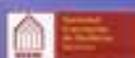


EXTREMADURA MÉDICA

ÓRGANO DE EXPRESIÓN DE LAS SOCIEDADES MÉDICAS DE EXTREMADURA





EXTREMADURA MÉDICA

EDITOR JEFE

J.J. Garrido Romero

EDITORES

M. Fernández Bermejo
E. Hernández Antequera

CONSEJO EDITORIAL

Asociación de Riesgo Cardiovascular de
Extremadura (ARCE) : Jorge Romero Requena.

Sociedad Extremeña de Hipertensión
(SEXTHA) : F Javier Félix Redondo.

Sociedad Extremeña de Anestesia y Reanimación
(SEAR) : Fernando García- Montoto Pérez.

Sociedad Extremeña de Médicos Generales y de
Familia (SEMG) : Rosa Durán Cabrera.

Sociedad Extremeña de Oftalmología (SEO):
Elena Rodríguez NeilA.

Sociedad Oncológica Extremeña (SOCOEX) : F.
Javier Cardenal Murillo.

Sociedad de Alergología e Inmunología Clínica de
Extremadura : Javier HernandezArbeiza.

COLABORAN:

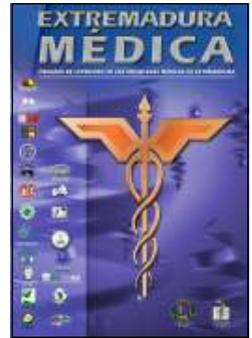
Ilmo. Colegio Oficial de Médicos de
Cáceres
Avda. Virgen de Guadalupe, 20
10.001 CÁCERES

Ilmo. Colegio Oficial de Médicos de
Badajoz
Avd. de Colón, 21
06005 BADAJOZ

Depósito Legal
BA.357-87
ISSN: 1130 – 4642

Sumario

Marzo 2012



sumario 14

4.- EDITORIAL

J.J. Garrido Romero

CASOS CLÍNICOS

5 - HERNIA DE AMYAND: PRESENTACIÓN DE UN CASO

J.M. González, F.J. de Santos, M.T. Espín, E. Hernández, F. Fernández.

8 - SÍNDROME POLIMIÁLGICO Y DISFUNCIÓN HEPÁTICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

G. García García, V. Bejarano Moguel, L. Nevado López-Alegría, J.L. Ramos Salado, C. García Carrasco, N. Bureo Gutiérrez.

11 - RECONSTRUCCIÓN TOTAL DE PÁRPADO INFERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

R. López Sánchez, S. Alonso Martínez, P. Deza Morán; C. Gonzalo Caballero; V. M. Salinas Velasco.

HISTORIA DE LA MEDICINA

16 - MEDICINA EGIPCIA

E. Hernández Antequera, M^a B. Gómez Perlado.

26 - NORMAS DE PUBLICACIÓN

Editorial

Juan José Garrido Romero

Director de Extremadura Médica

Apreciados lectores:

Os presentamos un nuevo número de la revista Extremadura Médica.

En primer lugar, un aparente caso de hernia inguinal complicada nos sirve para revisar una opción de diagnóstico diferencial de esta situación, la hernia de Amyand, de la mano de cirujanos generales de varios hospitales de nuestra comunidad autónoma. Seguro que el resto de los cirujanos generales de la comunidad encuentran interesante la lectura de este caso clínico.

A continuación, un caso puramente médico sobre el denominado “tumor del internista”, el carcinoma de células renales. Su presentación como síndrome polimiálgico nos sirve de excusa para revisar sus diversas formas de presentación y sus posibilidades de tratamiento.

El último caso clínico vuelve a ser quirúrgico y nos llega desde el Servicio de Cirugía Plástica del Complejo Hospitalario de Cáceres. Aunque se trata de un tema más específico, la detallada descripción de la técnica y la abundante iconografía que nos muestran hacen interesante su lectura.

Terminamos el número con una revisión sobre medicina egipcia a cargo de uno de nuestros editores, que nos describe la cronología, los médicos de la época, las enfermedades que trataban y las técnicas y fármacos que utilizaban para ello. Para no perder la perspectiva histórica.

Por último publicamos de nuevo nuestras normas de publicación revisadas y desde aquí animamos a todos nuestros lectores a que nos envíen sus trabajos y agradecemos a los que ya lo han hecho que hayan compartido su experiencia clínica con nosotros.

Un saludo afectuoso.

Hernia de Amyand: presentación de un caso

J.M. González¹, F. J. de Santos¹, M.T. Espín², E. Hernández¹, F. Fernández³.

¹ Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo Complejo Hospitalario de Cáceres

² Servicio de Cirugía General Hospital Infanta Cristina de Badajoz

³ Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo Hospital Don Benito-Villanueva.

RESUMEN.

La presencia del apéndice ileocecal en un saco herniario inguinal se conoce como hernia de De Garangeot y el desarrollo de una apendicitis aguda dentro de dicho saco herniario como hernia de Amyand.

El diagnóstico de apendicitis en estos casos, suele ser intraoperatorio debido a la falta de sospecha clínica por su similitud a un cuadro de hernia inguinal incarcerada.

Presentamos un caso de hernia de Amyand diagnosticada en nuestro Servicio bajo la sospecha de hernia inguinal complicada.

PALABRA CLAVE.

Hernia inguinocrural, apendicitis aguda, material protésico, hernia de Amyand.

INTRODUCCIÓN.

La presencia del apéndice vermiforme en un saco herniario fue descrito por primera vez por De Garangeot en 1731^{1,2} y la presentación de apendicitis aguda en el saco de una hernia inguinocrural se conoce con el nombre de hernia de Amyand^{3,4}.

Fue Claudius Amyand, cirujano francés, quien operó en 1735 a un niño de 11 años que presentaba una hernia inguinal complicada con un

fístula estercorácea; en el acto operatorio encontró dentro del saco herniario el apéndice vermiforme perforado por un alfiler^{5,6}.

Las dificultades en el diagnóstico preoperatorio, las diferentes vías de abordaje y las opciones terapéuticas con colocación o no de material protésico para la corrección herniaria^{7,8}, son controvertidas y dan pie a la revisión de la literatura al respecto de este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Paciente varón del 51 años de edad con antecedentes de herniorrafia inguinal derecha hace 10 años. Acude al Servicio de Urgencias por dolor y tumoración en región inguinal derecha de 24 horas de evolución.

En la exploración se apreció una tumoración dolorosa, no reductible compatible con hernia inguinal derecha recidivada e incarcerada. No tenía signos de irritación peritoneal y en los exámenes complementarios no existía leucocitosis.

Con el diagnóstico de hernia inguinal derecha incarcerada se intervino de carácter urgente mediante incisión parainguinal derecha, hallándose una hernia inguinal incarcerada cuyo saco herniario estaba engrosado y contenía el apéndice vermiforme deslizado con características macroscópicas inflamatorias. Se practicó apendicectomía reglada y reparación herniaria con material protésico, ambas por la misma incisión.

El estudio anatomopatológico confirmó una apendicitis aguda gangrenosa y saco herniario con intensa reacción inflamatoria.

COMENTARIOS Y DISCUSIÓN.

Son pocos los casos de hernia de Amyand recogidos en la literatura. Se estima que hay una incidencia del 1% del apéndice vermiforme normal en el saco herniario de una hernia inguinal en el adulto (hernia de De Garangeot)^{2,9}, siendo aún más infrecuente la asociación de hernia inguinal con apendicitis aguda (hernia de Amyand), con un 0.13%¹⁰.

Prácticamente nunca se llega al diagnóstico de certeza previo al acto quirúrgico. Podemos sospecharlo cuando a la exploración hay signos de irritación peritoneal. A pesar de ello, al estar el apéndice inflamado en el saco herniario y al ser éste extraperitoneal por el cierre del anillo herniario, la clínica de apendicitis aguda es atípica.

La historia clínica y el examen físico del paciente suelen derivar en el diagnóstico de hernia inguinal complicada, lo cual normalmente indica la realización de cirugía urgente, sin la realización de más pruebas diagnósticas. Uno de los estudios de imagen que ha demostrado tener utilidad en estos casos es la Tomografía Axial Computarizada (TAC)¹¹, ya que logra visualizar el apéndice inflamado dentro del saco herniario^{11,12}.

El diagnóstico diferencial incluye a las hernias inguinocrurales estranguladas, omentocele estrangulado, hernia de Richter y de Littré, tumor testicular, adenitis inguinal y epididimitis¹³.

El mecanismo patogénico principal es la obstrucción del apéndice. Esta obstrucción provoca un acumulo de moco y exudado inflamatorio con el aumento de la presión intraluminal provocando una alteración del drenaje venoso e inflamación de la mucosa, isquemia de la pared y ulceración. Finalmente

surge la necrosis de la pared, la gangrena del apéndice y la contaminación bacteriana.

En nuestro caso al estar el apéndice deslizado en el saco herniario (el apéndice formaba parte de la pared del saco), el mecanismo de compresión y alteración de la vascularización provocó la reacción inflamatoria del apéndice.

El manejo de este tipo de hernias es controvertido, ya que hay autores que prefieren el abordaje preperitoneal por una incisión parainguinal para acceder a la región inguinal y a la cavidad abdominal⁵, o abordajes combinados (inguinal y abdominal)^{11,14,15} e incluso por vía laparoscópica^{12,16,17}.

La mayoría de los autores postulan por un abordaje vía anterior realizando la apendicectomía y la reparación herniaria por la misma incisión^{11,12,14,16}.

Aunque la colocación de material protésico a la hora de reparar la hernia tiene sus inconvenientes y detractores por tratarse de una pared abdominal contaminada, aumentando el riesgo de infección de la herida, sepsis crónica con posterior retirada de malla y fístula del muñón apendicular, nosotros optamos en este caso por una reparación vía anterior y colocación de una malla de polipropileno según técnica de Lichtenstein previo cierre del orificio inguinal profundo con material monofilamento, debido a que se trataba de una hernia recidivada con alteración de los planos musculoaponeuróticos.

Se acompañó de amplia cobertura antibiótica con cefalosporina de 3ª generación y metronidazol, no produciéndose ninguna complicación en el postoperatorio inmediato ni diferido.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- P Priego, E Novo, I Moreno. Apendicitis aguda en una hernia crural encarcerada: análisis de nuestra experiencia. *Rev Esp Enf Dig.* 2005;97(10)
- 2- Torres Hernández D, Rosello JR, Del Campo Abad R, Canals Rabasa PP, Enrique Weiman ES. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Arch Cir Gen Dig.* 2003;22:1-5.
- 3- Vidal P, Contreras R, Sanchez G, Flores LM, Kunz W, Menendez AL, Cervantes J. *Rev Cirujano General.* 2005;27(4):328-329
- 4- Sanchez JM, Perez MC, Rioja P, Gomez J. Hernia de Amyand. *Cir Esp* 2008;83:44-45.
- 5- Logan MTBS, Nottingham JM. Amyand's hernia: a case report of an incarcerated and review of the literature. *Am Sur* 2001;67(7):628-629.
- 6- García-Sancho Martín L. La apendicitis aguda: Su influencia en la historia de la humanidad. *An R Acad Nac Med (Madr).* 2006;123(4):869-90
- 7- Castellón C, Landa I, González A. Corrección de hernia inguinoescrotal gigante con apendicitis aguda. *Cir Esp* 1997;62:163-165.
- 8- Contreras RVR, García LJA, Gonzalez AJM, Rojas DO y col. Hernia de Amyand del lado izquierdo: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso. *Rev Esp Med-Quir* 2008;13(2):88-92.
- 9- Thomas WE, Vowles KD, Williamson RC. Appendicitis in external herniae. *Ann Coll Surg Engl.* 1982;64(2):121-122
- 10- Martín Nicola S, Guillermo Mora M, Rodney Stock L, et al. *Rev. Chilena de Cirugía.* 2007;59(2):142-144.
- 11- L Ash, S Hatem, GAM Ramirez, J Veniero. Amyand's hernia: a case report of prospective ct diagnosis in the emergency department. *Emergency Radiology* 2005;11:231-232
- 12- Luchs J, Halpern D, Katz D. Amyand's Hernia: Prospective CT Diagnosis. *Journal of Computer Assisted Tomography* 2000;24:884-886
- 13- Santos Naharro J, Márquez Rojas J, Roldan Baños D. ¿Todas las hernias inguinales son subsidiarias de cirugía ambulatoria? *Cir May Amb* 2011;16:143-144.
- 14- Soleki R, Matyja A, Milanowski W. Amyand's Hernia: a report of two cases. *Hernia* 2003;7:50-51
- 15- Franko J, Raftopoulos I, Sulkowski R. A rare variation of Amyand's Hernia. *Am J Gastroenterology* 2002;97:2684-2685.
- 16- Saggarr VR, Singh K, Sarangi R. Endoscopic Total Extraperitoneal management of Amyand's hernia. *Hernia* 2004;8:164-165
- 17- D'Alia C, Lo Schiavo MG, Tonante A, Taranto F, Gagliano E, Bonanno L et al. Amyand's hernia: case report and review of the literature. *Hernia* 2003;7:89-91

Síndrome polimiálgico y disfunción hepática como forma de presentación de un carcinoma de células renales

G. García García, V. Bejarano Moguel, L. Nevado López-Alegría, J.L Ramos Salado, C. García Carrasco, N. Bureo Gutiérrez.

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

RESUMEN.

El carcinoma de células renales es la neoplasia renal más frecuente. La forma de presentación es muy amplia, por lo que se le ha denominado el tumor del internista.

La hematuria es el síntoma más frecuente y la anemia de trastornos crónicos es la alteración analítica más común que puede preceder durante varios meses al diagnóstico.

Las pruebas de imagen son imprescindibles para el diagnóstico de una masa renal. La nefrectomía radical es el procedimiento de elección en la mayoría de los casos.

PALABRAS CLAVE.

Neoplasia renal; polimialgia reumática; disfunción hepática.

INTRODUCCIÓN.

El carcinoma de células renales, también conocido como hipernefroma, es más frecuente en varones con una edad promedio de 65 años. Los síndromes paraneoplásicos pueden ser la forma de presentación del hipernefroma, como la hipercalcemia, un síndrome polimiálgico o una disfunción hepática.

Presentamos el caso de una mujer de 50 años con clínica de polimialgia reumática y patrón de citolisis hepática, que fue diagnosticada de una neoplasia renal en estadio avanzado por ecografía abdominal.

OBSERVACIÓN CLÍNICA.

Mujer de 50 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, reflujo gastroesofágico y hernia lumbar, en tratamiento con irbesartan, hidroclorotiazida, pantoprazol, paracetamol y metamizol.

La paciente ingresó en nuestro servicio por presentar desde hacía 3 meses, dolor y debilidad muscular en las cinturas escapular y pelviana con dificultad para peinarse y levantarse de la silla, que habían empeorado en los últimos días. Además, refería molestias abdominales difusas, inespecíficas y sensación de distensión abdominal que se acentuaban tras las comidas. No había presentado pérdida de peso ni otra sintomatología.

En la exploración física destacaba la palpación de una masa abdominal en hipocondrio y flanco izquierdos, signos de insuficiencia venosa crónica en los miembros inferiores y leve disminución de fuerza en las 4 extremidades. El resto de la exploración era normal.

En las pruebas de laboratorio presentaba una anemia normocítica normocroma (hemoglobina 11.8 g/dl, hematocrito 34.8%, VCM 84.6 fl), elevación de la velocidad de sedimentación globular de 63 mm/1ªhora y una elevación de LDH (1271 UI/l), GOT (75 UI/l) y GPT (75 UI/l). El metabolismo del hierro, las enzimas musculares, las hormonas tiroideas, las inumoglobulinas y el proteinograma eran normales. Los virus hepatotropos eran negativos.

El estudio inmunológico incluyendo el factor reumatoide y el complemento era negativo. En el análisis urinario destacaba una microhematuria (más de 100 hematíes por campo). Las radiografías de tórax y abdomen no mostraron hallazgos patológicos. La ecografía abdominal puso de manifiesto una gran masa renal izquierda con un trombo en la vena renal que llegaba a la cava inferior sugestiva de hipernefroma, que fue confirmada en una tomografía axial computadorizada (TAC) tóracoabdominal (Fig.1).



Figura 1. TAC abdominal: Gran masa renal izquierda (flecha amarilla) con trombo en vena renal que alcanza la cava (flecha verde).

La angio-resonancia magnética (RM) abdominal mostró una gran crecimiento del riñón izquierdo, que estaba desestructurado por una gran masa renal izquierda. Además, trombosis masiva de la vena renal izquierda y de la vena cava inferior, que se extendía caudalmente hasta la bifurcación iliaca y cranealmente hasta el tercio distal de la cava intrahepática (fig.2).

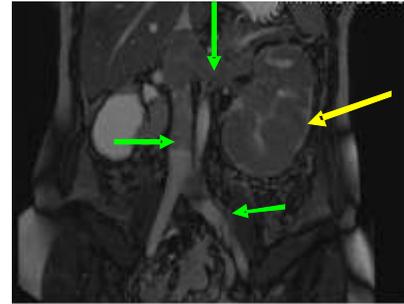


Figura 2. RM abdominal: gran masa renal izquierda (flecha amarilla). Trombosis masiva de la vena renal izquierda, vena cava inferior y bifurcación iliaca (flechas verdes).

La paciente fue intervenida con realización de nefrectomía radical izquierda y trombectomía sin complicaciones. El análisis histológico del tumor confirmó que se trataba de un carcinoma de células claras con marcada necrosis, infiltración de la cápsula y grasa perirrenales y glándula suprarrenal izquierda. El material trombótico de la vena renal estaba constituido por fragmentos tumorales.

Al mes de la cirugía se solicitó una TAC tóracoabdominal de control, donde se evidenciaron metástasis hepáticas y se inició tratamiento con Sunitinib. La paciente falleció a los 2 meses.

DISCUSIÓN.

Los tumores renales suponen el 2-3% de todas las neoplasias. El carcinoma de células renales, también conocido como hipernefroma, se origina en la corteza renal, en el túbulo contorneado proximal y constituye el 80-85% de las neoplasias renales primarias. En los últimos años se han detectado más casos por el empleo de mejores técnicas diagnósticas, denominándose "tumor del radiólogo"¹.

Es dos veces más frecuente en el hombre, con una edad media de presentación a los 65 años². Se ha asociado a una susceptibilidad genética en la enfermedad de Von Hippel-Lindau, la esclerosis

tuberosa o en el carcinoma de células renales papilar hereditario³. Clínicamente⁴ se manifiesta por una amplia variedad de síntomas y alteraciones analíticas por los que se denomina también el “tumor del internista”. Aunque puede ser diagnosticado casualmente por una prueba realizada por otro motivo. La tríada clásica es la presentación conjunta de hematuria, masa abdominal palpable y dolor en el flanco, que es muy sugestiva de enfermedad localmente avanzada. La metástasis más frecuente es la pulmonar.

Los síndromes paraneoplásicos⁵⁻⁷ suelen manifestarse cuando la enfermedad está avanzada y a veces, es la forma de presentación, como ocurre en nuestra paciente. Puede aparecer hipercalcemia, un síndrome polimiálgico o infrecuentemente una disfunción hepática. Algunos síndromes paraneoplásicos pueden mejorar con la nefrectomía. La TAC y la RM abdominal son las mejores pruebas de imagen para el diagnóstico de una masa renal, su extensión locorregional y metastásica⁸. El diagnóstico definitivo es histológico. La nefrectomía radical es el procedimiento de elección diagnóstico y terapéutico, cuando hay evidencia de invasión de la vena suprarrenal, renal o de la grasa perirrenal⁶. La radioterapia es eficaz en el tratamiento de las metástasis óseas dolorosas y recurrencias dolorosas en el lecho renal. La quimioterapia y la terapia hormonal no han demostrado beneficio. En los pacientes con enfermedad avanzada refractaria o no tratados previamente, está indicada la utilización de agentes que inhiben los receptores de la tirosina kinasa como el sunitinib. La supervivencia es alta, mayor del 50% a los 5 años, salvo que haya presencia de metástasis¹⁰.

En nuestra paciente, el carcinoma de células renales se manifestó clínicamente con dos síndromes paraneoplásicos: el síndrome polimiálgico y la disfunción hepática. Las pruebas de imagen mostraron una neoplasia renal

localmente muy avanzada, por lo que se realizó una nefrectomía radical y se inicio tratamiento con sunitinib.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atkins MB, Choueiri TK. Epidemiology, pathology and pathogenesis of renal cell carcinoma. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), Waltham, MA, 2011.
2. Stafford HS, Saltzstein SL, Shimasaki S, Sanders C, Downs TM, Sadler GR. Racial/ethnic and gender disparities in renal cell carcinoma incidence and survival. *J Urol* 2008; 179:1704-1708.
3. Wiklund F, Tretli S, Choueiri TK, Signoretti S, Katja Fall, Adamiet HO. Risk of bilateral renal cell cancer. *J Clin Oncol* 2009; 27:3737-3741.
4. Atkins MB. Clinical manifestations, evaluation and staging of renal cell carcinoma. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), Waltham, MA, 2011.
5. Gold PJ, Fefer A, Thompson JA. Paraneoplastic manifestations of renal cell carcinoma. *Semin Urol Oncol* 1996; 14:216-222.
6. Utz DC, Warren MM, Gregg JA, Ludwig J. Reversible hepatic dysfunction associated with hypernephroma. *Mayo Clin Proc* 1970; 45:161-169.
7. Sidhom OA, Basalae M, Sigal LH. Renal cell carcinoma presenting as polymyalgia rheumatica. Resolution after nephrectomy. *Arch Intern Med* 1993; 153:2043-2045.
8. Sun MR, Ngo L, Genega EM, et al. Renal cell carcinoma: dynamic contrast-enhanced MR imaging for differentiation of tumor subtypes--correlation with pathologic findings. *Radiology* 2009; 250:793-802.
9. Atkins MB. Overview of the treatment of renal cell carcinoma. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), Waltham, MA, 2011.
10. Santos Arrontes D, Fernández Aceñero MJ, García González JI, Martín Muñoz M, Paniagua Andrés P. Survival analysis of clear cell renal carcinoma according to the Charlson comorbidity index. *J Urol* 2008; 179:857-861.

Reconstrucción total de párpado inferior: a propósito de un caso

R. López Sánchez*, S. Alonso Martínez**, P. Deza Morán**, C. Gonzalo Caballero**, V.M. Salinas Velasco***

*M.I.R 4 de Cirugía Plástica del Complejo Hospitalario de Cáceres, ** Adjunto de Cirugía Plástica del Complejo Hospitalario de Cáceres, *** Jefe de Servicio de Cirugía Plástica del Complejo Hospitalario de Cáceres.

Servicio de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Quemados Complejo Hospitalario de Cáceres.

RESUMEN.

Los párpados son estructuras complejas que pueden verse afectados por multitud de tumores benignos y malignos, con origen en la piel o estructuras anejas.

Independientemente de la técnica de reparación que se utilice es fundamental preservar la funcionalidad para el mantenimiento de la integridad de la superficie ocular.

Presentamos un caso de una tumoración palpebral inferior que afecta al 95% de su extensión e infiltra completamente el espesor del mismo, en el que se plantea una extirpación total del párpado. La reconstrucción se realiza con injerto condromucoso de septo y colgajo miocutáneo en isla de orbicularis oculi.

PALABRAS CLAVE.

Reconstrucción párpado inferior. Colgajo miocutáneo orbicular. Injerto condromucoso septo.

INTRODUCCIÓN.

Los ojos ocupan un área de la cara de gran importancia en la mímica facial. En concreto son

los tejidos periorbitarios más que el globo ocular, los responsables de la expresividad de la mayor parte del tercio superior del rostro. Las características muecas faciales de sorpresa, duda, enfado, emoción... tan importantes en las relaciones sociales del día a día, no se entenderían sin la contribución gestual de los párpados.

Los tumores cutáneos se localizan más frecuentemente en el párpado inferior, y su tratamiento quirúrgico puede ir desde una extirpación local con márgenes de seguridad a una exéresis completa del párpado, dependiendo de si infiltra parcial o totalmente el espesor del mismo¹.

Para reconstruir el defecto resultante existen múltiples técnicas. Desde un cierre directo a una reconstrucción completa de todo el párpado, dependiendo de la extensión del defecto y de la elasticidad de los tejidos.

La reconstrucción de defectos palpebrales tras cirugía oncológica supone por tanto una dificultad adicional, puesto que no sólo conlleva restablecer la morfología palpebral, sino además proporcionar una funcionalidad adecuada. El objetivo de reparar la estructura palpebral inferior debe ser permitir una óptima protección ocular y un resultado estético aceptable.

Presentamos el caso de un paciente con una tumoración localizada en el párpado inferior derecho, abarcando la práctica totalidad de la extensión del mismo, en el que se plantea la extirpación completa del párpado inferior y su reconstrucción con colgajo miocutáneo de orbicularis oculi (lámina externa), e injerto condromucoso de septo nasal (lámina interna)².

OBSERVACIÓN CLÍNICA.

Paciente de 86 años de edad remitido a nuestro servicio por tumoración palpebral inferior de un año de evolución, sospechosa de malignidad.

A la exploración física presenta una lesión nodular con focos de ulceración superficial de unos 3 cm de longitud, abarcando la totalidad del párpado inferior (95%), así como infiltración completa del espesor palpebral (Figura 1).



Figura 1: Tumoración que ocupa el 95% del párpado inferior derecho

En estudio de extensión mediante TAC se descarta invasión de la región orbitaria, así como adenopatías regionales.

Tras el estudio preoperatorio pertinente, se indica cirugía exéretica del párpado inferior (Figura 2) y reconstrucción completa del mismo

mediante injerto condromucoso de septo³ y colgajo miocutáneo en isla de orbicularis oculi.



Figura 2: Dimensiones del área a extirpar.

Durante el curso postoperatorio, se comprobó edema postquirúrgico moderado del colgajo, con buena perfusión arterial y retorno venoso adecuado. La superficie ocular no presentaba alteraciones significativas salvo hematoma subconjuntival en regiones declives.

El paciente no presentó infección ni sangrado de la herida quirúrgica, por lo que fue dado de alta a los pocos días de la intervención.

El estudio anatomopatológico confirmó la naturaleza tumoral de la pieza quirúrgica. Se diagnosticó como carcinoma basocelular noduloquístico, con márgenes de resección libres.

DISCUSIÓN.

El tratamiento correcto de las afecciones palpebrales mediante cirugía supone prevenir el ectropión como complicación frecuente. Por ello es importante aportar una estructura rígida que de soporte al párpado reconstruido. Las

tumoraciones cutáneas y los traumatismos son las causas que más demandan procedimientos quirúrgicos de este tipo.

Desde un punto de vista reconstructivo, podemos dividir anatómicamente el espesor palpebral en dos láminas, anterior y posterior. La lámina anterior está compuesta por la piel y el músculo orbicular subyacente. La lámina posterior se forma por la placa tarsal y la conjuntiva.

Para indicar una técnica de reparación de un defecto palpebral, el criterio más importante a tener en cuenta es la cantidad de tejido que ha sido extirpado, tanto en extensión como en espesor.

De esta forma, los defectos de espesor parcial de la lámina anterior pequeños pueden ser cerrados de forma primaria, procurando hacer coincidir la cicatriz resultante con las líneas de expresión facial y previniendo el ectropión cicatricial. Si el defecto de lámina anterior es de mayor amplitud precisaría un procedimiento de cobertura (injerto de piel o colgajo).

Los defectos de espesor completo de hasta $\frac{1}{4}$ de la extensión total del párpado inferior pueden ser cerrados directamente por planos. Si el defecto se encuentra entre $\frac{1}{4}$ y $\frac{1}{2}$ de la extensión palpebral debe añadirse alguna técnica de cantoplastia externa para permitir el cierre directo sin tensión en la línea de sutura. Para defectos subtotales o totales está indicado el aporte de tejido local o a distancia mediante colgajos, reponiendo cada lámina (interna y externa) por separado.

Existen multitud de colgajos para reconstrucción de lámina externa del párpado inferior, cada uno con sus ventajas y limitaciones. Clásicamente, uno de los más empleados ha sido el colgajo de rotación-avance de mejilla de Mustardé, consistente en un despegamiento subcutáneo de la piel de toda la mejilla para permitir su avance y suturarlo a la mucosa remanente del injerto. Sin

embargo, esta técnica supone un despegamiento muy amplio y cruento, y se acompaña de altas tasas de ectropión postquirúrgico.

La reparación de la lámina interna también tiene sus variedades. Puede hacerse con tejidos del párpado superior, con tejido mucoperióstico de paladar duro o con injerto condromucoso de septo nasal.

La técnica quirúrgica de levantamiento del colgajo miocutáneo en isla de orbicularis oculi consiste en diseñar el mismo en dirección vertical en la mejilla, inmediatamente adyacente al defecto, con morfología ovoidea y a ser posible coincidiendo con las líneas de expresión de la cara para disimular la cicatriz de la zona donante (Figura 3).



Figura 3: Diseño del colgajo.

La elevación del colgajo se realiza en dirección caudal a proximal, en el plano subcutáneo en su porción distal, y cerca del músculo orbicular el plano de disección cambia a submuscular. Una vez despegado de la vecindad en su porción craneal mediante una disección subdérmica, el colgajo permite una rotación de hasta 115° manteniendo su pedículo muscular intacto (Figura 4).



Figura 4: Colgajo miocutáneo normoposicionado, conservando el pedículo muscular intacto

colgajo y de la zona donante.



Figura 5: Adaptación de las láminas al defecto mediante suturas por planos. Cierre directo de la zona donante. Buen soporte del párpado inferior.

El injerto condromucoso de septo nasal se obtiene de la fosa nasal ipsilateral a ser posible. Tras infiltrar anestésico local con vasoconstrictor en el plano subpericóndrico, se procede a incidir la mucosa y cartílago del mismo lado, siempre conservando unos 10 mm de ancho del dorso y de columela. Debe preservarse el pericondrio y la mucosa del lado contralateral, para evitar una perforación septal como secuela. Un taponamiento nasal semicompresivo evitará un sangrado profuso⁴.

Una vez extraído el injerto condromucoso y adaptado al defecto, debe ser posicionado sobre la zona receptora. Es importante que haya exceso de mucosa sobre el cartílago para facilitar las suturas. La mucosa nasal del injerto debe ser suturada a la conjuntiva remanente en sus extremos laterales y caudales. El lado craneal de mucosa será suturado a la piel del colgajo.

Una vez extraído el injerto compuesto y levantado el colgajo, éste debe ser colocado sobre la superficie despericondrizada del injerto, de tal forma que el contacto entre estas superficies permita nutrir el injerto devascularizado (Figura 5). Por último, se realiza un cierre por planos del

El soporte proporcionado por la estructura cartilaginosa del injerto evita el ectropión postoperatorio, consiguiendo un párpado inferior firme y a la vez flexible por la laxitud cutánea que caracteriza a la piel de la mejilla. La oclusión palpebral es realizada por el párpado superior, puesto que el inferior no dispone de musculatura para contribuir al cierre palpebral. Este cierre se ve facilitado por la firme estructura del componente cartilaginoso párpado inferior, mientras que el componente mucoso evita irritación conjuntival y lesiones corneales por contacto directo con el cartílago.

Independientemente de la técnica escogida, la reconstrucción debe reproducir la estructura tarsal de soporte, la mucosa conjuntival y la cubierta cutánea del párpado original⁵.

En definitiva, ningún procedimiento quirúrgico reconstructivo de párpado inferior ha demostrado claras ventajas respecto a otros, no existiendo actualmente una técnica de elección.

En este artículo, proponemos una alternativa en la reconstrucción total de párpado inferior tras cirugía oncológica, basada en un colgajo local poco conocido, de fácil disección, vascularización segura y mínima morbilidad⁶. Como desventaja podemos destacar la posibilidad de lesionar ramas nerviosas del facial durante la disección, la cicatriz visible y, a largo plazo, el abultamiento del colgajo que produce un efecto bolsa en el párpado inferior.

Esta técnica destaca por su sencilla ejecución y pedículo vascular fiable, lo que la convierte en una opción a considerar en la cirugía orbitopalpebral.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1) Codner MA, McCord CD, Mejia JD, et al. "Upper and lower eyelid reconstruction". *Plast Reconstr Surg* 2010; 126:231-45.
- 2) Mustarde JC.: "Major reconstruction of the eyelid: functional and aesthetics considerations". *Clin Plast Surg* 1981;8:227-36.
- 3) Mustarde JC: "Repair and reconstruction in the orbital región". 2nd ed. Edimburgh: Churchill Livingstone 1980: 111-8.
- 4) Harashina T, Wakamatsu K, Kitazawa T. "How to harvest a septal chondromucosal graft". *Ann Plast Surg* 1996; 37:676-7.
- 5) Porfiris E, Christopoulos A, et al.: "Upper eyelid orbicularis oculi flap with tarsoconjunctival island for reconstruction of full-thickness lower lid defects". *Plast Reconstr Surg* 1999;103:186-91.
- 6) Cui YN, Wang XJ, Liu ZF, et al. "The technique of periorbital defects reconstruction with island orbicularis oculi myocutaneous flap in orbital zone". *Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi* 2011;27:352-5.

Historia de la Medicina

Medicina Egipcia

E. Hernández Antequera*; **M^a B. Gómez Perlado.****

* Complejo Hospitalario de Cáceres. Servicio de Cirugía

** Médico de Emergencias Sanitarias de Extremadura. Navalmoral de la Mata. UME 8.1

INTRODUCCIÓN.

Hace 5000 años apareció a orillas de Nilo una de las civilizaciones más importantes y duraderas de la historia de la humanidad.

En Egipto se alcanzó un elevado grado de desarrollo en todas las ramas del saber humano, considerando hoy día como la civilización madre de la medicina.

Por ello, queremos hacer una breve descripción del desarrollo de la medicina en el antiguo Egipto. Para situarnos en el lugar y la época, debemos hacer el siguiente resumen :

- Egipto se extiende a lo largo del río Nilo, en una delgada franja de tierra de 20 Km. de ancho y 1000 Km. de largo.
- En los últimos 3000 años aC. se sucedieron 30 dinastías reinantes que se han dividido en:

Imperio Thinita: I-II dinastías. Hasta el 2560 aC. Se consolida la unidad de la nación.

Imperio Antiguo: III-VIII dinastías. Hasta 2200 aC. Se construyen las grandes pirámides.

1er Período Intermedio: IX-X dinastías. Hasta 2000 aC.

Imperio Medio: XI-XII dinastías. Hasta 1800 aC.

2ª Período Intermedio: XIII-XVII dinastías. Hasta 1600 aC.

Imperio Nuevo: XVII-XX dinastías.

Hasta 1000 aC. Se construyen las tumbas del valle de los reyes y templos de Luxor y Karnak.

3er Período Intermedio o de Decadencia: XXI-XIV dinastías. Hasta 700 aC.

Período Tardío: XXV-XXX dinastías. Hasta la conquista de Alejandro Magno. 332 aC.

Período Ptolemaico: desde Ptolomeo hasta la conquista de Roma.

• La medicina egipcia se conoce a través de autores griegos: Teofrasto, Dioscórides y Galeno describen remedios consultando escritos de la biblioteca de Imhotep, en Menfis, donde se había instruido 7 siglos antes Hipócrates.

• En 1875 los egiptólogos se dieron cuenta de los contenidos de la medicina egipcia gracias a la publicación de los papiros de Ebers (1875) y posteriormente de los de Kahun A y B (1898), Berlín (1909) y Smith (1930).

• El papiro de Ebers tiene 20.23 m., está completo, es el más importante, tanto en extensión como en contenido. Se le considera un tratado de medicina, ginecología e higiene. Tiene datos anatómicos, fisiológicos y patológicos con explicaciones de cada enfermedad y su terapia. Hay referencias a casi 7000 sustancias medicinales.

Describe afecciones propias de medicina interna

(unos 870 casos descritos), bien sistematizadas y con indicaciones terapéuticas. También menciona enfermedades quirúrgicas como carbunco, ganglios tuberculosos, fístulas, hemorroides, tumores, hernias, hidroceles y varices.

Los papiros de Kahum A y B (XII dinastía) son más cortos, precisos y sobrios. Son los más antiguos y describen el tratamiento de las enfermedades de la vagina y del útero. Es el primer texto médico que describe métodos anticonceptivos.

El papiro de Berlín (XIX dinastía) contiene colecciones de recetas médicas y encantamientos mágicos.

El papiro de Smith es de 4.5 m. y está incompleto. Consta en su mayor parte del "libro de las heridas". Es de contenido eminentemente quirúrgico, con descripciones y detalles, de extraordinaria precisión, de las afecciones de esta disciplina: heridas, fracturas, luxaciones, quemaduras, abscesos, tumores, además del material quirúrgico que se emplea. Se le considera como un tratado de Cirugía de urgencia.

Además existen otros papiros como:

Los papiros de Rammesseum datan de 1900 aC. Contienen numerosas referencias a los factores mágicos.

El papiro de Londres, de la época de Tutankamon, con recetas farmacéuticas además de conjuros para las madres y los niños.

El papiro de Brugs es el documento más antiguo que se conoce sobre pediatría.

El de Hearst tiene importantes recetas para la fabricación de cosméticos y el tratamiento de las fracturas, además de mordeduras y dolencias de dedos, ojos y dientes.

Los de Londres-Leyden, Carlsberg, de Turín y de Chester Beatty hacen alguna referencia a aspectos médicos.

Aparte de los papiros médicos, hay valiosas fuentes de información, sobre medicina, por el estudio de las momias y restos humanos ayudados por las nuevas tecnologías.

En el estudio de las momias se encuentran estigmas de enfermedades y de terapias aplicadas, así sabemos que Ramsés sufrió arteriosclerosis y quizá falleció por sepsis debido a un absceso maxilar, Mernemtah tenía una aorta con lesiones ateromatosas, Barkenes mostraba las femorales calcificadas; y en gran cantidad de otras momias se ven parásitos de toda índole.



MEDICINA EGIPCIA

EL COMIENZO DE LA MEDICINA

El hecho más importante de la medicina egipcia arcaica es la separación de los elementos religioso, mágico y empírico.

Había sacerdotes, magos y médicos a los que el ciudadano podía recurrir indistintamente.

Los sanadores clasificaron las enfermedades en tres clases:

- las atribuidas a espíritus malignos,
- las de causa manifiesta como los traumatismos
- las de causas desconocidas, atribuidas a los dioses.

Las enfermedades internas fueron consideradas como obra de agentes sobrenaturales (por acción de un dios, muerto o enemigo) que se introducían en el organismo y había que expulsarlos. Esta práctica se reservaba a magos y hechiceros.

Normalmente el encantamiento obraba por su propia virtud.

Los remedios van acompañados de sortilegios y alusiones a una divinidad (Isis, Thoth, Horus, Osiris, Ra, Anubis, Imhotep, Amón). El más

importante de los dioses sanadores era Toth.

Los magos actuaban por medio de una pócima, pomada o colirio que se unía al encantamiento por lo que se identificaba al mago con Horus.

Con el tiempo, el medicamento unido a la fórmula mágica sustituye a ésta, y el médico al mago que administra drogas sin creer en la magia.

Había enfermedades que no trataban los médicos por considerarlas incurables (alopecia, picaduras de escorpiones o víboras) y se la dejaban a los magos pues solo se podrían curar con encantamientos.

La profesión médica era muy respetada, estimada y honrosa.

Las leyes sanitarias eran estrictas, la higiene era escrupulosamente cumplida; había ordenanzas médicas para vigilar las aguas, indicadores de un alto grado de evolución de la medicina.

El sistema sanitario era un servicio público caracterizado por ser gratuito, general (para todas las clases sociales), nacional (en todo el país) y disponible en todo momento.

Hay que destacar que los médicos y magos tuvieron buenas relaciones en general.

➡ MÉDICOS

Hesy-Ra es el médico más antiguo que se conoce. Se cree que vivió hacia el 3000 aC. Se le vincula con el cuidado de los dientes.

En Egipto se veneró como dios de la Medicina a Imhotep, que fue visir del rey Zoser alrededor del 2700 aC. Fue astrólogo, mago, médico y arquitecto de la pirámide escalonada de Sakkara, una especie de Leonardo DaVinci de su tiempo.

Inherente a la calidad del sacerdote era la pulcritud, que se transmitió después a los médicos, siendo por tanto personas de buena presencia y aseadas.

La práctica médica se transmitía de padres a hijos. Los médicos egipcios eran funcionarios del Estado, con distintas jerarquías, que llegaba hasta el médico jefe del faraón.

Se formaban en los templos, existiendo un sistema jerarquizado de rangos: médico, médico jefe, médico inspector y médico superintendente. Los médicos de palacio tenían un senior. Por encima de todos ellos estaba el médico Mayor del Alto y Bajo Egipto.

El médico era muy observador: interrogaba, inspeccionaba y palpaba al paciente, realizaba exámenes funcionales (mover y girar la cabeza, extensión de miembros, etc).

Después del diagnóstico venía el veredicto basado en un pronóstico y eran tres las alternativas:

- Una enfermedad que curaré,
- Una enfermedad que combatiré
- Una enfermedad que no puede ser curada.

Las "Casas de la Vida" eran establecimientos en los que el joven aprendiz de medicina completaba las enseñanzas paternas con otros sabios médicos directores de estas instituciones en los que los escribas trabajaban en la copia de escritos consagrados a la Medicina. De ellos proceden los papiros médicos que nos han llegado hasta nuestros días.

Las más conocidas eran los templos de Neith en Sais, de Anubis en Letópolis, de Atum-Ra en Heliópolis y el de Bubastis. Se enseñaba también a médicos griegos y babilonios que llegaban para completar su conocimiento en Egipto, que tenía fama de contar con los mejores médicos.

Las normas de aprendizaje y de la práctica eran dictadas por el médico del Faraón. No les estaba

permitido salirse de la ortodoxia ni emplear métodos terapéuticos que no estuvieran descritos en los manuales.

La habilidad para sanar era donada por Thoth tanto a magos como a médicos.

También se especializaban en el tratamiento de distintas enfermedades: oculistas, dentistas, cirujanos.

Estaban asistidos por enfermeros, masajistas y vendadores.

A partir del año 500 aC. el poder político decreció. El país fue conquistado por persas, griegos y romanos.

En el periodo helenístico Egipto estaba bajo la órbita cultural posterior a Alejandro Magno.

Aparece la escuela de Alejandría, el más importante centro médico, cultural y científico de la antigüedad.

Tenía una inmensa biblioteca e instalaciones donde se hacían disecciones en cadáveres humanos y se estudiaban también animales y plantas.

Hubo figuras notables como Herófilo que realizó aportaciones notables al conocimiento anatómico y funcional del cerebro y Erasístrato que escribió 62 libros sobre muchos temas de medicina, destacando los mecanismos de la respiración.

➡ ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA.

En los papiros las enfermedades son identificadas, con un síntoma (tos) o con la causa de la dolencia (parasitosis por vermes).

El tratado del corazón del papiro de Ebers estudia este órgano: del corazón salen vasos llenos de líquidos, aire y deshechos, en número de 46, que llegan a diversos miembros y órganos: "Hay vasos en los miembros y cuando se pone los dedos sobre una parte del cuerpo se siente algo del

corazón. Se debe a que el corazón habla en los vasos de cada miembro".

Posteriormente, Herófilo de Alejandría en el siglo III aC. mide el pulso utilizando relojes de agua o clepsidras.

Estos vasos también contienen moco, lágrimas y orina; van directamente:

- A la vejiga, evacuando la orina, desconociendo los riñones por tanto.
- A los testículos, dando esperma.
- A los vasos del hígado, (eran 4), conteniendo aire y agua.
- Al páncreas y pulmón, siendo en éste último el contenido aire.

El aire penetra por la nariz, llegando al corazón y de allí al pulmón que lo distribuye por todo el organismo.

Al año van 4 vasos cargados de excrementos que llevan los deshechos de los brazos y las piernas.

Creían que todos los vasos partían del corazón, siendo éste el centro motor y director, que por medio de aquellos, distribuía la energía y aseguraba la marcha regular de la máquina humana.

En éste órgano situaban el entendimiento y la inteligencia, siendo el único órgano que regresaba al cuerpo después de la momificación, pues los otros se depositaban en los vasos canópicos.

En el papiro de Ebers se encuentra la primera descripción de un infarto de miocardio.

➡ ENFERMEDADES INTERNAS.

Como consecuencia de la inseguridad de conocimientos anatómicos, la idea del funcionamiento del corazón y del papel de los vasos, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades internas era muy precario.

Había gran incidencia de afecciones parasitarias, como bilharziasis y esquistosomiasis, presente en muchos cadáveres momificados, como ya se ha dicho. Y se trataban con bastante eficacia.

El cólera, peste, lepra, tuberculosis, viruela y cáncer eran conocidos pero requerían la intervención de los sacerdotes con sus procesiones, plegarias y exorcismos por considerarlos incurables.

1.-Vías respiratorias

El término "sema" traducido por pulmón incluye a todos los órganos del aparato respiratorio (laringe, bronquios, bronquiolos y pulmón), incluyendo laringitis, bronquitis, catarros, aunque excluyen las enfermedades pulmonares propiamente dichas.

El síntoma común a todas es la tos que puede dar lugar a que protuya una hernia (papiro de Ebers num. 864). En este papiro relatan 21 medicamentos para la tos, y en el de Berlín 18. Destacan la miel y la leche, aún utilizadas hoy día, algarrobas, semillas de dátil y de comino.

Otros tratamientos más eficaces era la inhalación vapores de mirra, resina aromática o pulpa de dátiles que se ponían sobre una piedra calentada.

Las enfermedades pulmonares (absceso, pulmonía, tuberculosis) son nombradas, pero, el tratamiento fue el de su síntoma, la tos, no de la enfermedad en sí.

2.-Aparato digestivo

El papiro de Ebers tiene un tratado titulado "Instrucciones para alguno que sufra del estómago". Describe diversas patologías (unas 20), y solo en 5 casos se deben a enfermedades gástricas: mala digestión, dilatación, cáncer, hemorragia y molestias gástricas acompañadas

de fiebre.

Referente al intestino, el estreñimiento es la afección más frecuente a combatir con aceite de ricino, junquillo, miel, aceite o cerveza. Los parásitos intestinales (lombrices y tenia) se combatían con vermífugos tomados en bebidas acompañados de cerveza o aceite, comidos y/o masticados lentamente.

La diarrea y disentería, tan frecuente en estas latitudes, no despertó la atención de los compiladores de los papiros, teniendo escasas referencias a las mismas.

El orificio rectal era competencia de un especialista denominado "el guardián del ano". Hay varios papiros que hacen referencia a afecciones anales, describiendo las hemorroides y el prolapso rectal. Se citan síntomas, como prurito, pesadez, dolor, irritación. Los medicamentos se administraban comidos, bebidos, en supositorios, enemas o aplicando compresas vegetales: para las hemorroides citan compresas vegetales impregnadas con un medicamento compuesto por olíbano, resina de terebinto, junquillo oloroso, apio, coriandro, aceite y sal; supositorios para eliminar el calor del ano y las ventosidades que se hacían moliendo planta de ibú, sal, sandía y miel hasta hacer una masa.

El hígado era un gran desconocido, tan solo citan que para tratar la ictericia daban frutas, sobre todo higos. De 30000 momias estudiadas sólo se ha encontrado en una cálculos biliares.

3.-Vías urinarias

Los riñones y su función son totalmente ignorados en los papiros, describiendo dos vasos que desde el corazón llevan la orina a la vejiga. En el papiro de Ebers describen remedios para la retención de orina, aludiendo a su sintomatología (dolor en bajo vientre e imposibilidad para orinar), indican abundantes bebidas con frutos y

plantas, así como pomadas en el pene.

Describen la incontinencia urinaria, enuresis nocturna y síntomas que corresponden a cistitis aguda y uretritis.

Refieren a menudo, micciones con sangre que la mayoría de los casos corresponde a bilharziasis, enfermedad tan común en el Valle del Nilo que se denomina "hematuria de Egipto".

No describen los cálculos, pero se han encontrado en varias momias.

4.- Cabeza y cráneo

Los egipcios conocían mejor las partes externas del cuerpo.

Exploraron el contenido craneal y reconocieron y describieron el cerebro, estructuras cerebroespinales, duramadre y líquido cefalorraquídeo.

Describen perfectamente la cefalea y jaqueca, la epilepsia y su tratamiento. Practicaban trepanaciones.

Dan especial atención al cuero cabelludo: linimentos con aceite o granos de ricino para conservar el cabello femenino o combatir la calvicie.

Describen ungüentos y remedios mágicos para tratar la tiña.

Los cirujanos eran hábiles en el tratamiento de las heridas del cráneo (papiro de Smith):

· Para las heridas superficiales aplicaban vendajes con carne fresca y posteriormente compresas con grasa y miel. Suturas de aproximación con cintas a modo de esparadrapo. Inmovilización del cráneo con soportes de ladrillo y con grandes pinzas de madera almohadilladas.

Sabían de las funciones del cerebro, conocían que los movimientos de los miembros dependen del funcionamiento de los hemisferios del lado

opuesto.

Cuando el trauma afectaba a estructuras nerviosas, sus efectos se describían con claridad: tetraplejía, hemiplejía, estrabismo, deformaciones de la cara y trismus en traumas craneales infectados.

5.- Cara

Comprende los 7 orificios de la cabeza: fosas nasales, orejas, boca y ojos.

5.1.- Nariz.

Describen la coriza y los estornudos provocados por ella.

Las heridas de la nariz eran competencia del cirujano. La fractura del tabique nasal se trataba limpiando la herida con compresas impregnadas en aceite; taponaban las fosas nasales recomendando hacer una actividad normal hasta el cese de la hinchazón, aplicaban rollos de tela y lo curaban posteriormente con grasa y miel hasta que sanase.

Cuando la epistaxis iba acompañada de hemorragia por el oído y el paciente no abría la boca, era una enfermedad que no se trataba, clara alusión a fractura de la base del cráneo.

5.2- Oído.

Describen el tratamiento de supuraciones, afecciones inflamatorias, otitis agudas y dolor. Poco se trataba la sordera, que como la calvicie ya instaurada, se consideraban incurables.

5.3- Boca.

Era competencia de los "médicos de los dientes", siendo Hesy-Ra, cirujano dentista de Menfis (3000 aC.) el primer médico del que se tiene noticia.

Trataban abscesos alveolares, llegando a perforar el maxilar para drenarlos. Para las caries (atribuidas a un gusano) hacían una aglutinación de esquirlas de piedras molidas en resina o harina. Unían dientes con hilos de oro para sujetarlos a otros más sólidos.

Describen úlcera de las encías tratándolas con leche, resina de terebinto y dátiles.

5.4 Oftalmología.

La oftalmología se desarrolló extraordinariamente, ya que la patología ocular era muy frecuente.

El "Tratado de los ojos" del papiro de Ebers nos transmite el saber de los "médicos de los ojos" que eran numerosos (conocemos el nombre de 7 "médicos de los ojos", mayor que el de otras especialidades).

Describen la pupila, esclerótica, párpados, pestañas y cejas, desconociendo la estructura interna del ojo.

La blefaritis y triquiasis se trataban con pomadas o colirios instilados con una pluma de halcón o de buitre.

El ectropion, frecuente en Egipto y denominado "vuelta de las carnes" se trataba con sustancias de naturaleza astringente: crisocolo, resina de terebinto y ocre amarillo.

La conjuntivitis granulosa y tracoma (oftalmia de Egipto), pterigion, pingüicula (grasa en los ojos), traumatismos, iritis y midriasis se trataban con pomadas y lavados frecuentes.

El leucoma (ceguera blanca) y cataratas están descritos, pero los remedios no eran eficaces por lo que recurrían a la magia, intentando resolverlas con sortilegios y encantamientos.

En la época ptolemaica se operaba de cataratas.

6.- Ginecología y obstetricia.

Todos los papiros hacen mención a las enfermedades femeninas.

Es un tema importante en el que las uniones

precoces, gravidez repetida, escasa higiene y excesivo trabajo en la embarazada exponían a terribles accidentes.

Creían que los órganos pelvianos se podían mover con libertad. Para el prolapso uterino y desviaciones de la matriz el papiro de Ebers propone una especie de pesario, aunque otros remedios como cataplasmas en ombligo y fumigaciones de sustancias extrañas por la vagina no parecen remedios eficaces.

Las metritis (sensación de quemazón en el útero e hipertrofia del cuello) se trataban con inyecciones vaginales de cáñamo y miel o de jugos de plantas.

El cáncer de útero se describe por su olor a carne quemada, dando un tratamiento homeopático ineficaz: fumigaciones en la vagina de carne quemada.

El papel de los ovarios no se menciona en ningún papiro.

Hay escasas descripciones a las afecciones mamarias (Hatsepsup parece ser que murió de cáncer de mama) y de tratamientos anticonceptivos (la mujer egipcia deseaba tener muchos hijos).

El parto no se describe en los papiros, aunque en de Ebers recomiendan a la mujer que debe ponerse desnuda en una esterilla e introducirse supositorios vaginales, aceite tibio, pociones y otras veces masajes para acelerar el parto o ayudar a expulsar las membranas placentarias.

7.- Pediatría.

El llanto y el tono muscular del recién nacido se usaban como indicadores de salud.

En los casos de nacimientos con malformaciones físicas los niños eran aceptados y eran incluidos

en la sociedad con un gran respeto. Se castigaba severamente el infanticidio.

Al niño se le cuidaba mucho, ya desde la lactancia, que duraba tres años, cuidando la cantidad de la leche materna, así como la calidad. Descubrieron que la ingestión de sustancias por la madre se transfería a la leche: daban medicinas a la nodriza si el niño no podía tragarlas.

Como remedio para que no doliera la dentición hacían beber caldo de ratón cocido, que fue posteriormente recomendado por griegos, romanos, árabes y hasta médicos ingleses del siglo XVI.

No existía circuncisión pero para liberar el glande realizaban un corte longitudinal en el prepucio.

8.- Cirugía.

Estaba muy avanzada, en parte debida por las guerras del Imperio egipcio durante tantos siglos, la caza y las grandes construcciones de piedra que proporcionaron cirujanos con una amplia experiencia.

Los cirujanos, llamados "Sacerdotes de Schemet" (diosa con cabeza de león) no prescribían medicamentos.

El papiro de Smith es un tratado de cirugía de los huesos y patología externa, redactado con gran esmero, casi científicamente. Sigue un orden de la cabeza a los pies.

Se exponen 48 casos de heridas diferentes a lo largo de detalladas instrucciones dirigidas al cirujano para aplicarlas en los heridos.

Describe heridas superficiales que afectan a tejidos blandos y lesiones óseas y articulares, las primeras fundamentalmente en la cabeza y el resto en otras partes del esqueleto: contusiones

vertebrales, luxaciones (mandíbula y vértebras), perforaciones (cráneo y esternón), fracturas (nasales, mandíbula, clavícula, húmero, cráneo con rotura de meninges, vertebrales con aplastamiento).

La corrección de las luxaciones sorprende por su extraordinario acierto.

La luxación de mandíbula se trataba reduciéndola, fijándola e inmovilizándola posteriormente, aplicando emplastos para combatir el dolor e inflamación.

Describen una luxación de una vértebra cervical con especial esmero y precisión, honrando a los cirujanos del Imperio Antiguo: "No gobierna brazos y piernas, pierde orina con el miembro en erección, saliendo a su vez espermia; es una enfermedad que no tiene curación".

Siempre que una fractura o luxación afecta a estructuras nerviosas de importancia se describen con precisión sus efectos secundarios: parálisis o tetraplejía, afasia, etc.

Se conocía la gravedad de las fracturas complejas, como las costales.

Las heridas las cerraban con puntos de sutura, siendo la primera vez que se nombra esta técnica en la historia de la cirugía.

Para evitar las infecciones recomendaban dejar las heridas abiertas.

Para facilitar la cicatrización empleaban hierbas sobre la herida y curaban la infección con pan enmohecido.

Colocaban bandas elásticas vegetales con la misma función que el esparadrapo.

Aplicaban compresas de tejido vegetal comparable al algodón utilizado hoy día.

Inmovilizaban los miembros con trozos de madera tras reducir la fractura para aproximar y alinear el hueso para que soldaran, siendo más efectivos en los miembros superiores.

Utilizaban soportes de ladrillo para inmovilizar la cabeza en posición vertical.

Según el papiro de Hearst se entablillaban fracturas y se inmovilizaban miembros mediante el uso de una pasta a base de harina, miel y vendas, que al secarse adquirían una consistencia similar a la del yeso.

Las quemaduras se trataban con la aplicación de ungüentos basados en miel, grasa, aceite, cera, manteca o tuétano.

Los abscesos e inflamaciones superficiales se trataban con ungüentos locales hasta su regresión o apertura, drenándolos con posterioridad.

Colocaban un tubo de madera entre los dientes en un tetanizado para introducir alimentos y líquidos.

Usaban lancetas calentadas al fuego para cauterizar heridas o reseca tumores, que los describían con gran profusión de datos (pediculados, protuberantes, capsulados, haciendo también referencia a su contenido).

Los instrumentos metálicos se desinfectaban al fuego y se limpiaban cuidadosamente en una tela hervida en agua de sosa.

Está descrita la extracción de espinas, cuidado de las mordeduras de perro, cocodrilo, león e hipopótamo.

El tratamiento de las heridas de guerra era muy eficaz. Realizaban trepanaciones con instrumentos de piedra o madera, siendo más bien de carácter ritual, ya que no describen

patologías que lo justifiquen.

Realizaban amputaciones postraumáticas o punitivas por orden judicial (nariz, lengua, orejas, manos, etc).

Los desgarros perineales se suturaban tras el parto.

9.- Reumatismo.

El reumatismo crónico era común: osteoartritis de la cadera y sacroilíaca, espondilitis, osificación de ligamentos, condromas y exostosis.

Aplicaban barro en las articulaciones, ungüentos y colocaban al paciente al sol.

➡ FARMACOPEA

Hay que distinguir entre los recetarios de los magos y los que los médicos componían de acuerdo con sus ideas o inspirándose en su experiencia.

La medicina estaba muy atrasada respecto a la cirugía debido al respeto por la tradición y las costumbres del pueblo.

Había muchas sustancias con claros efectos farmacológicos, como el opio, papaverina, aceite de ricino, digital (en el papiro de Ebers consta que se administraba en casos de afecciones cardíacas).

Sin embargo trataban la cefalea pasando la cabeza de un siluro por la cara para que el dolor pasara a aquella, o aplicaban emplastos de excrementos de pelícano y cocodrilo para tratar las cataratas o la alopecia, remedios ineficaces, basados en la magia.

El reino vegetal predomina en la composición de los medicamentos: árboles, arbustos, plantas comestibles, frutos, cereales, vino de palmera y

vid, hojas, granos, etc.

El reino animal suministra carne, sangre, bilis, leche incluso la de mujer, peces del Nilo y de los pantanos, cera, miel, etc.

Entre los minerales destacamos arsénico, cobre, alabastro, granito, natrón, petróleo, sílex, sulfuro de plomo, galena, carbonato de sodio.

Empleaban anestésicos obtenidos de sustancias tanto vegetales como minerales.

El valor de algunos de estos remedios continúa vigente hoy: aceite de ricino, inhalaciones aromáticas para la tos, miel, etc. Utilizaban el café como estimulante.

La experiencia enseñaba virtudes curativas de diversas sustancias: aplicaban hígado crudo para la hemeralopia (contiene gran cantidad de vitamina A), bilis para afecciones oculares (contiene componentes presentes en la cortisona sintética).

Contra los parásitos se empleaba corteza de granado.

El uso de purgantes era muy frecuente.

Después de esta descripción de los conocimientos médicos en el Egipto de los faraones sorprende el gran avance que poseían en muchos campos de la medicina y en la formación del médico.

Asombra aún más que muchos remedios y tratamientos sigan vigentes hoy día con pequeñas modificaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Calvo Soriano G. La medicina en el antiguo Egipto. Paediatrica 2003;5 (1):44-50.

Taton, René. Historia general de las ciencias. La ciencia antigua y medieval. Editorial Destino. 1971. Egipto. La medicina egipcia. Pp:64-87.

Laín Entralgo, Pedro. " Historia de la medicina". La medicina del antiguo Egipto. Pp 16-21. Editorial Salvat. Madrid. 1982.

Charles Singer y E. Ashworth Underwood. En " Breve historia de la medicina." La medicina en el antiguo Egipto pp 20-27. Editorial Guadarrama. Madrid. 1966.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

EXTREMADURA MÉDICA considerará para su posible publicación todos aquellos trabajos relacionados con la patología en sus aspectos clínicos, quirúrgicos y experimentales. La revista consta de las siguientes secciones:

➡ **ORIGINALES:** Trabajos de investigación clínica, preferentemente prospectivos, abarcando los aspectos de etiología, fisiopatología, epidemiología, diagnóstico y/o tratamiento. La extensión máxima será de 12 folios a los que se podrán añadir hasta un máximo de 6 figuras y 6 tablas. Se aconseja que el número de firmantes no sea superior a seis.

➡ **NOTAS CLÍNICAS:** Descripción de uno o más casos clínicos de interés relevante y que mejoren de algún modo el conocimiento de esa patología en concreto. Su extensión máxima será de 5 folios y se admitirán hasta 2 figuras y 2 tablas.

➡ **CARTAS AL DIRECTOR:** Tienen como finalidad exponer objeciones o comentarios a trabajos publicados recientemente en la revista, de modo conciso y con una extensión máxima de 2 folios, con posibilidad de añadir una figura y una tabla, con un máximo de 6 citas bibliográficas y un máximo de 3 autores.

➡ **IMÁGENES EN MEDICINA:** Se pueden incluir imágenes clínicas, radiológicas, anatomopatológicas o endoscópicas que tengan interés clínico. Las imágenes serán de buena calidad, en color o blanco y negro. Deben de ir acompañadas de un breve resumen del caso

clínico y de comentarios sobre el mismo, así como de referencias bibliográficas con un máximo de 6. El texto no debe exceder de 2 folios de extensión.

➡ **EDITORIALES:** Salvo excepciones, su redacción se hará por encargo del Comité Editorial sobre un tema de actualidad. La extensión máxima será de 8 folios con un máximo de 15 citas bibliográficas. Se prefiere que solo haya un autor.

➡ **REVISIONES:** Se dará especial prioridad a aquellos trabajos de revisión que se centren en temas de actualidad. La extensión máxima será de 12 folios a los que se podrán añadir hasta un máximo de 6 figuras y 6 tablas.

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos se escribirán mecanografiados a doble espacio con letra tipo "Times New Roman" tamaño 11. Las hojas irán numeradas consecutivamente en el ángulo superior derecho.

Los trabajos se remitirán en formato electrónico a cualquiera de los siguientes correos:
jjgarrido28@hotmail.com
heranteu@gmail.com
mfbermejo@gmail.com

Todos los trabajos aceptados quedarán como propiedad de EXTREMADURA MÉDICA, y no podrán ser reproducidos en parte o en su totalidad sin el permiso escrito de la Editorial de la Revista.

ESTRUCTURA

Se adoptará el esquema convencional de un trabajo científico. Cada sección comenzará con una nueva página en el siguiente orden:

En la primera página se indicará por el orden en que se citan: título del trabajo, nombre y apellidos de los autores, centro y servicio(s) donde se ha realizado, nombre y dirección de correo electrónico para correspondencia y otras especificaciones consideradas necesarias.

En la segunda página constará del resumen, como máximo de 250 palabras con los puntos esenciales del trabajo y palabras clave, como máximo tres, de acuerdo con las incluidas en el Medical Subject Headings del Index Medicus. La presentación estructurada del resumen seguirá el esquema siguiente: objetivos, método, resultados y conclusiones.

En la tercera página y siguientes constarán los diferentes apartados del trabajo científico: introducción, objetivos, materiales y métodos, resultados, discusión y bibliografía. Para las notas clínicas se adoptará el siguiente esquema: introducción, observación clínica, discusión y bibliografía. La introducción será breve, proporcionando únicamente la explicación necesaria para la interpretación del texto que sigue. Los objetivos se expresarán de manera clara y específica, describiendo el diseño y lugar donde se realizó el estudio, detallando el procedimiento seguido con los datos necesarios para permitir la reproducción por otros investigadores. Los métodos estadísticos utilizados se harán constar con detalle. En los resultados se expondrán las observaciones, describiéndolas en el texto y complementándolas con tablas y figuras. La discusión recogerá la opinión de los autores sobre sus observaciones y el significado de las mismas, relacionándolas y debatiendo las similitudes o diferencias con los hallazgos de otros autores. El texto acabará con una breve descripción de las conclusiones del trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado, vaya o no acompañada del nombre de los autores.

Los nombres de las revistas deben abreviarse de acuerdo al estilo usado en el Index Medicus, disponible en <http://www.nlm.nih.gov>

El formato de las referencias bibliográficas debe seguir las normas adoptadas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org>).

TABLAS Y FIGURAS

Las tablas se presentarán en hoja aparte incluyendo: a) numeración con números arábigos b) enunciado o título correspondiente. Serán claras, sin rectificaciones. Las siglas y abreviaturas se acompañarán de una nota explicativa al pie.

Las figuras se presentarán en hoja aparte, numeradas con números arábigos por orden correlativo de su aparición en el texto. Se evitará la identificación del enfermo.

Como complemento, recomendamos leer los requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas en la siguiente página web:

<http://www.medicc.org/mediccreview/documents/requisitos-de-uniformidad-para-manuscritos.pdf>



EXTREMADURA MÉDICA

RIGOR CIENTÍFICO

