



Volumen 4, Número 4, Octubre 2007

● Autoevaluaciones de Lectura - Respuestas Correctas

DEBE INFORMARSE DETALLADAMENTE A LAS ENFERMAS SOBRE LAS POSIBLES CICATRICES DE LA CIRUGÍA MAMARIA RECONSTRUCTIVA

C. Músculo recto anterior del abdomen con una isla cutánea de eje mayor horizontal.

Fundamentación: El TRAM es un colgajo miocutáneo cuya irrigación proviene de la arteria mamaria interna, aunque el pedículo inferior puede someterse a sobrecarga mediante anastomosis microvascular con ramas acromiotorácicas. Está constituido por músculo recto anterior del abdomen del lado contrario a la mama que se ha de reconstruir. El músculo se disecciona de su vaina aponeurótica y se lo separa de los tejidos circundantes cubierto por una isla de piel y tejido celular subcutáneo cuyo eje mayor es transversal. Cuando en cambio el eje mayor es vertical se lo denomina VRAM. El extremo distal del músculo y la isla de piel son trasladados a la región mamaria contralateral; para ello se los hace trascurrir por un túnel subcutáneo. Es frecuente que se requiera reforzar la pared abdominal desprovista del músculo recto mediante una prótesis en forma de malla de polipropileno o una membrana de politetrafluoroetileno expandido.

LA ECOGRAFÍA ES EL MÉTODO PREFERIDO PARA EL ESTUDIO INICIAL DE LA PATOLOGÍA UROLÓGICA DE LA MUJER

B. Entre 200 y 300 mililitros.

Fundamentación: Con menos de 50 mililitros no se puede establecer la medida del grosor de la pared vesical. Con la vejiga muy llena, la paciente se siente muy molesta. La cantidad más adecuada para un buen estudio es de 200 a 300 mililitros.

LA RECIDIVA DE UNA ESTENOSIS CORONARIA DENTRO DE UN STENT SE TRATA CON MEDIANTE IMPLANTACIÓN DE UN STENT ACTIVO

C. Paclitaxel.

Fundamentación: Entre las drogas con las cuales se impregnan los stents activos para ser liberadas a lo largo del tiempo, se encuentra el paclitaxel y no las otras mencionadas.

LAS EXTIRPACIONES ECONÓMICAS SUELEN SER CURATIVAS PARA LA MAYORÍA DE LOS CARCINOIDES PULMONARES

B. Bronconeumopatías a repetición en el mismo lóbulo o segmento pulmonar.

Fundamentación: El síndrome carcinoide se produce en pacientes con metástasis hepáticas de

carcinoide, lo cual no es el caso de estos tumores radicados en bronquio o pulmón. La tos no es típica porque el síntoma puede presentarse en cualquier cuadro respiratorio por igual. La tos seca suele acompañar lesiones de la laringe y de la pleura. La osteopatía hipertrofiante néumica es un síndrome paraneoplásico cercano a los síndromes reumatoideos menos complejos y suele aparecer en presencia de carcinomas pulmonares. Las bronconeumopatías a repetición son el resultado de la acumulación de secreciones en un territorio broncopulmonar cuyo bronquio tributario está ocluido en buena parte por un tumor de lento crecimiento, ya que si creciera con rapidez, daría lugar a una atelectasia que no se ha de airear, por lo cual la neumopatía no habrá de ser a repetición.

LA RADIOFRECUENCIA ES UN TRATAMIENTO ALTERNATIVO EFICAZ PARA EL CONTROL LOCAL DEL CÁNCER PULMONAR PRIMITIVO Y METASTÁSICO

B. carcinoma epidermoide de pulmón potencialmente resecable pero inoperable por cardiopatía grave

Fundamentación: La indicación electiva de la ablación de patología tumoral radicada en pulmón es en realidad una alternativa a la resección convencional, que en algunos casos no puede llevarse a cabo debido a comorbilidades, y en otros a causa del rechazo de la propuesta quirúrgica por parte del paciente. La siembra miliar de un tumor extrapulmonar no es resecable, del mismo modo que tampoco tiene tratamiento operatorio convencional el estadio 4 ni el mesotelioma difuso avanzado.

LA CALCITONINA ES UN MARCADOR BIOLÓGICO MUY SENSIBLE DE LA PRESENCIA DE CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES

D. Feocromocitoma.

Fundamentación: En algunas oportunidades, el carcinoma medular de tiroides es parte de un complejo clínico denominado neoplasias endocrinas múltiples, que se identifica por las siglas MEN, iniciales del cuadro en idioma inglés. Uno de los tumores con que se asocia el medular de tiroides es el feocromocitoma. La asociación con cualquiera de las otras enfermedades neoplásicas mencionadas, debe ser considerada una coincidencia casual.

LA ONDA DE CHOQUE EXTRACORPÓREA ES EFICAZ PARA ELIMINAR CÁLCULOS BILIARES QUE NO SE PUDIERON EXTRAER POR ENDOSCOPIA

D. Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada.

Fundamentación: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica consiste en introducir un catéter a través del canal de trabajo del gastroduodenoscopia hasta la vía biliar luego de atravesar la papila. Se instila material de contraste y se obtienen radiografías para ubicar las imágenes negativas, que son los cálculos residuales. De esta forma se conoce su tamaño, ubicación, movilidad y número. De inmediato se pueden realizar maniobras como papiloesfinterotomía mediante sección con un ansa, tripsia y extracción de los fragmentos con canastilla de Dormia, o bien lavado y extracción con catéteres provistos de balón rellenable tipo Fogarty. La colangiorresonancia, la ecografía y la tomografía también prestan utilidad diagnóstica, pero no se pueden realizar inmediatamente antes de las maniobras terapéuticas y en el mismo recinto en que estas últimas se llevan a cabo en tiempo real.

PARTICIPACIÓN DE LAS PACIENTES EN LA DECISIÓN SOBRE LA TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA PARA EL CÁNCER MAMARIO

C. Radioterapia posoperatoria con fuente externa.

Fundamentación: La cirugía conservadora de la mama consiste generalmente en cuadrantectomía, identificación del ganglio centinela en la axila y, si el estudio microscópico peroperatorio de este último demostrara metástasis, se efectúa vaciamiento axilar. Si bien es imprescindible la exéresis con un margen suficiente de tejido indemne, conviene agregar radioterapia externa sobre el lecho y los ganglios regionales para consolidar los efectos de la cirugía y alejar las posibilidades de recurrencia locorregional. Este tipo de operaciones se realizan en etapas relativamente tempranas de la evolución del cáncer mamario. La neoadyuvancia con quimioterapia y la hormonoterapia preoperatoria no tienen indicación en estos estadios de la lesión. La braquiterapia intersticial no se emplea regularmente asociada a la cirugía mamaria conservadora.

PROPONEN PAUTAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS PARA CUADROS ASPIRATIVOS EN NIÑOS Y ADULTOS

A. Broncoscopio rígido.

Fundamentación: El tornillo metálico debe ser claramente visible mediante fluoroscopia. El niño es llevado al quirófano y colocado sobre una mesa de examen que sea radioluciente. Se efectúa anestesia general con relajación y el anestesista lo ventila mediante compresión del tórax. Se intuba la vía aérea mediante un broncoscopio metálico rígido de 3 mm de luz interior hasta que el extremo distal llegue hasta la proximidad del cuerpo extraño. A través de la luz del instrumento se introduce una pinza de prensión, cuyas mandíbulas son abiertas manualmente mediante la separación de las anillas proximales, una vez que su extremo superó el extremo del broncoscopio. Bajo control radioscópico continuo se toma el cuerpo extraño. Una vez que se demuestra que éste ha quedado bien tomado y que se mueve solidariamente con la pinza, se retira del tórax el conjunto integrado por broncoscopio, pinza y cuerpo extraño.

LA ANALGESIA POSOPERATORIA CON DROGAS PARENTERALES ES TAN ÚTIL COMO LA PERIDURAL PERO PRODUCE MENOS COMPLICACIONES

A. entre la duramadre y el canal raquídeo

Fundamentación: No existe clivaje como para instilar líquidos entre las meninges, por lo tanto las respuestas 2 y 3 son incorrectas. La instilación dentro del líquido cefalorraquídeo se denomina intradural. Por lo tanto peridural o epidural es por fuera de las meninges. Se lleva la aguja por el espacio interespinoso o entre dos láminas vertebrales.

LA ECOGRAFÍA INTRAOPERATORIA DETECTA MÁS METÁSTASIS HEPÁTICAS QUE LAS CONOCIDAS ANTES DE LA INTERVENCIÓN

C. La ecografía intraoperatoria permite detectar metástasis hepáticas de cáncer de colon hasta entonces desconocidas.

Fundamentación: La ecografía intraoperatoria permite detectar metástasis desconocidas hasta la operación debido a que por su tamaño pequeño o su ubicación no periférica no se pusieron en evidencia mediante palpación ni inspección. La resonancia es onerosa y no puede realizarse en enfermos con prótesis metálicas implantadas ni en individuos claustrofóbicos. La tomografía requiere la inyección de contraste intravenoso para poner en evidencia el aumento de la densidad medida en unidades Hounsfield debido a que la sustancia es captada por el tejido neoplásico de las metástasis en razón de su rica vascularización..
