Héctor RIVERO
-Jefe de Servicio Cirugía de
Tórax y Endoscopía
Hospital Ferrer

Dra. Fernanda SANCHEZ
-Jefa de Sección Estudios Especiales
Hospital Lagleyze

Prof. Adj. Dr. Pablo SISCO
-Jefe de División Cirugía General
Hospital Pirovano

Dr. Diego SLIPAK
-Coordinador del Programa
de Docencia e Instrucción
Permanente del SAME

Dr. Ricardo SOLARI
-Vicepresidente de la Asociación de
Médicos Municipales de la
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Hospital Bernardino Rivadavia

Dr. Javier VIGUIE
-Jefe de Urgencia
Hospital de Quemados

Prof. Adj. Dr. Hugo ZANDALAZINI
-Jefe de Unidad Cirugía General
Hospital Dr. Cosme Argerich

Consejo Asesor Editorial Internacional



Dra. Jessica BORENSZTEIN
-Esp. en Psiquiatría
-Docente CDMX, México
-Máster en Psicoterapias de Tercera Generación
Distrito Federal. México

Dr. Luis RODRIGUEZ
-Esp. en Urología y Cirugía General
-Máster en Sexología y Actualización en Cirugía
Urológica Hospital Reina Sofía, Andalucía. España

Dr. Javier KELLY GARCÍA
-Esp. en Cirugía oncológica y Cirugía de Tórax
-Máster en Administración de negocios
Distrito Federal, México

Índice - 2026 (Vol 3. N° 2)



Página

AUTORIDADES Pág. 69

EDITORIAL Pág. 73

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES Pág. 75
DESCRIPTIVE STUDY ON THE KNOWLEDGE OF HEALTH PROFESSIONALS REGARDING BREASTFEEDING IN AN ACUTE CARE HOSPITAL IN THE AUTONOMOUS CITY OF BUENOS AIRES
AUTORES: ROCIO ENRIQUEZ, FLORENCIA NAVARRO, INÉS M. RUBENS

REPORTE DE SERIE DE CASOS: SÍNDROME DE MAY-THURNER EN SALA DE CLÍNICA MÉDICA Pág. 80
CASE SERIES REPORT: MAY-THURNER SYNDROME IN THE INTERNAL MEDICINE WARD
AUTORES: ALBERTI SANDRA, CINZER, MELANIE; CONDE NAHIR; HERNANDEZ CECILIA; LEIS, ROCIO; VAZQUEZ, CANDELA

ISQUEMIA INTESTINAL AGUDA: UNA ENTIDAD TIEMPO-DEPENDIENTE. REPORTE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA Pág. 84
ACUTE INTESTINAL ISCHEMIA: A TIME-DEPENDENT DISEASE. CASE REPORTS AND LITERATURE REVIEW
AUTORES: KOSOY, PALOMA; FERRARO, MARÍA DEL ROSARIO; CAMARANO, NAYLA; FRIZZERA, FRANCO; PASCALE, MILAGROS; YARDÍN, EMILIO.

COLESTEATOMA DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA Pág. 88
EXTERNAL AUDITORY CANAL CHOLESTEATOMA WITH ATYPICAL PRESENTATION
AUTORES: CAROLINA RUSTEN, GUILLERMO ÁVILA RODRÍGUEZ † , NICOLE MONTÚFAR, DAYANA PIN, RAFAEL MARANO

TUMOR DE ABRIKOSSOFF VULVAR: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO Pág. 94
VULVAR GRANULAR CELL TUMOR (ABRIKOSSOFF TUMOR): A CASE REPORT
AUTORES: FLORENCIA BERSI, ADRIANA LA SPINA, IRENE S. LONGO, CYNTHIA S. FARAH, SANTIAGO BOVALINA TECELAN.

EL DESAFÍO DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO EN PEDIATRÍA: DE LA EPISTAXIS RECURRENTE AL ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO JUVENIL Pág. 97
THE CHALLENGE OF TIMELY DIAGNOSIS IN PEDIATRICS: FROM RECURRENT EPISTAXIS TO JUVENILE NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA
AUTORES: SERRANO NURIA ,ENRIQUEZ ROCIO, VANS LANDSCHOOT FLORENCIA, MARCIANO GABRIEL

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL ESPECTRO DE PLACENTA ACRETA Pág. 101
MULTIDISCIPLINARY MANAGEMENT OF THE SPECTRUM OF PLACENTA ACCRETA
AUTORES: LA SPINA, ADRIANA , DEJO YLMA, CLAUDIA Y; ROLLERI CHAHER, CLARA, CHIMINELLA, FERNANDO , LOPEZ PACHOLCZAK, FACUNDO

INDICACION Y ACCESO A CRIOPRESERVACIÓN EN PACIENTES ORQUIECTOMIZADOS. Pág. 105
INDICATIONS AND ACCESS TO CRYOPRESERVATION IN ORCHIECTOMIZED PATIENTS
AUTORES: DIEGO M BARREIRO; SEBASTIAN M. CUFRE; WALTER DE BONIS; BRIAN S. GENES; BERNARDO S, SANCHEZ ; CESAR V. VARGAS.

ANÁLISIS DEL MONITOREO DE INCIDENTES VIALES ATENDIDOS POR EL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS Pág. 108
ANALYSIS OF ROAD TRAFFIC INCIDENT MONITORING ATTENDED BY THE EMERGENCY MEDICAL SERVICES
AUTORES: BRUNO RAFAEL XIMENES MARQUES, RODOLFO BLUHM DE PONTES VIEIRA, INARE DONATO FERNANDES SOUZA, AGUSTÍN FIEBELKORN, PILAR DE VELASCO, ALBERTO FÉLIX CRESCENTI

CONTACTO- REGLAMENTO DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS Pág. 113

A LOS NUEVOS RESIDENTES

EDITORIAL

Cada comienzo representa un desafío, pero también una oportunidad única de crecimiento. Hoy inician un camino que transformará no solo sus conocimientos, sino también su manera de entender la medicina, el trabajo en equipo y el compromiso con cada paciente.

La residencia es mucho más que una etapa de formación. Será el lugar donde aprenderán a tomar decisiones difíciles, a celebrar los logros, a enfrentar los errores con humildad y a descubrir que nunca se deja de aprender. Habrá días de cansancio, incertidumbre y exigencia, pero también momentos que recordarán para toda la vida: el primer paciente al que ayudaron, el primer procedimiento, la primera cirugía, la primera guardia superada y el orgullo de formar parte de un equipo.

Quienes alguna vez ocupamos ese mismo lugar sabemos que el camino no siempre es sencillo. Cada una de estas etapas nos enseña que el conocimiento se construye con estudio, dedicación, respeto por los pacientes y generosidad entre colegas. Sepan que nadie recorre este camino solo.

Con el paso de los años descubrirán que la residencia también construye un profundo sentido de pertenencia. El Hospital dejará de ser únicamente el lugar donde se forman para convertirse en parte de su historia profesional y personal. Muchos de quienes hoy integramos el plantel médico comenzamos exactamente donde ustedes están ahora, y elegimos permanecer porque encontramos aquí un espacio para crecer, enseñar y devolver a las nuevas generaciones lo que alguna vez recibimos. Ese compromiso con la institución es uno de los mayores valores de un Hospital Universitario y fortalece la continuidad de la asistencia, la docencia y la investigación.

Aprovechen cada oportunidad para preguntar, observar, escuchar y aprender. Confíen en sus docentes, en sus compañeros y, sobre todo, en el proceso de formación. La excelencia no se alcanza en un día; es el resultado del esfuerzo constante y del compromiso con la profesión.

Sean curiosos, mantengan la humildad, trabajen con empatía y nunca pierdan de vista que detrás de cada historia clínica y cada estudio complementario hay una persona que deposita en ustedes su confianza.

Este comienzo también marca una nueva etapa para quienes hoy asumen la **Jefatura de Residentes.** Después de años de formación, aprendizaje y compromiso, les toca dar un paso más: liderar, enseñar y acompañar a quienes recién inician este camino. Ser Jefe de Residentes es mucho más que un reconocimiento; implica convertirse en guía, referente y sostén del equipo, transmitiendo con el ejemplo los valores de la profesión. Les deseamos un año de crecimiento, liderazgo y satisfacción, convencidos de que dejarán una huella en la formación de las nuevas generaciones.



Exàmen de residencia 2026. Aula Magna Facultad de Medicina CABA



8631 inscriptos para el Exámen Unificado en CABA

En el marco del inicio de un nuevo ciclo de formación, este año se llevó a cabo la **Feria de Residencias**, una iniciativa impulsada por la Subcomisión de Residencias en conjunto con el Comité de Docencia e Investigación (CODEI) del Hospital Durand, destinada a acercar a los futuros residentes a las distintas sedes formadoras. La propuesta permitió que los aspirantes conocieran nuestras instalaciones, recorrieran los distintos servicios y dialogaran con residentes y futuros Jefes de Residentes, quienes compartieron sus experiencias, respondieron inquietudes y brindaron una visión cercana de la vida en la residencia. Este tipo de iniciativas favorece una elección más informada y fortalece el vínculo entre los futuros profesionales y las instituciones que los formarán, promoviendo desde el primer contacto el sentido de pertenencia y el compromiso con el Hospital.

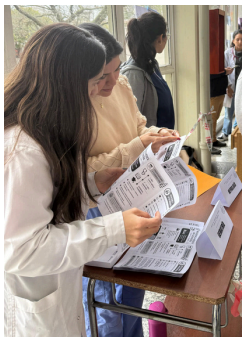














Futuros Jefes de Residentes ciclo lectivo 2026-2027





En el En nombre de la Revista Científica del Hospital Carlos G. Durand, les damos la bienvenida a los nuevos residentes y felicitamos a quienes hoy comienzan su año como Jefes de Residentes. Les deseamos una etapa llena de aprendizajes, crecimiento y desafíos superados. Que este camino los convierta no solo en excelentes especialistas, sino también en profesionales íntegros, comprometidos y profundamente humanos.





Bienvenidos. El futuro empieza hoy, y ustedes ya forman parte de él.

COMITÉ EDITORIAL
Agosto 2026

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

DESCRIPTIVE STUDY ON THE KNOWLEDGE OF HEALTH PROFESSIONALS REGARDING BREASTFEEDING IN AN ACUTE CARE HOSPITAL IN THE AUTONOMOUS CITY OF BUENOS AIRES

AUTORES: ROCIO ENRIQUEZ*, FLORENCIA NAVARRO**, INÉS M. RUBENS***

LUGAR DE TRABAJO: HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE, CONSULTORIOS EXTERNOS Y DIVISIÓN DE NUTRICIÓN HOSPITAL CARLOS G DURAND. AV. DÍAZ VÉLEZ 5044. CP 1405. CABA



* MÉDICA PEDIATRA DEL HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE. HOSPITAL DURAND.
**LICENCIADA EN NUTRICIÓN DE LA DIVISIÓN ALIMENTACIÓN. HOSPITAL DURAND.
***MÉDICA PEDIATRA DE CONSULTORIOS EXTERNOS. HOSPITAL DURAND

ABSTRACT

INTRODUCTION: Breastfeeding is the most effective intervention for maternal and child health. In Argentina, exclusive breastfeeding rates are low due to gaps in healthcare personnel training.

OBJECTIVE: The objective of this study was to evaluate breastfeeding knowledge among professionals at a public hospital in the City of Buenos Aires to identify areas for improvement and optimize care.

MATERIALS AND METHODS: A descriptive, cross-sectional, and analytical study was conducted between March and August 2025. Sixty professionals from perinatal and pediatric areas were surveyed using a validated questionnaire on physiology, benefits, and clinical practice.

RESULTS: 38% considered their basic training deficient, and 41.7% lacked postgraduate training. Although 95% valued breastfeeding within the first hour of life, critical errors persist: 53% prescribed rigid feeding schedules (15 minutes), 38.3% justified formula feeding (contravening the International Code of Practice), and 45% would discontinue breastfeeding for unjustified reasons. Furthermore, 48% are unaware of growth spurts, and 32% mistakenly believe that nutritional quality declines after the first year.

DISCUSSION: There is a disconnect between theoretical adherence to World Health Organization standards and actual clinical practice. Lack of understanding of physiological processes and inadequate management of common problems contribute to iatrogenic weaning.

CONCLUSION: It is concluded that professional commitment is insufficient without systematic technical training. It is urgent to implement continuing education programs to transform knowledge into ethical and effective counseling.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La lactancia materna es la intervención más eficaz para la salud materno-infantil. En Argentina, las tasas de lactancia exclusiva son bajas debido a brechas en la formación del personal sanitario.

OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue evaluar los conocimientos sobre lactancia en profesionales de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires para identificar áreas de mejora y optimizar la atención.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal y analítico realizado entre marzo y agosto de 2025. Se encuestaron 60 profesionales de áreas perinatales y pediátricas mediante un cuestionario validado sobre fisiología, beneficios y práctica clínica.

RESULTADOS: El 38% consideró deficiente su formación de base y el 41.7% carece de capacitación de posgrado. Aunque el 95% valora la lactancia en la primera hora de vida, persisten errores críticos: el 53% prescribe tomas rígidas (15 minutos), el 38.3% justifica la entrega de fórmulas (contraviniendo el Código Internacional) y el 45% suspendería la lactancia materna por causas injustificadas. Además, el 48% desconoce los "brotes de crecimiento" y el 32% cree erróneamente que la calidad nutricional decae tras el año. (1)

DISCUSIÓN: Existe una dualidad entre la adhesión teórica a los estándares de la Organización Mundial de la Salud y la práctica clínica real. El desconocimiento de procesos fisiológicos y el manejo inadecuado de problemas comunes favorecen el destete iatrogénico.

CONCLUSIÓN: Se concluye que la voluntad profesional es insuficiente sin una capacitación técnica sistemática. Es urgente implementar programas de actualización para transformar el conocimiento en una consejería ética y efectiva.

Key words: Breastfeeding, Healthcare Personnel, Knowledge and Practices, Professional Training

Palabras clave: Lactancia Materna, Personal de Salud, Conocimientos y Prácticas, Capacitación Profesional.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es reconocida como una de las intervenciones más eficaces y costo-efectivas para promover la salud infantil y materna. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) la recomiendan como regla de oro debido a sus múltiples beneficios tanto para el bebé, como para la madre y el medio ambiente9. La LM exclusiva durante los primeros seis meses de vida y luego continuada hasta los 2 años o más, favorece el desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño o niña, además de fortalecer su sistema inmunológico y reducir el riesgo de enfermedades a lo largo de su vida 1,8,9. A su vez, poniendo el foco en la madre, la lactancia permite una recuperación posparto más rápida y colabora en la prevención de diversas afecciones como el cáncer de mama de ovario1 y diabetes. Asimismo, a nivel comunitario y ambiental, reduce el impacto ecológico al evitar el uso de recursos y residuos asociados a la alimentación artificial.

A pesar de estas ventajas ampliamente documentadas, las tasas de lactancia exclusiva en muchas regiones, incluida Argentina, aún se encuentran por debajo de las metas internacionales como lo muestra la 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2)6. Entre las múltiples razones de este desafío se encuentra la falta de información actualizada, la persistencia de mitos culturales y las barreras institucionales. En este contexto, para que los beneficios de la lactancia se materialicen, es crucial que los profesionales de la salud se encuentren debidamente capacitados en este aspecto. El personal sanitario desempeña un rol fundamental en la promoción, apoyo y asesoramiento de la lactancia, no solo durante el embarazo, sino también en el entorno hospitalario y ambulatorio, donde pueden influir significativamente en las decisiones de las familias. A pesar de su relevancia, diversos estudios han mostrado que existen brechas en el conocimiento y la formación de los profesionales de la salud respecto a la lactancia, lo que puede limitar la calidad del acompañamiento brindado. Considerando esta problemática, resulta fundamental evaluar el nivel de conocimientos de los profesionales de la salud respecto a la lactancia materna, especialmente en el ámbito hospitalario, donde el contacto temprano y continuo con madres, recién nacidos y lactantes constituye una oportunidad única para la educación y el apoyo.

OBJETIVOS

Evaluar el nivel de conocimientos sobre LM de los profesionales de salud de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con el propósito de detectar fortalezas y áreas de mejora en su formación, y así favorecer una atención materno-infantil de calidad y el éxito de la lactancia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Estudio descriptivo, transversal y analítico sobre los conocimientos de los profesionales de la salud respecto a la lactancia materna en un hospital de agudos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Población: La muestra estuvo conformada por profesionales de la salud que se desempeñan en la institución y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de inclusión y exclusión: Se incluyeron todos los profesionales de la salud que se desempeñan en el área perinatal y/o pediátrica de la institución con contacto directo con la madre y/o el niño en todas sus etapas. Se excluyeron al resto de profesionales que no trabajan en dichas áreas.

Recolección de los dato: El período de recolección de datos fue de 5 meses (marzo-agosto 2025) a través de un cuestionario enviado por Google Forms. Se realizó una adaptación específicamente para el contexto hospitalario y de la población estudiada, de un instrumento previamente validado en Argentina, el cual consiste en la evaluación de las actitudes, conocimientos y prácticas relacionadas con la lactancia materna.

Análisis estadístico: Se utilizaron diversos ítems que abordan diferentes aspectos de la lactancia materna, distribuidos en las siguientes temáticas: fisiología de la lactancia materna, beneficios para el binomio y práctica clínica. Para el análisis de datos, se utilizó el software Microsoft Excel® (versión 2021, Microsoft Corporation).

Consideraciones éticas: Los derechos de privacidad de los participantes se aseguraron en todos los casos de acuerdo con los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Declaración de Ética de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial. El consentimiento informado de los involucrados fue brindado al participar de la encuesta. No existen conflictos de interés en relación al estudio y el mismo no está subvencionado ni becado.

RESULTADOS

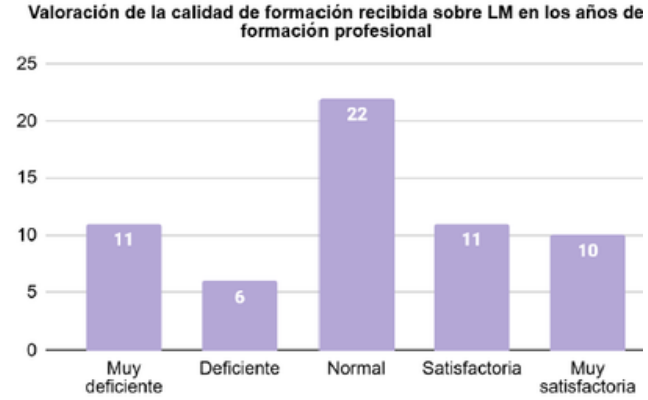
Se obtuvieron un total de 60 encuestas, la edad promedio de los encuestados fue de 46.8 años con un rango 30-65 (DE: 9.55), encontrándose dentro de los mismos, profesionales de diferentes disciplinas: medicina, enfermería, kinesiología y otros.

Un 38% de los encuestados considera que la formación recibida sobre lactancia en los años de formación profesional fue deficiente, tal como se puede observar en el Gráfico 1. Por otro lado, se interrogó por conocimientos específicos adquiridos por fuera de la formación de base, donde un 41.7% refirió no tenerlos, mientras que un 35% sí. De estos últimos, los adquirió un 81% a través de cursos y un 19% a través de la experiencia. Es relevante destacar que un porcentaje elevado no respondió (23.3%).En relación a los conocimientos asociados a las prácticas hospitalarias recomendadas, se buscó determinar si los profesionales estaban familiarizados con el término "Hospital o Centro de Salud Amigo de la Lactancia", obteniéndose un resultado positivo del 87%. Un 95% consideró que la puesta al pecho en la primera hora de vida es la práctica institucional que más favorece la lactancia materna4,6.

Acerca de la provisión de muestras gratuitas de fórmula infantil a las familias que no lo necesitan, el 61.6% lo reconoce como una violación del Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna (CICSLM) y el 38.3% considera aceptable esta práctica si la familia tiene bajos recursos o si no se sienten seguros con la LM exclusiva.

El 75% de los encuestados identificó correctamente la recomendación de la OMS y UNICEF reconocida como "gold standard":

Grafico 1



lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida y continuada hasta los 2 años o más, acompañada con alimentación complementaria. Un alto porcentaje (95%) considera que debería ser capaz de identificar y solucionar problemas específicos de la lactancia, en el Gráfico 2 se muestran los motivos que eligieron los profesionales para justificar la importancia de este conocimiento. Del total de los encuestados un 56% podría identificar y ofrecer soluciones a problemas habituales relacionados con este tema, mientras que un 30% considera no tener experiencia suficiente, pero sí podría detectar problemas evidentes. En concordancia con esto, un 91.67% refiere ser capaz de reconocer una prendida eficaz mientras que un 6,67% no podría reconocerla.

Ante la presencia de grietas en los pezones, un 68.3% sugiere valorar la prendida, mientras que un 21.6% le indicaría aplicar crema de caléndula luego de cada toma.

Un 48% no reconoce el significado de brote de crecimiento o crisis de lactancia, mientras que el 52% se encuentra familiarizado con dichos términos. Un 98% reconoce correctamente el término lactancia a libre demanda.

En el Gráfico 4 se puede observar los determinantes de la producción láctea donde se evidencia un buen nivel de conocimiento general respecto a la fisiología de la lactancia.

Un 70% consideró que el chupete puede interferir y dificultar la lactancia si todavía no se estableció la misma. Por otro lado, casi la totalidad de la muestra tiene conocimiento de que los bebés nacidos por cesárea y los recién nacidos de término no necesitan suplementación con fórmula.

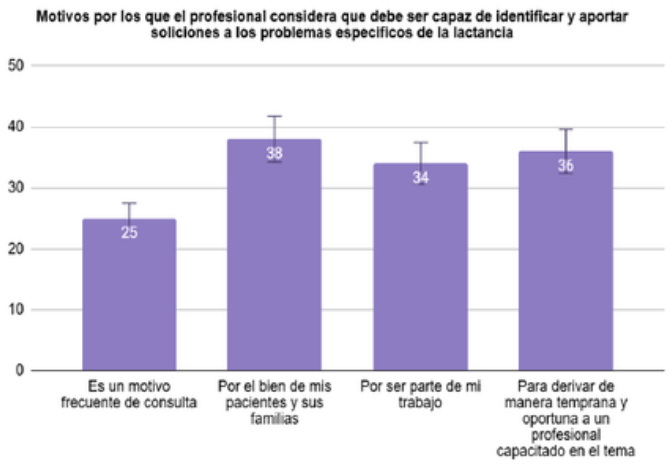
En cuanto a las recomendaciones generales, un 53% consideró que se debe aconsejar que las mamadas sean de 15 minutos en cada pecho, cada 2-3 horas, y un 18% complementaria con fórmula infantil ante la escasa ganancia de peso en un control de salud.

Por otra parte, en el Gráfico 5 se muestran las posturas que tomarían los profesionales ante la consulta del uso de fórmula infantil por sobre la lactancia materna.

Un alto porcentaje (83%) respondió que un lactante con pecho y fórmula puede volver a lactancia materna exclusiva, luego de una lactancia mixta.

En relación a las propiedades de la leche humana

Grafico 2

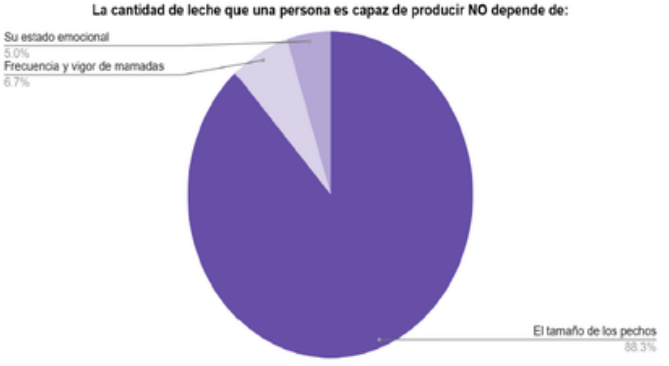


un 76.6% respondió que cambia la composición nutricional a lo largo de una misma toma para adaptarse a las necesidades del bebé, y un 32% que a partir del año la composición y la calidad de los nutrientes disminuye significativamente.

Un 20% refirió no poseer conocimientos sobre dónde consultar la compatibilidad entre fármacos y lactancia, del resto un 52% mencionó utilizar fuentes confiables (https://www.e-lactancia.org), mientras que un 22% utiliza fuentes que podrían estar desactualizadas (libros, vademecum o profesionales con más experiencia).

En relación a la suspensión de la lactancia, un 45% de los encuestados la suspendería en situaciones que no lo ameritan, como se puede observar en el Gráfico 6. Con respecto a las contraindicaciones de la lactancia materna, los profesionales debían seleccionar cual o cuales de las opciones no consideraban como contraindicación absoluta, en el Gráfico 7 se muestran los resultados.

Grafico 3



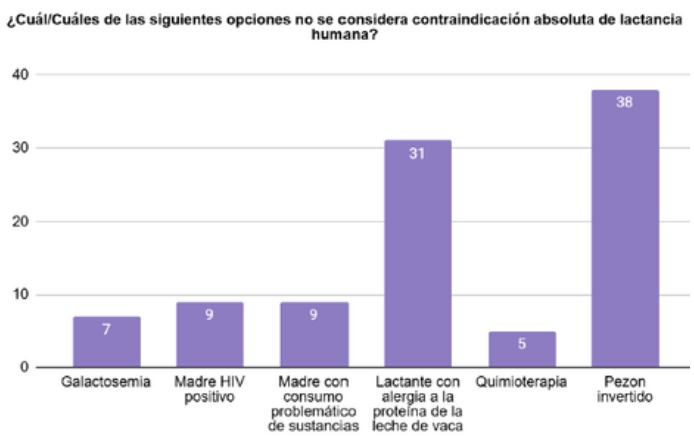
DISCUSION

El análisis de los resultados obtenidos revela una compleja dualidad en el cuerpo profesional encuestado: existe una alta adhesión teórica a los conceptos generales de la lactancia materna, pero persiste una brecha técnica significativa al momento de trasladar ese conocimiento a la práctica clínica. Si bien el 75% identifica correctamente el Gold Standard de la OMS (LME hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años o más) 8,9, la aplicación de este estándar se ve amenazada por una formación de base que el 38% de los profesionales califica como deficiente.

Este escenario se enmarca en un conjunto de políticas internacionales diseñadas para revertir estas falencias. La OMS y UNICEF, en su documento "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural", fomentan la Iniciativa Hospital y Centro Amigo de la Lactancia (IHAL) como el marco ideal para estandarizar el apoyo institucional 9.

Si bien hasta la fecha nuestra institución aún no forma parte de esta iniciativa, es notable que gran parte de los profesionales conoce su propósito. No obstante, el déficit de información en la formación continua —limitada a menudo por dificultades económicas o de tiempo— surge como el principal obstáculo. El alto porcentaje de profesionales sin conocimientos adicionales es preocupante, especialmente considerando el 23.3% de no respuesta, lo que sugiere una falta de conciencia o incomodidad al abordar la temática. Asimismo, el hecho de que un 19% se base únicamente en la experiencia laboral sin actualización formal puede perpetuar mitos y prácticas obsoletas, generando un "efecto dominó": el profesional entra al campo laboral sin herramientas, ofrece consejos erróneos por falta de confianza y, en consecuencia, disminuyen las tasas de lactancia exitosa.

Grafico 4



La contradicción más crítica se observa entre el reconocimiento de conceptos y la práctica recomendada. Aunque el 98% reconoce el término "lactancia a libre demanda", el 53% recomienda tomas de 15 minutos cada 2 o 3 horas, pauta que contradice la fisiología de la succión y perjudica la producción de leche.

Al contrastar esto con los datos de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2)6, se observa una correlación preocupante: mientras a nivel nacional casi un 30% de los lactantes no son alimentados a libre demanda, en nuestro estudio encontramos un porcentaje mayor de profesionales que aún prescriben horarios rígidos. En definitiva, la baja tasa de LME a los seis meses en Argentina (43.7%) reportada por la ENNyS 2 6 no es un fenómeno aislado, sino la consecuencia directa de una consejería profesional que aún presenta importantes lagunas técnicas.

Grafico 5



Esta falta de herramientas diagnósticas también se refleja en el manejo de las crisis de crecimiento. El 48% de los encuestados desconoce el significado de "brote de crecimiento", lo que explica por qué el principal motivo de abandono en la ENNyS 2 es la percepción materna de "quedarse sin leche". Si el profesional no puede decodificar un proceso fisiológico normal, termina validando el temor familiar e indicando fórmula infantil, práctica que el 18% admite como primera instancia ante una escasa ganancia de peso. A pesar de que el 95% identifica la puesta al pecho en la primera hora de vida como una práctica clave —respaldada por la OMS y la AEP— 3,9, la autopercepción de competencia no coincide con el conocimiento práctico. Esto se infiere no solo en el manejo de las crisis, sino en el tratamiento de las grietas: mientras el 91.6% dice reconocer una prendida eficaz, un 21.6% aún prioriza el uso de cremas de caléndula por sobre la corrección del acople, que es la causa raíz del dolor y la lesión más frecuentes.

En la dimensión ética, el cumplimiento del CICSLM presenta fisuras; más de un tercio de los profesionales justifica la entrega de muestras gratuitas de fórmula 2. Esta práctica debilita la consejería, ya que el rol del profesional debería ser fortalecer la confianza materna y ofrecer apoyo técnico en lugar de una solución comercial. Finalmente, la seguridad farmacológica y la suspensión de la lactancia reflejan una necesidad urgente de difusión de evidencia. El hecho de que un 45% suspendería la lactancia en situaciones innecesarias y que un 42% desconozca fuentes confiables como el sitio web e-lactancia.org, sitúa al binomio en un alto riesgo de destete iatrogénico.

En conclusión, los hallazgos subrayan que la voluntad profesional no es suficiente si no se acompaña de una actualización técnica sistemática que permita transformar el conocimiento teórico en una consejería efectiva, ética y protectora de la salud materno-infantil.

CONCLUSIÓN

A través del análisis realizado se puede concluir que, a pesar de que los profesionales de la salud encuestados tienen una percepción positiva sobre la importancia de la lactancia materna, existen brechas significativas en su formación y conocimientos prácticos. Esto se evidencia en la persistencia de mitos, la falta de aplicación de recomendaciones basadas en evidencia y una autopercepción de competencia que no siempre se alinea con las respuestas correctas. Teniendo en cuenta todo esto, consideramos que es fundamental implementar estrategias de capacitación obligatoria, continua y basada en la evidencia que unifiquen criterios en todo el equipo de salud, con el objetivo de mejorar la calidad de apoyo brindado a las madres y lactantes y, de esta manera, aumentar las tasas de LM exclusiva.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.
Recibido: 10/2025 - Aceptado: 11/06/2026

BIBLIOGRAFIA

1. Chowdhury R, et. al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Pediatrica. 2015.
2. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: preguntas frecuentes (2017). Ginebra (Suiza): OMS; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna. (2012). https://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf 4. Gómez Fernández-Vegue M et. al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en profesionales de salud de la provincia de Buenos Aires. Revista de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires. 2023; 4(7): 17-26. https://saludpublica.ms.gba.gov.ar/index.php/revista/article/view/90/151
5. Gómez Fernández-Vegue M et. al. Encuesta sobre conocimientos y habilidades en lactancia materna (ECoLa). Archivos Argentinos de Pediatría. 2023; 121(5). https://doi.org/10.5546/aap.2023.e202202799
6. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2). 2019 7. OPS. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington D.C. 2010.
8. Pérez-Escamilla R,et. al. Perspective: Should Exclusive Breastfeeding Still Be Recommended for 6 Months? Adv Nutr. 2019.
9. WHO, Guía para la aplicación. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología. 2018

REPORTE DE SERIE DE CASOS: SÍNDROME DE MAY-THURNER EN SALA DE CLÍNICA MÉDICA

CASE SERIES REPORT: MAY-THURNER SYNDROME IN THE INTERNAL MEDICINE WARD

AUTORES: ALBERTI SANDRA *; CINZER, MELANIE******; CONDE NAHIR****; HERNANDEZ CECILIA;** LEIS, ROCIO ***; VAZQUEZ, CANDELA*****;

LUGAR DE TRABAJO: SERVICIO DE CLINICA MÉDICA- HEMATOLOGÍA- DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND
AV. DIAZ VELEZ 5044-C.P. 1405-CABA, ARGENTINA.

* JEFA DE UNIDAD 2 CLÍNICA MÉDICA
**JEFA DE DIVISIÓN DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
*** MÉDICA DE PLANTA CLINICA MEDICA
**** MÉDICA DE PLANTA SECCIÓN HEMATOLOGÍA
***** JEFA DE RESIDENTES CLÍNICA MÉDICA
****** MÉDICA RESIDENTE DE CLÍNICA MÉDICA



ABSTRACT:
INTRODUCTION: May-Thurner syndrome comprises a set of clinical manifestations secondary to the extrinsic compression of the left common iliac vein by the right common iliac artery, leading to partial or complete venous flow obstruction in the ilio-caval territory.
OBJECTIVES: To describe the clinical presentation, diagnostic tools, therapeutic management, and outcomes of a group of patients with this disease.
CASES REPORT: Three cases of patients presenting with extensive left ileofemoral deep vein thrombosis were found to have underlying May-Thurner Syndrome via CT angiography.
CONCLUSIONS: It is of paramount importance to consider May-Thurner syndrome as a differential diagnosis in the presence of extensive left lower limb deep vein thrombosis. Early treatment is crucial to prevent potential complications such as post-thrombotic syndrome and pulmonary embolism.

RESUMEN:
INTRODUCCIÓN: El síndrome de May-Thurner comprende un conjunto de manifestaciones clínicas secundarias a la compresión extrínseca de la vena ilíaca común izquierda por la arteria ilíaca común derecha, lo que provoca una obstrucción parcial o completa del flujo venoso en el territorio ilio-cava.
OBJETIVOS: Describir la presentación clínica, las herramientas diagnósticas, el manejo terapéutico y los resultados de un grupo de pacientes con esta enfermedad.
REPORTE DE CASOS: Se presentan tres casos de pacientes con trombosis venosa profunda iliofemoral izquierda extensa, en quienes se diagnosticó síndrome de May-Thurner subyacente mediante angiografía por tomografía computarizada.
CONCLUSIONES: Es de suma importancia considerar el síndrome de May-Thurner como 1
diagnóstico diferencial ante la presencia de una trombosis venosa profunda extensa de miembro inferior izquierdo. El tratamiento temprano es crucial para prevenir complicaciones potenciales como el síndrome postrombótico y el tromboembolismo pulmonar.

Keywords: May-Thurner Syndrome, Venous Thrombosis, Computed Tomography
Palabras clave: Síndrome de May-Thurner; Trombosis Venosa; Angiografía por Tomografía Computarizada.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de May-Thurner (SMT) representa una anomalía anatómica del sistema venoso, definida por la obstrucción del flujo de salida debido a una compresión mecánica externa. Si bien se describe en la bibliografía como una patología poco frecuente, existe un consenso creciente de que su incidencia real se encuentra subestimada en la práctica médica actual. La fisiopatología de este cuadro reside en la compresión de la vena ilíaca común izquierda por la arteria ilíaca común derecha, lo que genera un fenómeno de atrapamiento vascular que compromete el retorno venoso ilio-cava. Esta alteración hemodinámica puede progresar desde una obstrucción parcial hasta una oclusión trombótica completa, manifestándose típicamente como una trombosis venosa profunda (TVP) extensa en el miembro inferior izquierdo. Clínicamente, los pacientes suelen presentar dolor y edema.

La relevancia de su diagnóstico precoz radica en la prevención de secuelas crónicas graves, tales como el síndrome postrombótico (dolor y edema persistente, cambios tróficos en la piel) y el tromboembolismo pulmonar.

OBJETIVOS

Describir tres casos de pacientes con diagnóstico de síndrome de May-Thurner en Sala de internación de Clínica Médica de nuestro Hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de Síndrome de May Turner, internados en la sala de Clínica Médica Unidad 2, de un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, en el período 2025-marzo 2026.

REPORTE DE CASOS (Tabla 1)

Caso 1: Paciente femenina de 49 años con antecedentes de diabetes tipo 1, enfermedad celíaca e hipotiroidismo, que ingresó por un cuadro de edema, eritema y dolor en el miembro inferior izquierdo. La evaluación inicial mediante ecografía Doppler reveló una trombosis venosa profunda (TVP) extensa, confirmándose posteriormente mediante angiotomografía (angio-TC) de abdomen y pelvis la presencia de síndrome de May-Thurner como factor etiológico. Se inició tratamiento con enoxaparina en dosis anticoagulantes con buena respuesta clínica inicial, y posterior transición a acenocumarol.

Caso 2: Paciente masculino de 61 años con antecedentes de litiasis vesicular. Consultó a guardia por edema y dolor en el miembro inferior izquierdo. El estudio Doppler informó una TVP extensa, y ante la sospecha de Sindrome de May-Thurner, se realizó una angio-TC de abdomen y pelvis, que confirmó el mismo. El paciente inició protocolo de anticoagulación con bajo peso molecular (enoxaparina) y posterior rotación a vía oral con rivaroxabán.

Caso 3: Paciente masculino de 21 años con antecedente de fistula perianal, consulta por dolor abdominal asociado a edemas en miembros inferiores. Se realizó ecografía Doppler que evidenció TVP iliofemoral izquierda, y la angio-TC abdominal confirmó la variante anatómica de May-Thurner. Durante el proceso diagnóstico, la angio-TC de abdomen y pelvis no solo confirmó la compresión extrínseca de la vena ilíaca común izquierda (SMT), sino que también detectó un tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral asociado. Tras iniciar la anticoagulación con enoxaparina, el paciente intercurrió con un shock hipovolémico secundario a una hemorragia digestiva baja (HDB). Ante la necesidad de suspender el tratamiento anticoagulante por el sangrado activo y el riesgo embólico persistente, se procedió a la colocación de un filtro de vena cava inferior como medida preventiva.

DISCUSIÓN

El síndrome de May-Thurner (SMT), históricamente considerado una patología de presentación muy poco frecuente , representa un desafío diagnóstico y terapéutico de creciente relevancia en la práctica de la Clínica Médica.

Descripto inicialmente en 1957 por May y Thurner tras el hallazgo de "espuelas" intraluminales en la vena ilíaca común izquierda en un 22% de 430 autopsias, su prevalencia real continúa subestimada. La literatura actual sugiere que esta variante anatómica puede estar presente en hasta un 24% de la población general de manera asintomática. Sin embargo, la transición de una condición puramente anatómica a un estado patológico sintomático ocurre en un porcentaje menor, representando entre el 2% y el 5% de todos los eventos trombóticos de los miembros inferiores. Tradicionalmente se ha asociado a mujeres jóvenes en edad fértil, frecuentemente vinculadas al uso de anticonceptivos orales o al embarazo. Sin embargo , la heterogeneidad de la serie de casos presentada en este reporte —que incluye dos pacientes masculinos, uno de ellos joven (21 años) y otro en la séptima década de la vida— subraya la necesidad de desmitificar este sesgo demográfico e incorporar al SMT como un diagnóstico diferencial primario ante cualquier trombosis venosa profunda (TVP) iliofemoral izquierda, independientemente del sexo o la edad del paciente.

La base fisiopatológica del SMT radica en el compromiso mecánico crónico: la pulsación retrógrada de la arteria ilíaca común derecha comprime la vena ilíaca común izquierda contra el cuerpo vertebral de L5. Esta microfricción repetitiva no solo obstruye el flujo venoso, sino que induce un daño endotelial crónico con la consecuente formación de bandas de colágeno, fibrosis intraluminal y "espuelas" (spurs). Este sustrato anatómico altera la hemodinamia local

Variable / Característica	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad (años) / Sexo	49 / Femenino	61 / Masculino	21 / Masculino
Antecedentes de relevancia	Diabetes Tipo 1, enfermedad celíaca, hipotiroidismo.	Litiasis vesicular.	Fístula perianal.
Presentación clínica inicial	Edema, eritema y dolor en miembro inferior izquierdo (MII).	Edema y dolor en miembro inferior izquierdo (MII).	Dolor abdominal asociado a edemas en miembros inferiores.
Hallazgo en Eco-Doppler	TVP iliofemoral izquierda extensa.	TVP iliofemoral izquierda extensa.	TVP iliofemoral izquierda.
Confirmación diagnóstica	Angio-TC de abdomen y pelvis.	Angio-TC de abdomen y pelvis.	Angio-TC de abdomen y pelvis.
Hallazgos tomográficos	Síndrome de May-Thurner (compresión de vena ilíaca común izquierda por arteria ilíaca común derecha).	Síndrome de May-Thurner confirmado. Sin otras anomalías retroperitoneales.	Síndrome de May-Thurner * **Tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral asociado** (silente).
Tratamiento inicial	Anticoagulación con Enoxaparina SC (dosis terapéutica).	Anticoagulación con Enoxaparina SC (dosis terapéutica).	Anticoagulación con Enoxaparina SC (dosis terapéutica).
Complicaciones en internación	Ninguna.	Ninguna.	**Shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva baja (HDB)** activa.
Estrategia terapéutica final	Transición a acenocumarol (antagonista de la vitamina K oral).	Rotación a vía oral con Rivaroxaban (anticoagulante oral directo - DOAC).	Suspensión inmediata de anticoagulación + **Colocación de filtro de vena cava inferior (FVCI)** como protección.
Evolución clínica	Buena respuesta clínica inicial y estabilidad hemodinámica.	Buena respuesta con resolución completa del cuadro obstructivo agudo.	Estabilización hemodinámica, control del sangrado y prevención de embolia recurrente.

Abreviaturas: Angio-TC: angiografía por tomografía computarizada; DOAC: anticoagulante oral directo; FVCI: filtro de vena cava inferior; HDB: hemorragia digestiva baja; MII: miembro inferior izquierdo; SC: subcutáneo; SMT: síndrome de May-Thurner; TEP: tromboembolismo pulmonar; TVP: trombosis venosa profunda.
* Hallazgo incidental en el estudio tomográfico.

Tabla 1. Caracterìsticas clínicas, abordaje diagnóstico, manejo terapèutico y evolución de los pacientes de la serie.
Resumen comparativo de los tres casos clinicos reportados

generando turbulencia y estasis venosa, completando así la tríada de Virchow y predisponiendo al desarrollo de eventos trombóticos extensos ante la presencia de un factor desencadenante menor o de forma idiopática.

El proceso diagnóstico del SMT requiere un alto índice de sospecha clínica. Si bien la ecografía Doppler venosa de miembros inferiores constituye el estudio inicial (gold standard de primera línea para TVP) debido a su accesibilidad y carácter no invasivo, presenta limitaciones técnicas severas para evaluar el territorio ilio-cava. La interposición de gas intestinal, la obesidad y la profundidad anatómica de los vasos pelvianos reducen drásticamente su sensibilidad en este sector. Por lo tanto, ante el hallazgo de una TVP iliofemoral izquierda o una respuesta tórpida al tratamiento convencional, es mandatorio progresar en el algoritmo diagnóstico.

La angiografía por tomografía computada (angio-TC) de abdomen y pelvis, utilizada en los tres casos de esta serie, se consolida como la herramienta de elección en la práctica clínica actual: no sólo permite confirmar la compresión extrínseca extraluminal y cuantificar el grado de estenosis venosa, sino también descartar causas de compresión secundaria (como masas tumorales o adenomegalias retroperitoneales) y evaluar complicaciones asociadas a distancia, tal como el tromboembolismo pulmonar (TEP) silente detectado en el Caso 3.

Cabe destacar que, si bien la flebografía convencional ha sido desplazada de la fase diagnóstica pura, el ultrasonido intravascular (IVUS) emerge en la actualidad como el método de referencia más preciso, permitiendo una visualización en tiempo real de la arquitectura parietal venosa y guiando con exactitud la terapéutica endovascular, aunque su disponibilidad suele estar limitada a centros de alta complejidad.

El paradigma del abordaje terapéutico del SMT ha experimentado un cambio drástico en la última década. El tratamiento convencional aislado con anticoagulación oral (antagonistas de la vitamina K como el acenocumarol en el Caso 1, o anticoagulantes orales directos [DOACs] como el rivaroxaban en el Caso 2), resulta insuficiente cuando existe un componente mecánico de base. Si bien la anticoagulación previene la progresión del trombo y reduce el

riesgo embólico agudo, no resuelve la estenosis anatómica ni la fibrosis parietal. La persistencia de la obstrucción mecánica perpetúa la hipertensión venosa y se asocia a una tasa de desarrollo de síndrome postrombótico (SPT) de hasta el 80-90% a largo plazo, caracterizado por dolor invalidante, edema crónico, hiperpigmentación y úlceras venosas de difícil resolución, en el miembro inferior afectado.

Por consiguiente, las guías internacionales vigentes recomiendan la estrategia intervencionista endovascular como el tratamiento de elección en pacientes sintomáticos. La combinación de trombólisis farmacomecánica (para remover la carga trombótica aguda en fases tempranas) seguida del implante de un stent autoexpandible en la vena ilíaca común izquierda ha demostrado tasas de permeabilidad primaria superiores al 90% a los 5 años y una reducción drástica en la incidencia de SPT. La angioplastia aislada con balón no es efectiva debido a la alta fuerza de retracción elástica de la arteria suprayacente; el uso de un stent con adecuada fuerza radial es indispensable para contrarrestar la compresión mecánica permanente.

Finalmente, el manejo de pacientes con SMT en salas de Clínica Médica expone escenarios de alta complejidad clínica y dilemas terapéuticos severos, representados fehacientemente en el Caso 3 de nuestra serie. La coexistencia de una carga trombótica masiva (TVP iliofemoral y TEP bilateral) con una complicación hemorrágica grave (hemorragia digestiva baja) posterior al inicio de la enoxaparina, obligó a la interrupción de la anticoagulación. Frente a este escenario de riesgo vital inminente por embolia pulmonar recurrente, la colocación de un filtro de vena cava inferior (FVCI) temporario se erige como una medida de rescate obligatoria y validada. Este caso resalta que el manejo del SMT no debe estandarizarse rígidamente, sino adaptarse minuciosamente al perfil de seguridad del paciente, priorizando la estabilidad hemodinámica y el control del sangrado antes de planificar la resolución endovascular definitiva del defecto mecánico subyacente.

CONCLUSIONES

-El síndrome de May-Thurner debe ser considerado como un diagnóstico diferencial primario ante todo cuadro de trombosis venosa profunda extensa localizada en el miembro inferior izquierdo, rompiendo con el sesgo epidemiológico clásico que restringe esta patología únicamente a la población femenina joven.

-El uso de la angio-TC de abdomen y pelvis es una herramienta diagnóstica fundamental y accesible que debe implementarse precozmente ante la sospecha clínica de compromiso ilio-cava, permitiendo el diagnóstico etiológico y la detección concomitante de complicaciones graves como el tromboembolismo pulmonar.

-La anticoagulación farmacológica aislada resulta insuficiente para garantizar la permeabilidad venosa a largo plazo y prevenir el desarrollo del síndrome postrombótico. El tratamiento endovascular mediante angioplastia y colocación de stent representa el estándar de tratamiento actual para resolver la obstrucción mecánica.

-La presentación clínica del SMT en la práctica médica hospitalaria puede intercurrir con escenarios críticos de alta complejidad que asocian riesgo trombótico y hemorrágico simultáneo. Esto subraya la necesidad crítica de un abordaje interdisciplinario y personalizado, donde la estabilización del paciente y el uso de terapias de rescate (como los filtros de vena cava inferior) precedan a la resolución endovascular definitiva para optimizar el pronóstico funcional y vital.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.
Recibido: 19/05/2026 - Aceptado: 29/06/2026

BIBLIOGRAFIA

1. Albeir Y. Mousa, Ali F. AbuRahma, May–Thurner Syndrome: Update and Review, Annals of Vascular Surgery, Volume 27, Issue 7, 2013, Pages 984-995.
2. Gloviczki P, et al. The Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein & Lymphatic Society clinical practice guidelines for the management of iliofemoral deep vein thrombosis. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2022;10(5):951-992.
3. Padrnos, L. J., & Garcia, D. (2019). May-Thurner syndrome and thrombosis: a systematic review of antithrombotic use after endovascular stent placement. Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis, 3(1), 70-78.
4. Picón-Jaimes, Y. A. (2021). SÍNDROME DE MAY-THURNER. REVISIÓN DE LA LITERATURA. REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA, 9(2).
5. Poyyamoli S, Mehta P, Cherian M, Anand RR, Patil SB, Kalva S, Salazar G. May-Thurner syndrome. Cardiovasc Diagn Ther. 2021 Oct;11(5):1104-1111.
6. Sun, Y., Song, S. Causas no despreciables de síntomas agudos en extremidades inferiores: tres casos de síndrome de May-Thurner con trombosis venosa profunda. Thrombosis J 19 , 25 (2021).
7. Villalobos-Torres, Y., Arias-Mira, D. E., & Pulido-Mariño, C. Y. (2024). Síndrome de May-Thurner: presentación de caso y revisión de la literatura. Revista mexicana de angiología, 52(1), 35-38.

ISQUEMIA INTESTINAL AGUDA: UNA ENTIDAD TIEMPO-DEPENDIENTE REPORTE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

ACUTE INTESTINAL ISCHEMIA: A TIME-DEPENDENT DISEASE. CASE REPORTS AND LITERATURE REVIEW

AUTORES: KOSOY, PALOMA*; FERRARO, MARÍA DEL ROSARIO*; CAMARANO, NAYLA*; FRIZZERA, FRANCO**; PASCALE, MILAGROS***; YARDÍN, EMILIO****

LUGAR DE TRABAJO: SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G DURAND. AV DIAZ VELEZ 5044-CP 1405-CABA, ARGENTINA

*MÉDICA RESIDENTE
**JEFE DE RESIDENTES
***MÉDICA DE PLANTA
****JEFE DE UNIDAD INTERNACIÓN



ABSTRACT

INTRODUCTION: Acute intestinal ischemia is a time-dependent medical and surgical emergency associated with high morbidity and mortality, in which prognosis largely depends on early diagnosis and prompt treatment.

OBJECTIVE: We present three cases of acute intestinal ischemia with different etiologies: mesenteric venous thrombosis, cocaine-associated mesenteric ischemia, and strangulated umbilical hernia.

CASE REPORTS: All patients underwent emergency exploratory laparotomy with resection of nonviable bowel; two had a favorable postoperative course, while one died from sepsis and multiorgan failure. This case series highlights the clinical and etiological heterogeneity of acute intestinal ischemia and emphasizes the importance of maintaining a high index of suspicion to achieve an early diagnosis.

DISCUSSION: It is crucial to recognize that the outcome of acute intestinal ischemia largely depends on the rapid establishment of diagnosis and initiation of treatment. Delayed diagnosis and management may lead to progression toward severe complications, including intestinal necrosis, perforation, sepsis, and multiorgan failure, significantly increasing morbidity and mortality.

CONCLUSIONS: Although surgery remains the treatment of choice in patients with bowel necrosis or peritonitis, advances in contrast-enhanced CT angiography and endovascular revascularization techniques represent an increasingly important therapeutic option for selected patients, with the potential to improve clinical outcomes.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La isquemia intestinal aguda es una emergencia médico-quirúrgica tiempo-dependiente, asociada a una elevada morbimortalidad, cuyo pronóstico depende del diagnóstico y tratamiento precoces.

OBJETIVO: Se presentan tres casos de isquemia intestinal aguda de diferente etiología: trombosis venosa mesentérica, consumo de cocaína y hernia umbilical estrangulada.

SERIE DE CASOS: Todos los pacientes requirieron laparotomía exploradora con resección del intestino no viable; dos evolucionaron favorablemente y uno falleció por sepsis y falla multiorgánica. Esta serie refleja la heterogeneidad clínica y etiológica de la enfermedad, destacando la importancia de mantener un alto índice de sospecha para establecer un diagnóstico oportuno.

DISCUSIÓN: Es fundamental comprender que la evolución de esta patología depende en gran medida de la rapidez con la que se establece el diagnóstico y se instaura el tratamiento. El retraso diagnóstico y terapéutico favorece la progresión hacia complicaciones graves, como la necrosis intestinal, la perforación, la sepsis y la falla multiorgánica, incrementando significativamente la morbimortalidad.

CONCLUSIÓN: Si bien la cirugía continúa siendo el tratamiento de elección en presencia de necrosis intestinal o peritonitis, los avances en la angiotomografía y en las técnicas de revascularización endovascular representan una alternativa cada vez más relevante para pacientes seleccionados, con el potencial de mejorar los resultados clínicos.

Key Words: Acute intestinal ischemia, Mesenteric ischemia, CT angiography, Endovascular revascularization, Exploratory laparotomy, Intestinal necrosis, Mesenteric venous thrombosis, Cocaine, Acute abdomen, Case report.

Palabras Claves: Isquemia intestinal aguda, Isquemia mesentérica, Angiotomografía, Revascularización endovascular, Laparotomía exploradora, Necrosis intestinal, Trombosis venosa mesentérica, Cocaína, Abdomen agudo, Reporte de casos.

INTRODUCCIÓN

La isquemia intestinal aguda es una emergencia médico-quirúrgica caracterizada por la disminución brusca del flujo sanguíneo intestinal, secundaria a causas arteriales, venosas o no oclusivas, que puede progresar rápidamente a necrosis transmural, perforación, sepsis y muerte (1). Su presentación clínica suele ser inespecífica, predominando el dolor abdominal intenso, desproporcionado al examen físico en los estadios iniciales, lo que dificulta el diagnóstico precoz. Si bien afecta principalmente a pacientes añosos

con factores de riesgo cardiovasculares como fibrilación auricular, aterosclerosis e insuficiencia cardíaca, también puede presentarse en pacientes jóvenes en asociación con trombofilias, estados de hipercoagulabilidad, enfermedades inflamatorias, consumo de anticonceptivos hormonales y sustancias vasoactivas como cocaína y anfetaminas. La sospecha clínica temprana resulta fundamental para reducir la elevada morbimortalidad de esta entidad y actualmente se considera a la angiotomografía con contraste endovenoso como el gold standard en pacientes con sospecha de isquemia intestinal. Con estos hallazgos y diagnóstico a tiempo, es que se logran utilizar técnicas endovasculares de revascularización, las cuales evitan la cirugía abierta y disminuyen su morbimortalidad. (2,3)

OBJETIVOS

Presentar tres casos de pacientes con isquemia intestinal aguda, la resolución quirúrgica y su evolución.

REPORTE DE CASOS

Caso 1

Paciente masculino de 53 años que consulta por dolor abdominal de cinco días de evolución, localizado en epigastrio e irradiado a hemiabdomen inferior, asociado a náuseas, vómitos gastrobiliares, estreñimiento y ausencia de eliminación de gases. Al ingreso presenta leucocitosis. Como antecedente personal es consumidor de anabólicos y esteroides de larga data. La tomografía computada evidencia trombosis extensa de la vena mesentérica superior, engrosamiento parietal ileal con edema mesentérico y líquido libre, compatibles con isquemia intestinal venosa (Fig. 1A-B).

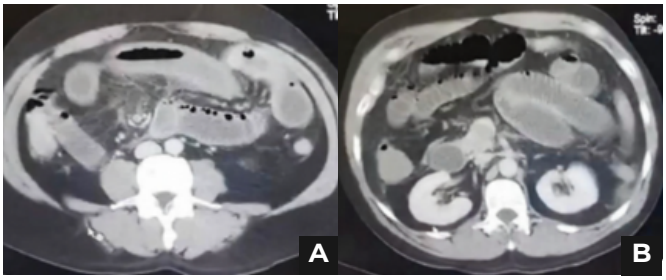


Fig.1. A y B. TC de abdomen, corte axial a nivel renal: trombosis venosa mesentérica con engrosamiento parietal ileal, edema mesentérico y líquido libre (neumatosis intestinal).

Ante la sospecha de abdomen agudo isquémico se realiza laparotomía exploradora, constatándose hemoperitoneo e isquemia extensa de intestino delgado con necrosis y trombosis mesentérica (Fig. 2). Se efectúa resección intestinal desde 1,5 m del ángulo de Treitz hasta 20 cm de la válvula ileocecal, con confección de yeyunostomía e ileostomía terminal. Evoluciona favorablemente, logrando el alta hospitalaria.

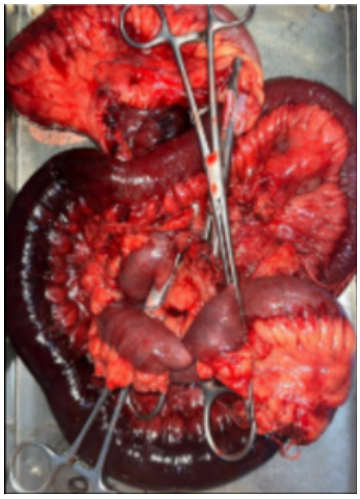


Fig. 2. Intraoperatorio: pieza quirúrgica con isquemia extensa de intestino delgado. Resección con margenes de intestino con vitalidad conservada.

Caso 2

Paciente masculino de 34 años que consulta por dolor abdominal generalizado de 72 horas de evolución, asociado a náuseas y vómitos. Como antecedente personal, es consumidor de cocaína. Evoluciona con deterioro hemodinámico, acidosis metabólica, hiperlactacidemia y lesión renal aguda. El FAST evidencia líquido libre intraperitoneal y, al examen físico, presenta signos de irritación peritoneal. Ante la inestabilidad hemodinámica no se completó estudio angiotomográfico previo, optándose por cirugía de urgencia. Se realiza cirugía de control de daños, constatándose isquemia extensa de intestino delgado desde 50 cm del ángulo de Treitz hasta íleon terminal, con trombosis mesentérica, efectuándose resección intestinal y confección de yeyunostomía (Fig. 3A-B). Durante la evolución requirió un second look laparotomy por persistencia de isquemia de íleon terminal, peritonitis purulenta generalizada y colecciones intraabdominales, con resección complementaria, drenajes y lavado de cavidad (Fig. 4A-B). Tras la estabilización clínica se efectuó reconstrucción del

tránsito intestinal con ileoascendoanastomosis. El paciente continuó su evolución favorable, logrando el alta hospitalaria.

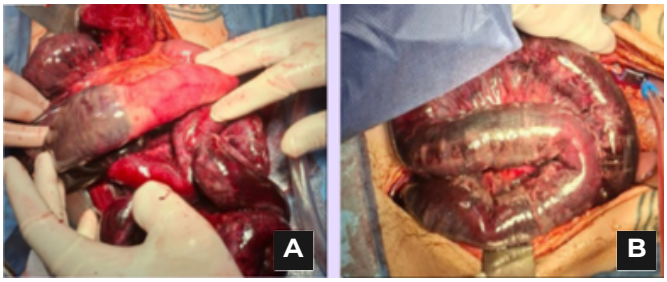


Fig.3. A y B. Isquemia mesentérica asociada a cocaína. (A) Primera laparotomía: isquemia extensa de intestino delgado con trombosis mesentérica. (B) Aspecto de asas intestinales tras resección inicial y yeyunostomía.

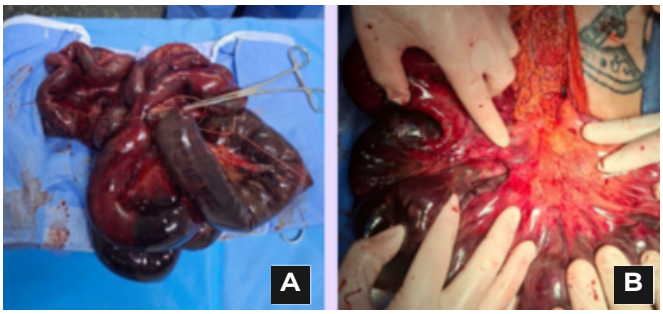


Fig.4. A y B. Second look: (A) pieza quirúrgica con persistencia de isquemia de íleon terminal. (D) Hallazgo de trombosis mesentérica con compromiso vascular extenso en la raíz del mesenterio.

Caso 3

Paciente masculino de 67 años, internado por dolor abdominal generalizado de cuatro días de evolución, asociado a nauseas, vómitos y catarsis líquidas sin otros síntomas asociados. Como antecedentes personales refiere tabaquismo de 30 p/y, hipertensión arterial y obesidad grado III. Evoluciona con deterioro del sensorio, insuficiencia respiratoria e inestabilidad hemodinámica, requiriendo intubación orotraqueal, asistencia respiratoria mecánica y soporte vasoactivo. La tomografía computada de abdomen evidencia neumoperitoneo, líquido libre intraperitoneal y hernia con signos de sufrimiento (Fig 5 A-B). Al examen físico presenta abdomen distendido con una tumoración umbilical irreductible de aproximadamente 10 cm, con cambios de coloración cutánea. Se decide realizar laparotomía exploradora, constatándose hernia umbilical con necrosis extensa de intestino delgado y ciego, perforación de intestino delgado y peritonitis purulenta generalizada (Fig. 6 A-B). Debido a la inestabilidad hemodinámica presentada por el paciente en el intraoperatorio, se realiza cirugía de control de daños, efectuándose rafia de la perforación, con aspiración de aproximadamente 2 litros de contenido purulento y control de la cavidad abdominal. Evoluciona tórpidamente, lo que concluye en su óbito.

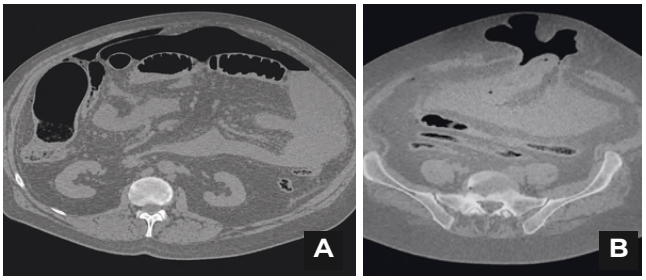


Fig.5. A y B. (A) Neumoperitoneo. (B) Liquido libre abdominal y evidencia de protrusión de asas por debilidad de pared (hernia) con rarefacción de planos y liquido periférico.

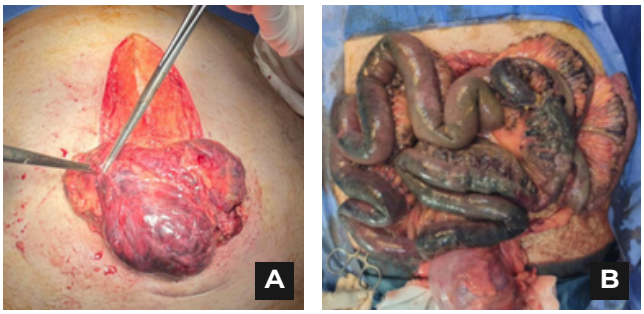


Fig.6. A y B. Hernia umbilical estrangulada. (A) Intraoperatorio: saco herniario. (B) Contenido herniario y asas de intestino delgado necrótico

DISCUSIÓN

La isquemia intestinal aguda constituye una emergencia médico-quirúrgica de elevada morbimortalidad, con tasas de mortalidad que continúan siendo superiores al 50% pese a los avances diagnósticos y terapéuticos. Su evolución depende en gran medida de la rapidez con la que se establece el diagnóstico y se instaura el tratamiento, ya que el retraso favorece la progresión hacia necrosis intestinal, perforación, sepsis y falla multiorgánica.

Los factores de riesgo varían según el mecanismo fisiopatológico. La isquemia arterial es más frecuente en pacientes añosos con fibrilación auricular, aterosclerosis, insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio o enfermedad vascular periférica. En cambio, la trombosis venosa mesentérica suele asociarse a estados de hipercoagulabilidad, trombofilias, neoplasias, cirrosis, enfermedades inflamatorias intestinales y procesos infecciosos. En pacientes jóvenes deben considerarse causas menos frecuentes como el consumo de sustancias vasoactivas (cocaína y anfetaminas), vasculitis, anticonceptivos hormonales y otras condiciones protrombóticas. Nuestra serie refleja esta heterogeneidad

Variable	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad/Sexo	Masculino, 53 años	Masculino, 34 años	Masculino, 67 años
Antecedentes personales	Consumo crónico de anabólicos y esteroides	Consumo de cocaína	Tabaquismo (30 paquetes/año), hipertensión arterial y obesidad grado III
Tiempo de evolución	5 días	72 horas	4 días
Presentación clínica	Dolor epigástrico irradiado a hemiabdomen inferior, náuseas, vómitos gastrobiliares, estreñimiento y ausencia de eliminación de gases	Dolor abdominal generalizado, náuseas y vómitos, con deterioro hemodinámico	Dolor abdominal generalizado, náuseas, vómitos y catarsis líquidas, con deterioro del sensorio, insuficiencia respiratoria e inestabilidad hemodinámica
Hallazgos de laboratorio	Leucocitosis	Acidosis metabólica, hiperlactacidemia y lesión renal aguda	Leucocitosis y acidosis metabólica
Evaluación por imágenes	TC: trombosis extensa de la vena mesentérica superior, engrosamiento parietal ileal, edema mesentérico y líquido libre	FAST positivo para líquido libre intraperitoneal. No se realizó angio-TC por inestabilidad hemodinámica	TC con contraste: neumoperitoneo, líquido libre intraperitoneal y hernia con signos de sufrimiento
Hallazgos intraoperatorios	Hemoperitoneo, isquemia extensa de intestino delgado con necrosis y trombosis mesentérica	Isquemia extensa de intestino delgado desde 50 cm del ángulo de Treitz hasta íleon terminal con trombosis mesentérica	Hernia umbilical estrangulada con necrosis extensa de intestino delgado y ciego, perforación intestinal y peritonitis purulenta generalizada
Diagnóstico	Isquemia intestinal venosa por trombosis extensa de la vena mesentérica superior	Isquemia intestinal secundaria a trombosis mesentérica asociada al consumo de cocaína	Isquemia intestinal secundaria a hernia umbilical estrangulada complicada con necrosis intestinal, perforación y peritonitis purulenta generalizada
Tratamiento quirúrgico	Laparotomía exploradora, resección intestinal desde 1,5 m del ángulo de Treitz hasta 20 cm de la válvula ileocecal, yeyunostomía e ileostomía terminal	Cirugía de control de daños, resección intestinal y yeyunostomía; *second look* con resección complementaria, drenajes y lavado; reconstrucción del tránsito mediante ileoascendoanastomosis	Cirugía de control de daños con rafia de la perforación, aspiración de aproximadamente 2 L de contenido purulento y control de la cavidad abdominal
Evolución	Favorable	Favorable	Desfavorable (óbito)

Nota: TC: tomografía computada; FAST: *Focused Assessment with Sonography for Trauma.*

Tabla 1. Cuadro comparativo de serie de casos presentados

etiológica, incluyendo pacientes con trombosis venosa mesentérica, consumo de cocaína y causas mecánicas. (Tabla 1).

El tratamiento depende de la etiología y del estado clínico del paciente. La ausencia de necrosis intestinal, la revascularización precoz y la anticoagulación constituyen la base terapéutica en los casos vasculares. Cuando existe necrosis intestinal o peritonitis, la laparotomía exploradora urgente continúa siendo el tratamiento de elección. El objetivo es resecar el intestino no viable preservando la mayor longitud posible de intestino sano, controlar el foco séptico y restablecer la perfusión cuando sea factible. En pacientes con compromiso fisiológico severo, la cirugía de control de daños con relaparotomías programadas representa una estrategia ampliamente aceptada, permitiendo reevaluar la viabilidad intestinal y completar el tratamiento una vez lograda la estabilización hemodinámica.

CONCLUSIÓN

La isquemia intestinal aguda continúa siendo una emergencia médico-quirúrgica tiempo-dependiente, en la que el diagnóstico precoz y la instauración rápida del tratamiento son determinantes del pronóstico. Si bien la laparotomía exploradora continúa siendo el tratamiento de elección en pacientes con necrosis intestinal o peritonitis, los avances en la angiotomografía con contraste y en las técnicas de revascularización endovascular han modificado el enfoque terapéutico de esta entidad. La implementación de protocolos de diagnóstico precoz y el acceso oportuno a equipos de hemodinamia podrían aumentar la tasa de revascularización en pacientes seleccionados, reducir la necesidad de resecciones intestinales extensas y disminuir la morbimortalidad asociada a la enfermedad.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.
Recibido: 20/04/2026 - Aceptado: 24/06/2026

BIBLIOGRAFIA

1. Bala M, Catena F, Kashuk J, De Simone B, Gomes CA, Weber D, et al. Acute mesenteric ischemia: updated guidelines of the World Society of Emergency Surgery. World J Emerg Surg. 2022;17(1):54. doi: 10.1186/s13017-022-00443-x.
2. Clair DG, Beach JM. Mesenteric ischemia. N Engl J Med. 2016;374(10):959-968. doi: 10.1056/NEJMra1503884.
3. American College of Radiology Committee on Drugs and Contrast Media. ACR Manual on Contrast Media. Reston (VA): American College of Radiology; 2025. Disponible en: https://www.acr.org/Clinical-Resources/Clinical-Tools-and-Reference
4. Oldenburg WA, Lau LL, Rodenberg TJ, Edmonds HJ, Burger CD. Acute mesenteric ischemia: a clinical review. Arch Intern Med. 2004;164(10):1054-1062.

COLESTEATOMA DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

EXTERNAL AUDITORY CANAL CHOLESTEATOMA WITH ATYPICAL PRESENTATION

AUTORES: CAROLINA RUSTEN*, OSMAR GUILLERMO ÁVILA RODRÍGUEZ † **, NICOLE J. MONTÚFAR***, DAYANA B. PIN****, RAFAEL MARANO*****

LUGAR DE TRABAJO: SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. TEODORO ÁLVAREZ; DR. JUAN FELIPE ARANGUREN 2701- CP 1406- FLORES, CABA, ARGENTINA-
HOSPITAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND; AV. DIAZ VELEZ 5044-C.P. 1405 - CABA, ARGENTINA.

* MÉDICA DE PLANTA. SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. HOSPITAL DE AGUDOS DR. TEODORO ÁLVAREZ
† ** MÉDICO DE PLANTA. SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. HOSPITAL DE AGUDOS DR. CARLOS G. DURAND. (FALLECIDO EL 25 DE MAYO DEL 2025).
*** MÉDICA JEFA DE RESIDENTES. SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. HOSPITAL DE AGUDOS DR. TEODORO ÁLVAREZ
**** MÉDICA RESIDENTE DE TERCER AÑO. SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. HOSPITAL DE AGUDOS DR. TEODORO ÁLVAREZ
***** JEFE DE SERVICIO OTORRINOLARINGOLOGÍA. HOSPITAL DE AGUDOS DR. TEODORO ÁLVAREZ



ABSTRACT

INTRODUCTION: External auditory canal cholesteatoma (EACC) is a rare condition first described by Toynbee in 1850. It is characterized by the accumulation of keratin within the external auditory canal leading to progressive bony erosion. Clinical manifestations may include otalgia, otorrhea, hearing loss and facial paralysis, which can delay diagnosis. The disease may arise after minor trauma to the ear canal or due to impaired epithelial migration resulting in retention of desquamated keratin debris. Treatment depends on the degree of erosion, although surgical management is frequently required to completely eradicate the epidermal matrix because of its osteolytic behavior and potential for recurrence.

OBJETIVE: To report the case of a patient with an atypical presentation of external auditory canal cholesteatoma and its surgical treatment.

CASE REPORT: A 70 year old male patient was diagnosed with findings consistent with external auditory canal cholesteatoma, associated with mild-to-moderate mixed hearing loss in the left ear and moderate mixed hearing loss in the right ear. Surgical exploration was indicated, and a modified radical mastoidectomy was performed.

CONCLUSION: The present case illustrates an atypical presentation of this disease. Surgical treatment remains the main therapeutic option in most cases, aiming to eradicate the lesion, prevent recurrence, and preserve the patient's hearing whenever possible.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El colesteatoma del conducto auditivo externo (CCAE) es una afección poco frecuente, descrito por primera vez por Toynbee en 1850, con una incidencia de 1:1000 en la práctica otológica. Se caracteriza por la acumulación de queratina en el conducto auditivo externo provocando erosión ósea del mismo. Puede presentarse con síntomas como otalgia, otorrea, hipoacusia y parálisis facial, lo que dificulta su diagnóstico. La enfermedad puede comenzar luego de un microtraumatismo en el canal o debido a la pérdida de la capacidad de migración de la piel, lo que lleva a la retención de las células descamadas. El CCAE se diferencia de la queratosis obturans por la invasión del epitelio escamoso y la erosión ósea del canal auditivo. El tratamiento depende del grado de erosión, siendo el tratamiento quirúrgico frecuentemente necesario para la erradicación completa de la matriz epidérmica debido a su naturaleza osteolítica y potencial de recidiva.

OBJETIVO: Describir el caso de un paciente con colesteatoma del CAE con presentación atípica y su resolución quirúrgica

CASO CLINICO: Paciente masculino de 70 años con diagnóstico compatible con colesteatoma del conducto auditivo externo E hipoacusia mixta leve a moderada en oído izquierdo e hipoacusia mixta moderada en oído derecho. Se decidió exploración quirúrgica realizándose una mastoidectomía radical modificada.

CONCLUSIÓN: En el caso presentado se ilustra una forma de presentación atípica de esta patología. El tratamiento quirúrgico continúa siendo la principal opción terapéutica en la mayoría de los casos, con el objetivo de erradicar la lesión, prevenir recidivas y preservar la audición del paciente siempre que sea posible

Key words: cholesteatoma; external auditory canal; bone erosion.

Palabras clave: colesteatoma; conducto auditivo externo; erosión ósea.

INTRODUCCIÓN

El colesteatoma del conducto auditivo externo (CCAE) es una afección poco frecuente descrita por primera vez por Toynbee en 1850, con una incidencia aproximada de 1:1000 en la práctica otológica. Se caracteriza por la acumulación de queratina en el conducto auditivo externo, lo que provoca erosión ósea del mismo. Puede presentarse con síntomas como otalgia, otorrea, hipoacusia e incluso parálisis facial, lo que en ocasiones dificulta su diagnóstico [1,2].

La enfermedad puede iniciarse tras un microtraumatismo del conducto auditivo o debido a la pérdida de la capacidad de migración de la

piel, lo que lleva a la retención de células descamadas [3,4]. El CCAE se diferencia de la queratosis obturans por la invasión del epitelio escamoso y la erosión del canal auditivo óseo, lo que determina diferentes enfoques terapéuticos según el grado de compromiso óseo. En muchos casos se requiere tratamiento quirúrgico para la erradicación completa de la matriz epidérmica debido a su naturaleza osteolítica y a su potencial de recidiva [3].

OBJETIVO

Describir el caso de un paciente con colesteatoma del CAE con presentación atípica y su resolución quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 70 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, hipertrofia prostática benigna, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia y antecedente de accidente cerebrovascular hace siete años. Consultó en el servicio de otorrinolaringología por un cuadro de un mes y medio de evolución caracterizado por otorragia derecha asociada a hipoacusia progresiva ipsilateral, sin causa aparente. Negó otros síntomas asociados y antecedentes otológicos previos.

Al examen otomicroscópico se evidenció en oído derecho una lesión exofítica friable localizada en la pared anterior del conducto auditivo externo (CAE), que ocupaba casi la totalidad del mismo, visualizándose parcialmente la membrana timpánica, la cual impresionaba íntegra (Figura 1).

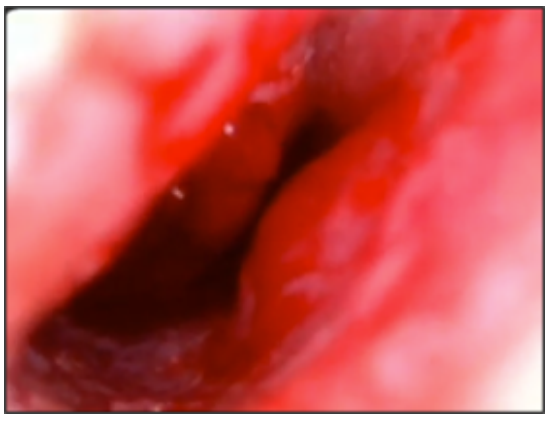


Fig.1. Otoscopia de oído derecho

En oído izquierdo se observó una protrusión en la pared anterior del CAE que ocupaba parcialmente el conducto, con visualización parcial de la membrana timpánica, también íntegra (Figura 2).

El resto del examen otorrinolaringológico no mostró hallazgos de relevancia.

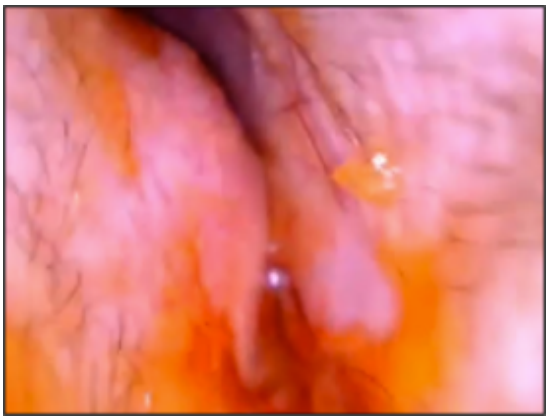


Fig.2. Otoscopia de oído izquierdo

Se realizó biopsia de la lesión en consultorio. El estudio histopatológico informó hallazgos compatibles con colesteatoma del conducto auditivo externo.

La audiometría tonal evidenció hipoacusia mixta leve a moderada en oído izquierdo e hipoacusia mixta moderada en oído derecho, con logoaudiometría concordante (Figura 3).

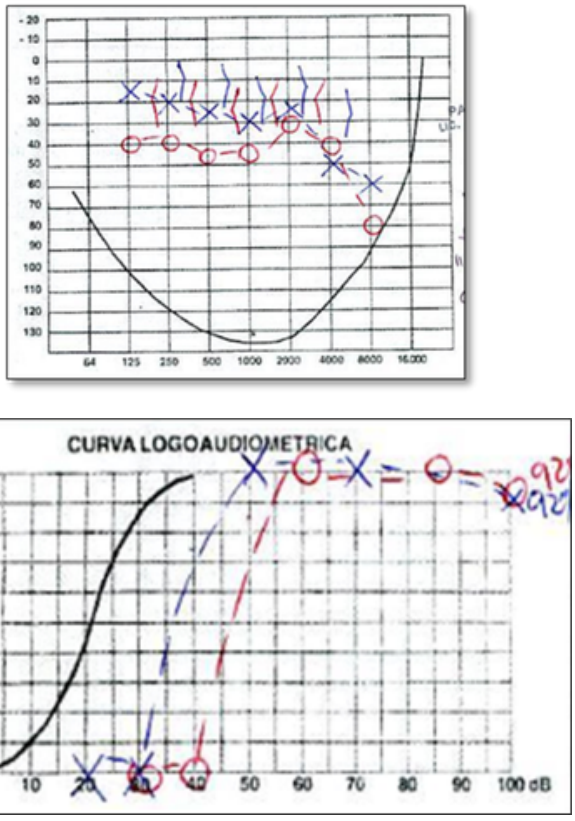


Fig.3. Audiometría tonal y logoaudiometría

La tomografía computarizada de peñascos mostró ocupación del CAE derecho por una imagen de densidad de partes blandas con erosión de la pared anteroinferior del conducto. Se observó además velamiento parcial de las celdillas mastoideas, con ocupación del antro mastoideo y del epitímpano. La cadena osicular y las estructuras del oído interno se encontraban conservadas (Figura 4).

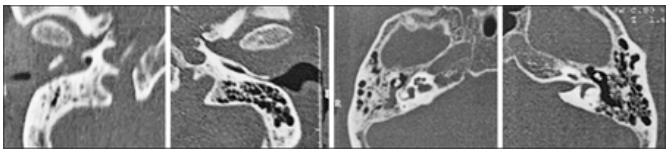


Fig.4.1. TC peñascos con contraste endovenoso (cortes axiales)

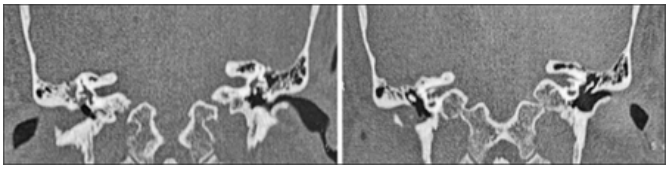


Fig.4.2. TC peñascos con contraste endovenoso (cortes coronales)

La resonancia magnética mostró una lesión hiperintensa en T2 e hipointensa en T1 que ocupaba el CAE derecho, con discreto realce tras la administración de contraste (Figura 5).
Se decidió exploración quirúrgica realizándose una mastoidectomía radical modificada. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de colesteatoma del conducto auditivo externo.
El paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio, sin complicaciones y sin evidencia de recidiva en los controles posteriores. (Figura 6).

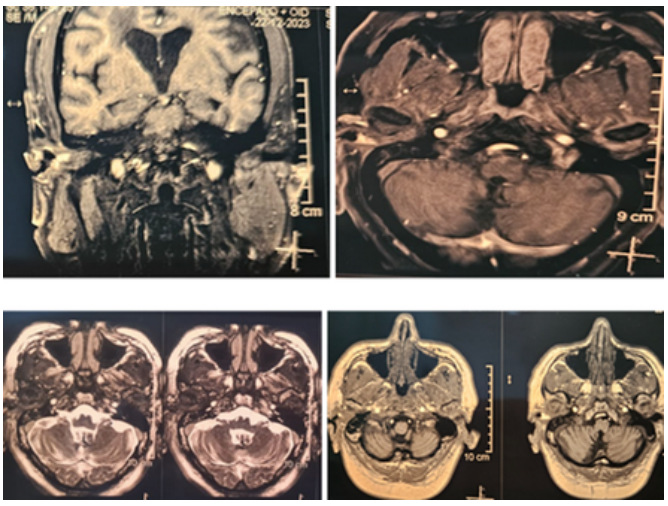


Fig.5. RMN de cerebro y oídos con contraste endovenoso



Fig.7. Otoscopia de control a los 6 meses postoperatorios

DISCUSIÓN

El colesteatoma del conducto auditivo externo es una afección poco frecuente que se caracteriza por la acumulación de queratina en el conducto auditivo externo con erosión progresiva del hueso subyacente. Se presenta con mayor frecuencia en adultos y suele ser unilateral, aunque se han descrito casos bilaterales [1,2].
Su etiología no está completamente esclarecida. Se han propuesto múltiples mecanismos, incluyendo causas postquirúrgicas, postraumáticas, inflamatorias, secundarias a obstrucción del conducto auditivo externo o de origen idiopático. En general, estas teorías se relacionan con dos mecanismos fisiopatológicos principales: un microtraumatismo del conducto auditivo o una alteración en la migración epitelial que provoca acumulación de queratina y detritos celulares [2,3,4].
Clínicamente, los síntomas más frecuentes incluyen otalgia, otorrea e hipoacusia. Esta última suele ser de tipo conductiva, aunque en algunos casos puede presentarse como hipoacusia mixta debido a compromiso más extenso de las estructuras del oído medio [1,3,4]. En el caso presentado, el paciente evidenció hipoacusia mixta, hallazgo que puede observarse en estadios más avanzados de la enfermedad.
En la otomicroscopia suele observarse una lesión localizada del conducto auditivo externo con membrana timpánica conservada. Con mayor frecuencia se origina en el piso del conducto auditivo y puede extenderse hacia estructuras vecinas como la articulación temporomandibular, el hipotímpano, el golfo yugular, la mastoides o el

nervio facial. Por este motivo, la tomografía computarizada de peñascos resulta fundamental para evaluar la extensión de la lesión y el compromiso de estructuras adyacentes [2,4].

El principal diagnóstico diferencial es la queratosis obturans. A diferencia del colesteatoma del conducto auditivo externo, la queratosis obturans produce expansión del canal auditivo sin erosión ósea y suele presentarse de forma bilateral en pacientes jóvenes, manifestándose principalmente con otalgia intensa e hipoacusia [1,2,4,5]. Otros diagnósticos diferenciales incluyen la otitis externa necrotizante y las lesiones tumorales del conducto auditivo externo.

El tratamiento del CCAE no se encuentra completamente estandarizado y depende fundamentalmente del grado de erosión ósea. Naim y colaboradores propusieron una clasificación en cuatro estadios: estadio I, hiperplasia epitelial del conducto; estadio II, presencia de periostitis; estadio III, erosión del canal óseo; y estadio IV, compromiso de estructuras adyacentes [3,4].

El tratamiento conservador mediante limpieza y desbridamiento periódico puede considerarse en lesiones limitadas sin dolor ni signos de progresión. Sin embargo, en casos con compromiso óseo o progresión clínica, el tratamiento quirúrgico suele ser necesario para lograr la erradicación completa de la matriz epidérmica y prevenir recidivas [1,2,5].

En el caso presentado, se realizó una mastoidectomía radical modificada debido a la afectación de las celdillas mastoideas evidenciada en los estudios de imagen, manteniéndose indemne la cadena osicular.

CONCLUSIÓN

El colesteatoma del conducto auditivo externo es una entidad poco frecuente que puede presentarse con manifestaciones clínicas inespecíficas, lo que puede retrasar su diagnóstico. En el caso presentado se ilustra una forma de presentación atípica de esta patología.

Es fundamental considerar esta entidad dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes con otorrea crónica y membrana timpánica íntegra. El estudio anatomopatológico es imprescindible para confirmar el diagnóstico y descartar otras lesiones, mientras que la tomografía computarizada permite evaluar la extensión de la enfermedad y el compromiso de estructuras adyacentes.

El tratamiento quirúrgico continúa siendo la principal opción terapéutica en la mayoría de los casos, con el objetivo de erradicar la lesión, prevenir recidivas y preservar la audición del paciente siempre que sea posible.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.
Recibido: 23/03/2026 - Aceptado: 31/05/2026

BIBLIOGRAFIA

1.Garin P, Degols JC, Delos M. External auditory canal cholesteatoma. Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery. 1997;123(1):62-65. doi:10.1001/archotol.1997.01900010066012
2.He G, Wei R, Chen L, Zhang T, Li Y, Liu X. Primary external auditory canal cholesteatoma of 301 ears: clinical features and treatment outcomes. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2022;279(3):1201-1208. doi:10.1007/s00405-021-06782-7
3.Jacinto N, Oliveira HF, Neves CA, Oliveira CAP. External auditory canal cholesteatoma: case series and review of the literature. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. 2008;74(6):842-847.
4.Naim R, Linthicum F Jr, Shen T, Bran G, Hörmann K. Classification of the external auditory canal cholesteatoma. The Laryngoscope. 2005;115(3):455-460. doi:10.1097/01.mlg.0000157837.53793.0f
5.Toynbee J. Specimens of molluscous tumors collected in the external auditory meatus. London Medical Gazette. 1850;46:184-186.
6.Zanini FD, Ameno ES, Magaldi SO, Lamar RA. Cholesteatoma of the external auditory canal: case report and literature review. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2004;70(3):405-408.



Conciencia por la Vida

Nuestro propósito es mejorar la calidad de vida de las personas a través del desarrollo de medicamentos con altos estándares de calidad que garanticen la efectividad de los tratamientos de quienes los necesitan.

ROEMMERS



PRINCIPIOS ACTIVOS

Inversión • Innovación • Crecimiento • Compromiso
Excelencia • Liderazgo

ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA

TUMOR DE ABRIKOSSOFF VULVAR: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

VULVAR GRANULAR CELL TUMOR (ABRIKOSSOFF TUMOR): A CASE REPORT

AUTORES: FLORENCIA BERSI***, ADRIANA LA SPINA**, IRENE S. LONGO**, CYNTHIA S. FARAH**, SANTIAGO BOVALINA TECELAN*.

LUGAR DE TRABAJO: SERVICIO DE GINECOLOGÍA - HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND, AV. DÍAZ VÉLEZ 5044, C1405DCS CABA

***MÉDICO RESIDENTE
** MÉDICO DE PLANTA
*JEFE DE SERVICIO



ABSTRACT

INTRODUCTION: Granular cell tumor of the vulva is a benign, slow-growing tumor, typically solitary and asymptomatic. Despite its benign nature, it carries a high potential for local recurrence and risk of malignant behavior. Wide local excision with clear margins is the treatment of choice. Understanding the clinical presentation and histopathology of this tumor is crucial for proper management and follow-up.

OBJETIVE: To conduct a literature review based on a clinical case of vulvar Abrikossoff tumor.

CASE REPORT: A 65-year-old patient presented with a pruritic vulvar lesion of 1-year duration. On examination, a round lesion measuring 1.5x1.5 cm with well defined borders was noted on the left labium majus. The lesion felt firm and had an eroded surface. Soft tissue ultrasound showed a 7x6x9 mm heterogeneous nodule with well-defined borders, located 1 mm beneath the skin surface. Biopsy of the lesion revealed a granular cell tumor (Abrikossoff tumor). Wide surgical excision with 2 cm margins was performed. Pathological examination confirmed the diagnosis with clear surgical margins.

DISCUSSION: Granular cell tumor is a rare, benign neoplasm with slow growth but high recurrence rates. Differential diagnosis with other vulvar lesions requires histopathological examination. Proper diagnosis allows for appropriate treatment with surgical excision and ensures that metastasis or malignant transformation of the lesion or its recurrences are rare occurrences.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El tumor de células granulares de la vulva es un tumor benigno, de crecimiento lento, generalmente único y asintomático. A pesar de ser una tumoración benigna, presenta un alto potencial de recurrencia local y riesgo de comportamiento maligno. La escisión local amplia es el tratamiento de elección, con bordes libres. Es de importancia conocer la presentación clínica y la histopatología de esta tumoración para realizar un adecuado manejo y seguimiento.

OBJETIVO: Realizar una revisión bibliográfica, a propósito de un caso clínico del tumor de Abrikossoff vulvar.

REPORTE DE CASO: Paciente de 65 años consulta por lesión vulvar pruriginosa de 1 año de evolución. Al examen se constata en labio mayor izquierdo lesión redondeada de 1.5x1.5cm de bordes netos, duro, erosionado en su superficie. Aporta ecografía de partes blandas: nódulo de límites definidos, heterogéneo de 7x6x9mm en 1 mm de superficie cutánea. Biopsia de lesión: tumor de células granulares (Tumor de Abrikossoff). Se realizó la escisión quirúrgica amplia de la lesión con 2cm de margen [Imagen 1 y 2]. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico con márgenes quirúrgicos libres.

DISCUSIÓN: El tumor de células de la granulosa es una neoplasia muy infrecuente, benigna y de crecimiento lento pero con altas tasas de recurrencia. Se debe realizar diagnóstico diferencial con otras lesiones vulvares a través de su estudio anatomopatológico. Su diagnóstico permite su tratamiento adecuado con resección quirúrgica con márgenes ya que raramente puede producirse metástasis o transformación maligna de la lesión o sus recurrencias.

Keywords: Granular Cell Tumor, Vulvar Neoplasms, Diagnosis, Differential, Histopathology, Abrikossoff

Palabras clave: Tumor vulvar, neoplasias vulvares, diagnosticos diferenciales, histopatologia, Abrikassoff

INTRODUCCIÓN

El mioblastoma de células granulares o tumor de Abrikossoff, es una neoplasia muy poco frecuente de la piel y tejidos blandos. Su edad más frecuente de aparición es entre los 30 y los 60 años con una media de 50 años. Puede encontrarse en cualquier localización siendo la más frecuente la lengua y mucosa oral (30 al 50%) mientras que la presentación vulvar se da en un 7 a 15% de los casos. Suelen ser nódulos únicos submucosos o subcutáneos de entre 0,5-4 cm, duros y blanquecinos con márgenes infiltrantes, generalmente asintomáticos. En general es de crecimiento lento, benigno pero con altas tasas de recurrencia. El diagnóstico es histológico. El diagnóstico diferencial incluye lesiones quísticas benignas, quistes sebáceos, fibroma, lipoma, papiloma, hidroadenoma, quiste epidérmico, quiste de Bartholino, melanoma y carcinoma de células escamosas. La transformación maligna, muy agresiva, se ha descripto en

aproximadamente el 3% de los casos por lo que se recomienda realizar su escisión quirúrgica con márgenes de seguridad de 1-2cm. En caso de afectación de márgenes se sugiere la ampliación de los mismos para disminuir el riesgo de recurrencia.

OBJETIVO

Realizar una revisión bibliográfica, a propósito de un caso clínico, del diagnóstico, tratamiento y evolución del tumor de Abrikossoff vulvar.

CASO CLÍNICO

Paciente de 65 años G2P2, menopausia a los 52 años, sin antecedentes de relevancia que consulta al Servicio de Ginecología del Hospital Durand, sector Patología del Tracto Genital Inferior por lesión vulvar pruriginosa de 1 año de evolución. Aportaba ecografía de partes blandas que informaba nódulo de límites definidos, heterogéneo de 7x6x9mm en 1 mm de superficie cutánea. Al examen físico se constata en labio mayor izquierdo lesión redondeada de 1.5x1.5cm de bordes netos, duro, erosionado en su superficie (Figura 1).



Figura 1. Lesion redondeada de 1.5x1.5 cm

No se palpan adenopatías. Se toma biopsia que reveló tumor de células granulares (Tumor de Abrikossoff). Se realizó la escisión quirúrgica amplia de la lesión con 2cm de margen (Figura 2 y 3). La anatomía patológica confirmó el diagnóstico con márgenes quirúrgicos libres de lesión (Figura 4).
La paciente se encuentra en seguimiento por el Servicio con buena evolución sin recurrencia.

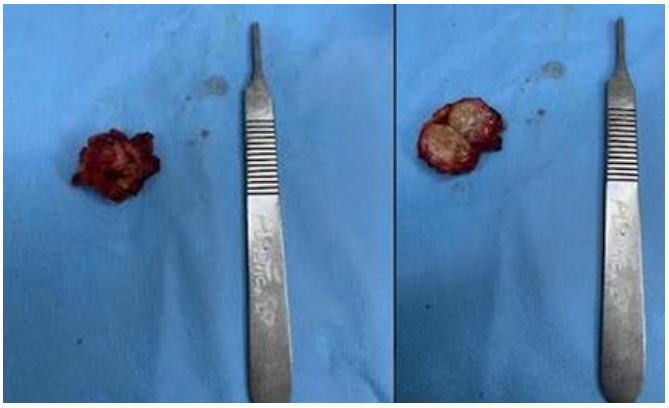


Figura 2 y 3. Escision quirúrgica de la lesión con 2 cm de màrgen

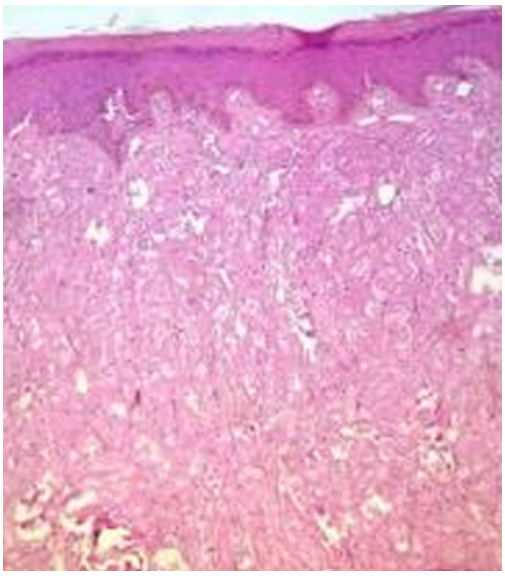


Figura 4. Tincion con hematoxilina-eosina de bordes netos, duro, se visualizan cordones y nidos celulares con el labio mayor izquierdo. Citoplasma eosinofilo granular y nucleos redondos

DISCUSIÓN

El tumor de Abrikossoff es una neoplasia de piel y tejidos blandos de muy baja incidencia. Su localización más frecuente es la cavidad oral siendo la presentación vulvar mucho más rara. Su presentación clínica no difiere a la de muchas otras lesiones vulvares por lo que su diagnóstico en la mayor parte de los casos es histológico. Existen marcadores que pueden utilizarse en tumores benignos y la mayoría de las variantes malignas como por ejemplo la proteína S-100, CD68, CD57 (Leu-7), enolasa neuronal específica, laminina, HLA-DR, proteína básica de la mielina, y el antígeno carcinoembrionario, la mayoria no disponibles en nuestro medio. Su evolución es generalmente benigna con altas tasas de recurrencia, pero existe la transformación maligna que es muy agresiva, pudiendo incluso presentar metástasis a distancia.

El tratamiento recomendado es la resección con márgenes de seguridad de 1-2cm para disminuir el riesgo de recidiva y en caso de malignización se sugiere realizar la linfadenectomía. En el caso expuesto fue de vital importancia la biopsia, con el consecuente diagnóstico, que permitió la resección amplia evitando una segunda cirugía de ampliación de márgenes y disminuyendo las chances de recurrencia asociado a un seguimiento a largo plazo para la detección precoz de nuevas lesiones. .

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.
Recibido: 15/11/2025 - Aceptado: 10/06/2026

BIBLIOGRAFIA

1.A.M. Althausen, D.P. Kowalski, M.E. Ludwig, S.L. Curry, J.F. Greene. Granular cell tumors: a new clinically important histologic finding. Gynecol Oncol, 77 (2000), pp. 310-313.
2.C. Cheewakriangkrai, S. Sharma, G. Deeb, S. Lele. A rare female genital tract tumor: benign granular cell tumor of the vulva: case report and review of the literature. Gynecol Oncol, 97 (2005), pp. 656Y8.
3.D.C. Chambers. Granular cell myblastoma of the vulve. J Natl Med Assoc, 71 (1979), pp. 1071Y3.
4.M.E. Rivlin, G.R. Meeks, M.A. Ghafar, J.R. Lewin. Vulvar granular cell tumorWorld. J Clin Cases, 1 (2013), pp. 149-151.
5.M. Vered, W.M. Carpenter, A. Buchner. Granular cell tumor of the oral cavity: updated immunohistochemical profile. J Oral PatholMed, 38 (2009), pp. 150Y9.
6.P. Apisarnthanarax. Granular cell tumor: an analysis of 16 cases and review of literature. J Am Acad Dermatol., 5 (1981), pp. 171-182.
7.V. Mehta, C. Balachandran, L. Rao, V. Geeta. Giant granular cell tumor of the vulva. Indian J Dermatol Venereol Leprol, 76 (2010), pp. 263Y5

EL DESAFÍO DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO EN PEDIATRÍA: DE LA EPISTAXIS RECURRENTE AL ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO JUVENIL

THE CHALLENGE OF TIMELY DIAGNOSIS IN PEDIATRICS: FROM RECURRENT EPISTAXIS TO JUVENILE NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA

AUTORES: SERRANO NURIA* ,ENRIQUEZ ROCIO**, VANS LANDSCHOOT FLORENCIA***,MARCIANO GABRIEL****

LUGAR DE TRABAJO: HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE - HOSPITAL C.G DURAND. AV. DÍAZ VÉLEZ 5044. CP 1405. CABA , ARGENTINA.

* MÉDICA DE PLANTA HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE
** MÉDICA BECARIA HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE
*** MÉDICA DE PLANTA HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE
****JEFE SECCIÓN HOSPITAL DE DÍA PEDIATRICO POLIVALENTE



ABSTRACT

INTRODUCTION: Pediatric epistaxis is usually benign; however, recurrent bleeding lasting more than 12 months warrants evaluation for underlying conditions such as juvenile nasopharyngeal angiofibroma (JNA), an aggressive vascular tumor that may compromise hemodynamic stability.

OBJETIVE: To report a pediatric case of juvenile nasopharyngeal angiofibroma.

CASE REPORT: An 11-year-old boy presented with a one-year history of left-sided unilateral epistaxis. He was admitted with severe anemia (hemoglobin 6.4 g/dL) and hypotension, requiring blood transfusion. Otolaryngology evaluation and imaging studies (CT/MRI) revealed a 74 × 48 mm mass with a positive Holman-Miller sign, leading to the diagnosis of advanced-stage JNA (Radkowski stage IIIa/IIIb).

DISCUSSION: Hemodynamic impact was the key disruptive parameter. Severe anemia in the context of epistaxis should not be assumed to be nutritional but rather indicative of significant blood loss. Although the Katsanis Index was 3, the chronicity and unilateral presentation justified advanced imaging. The tumor's vascular nature, characterized by vessels lacking an elastic muscular layer, explains persistent bleeding. Skull base involvement increases the risk of recurrence up to 50%. Postoperative management requires strict endoscopic and imaging surveillance (CT/MRI) for at least five years.

CONCLUSION: The triad of recurrent epistaxis, unilateral presentation, and hemodynamic compromise constitutes a major red flag. Early diagnosis of JNA is essential to prevent advanced-stage disease, requiring a multidisciplinary approach and specialized imaging in any case of suspected chronic non-benign bleeding.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La epistaxis pediátrica es usualmente benigna, pero sangrados recurrentes por más de 12 meses obligan a descartar patologías como el ANJ, un tumor vascular agresivo que compromete la estabilidad hemodinámica.

OBJETIVO: Describir un caso clínico de un paciente pediátrico con angiofibroma nasofaríngeo juvenil

REPORTE DE CASO: Varón de 11 años con epistaxis unilateral izquierda de un año de evolución. Ingresa con anemia severa (Hb 6.4 g/dL) e hipotensión, requiriendo transfusión. La evaluación por ORL y estudios de imagen (TC/RM) revelaron una masa de 74x48 mm con signo de Holman-Miller, diagnosticándose ANJ en estadio avanzado (Radkowski IIIa/IIIb).

DISCUSIÓN: La repercusión hemodinámica fue el parámetro disruptivo; una anemia severa en epistaxis no debe asumirse como nutricional, sino como signo de pérdida hemática voluminosa. Aunque el Índice de Katsanis fue de 3, la cronicidad y la unilateralidad justificaron el abordaje con imágenes. La naturaleza vascular del tumor, con vasos sin capa muscular elástica, explica la persistencia del sangrado. La extensión a la base del cráneo eleva el riesgo de recidiva hasta un 50%. El manejo postoperatorio exige vigilancia endoscópica e imagenológica (TC/RM) estricta por 5 años.

CONCLUSIÓN: La tríada de epistaxis recurrente, unilateralidad y compromiso hemodinámico constituye un signo de alarma mayor. El diagnóstico precoz del ANJ es vital para evitar estadios avanzados, requiriendo una evaluación multidisciplinaria e imágenes especializadas ante cualquier sospecha de sangrado crónico no esencial.

Key words: Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma, Pediatric Epistaxis, Severe Anemia, Recurrence

Palabras clave: Angiofibroma Nasofaríngeo Juvenil, epistaxis en pediatria, anemia severa, recurrencia

INTRODUCCIÓN

La epistaxis es uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica pediátrica; se estima que hasta el 60% de la población infantil presentará al menos un episodio antes de la edad adulta1,10. La edad media de presentación varía entre los 7,5 y los 8,5 años, siendo infrecuente antes de los 2 años de vida, con predominio en el sexo masculino1,10. En la mayoría de los casos, se trata de eventos autolimitados, originándose en el plexo de Kiesselbach, vinculandose a factores benignos como el trauma o la sequedad de mucosas1. Los sangrados recurrentes —definidos como más de tres episodios que no ceden ante medidas habituales como la compresión digital o tratamientos locales— suelen persistir durante unos 12 meses, con una mediana de 61. Ante este cuadro, es imperativo considerar patologías de

mayor complejidad. Entre ellas destacan las alteraciones de la coagulación, pese a su baja prevalencia (3%), y los procesos tumorales, tales como el angiofibroma nasofaríngeo juvenil (ANJ)1,2,7. Este último representa menos del 0.5% de los tumores de cabeza y cuello y constituye el tumor benigno más común de la nasofaringe en varones adolescentes4. Su naturaleza es histológicamente benigna pero biológicamente agresiva debido a su intensa vascularización y capacidad de erosión ósea local2,3. El presente reporte de caso expone la evolución de un paciente pediátrico con anemia severa y requerimiento transfusional, una complicación que, si bien es infrecuente en la epistaxis esencial, es un signo de alarma cardinal en el ANJ. Se solicita y obtiene consentimiento informado de los progenitores para la presentación del caso clínico en ámbitos científicos, resguardando la identidad del paciente.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es proponer un algoritmo de "Banderas Rojas" para el pediatra de atención primaria, enfatizando que la demora diagnóstica no solo compromete el pronóstico quirúrgico, sino que pone en riesgo la estabilidad hemodinámica del paciente. (Figura 1)

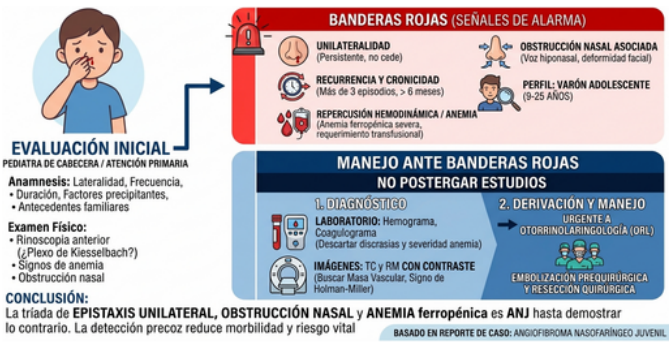


Figura 1. Algoritmo de banderas rojas en epistaxis pediátrica recurrente

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 11 años con epistaxis unilateral izquierda de un año de evolución, presenta agravamiento marcado en los últimos tres meses. En este contexto le solicitan un laboratorio programado, donde se detecta una hemoglobina (Hb) de 6.4 g/dL y hematocrito de 19.1, por lo que se decide su internación. Al ingreso en el Hospital Durand, el examen físico revela un paciente en buen estado general pero con taquicardia, hipotensión y palidez mucocutánea generalizada. Debido al compromiso hemodinámico, se realizó una transfusión de glóbulos rojos, logrando estabilizar la Hb en 8.6 g/dL. Ante el hallazgo de anemia severa, se solicitó una evaluación por el servicio de Hematología. Tras una anamnesis dirigida que descartó antecedentes familiares de coagulopatías y otros estigmas de sangrado mucocutáneo (como petequias, equimosis o gingivorragia), y dada la normalidad de las pruebas de screening inicial: perfil férrico, tiempo de protrombina (TP) y tiempo de tromboplastina parcial activada (KPTT), se desestimó la presencia de una discrasia sanguínea de base, incluyendo la enfermedad de Von Willebrand. Por consiguiente, la ferropenia se interpretó como secundaria a epistaxis. Se solicita evaluación por otorrinolaringología (ORL) quien evidencia lesión ocupante en fosa nasal izquierda, que impresiona vascularizada y friable. Ante la sospecha de masa tumoral, se solicitaron Tomografía (TC) de macizo facial y Resonancia Magnética (RM) con contraste. Los estudios por imágenes revelaron una masa heterogénea de 74 x 48 mm con avidez por el contraste, que ocupaba los cornetes izquierdos y se extendía hacia los senos esfenoidales, órbita y senos maxilares, con vasos de neoformación. Se observó el signo de Holman-Miller (abombamiento de la pared medial del seno maxilar izquierdo) y ocupación del cavum por engrosamiento de tejidos retrofaríngeos. Complementariamente, se halló una imagen polipoidea en el seno maxilar contralateral.

En el contexto de realización de angioresonancia presenta epistaxis que lo descompensa con requerimiento de 2 transfusiones de glóbulos rojos, una vez estabilizado se procede a embolización selectiva en dos tiempos y resección de masa tumoral. Se recibe informe histopatológico donde se observa proliferación fibrovascular sin atipia confirmando el diagnóstico. Actualmente se encuentra en seguimiento quincenal con equipo de otorrinolaringología y controles clínicos con pediatría.

DISCUSIÓN

El caso clínico expuesto es altamente representativo de la presentación clásica del ANFJ. El perfil demográfico del paciente coincide con la literatura, que describe la incidencia en varones de 9 a 25 años(2). Si bien la epistaxis en la edad

pediátrica es habitualmente un proceso idiopático, benigno y autolimitado (localizado en el 90% de los casos en el plexo de Kiesselbach), la repercusión hemodinámica en este paciente actuó como un parámetro clínico disruptivo(1). (Figura 2).

Categoría	Diagnósticos Específicos	Características Distintivas
Neoplasias Benignas	**Angiofibroma nasofaríngeo juvenil (ANJ)**	Varón adolescente, epistaxis recurrente unilateral severa, obstrucción nasal y anemia.
	Pólipos nasales (Antrocoanales o de Killian)	Pálidos, blandos, móviles y usualmente **no sangrantes**.
	Otros	Granuloma piógeno, hemangioma y papiloma invertido.
Neoplasias Malignas	**Rabdomiosarcoma**	Crecimiento rápido, invasivo, más común en niños menores de 12 años.
	Carcinoma nasofaríngeo	Raro en niños; destructivo, infiltra grasa parafaríngea y clivus.
	Neuroblastoma olfatorio	Masa en la bóveda nasal con posible extensión intracraneal.
Causas Locales y Traumáticas	**Manipulación digital**	Causa más frecuente; sangrado generalmente del plexo de Kiesselbach.
	Cuerpo extraño nasal	Puede presentarse con rinorrea unilateral fétida y sangrado.
	Trauma facial	Fracturas de huesos propios o perforación septal.
Inflamatorias e Infecciosas	**Rinitis (Alérgica / Seca)**	Mucosa inflamada o con costras (sospecha de S. aureus).
	Sinusitis	Puede presentarse con epistaxis recurrente como único síntoma.
	Vegetaciones adenoideas	En etapas iniciales pueden simular los síntomas obstructivos del ANJ.
Trastornos Hematológicos	**Coagulopatías**	Enfermedad de von Willebrand (la más común), hemofilia; sangrado difuso "en napa".
	Trombocitopenias	Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) o leucemia.
Congénitas y Vasculares	**Encefalocele / Quiste dermoide**	Masas nasales que deben diferenciarse de tumores vasculares.
	Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria	Síndrome de Rendu-Osler-Weber; múltiples telangiectasias en mucosas.
Factores Externos	**Medicamentos**	Uso crónico de sprays de corticoides nasales o anticoagulantes.

Figura 2. Etiología de epistaxis en pediatría

El hallazgo de una anemia severa evidencia una pérdida hemática crónica y voluminosa que supera los mecanismos compensatorios del paciente. Esta descompensación, que requirió transfusión de glóbulos rojos, no es propia de la epistaxis esencial y constituye un signo de alarma mayor, que debe desplazar la sospecha clínica de una epistaxis esencial hacia patologías potencialmente tumorales o hematológicas graves(5). Es fundamental que el pediatra no catalogue toda anemia microcítica como un déficit nutricional primario sin investigar la causa de la pérdida hemática, especialmente si es unilateral y recurrente.Aunque menos del 3% de los niños con epistaxis presentan trastornos de coagulación, la solicitud de un hemograma y coagulograma es una acción correcta ante sangrados de difícil control para descartar discrasias como la enfermedad de Von Willebrand o leucemias(7). A pesar de que el paciente presenta una puntuación de Katsanis de 3, lo cual situaría el caso fuera de los criterios de urgencia por severidad inmediata (puntuación ≥ 6) (Figura 3), la persistencia de la sintomatología durante un tiempo prolongado, conlleva una exploración profunda.

Característica	0 puntos	1 punto	2 puntos
Frecuencia	5-15 episodios/año	16-25 episodios/año	>25 episodios/año
Duración	<5 minutos	5-10 minutos	>10 minutos
Volumen de sangre	<15 cc	15-30 cc	>30 cc
Relación episodio/edad*	<33% de su vida	33-66% de su vida	>66% de su vida
Lateralidad	Unilateral	—	Bilateral

Figura 3. Puntuación de Katsanis

La literatura establece que la cronicidad es un factor importante independiente; en este caso, el cumplimiento del criterio de temporalidad (sangrados recurrentes por un periodo superior a los 12 meses) justifica plenamente la transición de un manejo conservador a uno diagnóstico especializado. Por lo tanto, se recomienda proceder con una endoscopia nasal o estudios de imagen (TC/RM) con el fin de descartar patologías estructurales o vasculares subyacentes que la escala de puntuación no logra capturar por sí sola(7).

El hecho de que el paciente cursara un año con síntomas antes del diagnóstico subraya la necesidad de protocolizar el uso de algoritmos de derivación. La naturaleza vascular del tumor, compuesto por vasos sin capa muscular elástica, explica el tipo de sangrado persistente. La presentación clínica de este paciente subraya la importancia de la unilateralidad como criterio de sospecha fundamental. Mientras que el 76% de las epistaxis idiopáticas en pediatría son de presentación bilateral, el Angiofibroma Nasofaríngeo Juvenil (ANJ) se manifiesta inicialmente de forma unilateral, tal como se observó en este caso1. Aunque el ANJ es una neoplasia histológicamente benigna, su comportamiento es biológicamente agresivo debido a su capacidad de erosión ósea y extensión local 5. En este sentido, los estudios por imágenes del paciente revelaron una masa de dimensiones considerables con factores de alta agresividad. La ocupación de los cornetes, el cavum y la extensión hacia los senos esfenoidales sugieren un estadio

avanzado (Clasificación de Radkowski IIIa/IIIb) (Figura 4) lo que implica erosión de la base del cráneo y un riesgo significativamente mayor de recidiva posquirúrgica.

Estadio	Descripción de la Extensión Tumoral
IA	Tumor limitado a la cavidad nasal y/o a la bóveda nasofaríngea.
IB	Extensión hacia uno o más senos paranasales.
IIA	Mínima extensión hacia la fosa pterigomaxilar (pterigopalatina).
IIB	Ocupación completa de la fosa pterigomaxilar con o sin erosión de los huesos orbitarios. En este estadio es común observar el **signo de Holman-Miller** (arqueamiento anterior de la pared posterior del seno maxilar).
IIC	Extensión a través de la fosa pterigomaxilar hacia la fosa infratemporal o posterior a las apófisis pterigoides.
IIIA	Erosión de la base del cráneo con mínima extensión intracraneal (hacia la fosa craneal media o placas pterigoides).
IIIB	Erosión de la base del cráneo con extensión intracraneal amplia, con o sin invasión del seno cavernoso.

Figura 4. Estadificación de Radkowski para el ANJ

Un hallazgo radiológico determinante en este reporte fue el abombamiento de la pared posterior del seno maxilar, conocido como signo de Holman-Miller. Este signo es patognomónico del ANJ y refleja el crecimiento expansivo del tumor desde el foramen esfenopalatino hacia la fosa pterigomaxilar. Asimismo, el marcado realce tras la administración de contraste confirma la naturaleza intensamente vascular de la lesión, compuesta por vasos que carecen de capa muscular elástica, lo que explica la persistencia del sangrado y la consecuente descompensación hemodinámica. La demora diagnóstica no sólo incrementó el riesgo de una epistaxis fatal, sino que permitió que el tumor alcanzara dimensiones que elevan el riesgo de recurrencia postquirúrgica, la cual se reporta entre el 5% y el 37% en estadios avanzados, aunque hay series que mencionan un 50%(3,5)

SEGUIMIENTO Y PRONÓSTICO

El seguimiento clínico postoperatorio es determinante para la detección temprana de recidivas. En la fase inmediata, se indica la irrigación endonasal con solución salina para favorecer la humectación de la mucosa, reducir la formación de costras y prevenir la fetidez local. El protocolo de evaluación endoscópica inicial debe realizarse al quinto día postoperatorio, con una revisión subsiguiente a las 2-3 semanas, orientada al desbridamiento de detritos y material de empaquetamiento absorbible residual (6). Posteriormente, se recomienda la vigilancia endoscópica semestral durante un periodo de cinco años. Respecto al control imagenológico, se sugiere obtener un estudio basal de tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) a los 3 meses del procedimiento, con controles anuales durante los siguientes 4 años. Este esquema permite monitorizar la estabilidad de la estructura facial y la potencial recurrencia tumoral. En términos de pronóstico, la implementación de la embolización preoperatoria y el refinamiento de las técnicasallazgo subraya que la recurrencia trasciende factores biológicos como la edad o la extensión inicial, vinculándose también a la microinvasión ósea(3). Finalmente, aunque existen reportes de involución espontánea o estabilización de remanentes tumorales post quirúrgicos y post-radioterapia, la vigilancia estrecha sigue siendo el estándar de cuidado.

CONCLUSIÓN

La epistaxis en pediatría es habitualmente un proceso benigno; sin embargo, la recurrencia, la unilateralidad y, fundamentalmente, la repercusión hemodinámica deben considerarse "signos de alarma" que obligan a descartar patologías de mayor complejidad. El angiofibroma nasofaríngeo juvenil, aunque infrecuente, requiere un diagnóstico precoz para evitar estadios avanzados que comprometan la estabilidad del paciente y aumenten el riesgo de recidiva quirúrgica. La detección de una anemia severa en el contexto de un sangrado nasal no debe ser interpretada como un déficit nutricional, sino como un signo de alarma mayor que requiere una evaluación multidisciplinaria inmediata y estudios de imagen especializados. Dada la complejidad que puede alcanzar un síntoma aparentemente simple, y con el objetivo de optimizar la toma de decisiones clínicas, hemos desarrollado un algoritmo diagnóstico (anexo I) basado en la evidencia bibliográfica más reciente. Esta herramienta permite categorizar el riesgo de forma sistemática, asegurando que los pacientes con criterios de alarma reciban una derivación oportuna y un abordaje diagnóstico preciso.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.
Recibido: 11/03/2026 - Aceptado: 5/07/2026

BIBLIOGRAFIA

1.Crisol-Deza DA, Bendezú-Huasasquiche LE. Angiofibroma nasofaríngeo juvenil. Rev Mex Pediatr. 2022;89(2):63-67.
2.Grupo de Trabajo de Otorrinolaringología Pediátrica. Consenso de epistaxis en pediatría: causas, clínica y tratamiento. Arch Argent Pediatr. 2021;119(1):S48-S53.
3.Hernández Alarcón VJ, Hernández González S. Nasoangiofibroma juvenil: una revisión actualizada del diagnóstico, clasificación y tratamiento. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. 2011;39(3):147-157.
4.López-Gutiérrez JC. Avances en el tratamiento del angiofibroma nasofaríngeo juvenil: embolización y cirugía endoscópica. Anales de Pediatría. 2018;88(5):234-240.
5.Parkes WJ IV. Angiofibroma nasofaríngeo juvenil. Nemours Children's Health [Internet]. 2024 [citado marzo 2026]. Disponible en: https://kidshealth.org/
6.Sennes LU, et al. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: The role of genetic alterations. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2012.:1537-1543.

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL ESPECTRO DE PLACENTA ACRETA

MULTIDISCIPLINARY MANAGEMENT OF THE SPECTRUM OF PLACENTA ACCRETA

AUTORES: LA SPINA, ADRIANA *, DEJO YLMA, CLAUDIA Y.** , ROLLERI CHAHER, CLARA**, CHIMINELLA, FERNANDO *, LOPEZ PACHOLCZAK, FACUNDO *

LUGAR DE TRABAJO: SERVICIO DE OBSTETRICIA- HEMODINAMIA
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND. AV. DIAZ VELEZ 5044. C.P 1405, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

MÉDICO DE PLANTA DE TOCOGINECOLOGÍA
* JEFE DE SERVICIO DE HEMODINAMIA
** JEFA DE RESIDENTES DE TOCOGINECOLOGÍA
** RESIDENTE DE TOCOGINECOLOGÍA
* JEFE UNIDAD OBSTETRICIA



ABSTRACT:
INTRODUCTION: Placenta accreta is a condition resulting from the abnormal adherence of the placenta to the myometrium, uterine serosa, and adjacent structures. It can be classified as accreta, increta, or percreta. Its incidence has been increasing due to the progressive rise in the cesarean section rate. The etiopathogenesis of this condition is related to a defect at the endometrium-myometrium interface that facilitates the invasion and infiltration of the villi. Ultrasound is one of the main diagnostic tools; the presence of irregular lacunae and the loss of the retroplacental area are signs that raise suspicion. Given the high associated morbidity and mortality, it is important to have a preventive multidisciplinary team to support its management.
OBJECTIVES: To present a clinical case and conduct a literature review based on preventive multidisciplinary management.
DISCUSSION: Placenta accreta is strongly associated with cesarean section and placenta previa, which are the main risk factors. Ultrasound with doppler is the diagnostic tool of choice, while magnetic resonance imaging may be useful in some cases. The treatment of choice is cesarean section with hysterectomy without attempted placental removal, and interdisciplinary management is the key to reducing morbidity and mortality. Ureteral catheters and uterine artery embolization can be used to prevent iatrogenic urological damage and massive blood loss.
CONCLUSION: We present a case where both goals were achieved due to multidisciplinary team work and use of both techniques.

RESUMEN:
INTRODUCCIÓN: El espectro de la placenta acreta es una condición que resulta de la adherencia anómala de la placenta en relación al miometrio, serosa uterina y estructuras adyacentes. Se puede clasificar como acreta, increta y percreta. Su incidencia ha ido en aumento debido al incremento progresivo de la tasa de cesáreas.
La etiopatogenia de esta entidad estaría relacionada con un defecto en la interfase endometrio-miometrio que favorece la invasión e infiltración de las vellosidades. El ultrasonido es una de las principales herramientas diagnósticas, la presencia de lagunas irregulares y la pérdida de la zona lúcida retroplacentaria, son signos que orientan a su sospecha. Dada la gran morbilidad y mortalidad asociada, es importante contar con un equipo multidisciplinario preventivo que sustente su manejo.
OBJETIVO: Presentar un caso clínico y realizar una revisión bibliográfica basada en un manejo multidisciplinario preventivo.
DISCUSIÓN: El trastorno de la placenta acreta se asocia fuertemente al antecedente de cesárea y a la presencia de placenta previa que son los principales factores de riesgo. La ecografía con doppler es la herramienta diagnóstica de elección, mientras que la resonancia magnética puede ser útil en caso de duda o para definir estrategia quirúrgica. El tratamiento de elección es la cesárea con histerectomía sin intento de alumbramiento, y el manejo interdisciplinario resulta clave para disminuir la morbimortalidad. La colocación de catéteres ureterales y la embolización de arterias uterinas pueden usarse para prevenir daño urológico iatrogénico y pérdida de sangre masiva en casos de alta sospecha de invasión trofoblástica de tejidos adyacentes detectada por ecografía.
CONCLUSIÓN: Presentamos un caso en el que se lograron estos dos objetivos mediante trabajo interdisciplinario y el uso de ambas técnicas.

Keywords: Placenta accreta spectrum; multidisciplinary management.
Palabras clave: Espectro de placenta acreta; manejo multidisciplinario.

INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro de la placenta acreta (EPA) es una de las principales causas de

hemorragia obstétrica como resultado de adherencia anómala de la placenta all miometrio, serosa uterina y estructuras adyacentes, pudiendo clasificarse de acuerdo al grado de invasión trofoblástica en acreta, increta y percreta.

Su incidencia ha ido en aumento debido al incremento paralelo y progresivo de la tasa de cesáreas. Siendo este el principal factor de riesgo. La etiopatogenia de esta entidad estaría relacionada con un defecto en la interfase endometrio-miometrio que favorece una decidualización inadecuada generando un área permisiva a la invasión e infiltración de las vellosidades, favorecido por el ambiente hipóxico creado en el tejido cicatrizal. El ultrasonido es una de las principales herramientas diagnósticas, con alta sensibilidad y especificidad. Los hallazgos asociados a trastorno adherencial son: la presencia de múltiples lagunas irregulares, la pérdida de la zona retroplacentaria, el adelgazamiento del miometrio. La RMN no se realiza de rutina. Se reserva para planificar estrategia quirúrgica o en caso de resultados ecográficos no concluyentes. Dado la gran morbilidad y mortalidad materno-fetal asociada a la hemorragia obstétrica severa, y a la prematuridad, es importante contar con un equipo multidisciplinario, para el más seguro y adecuado enfoque quirúrgico.

OBJETIVO

Realizar una revisión bibliográfica y actualización del tema, haciendo hincapié en la importancia del manejo multidisciplinario preventivo de la patología, basado en la presentación de un caso clínico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 38 años, G6P3C1A1. Ingresa al servicio de obstetricia del Hospital Durand a las 32,3 semanas de gestación, con sospecha de EPA. Durante su internación se completa evaluación con ecografía Doppler que evidencia placenta anterior que alcanza el orificio cervical interno sin sobrepasarlo, presencia de vasos puente en relación a cicatriz uterina y lagunas placentarias, reforzando la sospecha de acretismo (Fig. 1). Los estudios de laboratorio evidencian anemia leve, no hay signos de infiltración vesical en la cistoscopia. Se decide la finalización programada del embarazo a las 33,1 semanas. Como preparación prequirúrgica, se realiza en primera instancia cateterización bilateral de uréteres bajo control cistoscópico. (Fig. 2). Posteriormente, en sala de hemodinamia, se efectúa cateterización de arterias uterinas mediante acceso femoral (Fig. 3). Se realiza cesárea abdominal mediante incisión mediana infraumbilical e histerotomía longitudinal fúndica, obteniéndose un recién nacido vivo pretérmino, de sexo femenino, con peso adecuado para la edad gestacional, que requiere ingreso a neonatología. No hay alumbramiento luego de administrar ocitócico por lo que no se intenta alumbramiento y se realiza histerorrafia con placenta in situ. Durante el intraoperatorio se constatan signos macroscópicos compatibles con EPA, incluyendo adelgazamiento del segmento uterino, hipervascularización y pérdida de la anatomía habitual (Fig. 4 y 5), así como múltiples adherencias al techo vesical, que requieren reparación. Se procede a la realización de histerectomía total puerperal. Con el objetivo de disminuir el riesgo hemorrágico, previamente se completa el procedimiento con embolización de arterias uterinas a cargo del servicio de Hemodinamia. En el postoperatorio inmediato, la paciente evoluciona en unidad cerrada sin complicaciones significativas. Tras la retirada de los catéteres ureterales y vasculares, es trasladada al servicio de Obstetricia para continuar su recuperación. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de trastorno del espectro de placenta acreta. No requiere transfusión intra ni post operatorio inmediato.



Fig 1. Placenta anterior de inserrción baja; lagunas vasculares



Fig 2. Cateterización ureteral bajo guía cistiscópica

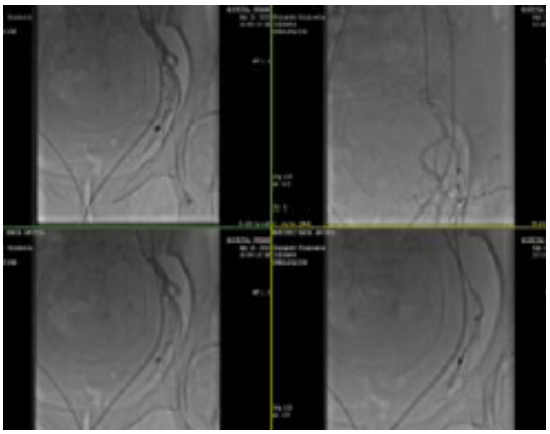


Fig 3. Cateterización vascular



Fig 4. Acretismo intraoperatorio

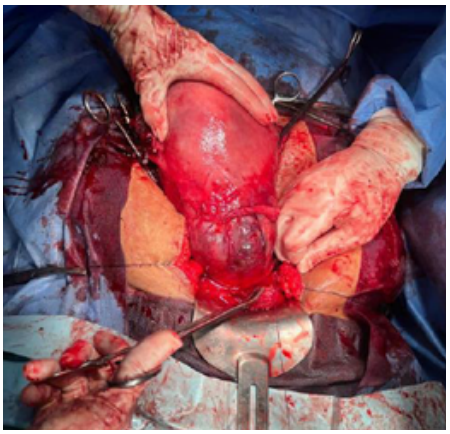


Fig 5. Acretismo intraoperatorio

DISCUSIÓN

El trastorno del espectro de la placenta acreta constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad materna debido a la potencial hemorragia obstétrica severa. La incidencia ha ido en aumento en estrecha relación con el incremento de la tasa de cesáreas a nivel mundial. El diagnóstico prenatal temprano mediante la sospecha clínica teniendo en cuenta factores de riesgo, uso de la Ecografía Doppler y eventualmente la RMN han sido una herramienta útil en el conocimiento de la extensión de la invasión placentaria prenatal permitiendo su referencia a un centro de tercer nivel con manejo multidisciplinario. La bibliografía actual recomienda el tratamiento no conservador que conlleva en la cesárea abdominal, con cierre sin alumbramiento. la colocación de catéteres ureterales es de rutina en cirugía de cáncer de cuello uterino para evitar lesionarlos. Se usan cánulas que se retiran en la cirugía (se abandonó el uso de doble J por comoplicaciones reportadas). La embolización de las arterias uterinas es una técnica intraquirúrgica utilizada para prevenir el sangrado masivo intraoperatorio, si bien no todos los centros tienen disponibilidad de la misma, se recomienda su uso en pacientes con una alta sospecha de acretismo invasor y en aquellas pacientes con un hematocrito basal muy bajo previo al procedimiento quirúrgico. El tratamiento conservador es de difícil aplicación debido al riesgo de sangrado excesivo con la posibilidad de desencadenar una coagulopatía por consumo de factores. La invasión placentaria se clasifica de manera definitiva mediante la histología, pero esto no es útil para fines quirúrgicos, especialmente porque el diagnóstico del grado de invasión es retrospectivo.

CONCLUSIONES

El manejo exitoso del trastorno del espectro de la placenta acreta depende de la sospecha clínica oportuna y de la confirmación diagnóstica prenatal. Ante cuadros de acretismo invasor con alto riesgo de hemorragia masiva, el tratamiento de elección definitivo sigue siendo el no conservador. El abordaje multidisciplinario, resulta clave para minimizar las lesiones estructurales adyacentes y reducir drásticamente las complicaciones hemorrágicas. Este caso reafirma que una estrategia médica coordinada y protocolizada impacta de forma directa y positiva en la seguridad y en el pronóstico final de la paciente y del recién nacido.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.
Recibido: 20/05/2026 - Aceptado: 06/07/2026

BIBLIOGRAFÍA

1. Clínic Barcelona (2024) Anomalías placentarias: placenta previa, placenta acreta y vasa previa; Medicina fetal barcelona.
2.Riolo, F. M., Dini, A. E., Tamashiro, G. A., Plazas Alvarez, D., Orlando Cortez Yáñez, J., & Villegas, M. O. Oclusión percutánea transitoria con balones vs. embolización de las arterias uterinas como coadyuvantes en los trastornos adherenciales placentarios durante la cesárea. RACI 2022; 01:0016-0020.
3. Robert M Silver, MD (2025) Placenta accreta spectrum: Clinical features, diagnosis, and potential consequences; UpToDate.

PARACETAMOL

GENIOL®

EL DOLOR DESAPARECE



www.geniol.com.ar

Lea atentamente el prospecto y ante la menor duda consulte a su médico y/o farmacéutico.

Elea

INDICACION Y ACCESO A CRIOPRESERVACIÓN EN PACIENTES ORQUIECTOMIZADOS

INDICATIONS AND ACCESS TO CRYOPRESERVATION IN ORCHIECTOMIZED PATIENTS

AUTORES: DIEGO M BARREIRO**; SEBASTIAN M. CUFRE***; WALTER DE BONIS*; BRIAN S. GENES***; BERNARDO S, SANCHEZ ****; CESAR V. VARGAS***.

LUGAR DE TRABAJO: UNIDAD DE UROLOGÍA- HOSPITAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND. AV. DIAZ VELEZ 5044- CP 1405-CABA, ARGENTINA.

*JEFE DE UNIDAD
**MÉDICO DE PLANTA
***MEDICO RESIDENTE
****JEFE DE RESIDENTES



ABSTRACT

INTRODUCTION: Testicular cancer predominantly affects young men in reproductive age. Although oncological treatments have significantly improved survival rates, they directly affect spermatogenesis. Cryopreservation offers the possibility of future fatherhood.

OBJECTIVE; Evaluate the level of indication and access to cryopreservation.

MATERIALS AND METHODS: Data were retrospectively collected from patients who underwent orchiectomy for testicular cancer at Carlos G. Durand Hospital between January 2019 and June 2024.

RESULTS: A total of 38 patients were included, with a mean age of 38 years. While 31.6% of patients received counseling regarding cryopreservation, only 2.6% accessed the service.

DISCUSSION: Our results demonstrate inadequate counseling regarding cryopreservation and fertility 31.6% (n=14) when compared to the recommendations of major scientific organizations. Access to cryopreservation 2.6% (n=1) is lower than rates reported in international literature, where access typically ranges from 15% to 30%. The primary limiting factor is cost. The fact that no patients underwent follow-up semen analysis limits the scope for fertility counseling.

CONCLUSION:

The low rate of counseling, limited access to cryopreservation, and lack of fertility follow-up highlight the need to implement specific protocols.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El cáncer testicular afecta predominantemente a hombres jóvenes en edad reproductiva. Aunque los tratamientos oncológicos han mejorado significativamente las tasas de supervivencia, los mismos afectan directamente la espermatogénesis. La criopreservación ofrece la posibilidad de paternidad en el futuro.

OBJETIVO: Evaluar el nivel de indicación y acceso a criopreservación.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se recolectaron retrospectivamente datos de pacientes orquiectomizados por cáncer de testículo en el Hospital Carlos G. Durand entre enero de 2019 a junio de 2024.

RESULTADOS: Fueron incluidos un total de 38 pacientes. Con una edad media de 38 años. El 31.6% de los pacientes recibió asesoría sobre criopreservación, pero tan solo el 2.6% tuvo acceso a la misma.

DISCUSIÓN: Nuestros resultados demuestran una deficiente asesoría sobre criopreservación y fertilidad 31.6% (n=14) en contraste con las recomendaciones de las principales entidades científicas. El acceso a criopreservación 2.6% (n=1) es inferior a lo reportado en la bibliografía internacional donde el acceso varía entre el 15 – 30%. El principal factor limitante es el económico. Que ningún paciente tenga seguimiento con un espermograma limita la posibilidad de asesoría acerca de fertilidad.

CONCLUSIÓN: La baja tasa de asesoramiento, el escaso acceso a criopreservación y la ausencia de seguimiento en fertilidad manifiestan la necesidad de implementar protocolos.

Keywords: cryopreservation, testicular cancer, orchiectomy.
Palabras Clave: criopreservación, cáncer testicular, orquiectomía.

INTRODUCCIÓN

El cáncer testicular representa aproximadamente el 1% de todas las neoplasias malignas del varón y constituye el tumor sólido más frecuente entre los 15 y 40 años. En Argentina se estima una incidencia cercana a 5 casos por cada 100.000 habitantes.

El tratamiento de quimioterapia, la cirugía y radioterapia, han permitido alcanzar tasas de supervivencia superiores al 95% en la enfermedad localizada y cercanas al 80–90% en enfermedad metastásica. Ante la elevada tasa de supervivencia, el seguimiento clínico de estos pacientes ha trascendido el control estrictamente oncológico para incorporar la evaluación activa de las secuelas a largo plazo del tratamiento, sobre su calidad de vida.

La fertilidad constituye uno de los principales aspectos a considerar en este sentido. Diversos estudios han demostrado alteraciones seminales que incluyen oligozoospermia, astenozoospermia y teratospermia antes del inicio del tratamiento. Dichas alteraciones están relacionadas a fenómenos inflamatorios propios del microambiente tumoral, alteraciones endocrinas y síndrome de disgenesia testicular.
En Argentina existe escasa información acerca de la implementación de programas de criopreservación en pacientes con cáncer testicular. La ausencia de datos nacionales limita el conocimiento de la magnitud del problema y dificulta el desarrollo de estrategias institucionales orientadas a mejorar la atención de estos pacientes.

OBJETIVOS
Evaluar el nivel de indicación a criopreservación en pacientes sometidos a orquiectomía radical por cáncer testicular. Identificar las principales limitaciones para el acceso a criopreservación y evaluar el seguimiento en el área de la fertilidad.

MATERIALES Y MÉTODOS
Se realizo un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se recolectaron los datos de pacientes sometidos a orquiectomía por cáncer testicular en el Hospital Carlos G. Durand entre enero de 2019 y junio de 2024. Se incluyeron pacientes en edad fértil, diagnóstico de cáncer testicular primario o secundario y acceso a historia clínica completa. Se excluyeron pacientes por falta de acceso a historia clínica y/o tratados en otro centro. Se registraron datos sobre anatomía patológica, tratamiento oncológico especifico, indicación y acceso a criopreservación, deseo de paternidad y seguimiento de fertilidad.

RESULTADOS
Se incluyeron 38 pacientes sometidos a orquiectomía radical. La edad media fue de 38 años (19 – 67 años). Con respecto a los tipos histologicos, la distribución fue principalmente seminoma clásico 52.6%, no seminoma 42.1% y linfoma de células B 5.3%. EL 55.2% realizo quimioterapia y el 5.3% radioterapia. La indicación y asesoría acerca de criopreservación previo a cirugía fue 31.6% (12 pacientes). El acceso a criopreservación fue del 2.6% (1 paciente).
El principal limitante identificado fue el factor económico. Deseo de paternidad 36.8% (14 pacientes). Ningún paciente posee un espermograma control.

DISCUSIÓN
La preservación de la fertilidad en pacientes con cáncer testicular ha adquirido relevancia debido a la alta tasa de curación. Las principales entidades científicas como la Sociedad Europea de Urología, la Sociedad Americana de Urología y la Sociedad America de Oncología Clínica establecen que todo paciente en edad reproductiva debe ser informado acerca del riesgo potencial de infertilidad y recibir la oferta de criopreservación antes de iniciar cualquier tratamiento oncológico, con un nivel de evidencia alto y una recomendación fuerte.

Nuestro estudio refleja que la indicación y asesoría es inferior a lo recomendado.
Davis et al., en su estudio con 5.907 pacientes, observaron que únicamente el 9,5% tenía documentado asesoramiento sobre fertilidad y solo el 8,4% accedía a la criopreservación.
Singla et al., confirma que la quimioterapia y radioterapia tienen efectos significativos sobre la fertilidad a largo plazo. Las tasas de paternidad a 15 años varían dramáticamente según el tratamiento: 92% en el grupo de vigilancia versus 48% en el grupo de quimioterapia de alta dosis.

El acceso efectivo a criopreservación (2,6%) en nuestra cohorte, fue menor a la mayoría de las series internacionales, donde las tasas de criopreservación oscilan entre el 15% y el 30%. La principal barrera fue el factor económico, resultado que coincide con las publicaciones donde la ausencia de cobertura sanitaria y los elevados costos limitan el acceso a estas técnicas.

Otros aspectos relevantes: El deseo de paternidad futura (36,8%) resalta la importancia de abordar la fertilidad desde el momento del diagnóstico. La ausencia de espermograma control impide conocer la infertilidad y/o la recuperación de la espermatogénesis luego del tratamiento. Brydøy et al., demostraron que la recuperación de la espermatogénesis ocurre en una proporción importante de pacientes entre los dos y cinco años posteriores al tratamiento.

CONCLUSIÓN

El presente estudio aporta evidencia sobre la situación de la criopreservación y de la fertilidad en pacientes con cáncer testicular atendidos en un hospital público argentino. Si bien presenta las limitaciones propias de un estudio retrospectivo y con un tamaño muestral reducido, los resultados evidencian una diferencia significativa entre la práctica clínica habitual y las recomendaciones de las principales guías internacionales. La baja tasa de asesoramiento, el escaso acceso a la criopreservación y la ausencia de seguimiento en fertilidad manifiestan la necesidad de implementar protocolos multidisciplinares. Asimismo, estos hallazgos sientan las bases para futuros estudios prospectivos y multicéntricos que evalúen el impacto de estas intervenciones en la salud reproductiva y el bienestar general de los supervivientes.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.
Recibido: 03/07/2026 - Aceptado: 16/07/2026

BIBLIOGRAFÍA

1. American Urological Association. (2023). Diagnosis and treatment of early-stage testicular cancer: AUA guideline.
2. Brydøy, M., Fosså, S. D., Klepp, O., Bremnes, M. R., Wist, E. A., Bjøro, T., & et al. (2012). Sperm counts and endocrinological markers of spermatogenesis in long-term survivors of testicular cancer. British Journal of Cancer, 107(11), 1833–1839.
3. Davis, R., Loh-Doyle, J., Schuckman, A., & et al. (2025). Prevalence of fertility preservation counseling and sperm cryopreservation amongst males with testis cancer. Urology, 196, 88–94.
4. Loren, A. W., Oktay, K., Cheng, E., & et al. (2025). Fertility preservation in people with cancer: ASCO guideline update. Journal of Clinical Oncology, 43(12), 1120–1135.
5. National Comprehensive Cancer Network. (2025). NCCN clinical practice guidelines in oncology: Survivorship (Version 1.2025).
6. Patrikidou, A., Cazzaniga, W., Oing, C., & et al. (2026). European Association of Urology guidelines on testicular cancer: Summary of the 2026 guidelines. European Urology, 89(3), 245–258.
7. Schlegel, P. N., Sigman, M., Collura, B., & et al. (2024). Diagnosis and treatment of infertility in men: AUA/ASRM guideline (2020; Amended 2024). American Urological Association.
8. Singla, N., Bagrodia, A., Baraban, E., Fankhauser, C. D., & Ged, Y. M. A. (2025). Testicular germ cell tumors: A review. JAMA, 333(8), 789–801.

REVISTA HOSPITAL DURAND
Vol.3- Nro 2 CAICYT/CONICET 3008-8615

ANÁLISIS DEL MONITOREO DE INCIDENTES VIALES ATENDIDOS POR EL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS

ANALYSIS OF ROAD TRAFFIC INCIDENT MONITORING ATTENDED BY THE EMERGENCY MEDICAL SERVICES

AUTORES: BRUNO RAFAEL XIMENES MARQUES*, RODOLFO BLUHM DE PONTES VIEIRA*, INARE DONATO FERNANDES SOUZA*, AGUSTÍN FIEBELKORN*, PILAR DE VELASCO*, ALBERTO FÉLIX CRESCENTI**/***

LUGAR DE TRABAJO: SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIAS (SAME), MINISTERIO DE SALUD, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.

*SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIAS (SAME), MINISTERIO DE SALUD, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.
**DIRECTOR GENERAL DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIAS (SAME), MINISTERIO DE SALUD, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.
***PROGRAMA DE DOCENCIA E INSTRUCCIÓN PERMANENTE SAME



ABSTRACT

INTRODUCTION: Road traffic incidents represent a critical challenge for safety and public health management in large urban areas, requiring analytical tools that allow for an understanding of their behavior and spatial-temporal distribution.

OBJECTIVE: The purpose of this study was to present and evaluate reports designed for interactive monitoring and operational analysis of traffic incidents occurring in the city of Buenos Aires during the first half of 2026.

MATERIALS AND METHODS: A quantitative, observational, and cross-sectional design was employed, utilizing assistance requests recorded in the Comprehensive Public Safety System (SISEP) as the data source. The platform enabled asynchronous data processing, incident georeferencing, and the generation of automated visualizations and summaries to facilitate operational analysis.

RESULTS: The results showed various types of collisions, among which those involving cars and motorcycles were the most frequent. Additionally, a statistical analysis of incident frequency by days of the week and time slots was conducted, allowing for the identification of corridors and periods of highest care demand.

CONCLUSIONS: The implementation of these reports constitutes a useful tool to strengthen strategic planning, optimize the allocation of emergency resources, and improve decision-making in the health management of traffic incidents.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los incidentes de tránsito representan un desafío crítico para la gestión de la seguridad y la salud pública en las grandes urbes, requiriendo herramientas analíticas que permitan comprender su comportamiento y distribución espacial y temporal.

OBJETIVO: El presente estudio tuvo como propósito presentar y evaluar informes destinados al monitoreo interactivo y al análisis operativo de los incidentes de tránsito ocurridos en la ciudad de Buenos Aires durante el primer semestre de dos mil veintiséis.

MATERIALES Y METODOS: Se empleó un diseño cuantitativo, observacional y transversal, utilizando como fuente las solicitudes de atención registradas en el Sistema Integral de Seguridad Pública (SISEP). Se realizó un estudio cuantitativo, observacional y transversal utilizando los registros de solicitudes de atención. La plataforma permitió procesar la información de manera asincrónica, georreferenciar los incidentes y generar visualizaciones y resúmenes automatizados para facilitar el análisis operativo.

RESULTADOS: Los resultados mostraron distintos tipos de colisiones, entre las cuales automóviles y motocicletas constituyeron el tipo de incidente más frecuente. Asimismo, se realizó un análisis estadístico de la frecuencia de los incidentes según los días de la semana y las franjas horarias de ocurrencia, lo que permitió identificar corredores y períodos de mayor demanda asistencial.

CONCLUSIONES: La implementación de estos informes constituye una herramienta útil para fortalecer la planificación estratégica, optimizar la asignación de recursos de emergencia y mejorar la toma de decisiones en la gestión sanitaria de los incidentes de tránsito.

Key Words: traffic incidents; emergency management; georeferencing; operational monitoring; healthcare planning
Palabras Claves: incidentes de tránsito; gestión de emergencias; georreferenciación; monitoreo operativo; planificación sanitaria.

INTRODUCCIÓN

Los incidentes de tránsito representan un importante problema de salud pública debido a su elevada frecuencia y al impacto que generan sobre la morbimortalidad de la población, así como sobre la demanda de los servicios de emergencia. En una ciudad de alta densidad poblacional como Buenos Aires, el monitoreo sistemático de estos eventos resulta fundamental para conocer su distribución espacial y temporal, identificar patrones de ocurrencia y proporcionar información confiable para la planificación de estrategias de prevención y respuesta.

La recopilación y el análisis de los registros de

atención permiten generar indicadores epidemiológicos y operativos que facilitan el relevamiento de los siniestros viales, la identificación de los tipos de colisiones más frecuentes, los períodos de mayor incidencia y las zonas con mayor concentración de eventos. Asimismo, la elaboración de informes periódicos y de herramientas de visualización favorece la difusión de esta información con fines descriptivos y de concientización, promoviendo una mayor comprensión de la problemática tanto en el ámbito sanitario como en la comunidad.

OBJETIVOS

El presente trabajo tiene como objetivo presentar una plataforma interactiva basada en los registros del Sistema Integral de Seguridad Pública (SISEP), destinada a la elaboración de informes recaudados sobre los incidentes de tránsito ocurridos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de 2026. A partir del análisis de los datos se describen la frecuencia de los siniestros, su distribución geográfica y temporal, así como los tipos de colisiones de mayor prevalencia, con el propósito de contribuir a la planificación operativa, la optimización de los recursos de emergencia y la generación de evidencia para la prevención de los siniestros viales.

MATERIALES Y MÉTODOS

a)Diseño del estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal, basado en el análisis retrospectivo de los registros correspondientes a incidentes de tránsito ocurridos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2026. La investigación tuvo como finalidad desarrollar y evaluar una plataforma de monitoreo interactivo destinada al análisis operativo y epidemiológico de los incidentes viales, así como a la elaboración automatizada de informes estadísticos para la toma de decisiones.

b)Población y fuente de datos

La unidad de análisis estuvo constituida por los incidentes de tránsito registrados en el Sistema Integral de Seguridad Pública (SISeP), utilizados por el Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME). Se analizaron 8.275 solicitudes de atención, correspondientes exclusivamente a eventos clasificados como choque vehicular, caído de vehículo y atropellamiento, excluyéndose aquellos incidentes de naturaleza clínica, médica o no traumática, así como otros eventos asociados que no formaban parte del objeto de estudio. Los registros fueron anonimizados previamente a su procesamiento, garantizando la confidencialidad de la información y evitando la identificación de pacientes o terceros.

c)Procesamiento de la información

Los datos fueron procesados mediante una plataforma web desarrollada específicamente para este estudio, diseñada para automatizar la generación de informes operativos mensuales y semestrales a partir de los registros exportados del SISeP.

La plataforma fue desarrollada utilizando tecnologías web basadas en HTML5, CSS3 y JavaScript, incorporando bibliotecas para visualización estadística, georreferenciación y generación automatizada de documentos en formato PDF. Asimismo, integra mapas interactivos, gráficos dinámicos y herramientas de análisis temporal que permiten representar la distribución espacial y cronológica de los incidentes.

El procesamiento de la información se realizó de forma asincrónica, permitiendo la clasificación automática de los registros, la obtención de estadísticas descriptivas, la generación de gráficos y la elaboración de mapas de calor e informes interactivos destinados al monitoreo operativo.

d)Variables analizadas

Se analizaron las siguientes variables operativas y epidemiológicas:

- tipo de incidente vial;
- cantidad total de incidentes;
- cantidad de pacientes asistidos;
- distribución por tipo de colisión;
- frecuencia según día de la semana;
- frecuencia según franja horaria;
- distribución geográfica por comuna;
- geolocalización mediante coordenadas;
- concentración espacial de incidentes;
- corredores de mayor incidencia.



Figura 1. Interfaz principal de la plataforma web.

Estas variables permitieron caracterizar el comportamiento de los incidentes durante el período estudiado e identificar patrones espaciales y temporales relevantes para la planificación operativa.

e)Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de la información obtenida. Las variables cualitativas fueron expresadas mediante frecuencias absolutas y relativas, mientras que las variables temporales fueron analizadas según día de la semana y franja horaria, permitiendo determinar los períodos de mayor incidencia. Asimismo, se calcularon distribuciones porcentuales de los principales tipos de colisiones y se elaboraron representaciones gráficas para facilitar la interpretación de los resultados.



Figura 2. Colisión vehicular.

f)Análisis espacial

Los registros fueron georreferenciados utilizando las coordenadas registradas en el SISeP, permitiendo representar la distribución espacial de los incidentes mediante mapas interactivos. Se identificaron las comunas con mayor concentración de eventos y los principales corredores urbanos con elevada frecuencia de incidentes, facilitando la visualización de áreas prioritarias para la planificación de recursos sanitarios y de respuesta prehospitalaria.

g)Difusión de información operativa

La plataforma web actúa como un entorno digital para la publicación, consulta y difusión de informes mensuales y semestrales elaborados a partir del análisis de los registros procesados. A través de una interfaz interactiva, centraliza la información mediante tablas, gráficos, mapas y análisis estadísticos, facilitando su visualización y acceso por parte de los usuarios. Asimismo, incorpora versiones en español, inglés y portugués, lo que amplía su alcance y favorece el intercambio de información.

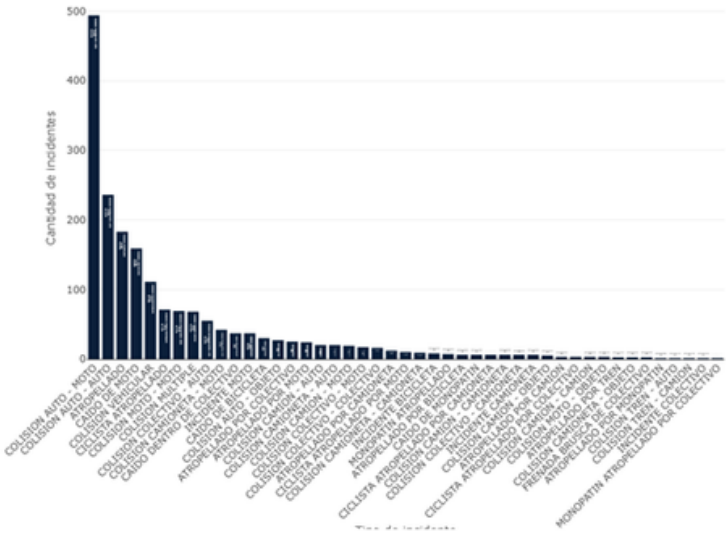


Figura 3.Distribución de los principales tipos de incidentes de tránsito.

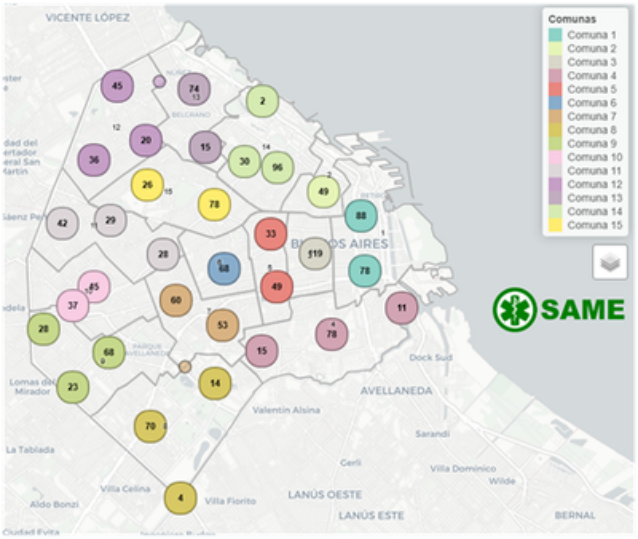


Figura 4 Mapa interactivo con la distribución geográfica de los incidentes de tránsito en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

h)Consideraciones éticas

El estudio utilizó exclusivamente registros administrativos anonimizados obtenidos del Sistema Integral de Seguridad Pública (SISeP), sin acceso a datos personales identificatorios. La información fue utilizada únicamente con fines científicos, estadísticos y de mejora de la gestión operativa.

RESULTADOS

Se registró un volumen total de 8275 incidentes de tránsito en el período semestral estudiado, resultando en la atención integral de 10334 pacientes por parte del equipo de emergencias.

El análisis de la tipología de los incidentes demuestra que las colisiones auto-moto representaron la variable de mayor significación estadística con el 26,28% de los casos. En segundo lugar, se registraron las colisiones auto-auto con un 11,72%, seguidas de los eventos catalogados como caídos de moto (9,59%) y los atropellamientos peatonales (8,78%).

Al analizar de manera aislada los vehículos involucrados en el total de los eventos, se observó que los automóviles estuvieron presentes en 4729 casos (45,6%), los motovehículos en 3624 casos (35,0%) y los peatones atropellados conformaron 2012 casos (19,4%).

CONCLUSIONES

El análisis sistemático y estadístico de los siniestros viales constituye un pilar indispensable para la gestión sanitaria y la salud pública. El estudio continuo de estos reportes permite trascender la mera recolección de datos, identificando patrones epidemiológicos cruciales, tales como la preeminencia de las colisiones vehiculares, así como los corredores y períodos específicos de mayor demanda asistencial.

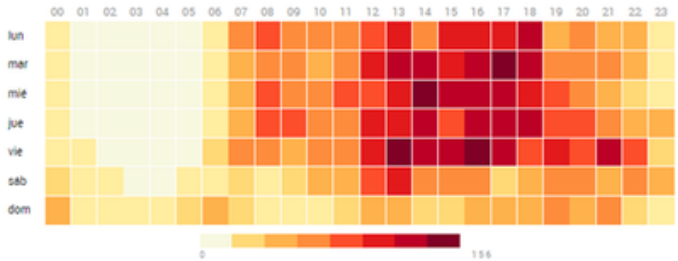


Figura 5.Frecuencia de incidentes según día de la semana y franja horaria

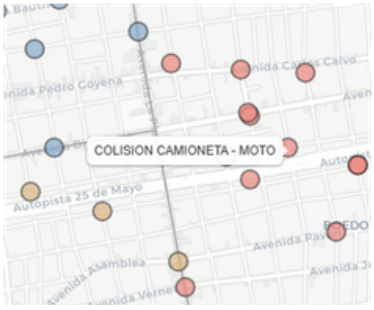


Figura 6.Detalle del mapa interactivo mostrando la concentración de incidentes en sectores específicos de la ciudad

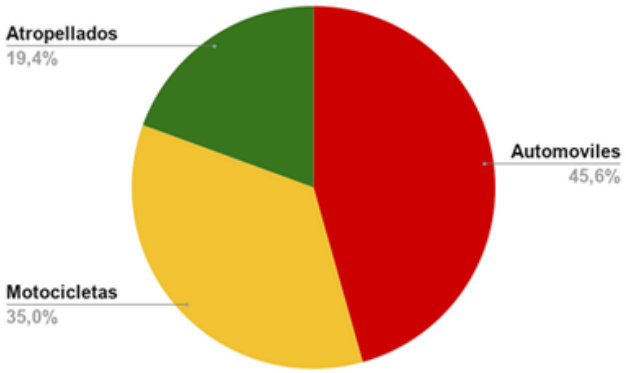


Figura 7.Gráfico de vehículos involucrados.

La interpretación de esta dinámica a través del tiempo resulta fundamental, ya que provee la evidencia empírica necesaria para fortalecer la planificación estratégica, anticipar la carga operativa sobre los equipos prehospitalarios y optimizar la asignación de recursos y la expansión de las unidades de emergencia hacia las zonas urbanas de mayor vulnerabilidad.

Asimismo, el análisis estructurado de la información permite generar informes y mapas georreferenciados en un entorno digital interactivo que garantiza que los datos no queden aislados. Por el contrario, permite utilizar una plataforma como vehículo que transforma las estadísticas en reportes operativos accesibles, facilitando tanto el monitoreo continuo por parte de las autoridades sanitarias como la difusión de información clave para la prevención del trauma vial en la ciudad.

Conflictos de Interés :Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito.
Recibido: 10/07/2026 Aceptado: 18/07/2026

BIBLIOGRAFIA

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2026). Sistema Integral de Seguridad Pública (SISeP). Base de datos de incidentes viales y emergencias. Buenos Aires, Argentina.



CONTACTO- REGLAMENTO DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

REVISTA CIENTÍFICA DURAND - CAICYT/CONICET 3008-8615
revistadurand@gmail.com -
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "CARLOS G. DURAND"-
Avenida Diaz Velez 5044- C.P. 1405- C.A.B.A. Argentina

PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS
Los trabajos presentados Podrán versar sobre investigación clínica o experimental, artículos originales inéditos, revisiones actualizadas, presentación de casos, cartas de lectores y otras formas de publicación que resulten aceptadas por el Comité Editorial.
Todos los artículos presentados deberán ser inéditos.

1.PORTADA
La Portada tendrá el Título del Trabajo, Nombre y Apellido de los autores y Lugar de Trabajo.
1.a. Título del Trabajo: No debe exceder 2 líneas de 50 caracteres cada una. El título debe figurar en español y en inglés.
1.b. Autores: Nombre, Inicial del segundo nombre y Apellido de cada uno de los autores separados por coma, cada uno con el grado académico más destacado señalado con asteriscos debajo del lugar de trabajo (Ej. *Jefe de Servicio **Médico Residente). No más de seis (6) autores por trabajo, a excepción de los trabajos cooperativos, donde podrán figurar no más de cinco (5) por institución interviniente. Adjuntar una foto del primer autor, de frente, de 3 x 3 cm.
1.c. Lugar de Trabajo: Nombre del Servicio al que se atribuye el trabajo, Institución a la que pertenece, Dirección, Código postal y Localidad o Provincia.
1.d. Asimismo, debe figurar dirección, teléfono y e-mail del autor principal.
Los trabajos a publicar pueden encuadrarse dentro de las siguientes categorías:
Artículo Original: Reportes originales de investigaciones científicas en el campo de la salud.
Artículo Especial: Reportes en áreas no relacionadas con la salud que sean de interés a la comunidad médica.
Revisión Bibliográfica: Artículos de revisión de temas relevantes a la práctica médica. Incluye Conceptos Actuales, Terapéutica Farmacológica Mecanismos de Enfermedad, Progresos Médicos
Reporte de Caso: Reportes breves de hasta seis casos clínico-quirúrgicos. Perspectivas: Artículos de interés en el cuidado de la salud y su relación con la sociedad.
Carta de Lectores: Foro de lectores sobre artículos publicados.
Editoriales: Análisis de un tema en cuestión solicitado por el Comité Editorial.

2. ORDENAMIENTO GENERAL
Deberán presentarse en formato tipo Word, en hoja tamaño A4 de un solo lado, con interlineado 1,5 y con márgenes de 30 mm. Utilizar tipo de fuente Arial y tamaño de fuente 10, alineación a la izquierda, no justificado. Numerar las páginas debajo y a la derecha, en forma consecutiva, con números arábigos. Evitar el uso de abreviaturas, siglas, acrónimos o símbolos en el título y en el resumen. En el texto la primera vez que se empleen deben estar precedidas por el término completo. Los artículos no deben exceder de 12 páginas escritas. Los reportes de casos, editoriales y cartas no deben exceder de 4 páginas.
2.a. Resumen (Abstract) Todos los trabajos deben contar con resumen, exceptuando cartas y editoriales. Debe figurar en la segunda página, en español y en inglés, no debiendo cada uno excederlas 250 palabras. No colocar abreviaturas en los resúmenes. El resumen estructurado consta de: Introducción (Background), Objetivo (Objective), Material y Método (Methods), Resultados (Results) y Conclusiones (Conclusions). Sólo si se tratase de un reporte de caso, conformarlo en Introducción (Background), Objetivo (Objective), Reporte de Caso (CaseReport) y Discusión (Discussion). Incluir a continuación del resumen, hasta seis palabras clave (Keywords), preferentemente MeSH.
2.b. Ordenamiento de los Manuscritos: El texto debe estar organizado en Introducción, Objetivos, Material y Método, Resultados, Discusión, Conclusión y Bibliografía. Los artículos más largos pueden necesitar subtítulos en algunas de las secciones (resultados y conclusiones). La publicación de casos debe ordenarse en Introducción, Objetivos, Reporte de Caso, Discusión y Bibliografía. Las perspectivas, cartas y editoriales no requieren un ordenamiento específico. Si corresponden, escriba los agradecimientos, incluyendo los subsidios o becas recibidos, al finalizar el texto antes de las citas bibliográficas.

3.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
La bibliografía debe ser seleccionada y pertinente al artículo presentado. Deberá contener todas las



REVISTA HOSPITAL DURAND
PÁGINA 114 Vol.3- Nro 2 CAICYT/CONICET 3008-8615

referencias por orden alfabético (Apellido de Autor Principal), debiendo figurar el número correspondiente al lado de cada cita. Las referencias corresponden en la introducción y/o discusión del Trabajo y deben identificarse en números arábicos en superíndice. El estilo de las referencias se basa en las publicadas por la National Information Standards Organization (http://www.niso.org), que también utiliza la National Library of Medicine para sus bases de datos.

Corresponde según el tipo de referencia, por ejemplo:

3.a. Artículos de revistas: apellidos e iniciales de todos los autores separados por comas, el título del trabajo iniciado con mayúscula y finalizado con punto, nombre abreviado de la Revista según el Index Médicus (http://www.nlm.nih.gov), año seguido de punto y coma, N° de volumen seguido de dos puntos y la página inicial y final. Ej: Scwartz BR, Lage JM, Pober BR, Driscoll SG. Isolated congenital renal tubular immaturity in siblings. Hum Pathol 2022;18:1259-60.

3.b. Libros: Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: editorial; año.

3.c. Capítulos de libros: Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: director/coordinador/editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: editorial; año; página inicial-final del capítulo.

3.d. Medios electrónicos: Autor/es. Título [sede Web]. Lugar de publicación: editor; fecha de publicación [fecha de actualización; fecha de acceso]. Dirección electrónica.

4. GRÁFICOS, TABLAS, FIGURAS O IMÁGENES

Deben encontrarse en la última página del manuscrito y citadas en el texto. Presentarlas con números arábigos y título precedente, con notas o leyendas al pie si fuese necesario, de modo que sean suficientemente explicativas por sí mismas. Las imágenes deben tener la suficiente claridad y definición para que se mantengan luego de su reducción para publicar. Incluya el permiso escrito del autor y editor si reproduce cualquier figura previamente publicada.

5. CONSIDERACIONES FINALES

5.a. Autoría: La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores, quienes deben garantizar y poseer la solicitud de los permisos para reproducir material ya publicado o para el uso de ilustraciones que puedan identificar personas.

El autor del material remitido asume encargarse de la comunicación y aprobación de las posibles modificaciones

y deja constancia junto con la fecha de envío en el artículo para su publicación que el citado artículo es original.

5.b. Conflictos de Interés: La Revista solicita a los autores que revelen cualquier asociación comercial que pueda originar un un conflicto de interés en relación con el manuscrito.

5.c. Investigación en seres humanos y/o animales: Queda por cuenta de los autores del trabajo el aseguro previo de la aprobación por el Comité Institucional de Ética y la conservación de pautas éticas seguidas por los investigadores/autores con el consentimiento informado respectivo. Los trabajos que involucren seres humanos deberán indicar que se obtuvo consentimiento informado de los mismos, sus padres o tutores, según corresponda.

5.d. Los manuscritos deben ser inéditos: No recibirá material de trabajo cuyo contenido se haya publicado previamente en su totalidad o en su parte. Ningún material publicado podrá ser reproducido parcial o totalmente excepto con la previa autorización del Consejo Editorial de la Revista.

5.e. Enunciado de Responsabilidad Científica. Publicación Exclusiva: Consignar al final: fecha de envío y enunciados de Responsabilidad Científica y Publicación exclusiva.

6. ENVÍO DE TRABAJOS

Presentar el manuscrito en formato digital, vía correo electrónico a revistadurand@gmail.com para revisión por el Consejo Editorial. Adjuntar una copia de las imágenes en formato .jpg. Después de la revisión se notifica al autor responsable sobre la aceptación del manuscrito, su rechazo o la aceptación condicionada a correcciones o cambios. No se aceptarán trabajos incompletos para su revisión editorial.

El Consejo Editorial se reserva el derecho de efectuar correcciones gramaticales, de estilo y otras dependientes de las necesidades de impresión.

DOBLE POTENCIA*

MÍNIMO TAMAÑO*

FÁCIL DEGLUCIÓN



NUEVO



*NUEVO AZIATOP ADVANCE CON OMEPRAZOL 40 MG. EN PEQUEÑAS CÁPSULAS TAMAÑO 16 MM vs. AZIATOP 20 MG. ** Nro 1 EN VENTAS - INFOMACIÓN DE MERCADO.

1 AZIATOP CERO ACIDEZ 24 HS.

RECUPERÁ TU VIDA CON LA POTENCIA DEL #1**

aziatop.com.ar

LEA ATENTAMENTE EL PROSPECTO Y ANTE CUALQUIER DUDA CONSULTE A SU MÉDICO Y/O FARMACÉUTICO

Elea



SEGUROS MEDICOS

Su compañía, su seguridad

LA COMPAÑÍA CON MAYOR PRESENCIA Y EXPERIENCIA EN EL PAÍS EN DEFENSA DEL EQUIPO DE SALUD.

Con la experiencia y el respaldo de la
ASOCIACIÓN DE MÉDICOS MUNICIPALES
DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

SEGUROS MEDICOS Viamonte 1674 – CABA.
Tel (5411) 5811-3228 / 5811-3510 / 5811-3519 / 5811-3918
info@segurosmedicos.com.ar - www.segurosmedicos.com.ar

N° de inscripción en SSN 0749 | Atención al asegurado 0800-666-8400 | Organismo de control www.argentina.gob.ar/ssn | SSN SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN