

MEDICINA

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Volumen 23 Número 1

Enero - Junio 2024

Montería - Colombia

*** EDITORIAL**

Bienestar Universitario

** Apnea obstructiva del sueño, una causa atípica de esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica: una revisión narrativa*

** Manifestaciones intracraneanas de la enfermedad relacionada con IgG4 en un paciente pediátrico colombiano*

** Quemadura ocular con gota mágica (cianocrilato)*

** Desempeño cognitivo y capacidad mnémica en una paciente con esquizofrenia y retraso cognitivo internada en una clínica psiquiátrica*

** Apuntes para una historia de la psiquiatría en Córdoba*

** A los colaboradores*



www.unisinu.edu.co



UNIVERSIDAD DEL SINU
Elías Bechara Zainúm

Revista Medicina - Facultad de Ciencias de la Salud - Programa de Medicina

Vol. 23 No. 1, 2024 (Enero - Junio)

EDITORIAL

Bienestar Universitario

University Wellbeing

Álvaro Bustos González

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Apnea obstructiva del sueño, una causa atípica de esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica: una revisión narrativa

Obstructive sleep apnea, an atypical cause of liver steatosis associated with metabolic dysfunction: a narrative review

Dr Carlos Nadrés Jaramillo Pérez, Dra Andrea Marcela Blanco Pertuz

REPORTE DE CASO

Manifestaciones intracraneanas de la enfermedad relacionada con IgG4 en un paciente pediátrico colombiano

Intracranial manifestations of IgG4-related disease in a colombian pediatric patient

Natalia Martínez, Eugenia Espinosa, Camila López, Ana María Mecina

Quemadura ocular con gota mágica (cianocrilato)

Eye burn with magic drop (cyanoacrylate)

Dra, Maribel Angulo Valencia, Salma Álvarez Paternina

Desempeño cognitivo y capacidad mnémica en una paciente con esquizofrenia y retraso cognitivo internada en una clínica psiquiátrica

Cognitive performance and memory capacity in a patient with schizophrenia and cognitive delay hospitalized in a psychiatric clinic

Dr. Ezequiel Otero Dahud

ENSAYO

Apuntes para una historia de la psiquiatría en Córdoba

Notes for a history of psychiatry in Córdoba

José Luis Méndez Méndez

A los colaboradores

To the collaborators

**ACUMULADO
AÑO 2024**



Revista Medicina

Vol. 23 No. 1
Enero - Junio 2024
ISSN 1692-0880

Rector - Fundador

Dr. Elías Bechara Zainúm (+)
Diciembre 10 de 1920 / +Agosto 9 de 2013

Coordinadora General - Coofundadora

Saray Castilla de Bechara (+)
Octubre 29 de 1929 / +Noviembre 28 de 2018

Rectora

Dra. Adriana Suárez de Lacouture

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Álvaro Bustos González

Director del Programa de Medicina

Dr. Heiser Arteaga Pautt

Coordinador del Área Clínica

Dr. Jorge Ordosgoitia Santana

Director - Editor

Dr. Álvaro Bustos González

Comité Científico

Dr. Pablo Rosselli Cock

Ortopedista Infantil

Universidad Javeriana, Fundación Cardio Infantil,
Instituto Roosevelt, Fundación Santafé de Bogotá

Bogotá, Colombia

Dra. Catalina Tovar Acero

Bacterióloga, Magíster en Infecciones y Salud Tropical,
PhD en Medicina Tropical

Directora, Laboratorio de Biomédicas y Biología Molecular
Universidad del Sinú - Elías Bechara Zainúm-

Dr. Ricardo Londoño Escobar

PhD. Investigador en Regeneración de Tejidos
Universidad de Pittsburgh, USA

Dr. Jorge E. Gómez Marín

PhD. en Enfermedades Tropicales
Universidad de Montpellier, Francia

Jefe de Investigaciones, Universidad del Quindío
Armenia, Colombia

Dr. Richard O. Hoyos López

Biólogo, Magister en Ciencias Básicas
Universidad Nacional de Colombia
Montería, Colombia

Comité Editorial

Dr. Mario Negrette Guzmán

PhD. en Ciencias Bioquímicas

Universidad Nacional Autónoma de México
Investigador, Universidad Industrial de Santander
Bucaramanga, Colombia

Dra. María Fernanda Yasnot

Bacterióloga, PhD en Ciencias Básicas
Instituto de Investigaciones Biológicas del Trópico (IIBT)
Universidad de Córdoba, Montería, Colombia

Dra. Lyda Marcela Espitia Pérez

Bióloga, PhD en Biología Celular y Molecular
Universidad Río Grande Do Sul, Brasil
Investigadora, Universidad del Sinú
Montería, Córdoba

Dr. Xavier Sáez Llorens

Pediatra Infectólogo, Jefe de Investigaciones,
Hospital del Niño José Renán Esquivel
Panamá, República de Panamá

Dra. Mónica Trujillo Hoyneberg

Pediatra Infectóloga, Postdoctorada en Inmunología
Clínica Universitaria Bolivariana, Hospital Pablo Tobón Uribe
Coordinadora del Programa de Infectología Pediátrica, CES
Medellín, Colombia



INDICE

EDITORIAL

Bienestar Universitario

University Wellbeing

Álvaro Bustos González

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Apnea obstructiva del sueño, una causa atípica de esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica: una revisión narrativa

Obstructive sleep apnea, an atypical cause of liver steatosis associated with metabolic dysfunction: a narrative review

Dr Carlos Nadrés Jaramillo Pérez, Dra Andrea Marcela Blanco Pertuz

REPORTE DE CASO

Manifestaciones intracraneanas de la enfermedad relacionada con IgG4 en un paciente pediátrico colombiano

Intracranial manifestations of IgG4-related disease in a colombian pediatric patient

Natalia Martínez, Eugenia Espinosa, Camila López, Ana María Mecina

Quemadura ocular con gota mágica (cianocrilato)

Eye burn with magic drop (cyanoacrylate)

Dra, Maribel Angulo Valencia, Salma Álvarez Paternina

Desempeño cognitivo y capacidad mnémica en una paciente con esquizofrenia y retraso cognitivo internada en una clínica psiquiátrica

Cognitive performance and memory capacity in a patient with schizophrenia and cognitive delay hospitalized in a psychiatric clinic

Dr. Ezequiel Otero Dahud

ENSAYO

Apuntes para una historia de la psiquiatría en Córdoba

Notes for a history of psychiatry in Córdoba

José Luis Méndez Méndez

A los colaboradores

To the collaborators

Pag

5

7

13

18

21

24

29

Bienestar Universitario University Wellbeing

Copio directamente de Google: “El bienestar universitario se refiere a la atención y apoyo que una universidad brinda a sus estudiantes para asegurar su éxito académico y bienestar emocional, físico y social”. Dicho así, el estudiante tendría muy poco que poner, y el grueso del trabajo correría por cuenta de la institución educativa. La luna, sin embargo, tiene dos caras, y aquí es imperativo preguntarse si la noción de bienestar debe verse como un requisito o como una consecuencia.

Quiero mirar la contrafaz de la luna. ¿Qué dignifica, forma y enaltece más a un joven, el bienestar que es producto de mimos y complacencias o la satisfacción plena por el deber cumplido? Para estas conjeturas, sin embargo, hay que tener en cuenta la idiosincrasia de los estudiantes. Por estos andurriales la gente tiende al facilismo y cualquier asomo de exigencia es tomado como una arbitrariedad, fuente de desajustes emocionales en el adolescente.

Todo alumno debe ser tratado como un ser inteligente, y por eso debe dársele la oportunidad de que demuestre sus capacidades con base en el amor por el estudio, la disciplina y el cumplimiento de sus obligaciones académicas. Cualquier concesión en esos campos deforma el alma de los jóvenes y los convierte en víctimas, ahí sí, del efecto esterilizante del bienestar como una forma de gozo y no como el resultado del desarrollo progresivo de sus facultades mentales y emocionales. Se trata de llegar al bienestar como consecuencia del aprendizaje perseverante, lo que requiere un esfuerzo continuo, y no como el pretexto para aprender a retazos algunas cosas caprichosamente, como lo haría cualquier niño malcriado.

Ahora que todo se psicologiza, que el mundo está lleno de zagalones afectados que se victimizan como expresión del pensamiento débil, debería recurrirse a la existencia del super-yo freudiano a ver si la autocrítica y el acatamiento a las normas y reglamentos (los llamados principios y valores de todo proyecto educativo), prevalecen sobre la inaudita pretensión de obtener títulos universitarios a punta de derechos de petición absurdos y amenazas anónimas de suicidio colectivo, planeadas para intimidar a los profesores rigurosos en sus métodos y evaluaciones.

Antes que consentir estudiantes, los encargados del bienestar universitario deberían enseñar estos versos de Quevedo: “Retirado en la paz de estos desiertos, con pocos, pero doctos libros juntos, vivo en conversación con los difuntos y escucho con mis ojos a los muertos”.

¿Educar o formar?

Educate or train?

He ahí el dilema. Por un lado se considera que la educación, en sus bases fundamentales, se debe a los padres, y por eso la familia sigue siendo una institución esencial para la crianza; de otra parte se habla del derecho a la educación, como si este fuera un objetivo genérico que sólo requiere, para su aprovechamiento, de una matrícula y unas asistencias soñolientas a un aula de clases, sin pensar en que el verdadero derecho es al conocimiento, adonde sólo se llega con esfuerzo y disciplina, independientemente del talento.

La formación es otra cosa, complementaria de lo anterior; que implica dos aspectos cruciales: el sentido de la vida y el carácter. En el primer caso interviene la filosofía en su acepción de amor a la sabiduría, cuyas raíces suelen sembrarse también en el hogar; en el segundo punto, que implica el cultivo de la personalidad, hay que mirar primordialmente hacia la capacidad de afrontar la adversidad, lo que hoy se llama resiliencia, que le permite al joven desarrollar, en medio de aciertos y desatinos, una visión crítica de sus experiencias, algunas veces frustrantes, para mantener erguida la autoestima y la perseverancia en la búsqueda de un conocimiento cada vez más elaborado y de un temperamento más reflexivo.

Hoy, sin embargo, como reflejo de lo que ocurre en algunas universidades norteamericanas, cuyo mal ejemplo

cunde (observen las banalidades del “progresismo cultural”, la proliferación de derechos sin deberes y las susceptibilidades y suspicacias a flor de piel de la generación de cristal), la experiencia académica se ha venido plagando de unos estereotipos que le adjudican a los malos estudiantes unos vacíos emocionales estructurales, cuyos pobres resultados se atribuyen sin fórmula de juicio a la necesidad de un acompañamiento psicológico y no a la escasa determinación para asumir, como debe ser, la responsabilidad que implica el aprendizaje juicioso de una profesión.

Todo esto era previsible. Nada diferente podía suceder en una época en la que prima el tener sobre el ser; la percepción de cada uno por encima de la evidencia científica, la desleal ideología de género, el idiotismo del lenguaje incluyente, los fanatismos ambientalistas y animalistas, la masculinización del lenguaje femenino (¿entendiste, marica?) y la letra de las canciones de Karol G. Al paso que vamos regresaremos a los conjuros y a la hipnosis como fuentes de lucidez y adivinación.

¡Ay, Harvard!

Oh, Harvard!

Hace un tiempo, un profesor de politología de la Universidad de Harvard tuvo que renunciar a su cargo porque se le ocurrió comparar, en una celebración con un grupo de estudiantes, el sonido del descorche de una champaña con el gemido de una mujer en su clímax. ¡Para qué fue eso! Una de las alumnas, imbuida de la ideología woke, se sintió ofendida en lo más profundo de su pudor, activó la ruta de los guardianes de la virtud (unos psicólogos encargados de desvelar a los demonios de la seducción y de defender la pureza de alma de unas ninfulas atormentadas), armó la trapatiesta, se declaró afectada y se sumió en un dolor inapelable que cobró la cabeza del ilustre catedrático. No hubo remedio: allá priman hoy las susceptibilidades suspicaces de las supuestas víctimas sobre cualquier forma elemental de la racionalidad. Un mal chiste, y además inexacto, se convirtió en el desiderátum de una degollina.

Días atrás, la doctora Carole Hooven, docente de endocrinología, también tuvo que tomar las de villadiego en Harvard porque dijo en una conferencia algo obvio: que la testosterona, hormona masculina por excelencia, influye notablemente en el deseo sexual de la mujer y en sus cambios emocionales, siendo determinante durante la menopausia, producida en el estroma ovárico, cuando funge como proteína salvífica del amor otoñal. Pero, como tantas veces, una vez más se esparascó el avispero y se armó la tremolina. La ideología woke, que no permite ningún vínculo hormonal entre el hombre y la mujer; logró su cometido y la doctora Hooven fue enviada a freír patatas por haber dicho algo estrictamente biológico y verdadero: que hombres y mujeres compartimos unas sustancias químicas que son capaces de hacernos más felices cuando nos amamos.

Así las cosas, voy a proponer, para estar a tono con Harvard y pasar a la historia de los premios Ig Nobel, en nombre de algunas nociones que he aprendido en el campo de las infecciones, que, en aras del respeto a los seres microscópicos y del acatamiento a la trascendencia incontaminada de la multidiversidad, se prohíba de aquí en adelante el tratamiento antibiótico de virus, bacterias, parásitos y hongos patógenos, porque los seres humanos no tenemos derecho a matar a unos animáculos que hacen parte de nuestros ecosistemas, de nuestra flora corporal y de la hermosa y prolífica fauna terrenal y cósmica que nos acompañará hasta el final de nuestros días.

Dr. Álvaro Bustos González

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad del Sinú -Eliás Bechara Zainúm-
Montería, Colombia

Apnea obstructiva del sueño, una causa atípica de esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica: una revisión narrativa

Obstructive sleep apnea, an atypical cause of liver steatosis associated with metabolic dysfunction: a narrative review

Dr. Calos Andrés Jaramillo Pérez

Médico, IDIME IPS S.A.

Pereira, Risaralda

Dra. Andrea Marcela Blanco Pertuz

Médico, IDIME IPS S.A.

Pereira, Risaralda

e-mail:carlosjaramilloperez1503@gmail.com

Resumen: La apnea obstructiva del sueño y la esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica, tienen una estrecha relación, pues estas entidades pueden desarrollarse de manera concomitante dado los grandes cambios sistémicos generados por la apnea obstructiva del sueño que conllevan a un deterioro de la adecuada funcionalidad del organismo. Es importante la captación y manejo de este tipo de pacientes dado el potencial de complicaciones que implica la concomitancia de estas dos entidades. Metodología: Se realizó una búsqueda avanzada con los términos DeSC y MeSH: Apnea obstructiva del sueño, Esteatosis hepática no alcohólica, Gastroenterología, Polisomnografía, Sueño, Factores de riesgo cardiometabólicos. Se utilizaron los motores de búsqueda Clinical Key, Pubmed, Embase, obteniendo un total de 289 resultados, entre artículos originales, reportes de casos y revisiones de literatura; mediante el análisis narrativo, además de guías de práctica clínica sobre el manejo y abordaje del paciente con apnea obstructiva del sueño y del paciente con esteatosis hepática, se seleccionaron 42 artículos que fueron utilizados para la elaboración de la presente revisión de la literatura.

palabras Claves: Apnea obstructiva del sueño, Esteatosis hepática no alcohólica, Gastroenterología, Polisomnografía, Sueño, Factores de riesgo cardiometabólicos.

Summary: Obstructive sleep apnea and hepatic steatosis associated with metabolic dysfunction have a close relationship, since these entities can develop concomitantly given the major systemic changes generated by obstructive sleep apnea that lead to a deterioration in the adequate functionality of the organism. The recruitment and management of this type of patient is important given the potential for complications implied by the coexistence of these two entities. Methodology: An advanced search was performed with the terms DeSC and MeSH: Obstructive sleep apnea, Non-alcoholic hepatic steatosis, Gastroenterology, Polysomnography, Sleep, Cardiometabolic risk factors. The search engines Clinical Key, Pubmed, Embase were used, obtaining a total of 289 results, including original articles, case reports and literature reviews; Through narrative analysis, in addition to clinical practice guidelines on the management and approach of patients with obstructive sleep apnea and patients with hepatic steatosis, 42 articles were selected and used to prepare this literature review.

Keywords: Obstructive sleep apnea, Non-alcoholic hepatic steatosis, Gastroenterology, Polysomnography, Sleep, Cardiometabolic risk factors.

Introducción

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una enfermedad caracterizada por episodios recurrentes de colapso completo o parcial de la vía aérea superior, ocasionando de manera subsecuente, una reducción del flujo de aire por al menos 10 segundos y una disminución en la saturación de oxígeno(1).

La apnea obstructiva del sueño se ha asociado a un aumento en el riesgo de la incidencia de hipertensión arterial, diabetes tipo 2, fibrilación auricular, falla cardiaca, cardiomiopatía isquémica y muerte(2-5).

Sin embargo, se ha demostrado de acuerdo a la literatura, la relación entre esta condición y la presencia de afecciones y patologías a nivel gastrointestinal que

deberían tener una consideración importante.

Una complicación de la AOS que poco se tiene en cuenta, y que no figura como una de las más frecuentes, es la esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (EHDM), y que debería tomarse muy en cuenta teniendo en cuenta la incidencia en crecimiento de la apnea obstructiva del sueño dado el interés en su diagnóstico y las posibles complicaciones que de esta afección hepática se pueden derivar.

Esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica

La esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica es un condición frecuente en el mundo, y que se caracteriza por no poder identificar otros causales de

infiltración y acumulación grasa a nivel hepático(6). Esta condición es de suma importancia en cuanto a su detección dado que podría presentarse una progresión del cuadro hasta una esteatohepatitis cuando se encuentra en estadios avanzados; esta última condición es mediada por inflamación lobulillar y apoptosis a nivel de la estructura hepática, conduciendo de manera subsecuente a cuadros de fibrosis y cirrosis(7,8).

Para le EHDM se cuenta con una prevalencia aproximada del 25% a nivel mundial, con un aumento progresivo y rápido en países occidentales, presentándose de manera recurrentes en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, obesidad central y síndrome metabólico(9).

Los causales de EHDM en cuanto a su fisiopatología va de la mano principalmente con la presencia de síndrome metabólico en nuestros pacientes; esto, acompañado de la resistencia a la insulina con la que usualmente conviven estos pacientes sería el factor principal para el desarrollo de EHDM. Por otro lado, también se deben tener en consideración las patologías infecciosas, pues la literatura describe una relación entre estas enfermedades y el desarrollo de EHDM; infecciones como VIH, o hepatitis C podrían estar relacionadas a un aumento en la incidencia de EHDM, y en menor medida se describen como causales diversos medicamentos como los glucocorticoides y las enfermedades metabólicas hereditarias(6,10,11)

Apnea obstructiva del sueño y su relación con EHDM

La principal complicación a nivel gastrointestinal, derivada de la AOS, es el desarrollo de EHDM, determinándose como principal causal, la hipoxemia intermitente crónica generada por la AOS, la cual, genera un aumento del estrés oxidativo, generación de especies reactivas de oxígeno y la liberación de citocinas proinflamatorias, generando una inflamación sistémica que tiene vital importancia en el desarrollo de EHDM(12); a su vez, la AOS ha demostrado una asociación independiente con pacientes cursando con obesidad, resistencia a la insulina, dislipidemia y síndrome metabólico(13), factores que tendrían relación con el desarrollo de EHDM como ya se describió en el presente documento.

En una revisión sistemática y meta-análisis desarrollado por Jin et al., publicado en el año 2018, determinaron la relación directa de la AOS con el desarrollo y progresión de la EHDM, asociándose a un aumento de aminotransferasas (en específico alanina aminotransferasa) y alteraciones

histológicas hepáticas(14). Arisoy et al., publican en 2016 un estudio en donde se buscaba evaluar la relación entre la AOS y la esteatosis hepática en una población de 176 sujetos, concluyendo una asociación directa entre la AOS y la EHDM, determinando una relación entre la severidad de la AOS y el grado de esteatosis hepática (15).

Mecanismos que explican la relación entre AOS y EHDM *Resistencia a la insulina*

La resistencia a la insulina sería el factor principal para el desarrollo de EHDM en pacientes con AOS, pues se ha determinado que el sueño fragmentado generado por la AOS, conduce a una disminución de la absorción de glucosa mediada por insulina, disminución en la secreción de insulina, aumento en los niveles de especies reactivas de oxígeno y apoptosis de las células beta pancreáticas, todo mediado por un aumento en la actividad del sistema nervioso simpático, así como del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal y un aumento en el estrés oxidativo, conllevando a una reducción en la tolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina(16). En el año 2017, Murphy et al, proporcionan evidencia que soporta que la hipoxemia intermitente induce a un estado proinflamatorio en el tejido adiposo visceral que se correlaciona con la gravedad de la resistencia a la insulina, por un estudio realizado en ratones sometidos a hipoxemia intermitente(17).

Hipoxemia crónica intermitente

Hay estudios, aunque pocos, que se enfocan en el impacto de la hipoxemia intermitente sobre la disregulación de la glucemia, destacándose el realizado por Newhouse et al, en donde se sometió a pacientes voluntarios, sanos, a hipoxemia intermitente (25 segundos de 5% de FiO₂, con posteriores 2 minutos de FiO₂ estándar), demostrando que los pacientes con hipoxemia intermitente cursaron con niveles elevados de glucosa (18). Por su parte, en la actualidad, contamos con estudios que han demostrado una afección puntual a nivel de las células beta-pancreáticas, principalmente apoptosis de las mismas cuando se está expuesto a hipoxemia intermitente, lo cual, de manera consecuente, conllevaría aumento en los niveles séricos de glucosa y una reducción marcada de la sensibilidad a la insulina (19–21).

En el 2021 Chen et al., publican un estudio en ratones en donde se sometió a un grupo de 12 ratones a situaciones de hipoxemia crónica intermitente por un lapso de 12 de semanas con una posterior evaluación de las enzimas hepáticas de los mismos y la presencia o no de cambios histológicos hepáticos. Los resultados

evidenciaron que los ratones con hipoxemia crónica intermitente generaron un cambio significativo en el perfil metabólico hepático, determinando como causal, los metabolitos en el metabolismo de los aminoácidos, el metabolismo de los carbohidratos, el metabolismo de los lípidos y la ferroptosis, generando una lesión hepática importante(22).

Especies reactivas de oxígeno

A su vez, se ha descrito el estrés oxidativo inducido por especies reactivas de oxígeno en pacientes con AOS(23), el cual se encuentra involucrado en el desarrollo de la EHDM; La hiperlipidemia y la resistencia a la insulina generan un aumento en el nivel de ácidos grasos circulantes por medio una disfunción de la beta oxidación mitocondrial, conllevando la generación de especies reactivas de oxígeno, con una consecuente activación de vías de señalización asociadas a muerte celular y el deterioro de viabilidad y funcionalidad de los hepatocitos(12). Farzanegi et al., describen la relación entre el aumento de estrés oxidativo inducido por especies reactivas de oxígeno y la lesión hepática, lo que aumentaría el riesgo de desarrollo de la EHDM mediado por una supresión de la capacidad de la defensa por antioxidantes(24). En el año 2011 Feng et al., publican un estudio en donde se estudiaron un total de 72 ratas macho, divididas en tres grupos, el primero alimentado con una dieta normal, el segundo con una dieta alta en grasas y el tercero con una dieta alta en grasas además de una hipoxia intermitente de 7 horas al día; se determinó en este estudio que las ratas del tercer grupo presentaron un aumento significativamente mayor de enzimas hepáticas con respecto a las ratas del grupo 1 y 2, así como unos niveles de mieloperoxidasa significativamente mayores en este último grupo, lo que podría suponer una activación en el estrés oxidativo(25).

Dislipidemia

Por otra parte, la dislipidemia con la que usualmente se ha relacionado a los pacientes con AOS cumplen un factor importante en el desarrollo de EHDM(12,26). Por mecanismos relacionados a la hipoxemia intermitente con la que cursan los pacientes con AOS, los cuales se encuentran ya explicados en el presente documento, se produce un aumento en ácidos grasos circulantes, lo que conlleva a un mayor riesgo de desarrollo de EHDM(16). Asociado a esto, se ha demostrado una inactivación selectiva de la lipoproteína lipasa del tejido adiposo y una disminución en la degradación de las lipoproteínas de muy baja densidad en circulación, todo mediado de manera directa por la hipoxemia intermitente con la

que cursan los pacientes con AOS(27). Para destacar, el aumento en la funcionalidad del sistema nervioso simpático, altera el metabolismo de los lípidos(28).

En el año 2014, Nadeem et al, publican un metanálisis en donde se agruparon datos de 18.116 pacientes, y cuyo objetivo principal era determinar la diferencia entre niveles de perfil lipídico en paciente con diagnóstico de AOS y paciente que no cursaban con la enfermedad, demostrando que los pacientes que cursaban con AOS mostraron unos niveles más altos de triglicéridos, colesterol total y lipoproteínas de baja densidad(29). Datos que van de la mano con lo publicado por Chopra et al, quienes demostraron un mayor nivel de ácidos grasos en paciente con AOS que no son tratados de una manera adecuada con un sistema de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés) (30).

Factores inducibles por hipoxia

Parte importante en la relación de la AOS y la EHDM son los factores inducibles por hipoxia, destacándose los factores tipo 1 y tipo 2 como principales causales de la esteatosis hepática y a su vez, un aumento de su expresión en pacientes con AOS(12,31–33), expresándose principalmente en hepatocitos y macrófagos, generando consigo una producción aumentada y anómala de citocinas proinflamatorias lo que llevarían al desarrollo de la EHDM y a un mayor riesgo de desarrollar complicaciones secundaria a esta, como la fibrosis hepática(34). El aumento en los factores inducibles por hipoxia conlleva a un compromiso de la beta oxidación de ácidos grasos, una mayor capacidad de almacenamiento de lípidos y una reducción en la expresión de genes lipogénicos(35). Estos factores están regulados por enzimas de tipo propil hidroxilasa, generando una hidroxilación de estos, con una consecuente degradación; sin embargo, en pacientes con hipoxemia intermitente la actividad de estas enzimas se encuentra reducida, aumentando el riesgo de desarrollo de la EHDM(36).

Alteraciones en el patrón de sueño

Es de resaltar que la sola alteración en el sueño de los pacientes que cursan con AOS, es un causal de la EHDM, producto de que este sueño fragmentado y no reparador, exacerba los riesgos metabólicos que pueden desencadenar la enfermedad(37)

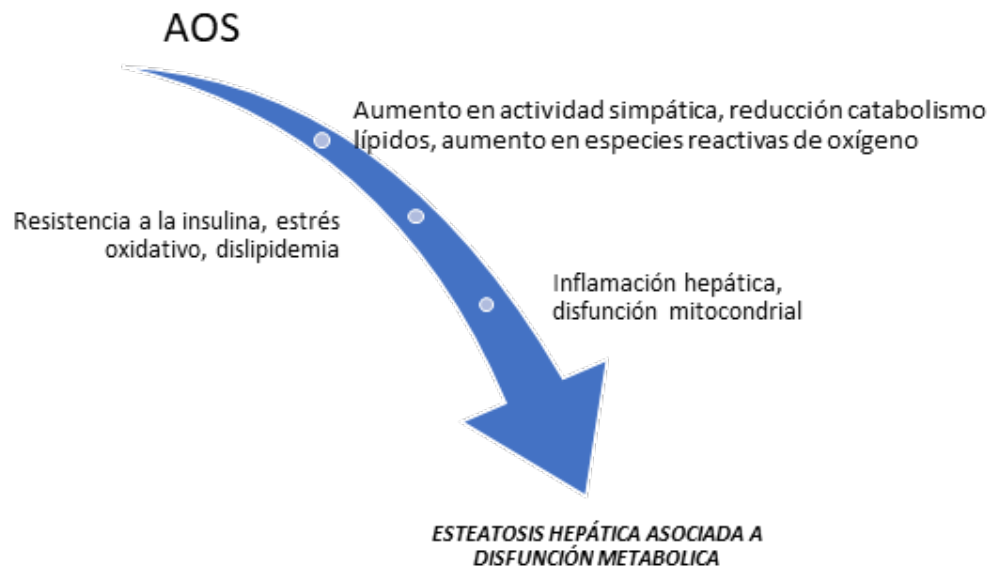


Figura 1: Probables mecanismos de la AOS que generan riesgos de desarrollo de EHDM. Adaptado de: Tang H, LyF, Zhang P, Liu J, Mao J. The impact of obstructive sleep apnea on nonalcoholic fatty liver disease. *Front Endocrinol.* 2 de octubre de 2023;14:1254459.

En el 2017 Peng et al., publican un estudio transversal en donde se evaluó la relación entre la duración corta del sueño y la EHDM en una población de 8559 personas con edad superior o igual a 40 años; se determinó la prevalencia de EHDM en la población de 30.4%, señalando a su vez una relación inversa entre la duración del sueño y el riesgo de desarrollar EHDM(38). Es de importancia mencionar que el mantenimiento de las funciones hepáticas requiere de la regulación circadiana(39), dado que por medio de esta, se regula la producción de insulina y la lipogénesis; Existe literatura en la que se ha demostrado que la exposición prolongada a condiciones hipóxicas, como en la AOS, generara una disregulación de los ritmos circadianos(40), lo que aumentaría el riesgo de desarrollo de EHDM, e inclusive, un mayor riesgo de desarrollo de carcinogénesis hepática asociado a esta condición(41).

Destaca principalmente, en los pacientes con AOS, la presencia de un sueño no reparador y fragmentado, lo que también contribuiría al desarrollo de EHDM; Koritala et al., publican en 2021 un estudio en donde determinaron que un sueño de corta duración, tenía una relación directa con un riesgo más alto de desarrollo de EHDM(40). La función hepática necesita de diversos factores para poder mantenerse de una manera adecuada, entre los cuales se destacan la regulación circadiana de las células, el flujo metabólico, la absorción de nutrientes y la secreción hormonal(39), todas alteradas con un sueño no reparador y fragmentado; la producción de insulina y la lipogénesis, tienen una

ritmicidad circadiana, por lo que, al alterarse este patrón, se desarrolla de manera más frecuente resistencia a la insulina, trastornos del metabolismo de glucosa y trastornos del metabolismo de los lípidos(41). Existe evidencia que describe el aumento de secreción de hormonas como adrenalina y noradrenalina de manera precoz, predominantemente matutinas, en relación a la ausencia de sueño, aumentando el riesgo de resistencia a la insulina(42).

Conclusiones

Es de vital importancia reconocer la asociación entre un cuadro tan frecuente y con una incidencia en alza como la apnea obstructiva del sueño, y la esteatosis hepática en pro de garantizar mejores opciones terapéuticas para nuestros pacientes, y así, evitar de manera puntual, complicaciones a largo plazo que impacten de manera directa en la salud de nuestros pacientes.

Queda mucho camino por recorrer en el diagnóstico de la apnea obstructiva del sueño, se estima que la prevalencia está subestimada por la falta de diagnóstico por parte de los profesionales de atención primaria, y que, como pudimos evidenciar en este documento, es de suma importancia, dada las múltiples complicaciones que esta enfermedad conlleva para quien la padece.

Como enseñanza, siempre sospechar apnea obstructiva del sueño en un paciente con esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica, sin un causal claro, y más aún si tiene factores de riesgo para la enfermedad como obesidad, retrognatia, entre otros.

Bibliografía

- Gottlieb DJ, Punjabi NM. Diagnosis and Management of Obstructive Sleep Apnea: A Review. *JAMA*. 14 de abril de 2020;323(14):1389.
- Dempsey JA, Veasey SC, Morgan BJ, O'Donnell CP. Pathophysiology of Sleep Apnea. *Physiol Rev*. enero de 2010;90(1):47-112.
- Somers VK, White DP, Amin R, Abraham WT, Costa F, Culebras A, et al. Sleep apnea and cardiovascular disease: an American Heart Association/American College of Cardiology Foundation Scientific Statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research Professional Education Committee, Council on Clinical Cardiology, Stroke Council, and Council on Cardiovascular Nursing. *J Am Coll Cardiol*. 19 de agosto de 2008;52(8):686-717.
- Javaheri S, Barbe F, Campos-Rodriguez F, Dempsey JA, Khayat R, Javaheri S, et al. Sleep Apnea: Types, Mechanisms, and Clinical Cardiovascular Consequences. *J Am Coll Cardiol*. 21 de febrero de 2017;69(7):841-58.
- Punjabi NM, Caffo BS, Goodwin JL, Gottlieb DJ, Newman AB, O'Connor GT, et al. Sleep-disordered breathing and mortality: a prospective cohort study. *PLoS Med*. agosto de 2009;6(8):e1000132.
- Pouwels S, Sakran N, Graham Y, Leal A, Pintar T, Yang W, et al. Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD): a review of pathophysiology, clinical management and effects of weight loss. *BMC Endocr Disord*. 14 de marzo de 2022;22(1):63.
- Machado MV, Diehl AM. Pathogenesis of Nonalcoholic Steatohepatitis. *Gastroenterology*. junio de 2016;150(8):1769-77.
- Nasr P, Ignatova S, Kechagias S, Ekstedt M. Natural history of nonalcoholic fatty liver disease: A prospective follow-up study with serial biopsies. *Hepatol Commun*. febrero de 2018;2(2):199-210.
- Browning JD, Szczepaniak LS, Dobbins R, Nuremberg P, Horton JD, Cohen JC, et al. Prevalence of hepatic steatosis in an urban population in the United States: impact of ethnicity. *Hepatol Baltim Md*. diciembre de 2004;40(6):1387-95.
- Chitturi S, Farrell GC. Etiopathogenesis of nonalcoholic steatohepatitis. *Semin Liver Dis*. 2001;21(1):27-41.
- Fromenty B, Pessayre D. Impaired mitochondrial function in microvesicular steatosis effects of drugs, ethanol, hormones and cytokines. *J Hepatol*. 1 de enero de 1997;26:43-53.
- Tang H, Lv F, Zhang P, Liu J, Mao J. The impact of obstructive sleep apnea on nonalcoholic fatty liver disease. *Front Endocrinol*. 2 de octubre de 2023;14:1254459.
- Almendros I, Basoglu ÖK, Conde SV, Liguori C, Saaresranta T. Metabolic dysfunction in OSA: Is there something new under the sun? *J Sleep Res*. febrero de 2022;31(1):e13418.
- Jin S, Jiang S, Hu A. Association between obstructive sleep apnea and non-alcoholic fatty liver disease: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Breath Schlaf Atm*. septiembre de 2018;22(3):841-51.
- Arisoy A, Sertoğulları B, Ekin S, Özgökçe M, Bulut MD, Huyut MT, et al. Sleep Apnea and Fatty Liver Are Coupled Via Energy Metabolism. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res*. 19 de marzo de 2016;22:908-13.
- Parikh MP, Gupta NM, McCullough AJ. Obstructive Sleep Apnea and the Liver. *Clin Liver Dis*. mayo de 2019;23(2):363-82.
- Murphy AM, Thomas A, Crinion SJ, Kent BD, Tambuwala MM, Fabre A, et al. Intermittent hypoxia in obstructive sleep apnoea mediates insulin resistance through adipose tissue inflammation. *Eur Respir J*. abril de 2017;49(4):1601731.
- Newhouse LP, Joyner MJ, Curry TB, Laurenti MC, Man CD, Cobelli C, et al. Three hours of intermittent hypoxia increases circulating glucose levels in healthy adults. *Physiol Rep*. enero de 2017;5(1):e13106.
- Mesarwi OA, Loomba R, Malhotra A. Obstructive Sleep Apnea, Hypoxia, and Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 1 de abril de 2019;199(7):830-41.
- Fang Y, Zhang Q, Tan J, Li L, An X, Lei P. Intermittent hypoxia-induced rat pancreatic β -cell apoptosis and protective effects of antioxidant intervention. *Nutr Diabetes*. 1 de septiembre de 2014;4(9):e131.
- Sherwani SI, Aldana C, Usmani S, Adin C, Kotha S, Khan M, et al. Intermittent hypoxia exacerbates pancreatic β -cell dysfunction in a mouse model of diabetes mellitus. *Sleep*. 1 de diciembre de 2013;36(12):1849-58.
- Chen LD, Huang ZW, Huang YZ, Huang JF, Zhang ZP, Lin XJ. Untargeted Metabolomic Profiling of Liver in a Chronic Intermittent Hypoxia Mouse Model. *Front Physiol*. 2021;12:701035.
- Barceló A, Barbé F, de la Peña M, Vila M, Pérez G, Piérola J, et al. Antioxidant status in patients with sleep apnoea and impact of continuous positive airway pressure treatment. *Eur Respir J*. abril de 2006;27(4):756-60.
- Farzanegi P, Dana A, Ebrahimpoor Z, Asadi M, Azarbayjani MA. Mechanisms of beneficial effects of exercise training

on non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD): Roles of oxidative stress and inflammation. *Eur J Sport Sci.* agosto de 2019;19(7):994-1003.

25. Feng S zhi, Tian J li, Zhang Q, Wang H, Sun N, Zhang Y, et al. An experimental research on chronic intermittent hypoxia leading to liver injury. *Sleep Breath Schlaf Atm.* septiembre de 2011;15(3):493-502.

26. Martínez-Cerón E, Casitas R, Galera R, Sánchez-Sánchez B, Zamarrón E, Garcia-Sanchez A, et al. Contribution of sleep characteristics to the association between obstructive sleep apnea and dyslipidemia. *Sleep Med.* agosto de 2021;84:63-72.

27. Drager LF, Li J, Shin MK, Reinke C, Aggarwal NR, Jun JC, et al. Intermittent hypoxia inhibits clearance of triglyceride-rich lipoproteins and inactivates adipose lipoprotein lipase in a mouse model of sleep apnoea. *Eur Heart J.* marzo de 2012;33(6):783-90.

28. Adedayo AM, Olafiranye O, Smith D, Hill A, Zizi F, Brown C, et al. Obstructive sleep apnea and dyslipidemia: evidence and underlying mechanism. *Sleep Breath Schlaf Atm.* marzo de 2014;18(1):13-8.

29. Nadeem R, Singh M, Nida M, Waheed I, Khan A, Ahmed S, et al. Effect of obstructive sleep apnea hypopnea syndrome on lipid profile: a meta-regression analysis. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 15 de mayo de 2014;10(5):475-89.

30. Chopra S, Rathore A, Younas H, Pham LV, Gu C, Beselman A, et al. Obstructive Sleep Apnea Dynamically Increases Nocturnal Plasma Free Fatty Acids, Glucose, and Cortisol During Sleep. *J Clin Endocrinol Metab.* 1 de septiembre de 2017;102(9):3172-81.

31. Gabryelska A, Szmyd B, Szemraj J, Stawski R, Sochal M, Białasiewicz P. Patients with obstructive sleep apnea present with chronic upregulation of serum HIF-1 α protein. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 15 de octubre de 2020;16(10):1761-8.

32. Wang CH, Liu HM, Chang ZY, Huang TH, Lee TY. Losartan Prevents Hepatic Steatosis and Macrophage Polarization by Inhibiting HIF-1 α in a Murine Model of NAFLD. *Int J Mol Sci.* 22 de julio de 2021;22(15):7841.

33. He Y, Yang W, Gan L, Liu S, Ni Q, Bi Y, et al. Silencing HIF-1 α aggravates non-alcoholic fatty liver disease in vitro through inhibiting PPAR- α /ANGPTL4 singling pathway. *Gastroenterol Hepatol.* mayo de 2021;44(5):355-65.

34. Paschetta E, Belci P, Alisi A, Liccardo D, Cutrera R, Musso G, et al. OSAS-related inflammatory mechanisms of liver injury in nonalcoholic fatty liver disease. *Mediators Inflamm.* 2015;2015:815721.

35. Rankin EB, Rha J, Selak MA, Unger TL, Keith B, Liu Q, et al. Hypoxia-inducible factor 2 regulates hepatic lipid metabolism. *Mol Cell Biol.* agosto de 2009;29(16):4527-38.

36. Miao M, Wu M, Li Y, Zhang L, Jin Q, Fan J, et al. Clinical Potential of Hypoxia Inducible Factors Prolyl Hydroxylase Inhibitors in Treating Nonanemic Diseases. *Front Pharmacol.* 2022;13:837249.

37. Kim D, Kim HJ, Kushida CA, Heo NY, Ahmed A, Kim WR. Short Sleep Duration Is Associated With Abnormal Serum Aminotransferase Activities and Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc.* abril de 2018;16(4):588-90.

38. Peng K, Lin L, Wang Z, Ding L, Huang Y, Wang P, et al. Short sleep duration and longer daytime napping are associated with non-alcoholic fatty liver disease in Chinese adults. *J Diabetes.* septiembre de 2017;9(9):827-36.

39. Rosselot AE, Hong CI, Moore SR. Rhythm and bugs: circadian clocks, gut microbiota, and enteric infections. *Curr Opin Gastroenterol.* enero de 2016;32(1):7-11.

40. Koritala BSC, Conroy Z, Smith DF. Circadian Biology in Obstructive Sleep Apnea. *Diagn Basel Switz.* 13 de junio de 2021;11(6):1082.

41. Chao HW, Chao SW, Lin H, Ku HC, Cheng CF. Homeostasis of Glucose and Lipid in Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. *Int J Mol Sci.* 13 de enero de 2019;20(2):298.

42. Broussard JL, Chapotot F, Abraham V, Day A, Delebecque F, Whitmore HR, et al. Sleep restriction increases free fatty acids in healthy men. *Diabetologia.* abril de 2015;58(4):791-8.

Manifestaciones intracraneanas de la enfermedad relacionada con IgG4 en un paciente pediátrico colombiano

Intracranial manifestations of IgG4-related disease in a Colombian pediatric patient

Dra. Natalia Martínez

Residente de Neurología Pediátrica
Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, Colombia

Dra. Eugenia Espinosa

Neurología Pediátrica, profesor titular
Universidad Militar Nueva Granada y Universidad del Rosario, Instituto Roosevelt
Bogotá, Colombia

Dra. Camila López

Pediatra
Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, Colombia

Dra. Ana María Medina

Pediatra
Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, Colombia

e-mail:nataliamartinez@hotmail.com

Resumen:

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (IgG4-RD) es un trastorno fibroinflamatorio inmunomediado pudiendo afectar diversos órganos, incluyendo el sistema nervioso central (SNC). Las manifestaciones intracraneanas son poco frecuentes, especialmente en población pediátrica. Presentamos el caso de un paciente pediátrico-colombiano con IgG4-RD y manifestaciones intracraneanas, con el objetivo de contribuir al conocimiento sobre esta rara condición y destacar la importancia de considerarla en el diagnóstico diferencial de lesiones agudas del SNC. Caso clínico: Paciente masculino de 15 años con historia de cefalea, crisis epilépticas y hallazgos imagenológicos de lesión supratentorial sugestiva de proceso neoplásico. Los estudios de extensión descartaron malignidad. La biopsia reveló infiltrados linfoplasmocitarios con un 80% de células plasmáticas IgG4 positivas, confirmando el diagnóstico de IgG4-RD. Se inició tratamiento con corticoides sistémicos, con adecuada evolución clínica y resolución de las lesiones en neuroimágenes de control. Conclusiones: Este caso destaca la importancia de considerar la IgG4-RD en el diagnóstico diferencial de lesiones cerebrales agudas en población pediátrica. Aunque las manifestaciones intracraneanas son poco frecuentes, su reconocimiento y tratamiento oportunos son cruciales para mejorar el curso clínico y pronóstico de los pacientes. Se requieren más estudios para comprender mejor la patogénesis, las manifestaciones clínicas y el tratamiento óptimo de esta condición en la población pediátrica.

Palabras clave: Enfermedad relacionada con IgG4, manifestaciones intracraneanas, población pediátrica, pseudotumor, corticoides sistémicos.

Summary:

Introduction: IgG4-related disease (IgG4-RD) is an immune-mediated fibroinflammatory disorder that can affect various organs, including the central nervous system (CNS). Intracranial manifestations are rare, especially in the pediatric population. We present the case of a Colombian pediatric patient with IgG4-RD and intracranial manifestations, with the aim of contributing to knowledge about this rare condition and highlighting the importance of considering it in the differential diagnosis of acute CNS lesions. Clinical case: 15-year-old male patient with a history of headache, epileptic seizures and imaging findings of a supratentorial lesion suggestive of a neoplastic process. Extension studies ruled out malignancy. The biopsy revealed lymphoplasmacytic infiltrates with 80% IgG4-positive plasma cells, confirming the diagnosis of IgG4-RD. Treatment with systemic corticosteroids was initiated, with adequate clinical evolution and resolution of the lesions in control neuroimaging. Conclusions: This case highlights the importance of considering IgG4-RD in the differential diagnosis of acute brain injuries in the pediatric population. Although intracranial manifestations are rare, their timely recognition and treatment are crucial to improve the clinical course and prognosis of patients. Further studies are required to better

understand the pathogenesis, clinical manifestations, and optimal treatment of this condition in the pediatric population.

Keywords: *IgG4-related disease, intracranial manifestations, pediatric population, pseudotumor, systemic corticosteroids*

Introducción

La enfermedad relacionada con IgG4 (IgG4-RD) es un proceso fibroinflamatorio inmunomediado caracterizado por infiltrados linfoplasmocíticos densos con un alto porcentaje de células plasmáticas portadoras de IgG4, con alteraciones parenquimatosas caracterizadas por desarrollo de masas escleróticas en los órganos afectados (1). Inicialmente descrita en 2001 como pancreatitis autoinmune con niveles plasmáticos elevados de IgG4 (2), posteriormente se demostró la presencia de IgG4 asociada a lesiones fibroinflamatorias en diversos órganos, permitiendo la expansión del concepto de enfermedad local a enfermedad multisistémica (2).

La IgG4-RD puede afectar cualquier sistema orgánico, incluyendo páncreas, vías biliares, glándulas salivales, glándulas lagrimales, retroperitoneo, riñones, pulmones, próstata y sistema nervioso central (SNC) (3,4). Las manifestaciones clínicas varían según los órganos afectados, comúnmente incluyen agrandamiento de estos, niveles séricos elevados de IgG4, e histología característica con presencia de infiltración de plasmocitos portadores de IgG4, fibrosis estoriforme y flebitis obliterante (5).

Aunque el compromiso del SNC es menos frecuente, se han reconocido diversas manifestaciones, incluyendo alteraciones neuro-endocrinas por compromiso de la hipófisis (3), paquimeningitis hipertrófica (4) y pseudotumores inflamatorios en la duramadre, piamadre, tallo y, con menor probabilidad, en el parénquima cerebral (5).

Debido a su descripción reciente, la IgG4-RD es una enfermedad poco conocida y, por lo tanto, infradiagnosticada, generando dificultades para describir su epidemiología. La mayoría de las publicaciones sobre esta enfermedad han sido realizados en Japón, reportando una prevalencia de 5.3/100.000 (2). A la fecha, solo se encuentran algunos reportes de caso de compromiso del SNC asociado a esta patología en la literatura.

En este artículo, presentamos el caso de un paciente pediátrico colombiano con enfermedad relacionada con IgG4 y manifestaciones intracraneanas, con el objetivo de contribuir al conocimiento sobre esta rara condición en la población pediátrica y destacar la importancia de considerar la IgG4-RD en el diagnóstico diferencial de lesiones del SNC.

Reporte de caso

Escolar masculino de 15 años, sin antecedentes pre o perinatales y familiares de importancia, con neurodesarrollo adecuado e historia de rinitis alérgica.

Consultó por cuadro clínico de 2 meses de evolución de cefalea holocránea de alta intensidad, de tipo opresivo, con fotofobia y náuseas de predominio matutino, asociado a crisis epiléptica focal motora con posterior bilateralización de 2 minutos de duración y posterior recurrencia de evento de iguales características semiológicas durante su traslado a urgencias de 5 minutos de duración, sin recuperación de la conciencia durante eventos, razón por lo cual fue manejado como estatus epiléptico. Se evidencia presencia de hiperreflexia en hemicuerpo izquierdo como único hallazgo al examen físico. Se solicitó TAC de cráneo simple con evidencia de lesión supratentorial de 1.7 x 1.5 cm, intraaxial, temporo-parietal derecha, por sus características fue sugestiva inicialmente de proceso neoplásico con gran edema vasogénico perilesional, no asociado a desplazamiento de las estructuras de la línea media (Imagen 1).

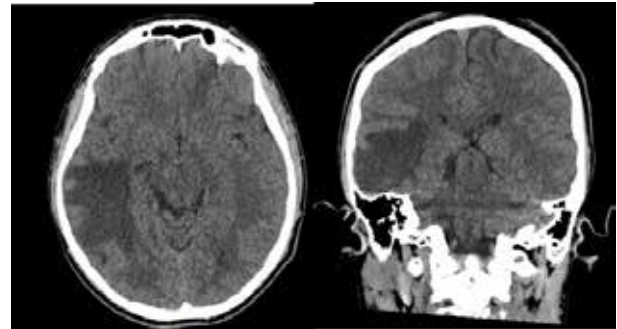


Imagen 1. A. TC de cráneo corte axial, B. TC de cráneo corte coronal. Ambos con evidencia de lesión hipodensa bien delimitada en región temporo parietal derecha de 1.7 x 1.5 cm, intraaxial con presencia de edema vasogénico perilesional. No desviación de la línea media, no hemorragia.

Se iniciaron estudios complementarios por sospecha de cáncer infantil con resonancia magnética cerebral (RMC) contrastada informada como lesión con efecto expansivo cortico-subcortical temporal basal posterior derecha, con gran reacción de edema vasogénico asociado. con realce anular completo con el medio de contraste, evidenciando contornos lobulados, sin una modificación definida en secuencias de difusión (Imagen 2).

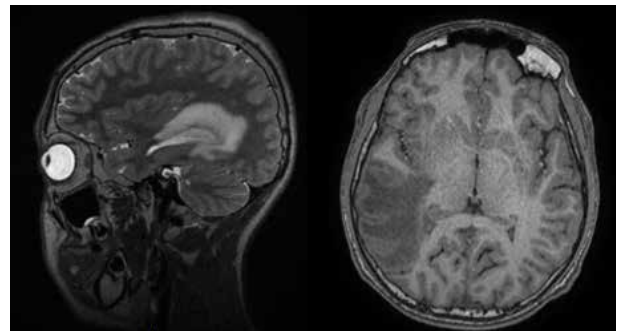


Imagen 2. Imagen A. Corte sagital T2 y B. corte axial T1 con evidencia de lesión con efecto expansivo corticosubcortical temporal basal posterior derecho con gran reacción de edema vasogénico asociado.

Se inició seguimiento interdisciplinario con hematología pediátrica, con estudios de extensión en contexto de sospecha de cáncer infantil, con radiografía de tórax, resonancia magnética de columna cervical, torácica y lumbar, todos dentro de límites normales.

Se llevó a cabo biopsia guiada por estereotaxia, que evidenció una lesión temporal extra-axial con contenido purulento, considerándose absceso cerebral como diagnóstico diferencial. Se inició cefepime, metronidazol y vancomicina, según indicación de infectología pediátrica, sin embargo, con cultivo de gérmenes negativo a las 72 horas de incubación.

El reporte de Patología evidenció en parénquima cerebral periféricamente meninge engrosada fibrosa con necrosis, y densos infiltrados linfoplasmocitarios y por eosinófilos en un fondo fibroso estoriforme, con vasos gruesos. En los estudios de inmunohistoquímica se evidenciaron positividad en la población de plasmocitos para CD38, CD19, IgG, IgG4 sin restricción de cadenas, siendo un 80% de IgG4 positiva, confirmando diagnóstico de enfermedad relacionada con IgG4. Las coloraciones de ZN, PAS y Gomory no se identifican microorganismos.

Se inició manejo con esteroide sistémico intravenoso a dosis de 1 mg/kg/día durante 5 días, con posterior esteroide oral, instaurado en conjunto con reumatología pediátrica, con adecuada evolución clínica, resolución de sintomatología, incluyendo cefalea y sin recurrencia de nuevos eventos iciales. Se realizó RMC de control a los 8 días posterior a finalización de corticoide endovenoso sin evidencia de lesiones tumorales (Imagen 3).

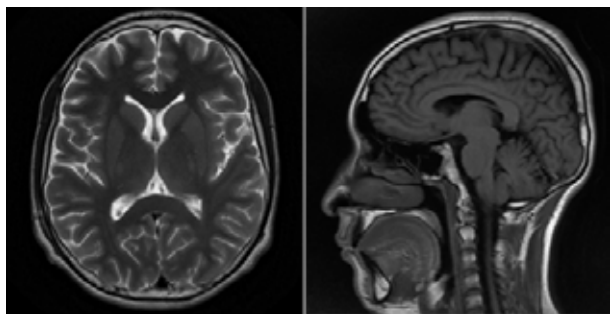


Imagen 3. A. Corte axial T2. B. Corte sagital T1. Sin evidencia de lesiones ocupantes de espacio, con adecuada diferenciación cortico subcortical, adecuado espacio ventricular.

El paciente continúa seguimiento interdisciplinario con neurología pediátrica, reumatología, oftalmología, inmunología pediátrica, en titulación de corticoide oral para inicio de medicamento inmunomodulador, además de medicamento anticrisis, con mejoría total de la sintomatología, sin hallazgos en examen oftalmológico.

Discusión

La enfermedad relacionada con IgG4 es una condición inflamatoria crónica, caracterizada por infiltración linfoplasmocitaria rica en células plasmáticas IgG4 positivas, fibrosis y elevación sérica de IgG4 (1). Aunque puede afectar diversos órganos, las manifestaciones intracraneanas son poco frecuentes, especialmente en población pediátrica (2). Con poca frecuencia y en asociación con paquimeningitis o IgG4-RD sistémica, se ha informado afectación cerebral parenquimatosa comprobada por biopsia imitando la formación de pseudotumor cerebral, como fue el caso de nuestro paciente.

La presentación usual de IgG4-RD no es a nivel del sistema nervioso central (SNC) haciendo este caso aún más interesante. Los órganos comúnmente afectados incluyen páncreas, glándulas salivales, retroperitoneo, riñones y vía biliar, en el presente caso sin compromiso de otros órganos (3). Sin embargo, se han descrito casos de compromiso del SNC en adultos, siendo aún más raros en población pediátrica (4).

Las manifestaciones neurológicas de la IgG4-RD pueden ser diversas y afectar diferentes estructuras del SNC. La paquimeningitis hipertrófica es una de las presentaciones más comunes, caracterizada por engrosamiento de la duramadre y síntomas como cefalea, déficits neurológicos focales y epilepsia (3). Otra manifestación frecuente es la hipofisitis, causando deficiencias hormonales y alteraciones visuales, no presentes en este caso (4). Además, se han descrito casos de pseudotumores intracraneales, vasculitis del SNC y neuropatías craneales de forma aislada en adultos jóvenes (5) (tabla 1).

Manifestación neurológica	Características clínicas
Paquimeningitis hipertrófica	Engrosamiento de la duramadre, cefalea, déficits neurológicos focales, crisis
Hipofisitis	Deficiencias hormonales, alteraciones visuales
Pseudotumores intracraneales	Efecto de masa, síntomas neurológicos focales
Vasculitis del SNC	Accidente cerebrovascular, déficits neurológicos focales
Neuropatías craneales	Parálisis de nervios craneales, alteraciones sensoriales y motoras
Afectación cerebral parenquimatosa	Lesiones cerebrales, síntomas neurológicos focales

Tabla 1. Manifestaciones neurológicas a nivel del SNC. Fuente de elaboración propia.

Sin embargo, la afectación cerebral parenquimatosa comprobada por biopsia, como se presentó en nuestro paciente, es una manifestación poco frecuente de la IgG4-RD (6). Este hallazgo destaca la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de lesiones cerebrales, incluso en ausencia de las manifestaciones más típicas.

Fisiopatológicamente se trata de una condición autoinmune, en la que las células plasmáticas IgG4 positivas desempeñan un papel central en la patogénesis (7). La infiltración de plasmocitos en los tejidos afectados, junto con la fibrosis y elevación sérica de IgG4, son hallazgos característicos de esta entidad (8). Se ha propuesto la respuesta inmune aberrante en la IgG4-RD puede ser desencadenada por antígenos específicos, como alérgenos o autoantígenos, conduciendo a la activación de células T helper 2 (Th2) y producción de citocinas como interleucina-4 (IL-4), IL-5 e IL-13 (9). Estas citocinas promueven la diferenciación de células B en plasmocitos productores de IgG4 y síntesis de colágeno por parte de los fibroblastos, resultando en fibrosis característica de la enfermedad (10).

A pesar de estos avances en la comprensión de la patogénesis de la IgG4-RD, los mecanismos exactos que conducen al compromiso del SNC aún no se conocen completamente. Se ha sugerido la infiltración de células plasmáticas IgG4 positivas en las meninges y el parénquima cerebral puede desencadenar una respuesta inflamatoria local, conduciendo a la formación de lesiones y la aparición de síntomas neurológicos (3,11). Además, se ha propuesto que la IgG4 puede tener un papel directo en la patogénesis de la enfermedad, ya sea mediante la

activación del complemento o la formación de complejos inmunes (1,12).

En nuestro paciente, los hallazgos imagenológicos iniciales mostraron lesiones cerebrales parenquimatosas típicas muy similares a lesiones tumorales, confirmando el diagnóstico IgG4-RD mediante estudios inmunohistoquímicos. El tratamiento con corticoides sistémicos resultó con mejoría clínica significativa y reducción de las lesiones en las neuroimágenes de seguimiento, destacándose la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportunos. En la tabla 2 se explican los principales criterios imagenológicos e histopatológicos.

Los corticosteroides son el pilar del tratamiento de la IgG4-RD, y se ha demostrado su efectividad para inducir la remisión y mejorar los síntomas en la mayoría de los pacientes (13). Sin embargo, algunos casos pueden requerir terapias adicionales, como inmunosupresores o agentes biológicos, especialmente en pacientes con enfermedad refractaria o recidivante (5,14). En nuestro caso, el paciente presentó excelente respuesta al tratamiento con corticoides sistémicos, evidenciada tanto mejoría clínica como la resolución de las lesiones en las neuroimágenes de seguimiento. Este resultado favorable

destaca la importancia de un diagnóstico preciso y un manejo terapéutico adecuado en los casos de IgG4-RD con afectación del SNC.

Este reporte busca aumentar la conciencia sobre esta entidad y enfatizar la necesidad de un diagnóstico y tratamiento oportunos para mejorar el pronóstico de los pacientes. Además, destaca la importancia de la colaboración interdisciplinaria en el manejo de estos casos, ya que la IgG4-RD puede afectar múltiples órganos y sistemas, requiriendo la participación de diversos especialistas.

Conclusión

Las manifestaciones intracraneanas de la IgG4-RD son poco frecuentes, especialmente en población pediátrica. La afectación cerebral parenquimatosa comprobada por biopsia imitando pseudotumor, como se presentó en nuestro paciente, es una manifestación inusual que resalta la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial en cuadros clínicos agudos de inicio focal. Aunque se han logrado avances en la comprensión

Región anatómica	Hallazgos imagenológicos de resonancia magnética cerebral	Hallazgos histopatológicos
<i>Leptomeninges</i>	- Engrosamiento y realce leptomeningeo difuso o nodular - Captación leptomeningea tras la administración de contraste - Hidrocefalia comunicante secundaria a la inflamación leptomeningea	- Infiltrado linfoplasmocítico denso rico en células plasmáticas IgG4+ en las leptomeninges - Fibrosis estoriforme en las leptomeninges
<i>Parénquima cerebral</i>	- Lesiones hipointensas en T2 en la sustancia blanca - Realce homogéneo o en anillo de las lesiones parenquimatosas tras la administración de contraste - Efecto de masa y edema vasogénico perilesional - Pseudotumor inflamatorio intracraneal	- Infiltrado linfoplasmocítico denso rico en células plasmáticas IgG4+ en el parénquima cerebral - Fibrosis estoriforme en el parénquima cerebral - Flebitis obliterante en vasos sanguíneos cerebrales - Proporción elevada de células plasmáticas IgG4+/IgG+ (>40%) en el parénquima cerebral - Número elevado de células plasmáticas IgG4+ por campo de alta potencia (>10 células/CAP) en el parénquima cerebral
<i>Duramadre</i>	- Engrosamiento y realce dural difuso o nodular - Captación dural tras la administración de contraste	- Infiltrado linfoplasmocítico denso rico en células plasmáticas IgG4+ en la duramadre - Fibrosis estoriforme en la duramadre
<i>Nervios craneales</i>	- Engrosamiento y realce de los nervios craneales - Captación a lo largo de los nervios craneales tras la administración de contraste	- Infiltrado linfoplasmocítico denso rico en células plasmáticas IgG4+ en los nervios craneales - Fibrosis estoriforme en los nervios craneales
<i>Hipófisis</i>	- Agrandamiento y realce homogéneo de la glándula hipofisaria - Extensión supraselar del agrandamiento hipofisario - Captación hipofisaria tras la administración de contraste	- Infiltrado linfoplasmocítico denso rico en células plasmáticas IgG4+ en la hipófisis - Fibrosis estoriforme en la hipófisis

Tabla 2. Principales hallazgos imagenológicos e histopatológicos en IgG4- RD. Fuente de elaboración propia

de la patogénesis de la IgG4-RD, aún quedan muchas preguntas por responder, especialmente en lo que respecta a la afectación del SNC. Se requieren más estudios para comprender mejor la patogénesis, las manifestaciones clínicas y el tratamiento óptimo de esta condición en la población pediátrica.

Bibliografías

1. Kim D, Kim SH, Kim EH. Intracranial Tumors Associated With IgG4-Related Disease. *Brain Tumor Res Treat.* 2021 Oct;9(2): 93-99. doi: 10.14791/btrt.2021.9.e17. PMID: 34725991; PMCID:PMC8561221.
2. Wallace ZS, Miles G, Smolkina E, et al. Incidence, prevalence and mortality of IgG4-related disease in the USA: a claims-based analysis of commercially insured adults. *Ann Rheum Dis.* 2023;82:957-962.
3. Qing P, Lu C, Yan B, Liu C, Fox DA, Zhao Y, Liu Y, Tan C. Case report: IgG4-related intracranial lesions mimicking multiple sclerosis in a 14-year-old girl. *Front Neurol.* 2022;13:1007153. doi: 10.3389/fneur.2022.1007153.
4. Liu C, Zhang P, Zhang W. Immunological mechanism of IgG4-related disease. *J Transl Autoimmun.* 2020;3:100047. doi: 10.1016/j.jtauto.2020.100047.
5. Sasaki T, Akiyama M, Kaneko Y, Takeuchi T. Immunoglobulin G4-related disease and idiopathic multicentric Castleman's disease: confusable immune-mediated disorders. *Rheumatology.* 2022;61:490-501. doi: 10.1093/rheumatology/keab634.
6. Umehara H, Okazaki K, Kawa S, Takahashi H, Goto H, Matsui S, et al. The 2020 revised comprehensive diagnostic (RCD) criteria for IgG4-RD. *Mod Rheumatol.* 2021;31:529-33. doi: 10.1080/14397595.2020.1859710.
7. De Maria A, Sepulcri C, Tutino S, et al. Mind the gap: IgG4-related disease mimicking infectious cerebral mass lesions. *Eur J Med Res.* 2022;27:42.
8. Abbas G, Karamchandani J, Ciarallo A, Durcan L. IgG4-Related Disease of the Central Nervous System: A Case Series. *Can J Neurol Sci.* 2023;50(6):907-913. doi:10.1017/cjn.2022.321.
9. Yoshiya Tanaka, John H Stone, Perspectives on current and emerging therapies for immunoglobulin G4-related disease, *Modern Rheumatology*, Volume 33, Issue 2, March 2023, Pages 229–236, <https://doi-org.ezproxy.umng.edu.co/10.1093/mr/roac141>.
10. Maehara T, Mattoo H, Ohta M, et al. Lesional CD4+ IFN-γ+ cytotoxic T lymphocytes in IgG4-related dacryoadenitis and sialoadenitis. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(2):377-85.
11. Wu X, Peng Y, Li J, Zhang P, Liu Z, Lu H, et al. Single-cell sequencing of immune cell heterogeneity in IgG4-related disease. *Front Immunol.* 2022;13:904288. doi: 10.3389/fimmu.2022.904288.
12. Hegade VS, Sheridan MB, Huggett MT. Diagnosis and management of IgG4-related disease. *Frontline Gastroenterol.* 2019;10(3):275-283. doi: 10.1136/flgastro-2018-101001. Epub 2018. PMID: 31288262; PMCID: PMC6583577.
13. Chen Y, Cai S, Dong L, Umehara H. Update on classification, diagnosis, and management of immunoglobulin G4-related disease. *Chin Med J (Engl).* 2022 ;135(4):381-392. doi: 10.1097/CM9.0000000000001891. PMID: 34985023; PMCID: PMC8869566.
14. Yang MK, Kim GJ, Choi YA, Sa HS. Efficacy and safety of intravenous glucocorticoid therapy for IgG4-related ophthalmic disease. *PLoS One.* 2023;18(4):e0284442. doi: 10.1371/journal.pone.0284442. PMID: 37075036; PMCID: PMC10115269.

Quemadura ocular con gota mágica (cianocrilato)

Eye burn with magic drop (cyanoacrylate)

Dra. Maribel Angulo Valencia

Oftalmóloga, Universidad del Sinú -Elías Bechara Zainum-
Montería, Colombia

Salma Álvarez Paternina

Estudiante de X semestre de Medicina, Universidad del Sinú -Elías Bechara Zainum-
Montería, Colombia

e-mail:maribelangulo@unisinu.edu.co

Resumen

Las quemaduras químicas oculares representan un porcentaje muy pequeño dentro del total de tipos de quemaduras que se observan en niños, hay muy pocos casos publicados en la literatura médica sobre quemaduras infantiles por cianocrilato. El cianocrilato es una resina acrílica que polimeriza rápido, los pegamentos que la contienen pueden unir dos superficies fuertemente en apenas minutos, hasta la fecha los procedimientos de primeros auxilios para las quemaduras con este tipo de sustancias no suelen contemplar una guía para seguir en caso de accidentes oculares. Presentamos el caso de un niño que sufre accidente doméstico, atendido por el servicio de oftalmología, con compromiso severo de agudeza visual, ojo y párpados que evolucionó satisfactoriamente con el tratamiento instaurado, recuperando adecuadamente su ojo y calidad visual.

Palabras clave: Tinción con fluoresceína, cianocrilato, álcalis, superficie ocular, agudeza visual

Abstract

Ocular chemical burns represent a very small percentage of the total types of burns observed in children; there are very few cases published in the medical literature on childhood burns caused by cyanoacrylate. Cyanoacrylate is an acrylic resin that polymerizes quickly. The glues that contain it can bond two surfaces strongly in just minutes. To date, first aid procedures for burns with this type of substance do not usually include a guide to follow in case of eye accidents. We present the case of a child who suffered a domestic accident, attended by the ophthalmology service, with severe compromise in visual acuity, eye and eyelids who evolved satisfactorily with the treatment established, adequately recovering his eye and visual quality.

Keywords: fluorescein staining, cyanoacrylate, alkalis, ocular surface, visual acuity

Caso Clínico

Figura 1

Quemadura química en ojo izquierdo Foto tomada por la docente



Paciente masculino 9 años que consulta por caída de pegamento en ojo izquierdo. La madre no refiere antecedentes patológicos de interés, manifiesta que el niño estaba haciendo una

tarea escolar y le cae sustancia a chorro de gota en ojo izquierdo.

Cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por dolor ocular intenso que dificulta la apertura ocular espontánea y edema palpebral.

Se realiza aplicación de gotas anestésicas, se procede a realizar lavado de párpados y superficie ocular hasta lograr apertura palpebral, manifestando el niño intenso

ardor y fotofobia, se instila gotas de fluoresceína encontrándose des epitelización corneal en 360 grados, hiperemia conjuntival y tinción positiva en piel de los párpados. Se realiza toma de agudeza visual la cual es solo percepción de luz.

En común acuerdo con la madre del menor y teniendo en cuenta que se compromete a realizar el tratamiento de manera estricta y ordenada se decide realizar manejo de forma ambulatoria de la siguiente manera:

Figura 2,3,4,5

Secuencia del accidente ocular



1. Oclusión ocular de forma permanente por 24 horas, se indica solo destapar el ojo para la aplicación de medicamentos.



2. Tobramicina más dexametasona ungüento oftálmico aplicar dos veces al día.



3. Moxifloxacino 0,5% gotas oftálmicas aplicar una gota cada 4 horas.



4. Hialuronato de sodio 0,4% gotas oftálmicas aplicar una gota cada 3 horas.

5. Analgésicos vía oral, Acido Ascórbico vía oral.

6. Reposo y control a las 24 horas.

Se realiza control a las 24 horas

observándose mejoría de la apertura ocular, pero refiriendo el paciente mucha fotofobia, existe aún marcada tinción a la fluoresceína por lo que se decide mantener la oclusión ocular por 24 horas más, siguiendo igual tratamiento y control al día siguiente.

Se realiza revisión a las 48 horas, refiriendo el niño mejoría del dolor y de la fotofobia, se realiza toma de agudeza visual encontrándose en 20/100, debido a la mejoría se suspende la oclusión ocular, pero se mantiene el tratamiento igual por una semana.

Asiste el paciente en compañía de su madre a control 7 días después observándose mejoría del edema palpebral, mucho menos tinción a la fluoresceína y mejoría de la agudeza visual a 20/40, se inicia disminución de la dosis de medicamentos y cita de control.

Se observa 12 días después refiriendo el niño ver completamente normal, se toma agudeza visual encontrándose 20/20, niega fotofobia, no se observa edema palpebral y se deja tratamiento para ir disminuyendo de forma gradual hasta suspenderse y cita de control en un mes.

Figura 6
Recuperación del ojo accidentado
Foto tomada por la docente.



Se revisa paciente al mes observándose parpados sin edema, movimientos oculares normales, cornea transparente, tinción negativa, toma de

agudeza visual 20/20 en ambos ojos.

Paciente y familiares felices con la adecuada evolución del ojo afectado.

Discusión

Las quemaduras químicas oculares representan un porcentaje muy pequeño dentro del total de tipos de quemaduras que se observan en niños, existen pocos casos publicados en la literatura médica sobre quemaduras infantiles por cianocrilato.

El cianocrilato es una resina acrílica que polimeriza rápido, los pegamentos que la contienen pueden unir dos superficies fuertemente en apenas minutos, hasta la fecha los procedimientos de primeros auxilios para las quemaduras con este tipo de sustancias no suelen contemplar una guía para seguir en caso de accidentes oculares.

El manejo oftalmológico dado a este tipo de casos es igual como a una quemadura química ocasionada por álcalis donde es importante tener presente nunca despegar o separar los párpados bruscamente, es fundamental realizar un buen lavado y de manera exhaustiva el ojo con suero fisiológico con el fin de disminuir el contacto del agente químico con la superficie ocular, el uso de antibióticos está indicado con el fin de evitar infecciones sobre agregadas, las lágrimas naturales estabilizan el pH de la superficie ocular y coadyuva para una adecuada cicatrización, alivia el ardor y disminuye el ojo rojo. Los corticoides pueden estar indicados también, aunque son los encargados de reducir la inflamación, debemos tener precaución con el uso de estos últimos porque en algunos casos retarda la cicatrización y ocasiona a largo plazo efectos secundarios como son catarata, aumento de presión intraocular, entre otros. Los controles y revisiones periódicas por oftalmología son esencial no solo a corto sino también a mediano y largo plazo con el fin de prevenir secuelas y complicaciones sobre el ojo y la agudeza visual.

Conclusiones

Las quemaduras oculares siguen siendo una verdadera urgencia oftalmológica que puede poner en riesgo la visión, requieren una conducta médica oftalmológica asertiva y oportuna, es importante también educar a la población infantil sobre la prevención de accidentes oculares, se recomienda el uso de gafas protectoras y no olvidar que los niños al usar sustancias irritativas o peligrosas deben estar bajo la supervisión de un adulto responsable con el fin de evitar complicaciones que pongan en riesgo su salud visual.

Bibliografía

1. Rev Pediatr Aten Primaria vol.18 no.72 Madrid oct./dic. 2016.
2. García de Ribera MC, Gallego Peláez MC, García Lamata O, Zambrano Vera MM, Correa Hernández FJ. Quemadura por pegamento de cianocrilato. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016; 18:359-61.
3. Jack J Kanski, Oftalmología Clínica, 7 edición, Barcelona España, Elsevier, 2012, Capítulo 19: 689-691.
4. John F. Salmo, Kanski Oftalmología Clínica, 9 edición, Barcelona España, Elsevier, 2020, Capítulo 22: 910-922.
5. Robert Kliegman, Hal B Jenson, Richard Berhman, Bonita F Staton. Nelson Tratado de Pediatría, 18ª edición, volumen II, Barcelona, España, Elsevier Saunders, 2009, Capítulo 634.
6. Yanoff y Duker. Ophthalmology, Acid and alkali burns, 3er edition, USA, MOSBY, 2008. Capítulo 426.
7. Cynthia A. Bradford, Basic Ophthalmology, 12 edición, San Francisco, California, USA, 2014, American Academy of Ophthalmology, capítulo 5: 108-111.
8. Kelemen N, Karagergou E, Jones SL, Morritt AN. Full thickness burns caused by cyanoacrylate nail glue: a case series. Burns. 2016.

Desempeño cognitivo y capacidad mnémica en un paciente con esquizofrenia y retraso cognitivo internada en una clínica psiquiátrica

Cognitive performance and memory capacity in a patient with schizophrenia and cognitive delay hospitalized in a psychiatric clinic

Dr. Ezequiel Otero Dahud

Médico Psiquiatra, Docente Universidad del Sinú -Eliás Bechara Zainum-
Montería, Colombia

e-mail: ezoda@hotmail.com

Resumen: Este estudio de caso describe el perfil cognitivo y las habilidades mnémicas de una mujer de 34 años diagnosticada con esquizofrenia y retraso cognitivo, internada en una clínica psiquiátrica. A pesar de su condición, la paciente presenta habilidades destacables en lectura y escritura, una memoria excepcional para las letras de canciones y sus compositores, así como un conocimiento detallado de los datos personales de sus familiares. Este caso pone de relieve las capacidades cognitivas preservadas y las habilidades específicas que pueden estar presentes en pacientes con trastornos psiquiátricos graves, subrayando la importancia de un enfoque individualizado en su evaluación y tratamiento.

Palabras claves: Desempeño cognitivo, esquizofrenia, capacidad mnémica.

Abstract: This case study describes the cognitive profile and memory abilities of a 34-year-old woman diagnosed with schizophrenia and cognitive delay, admitted to a psychiatric clinic. Despite her condition, the patient has remarkable skills in reading and writing, an exceptional memory for song lyrics and their composers, as well as detailed knowledge of her family members' personal data. This case highlights the preserved cognitive abilities and specific skills that may be present in patients with severe psychiatric disorders, underscoring the importance of an individualized approach in their evaluation and treatment.

Key words: Cognitive performance, schizophrenia, memory capacity.

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico complejo caracterizado por alteraciones en la percepción, pensamiento y comportamiento. Cuando se presenta concomitantemente con retraso cognitivo, el manejo y pronóstico del paciente pueden complicarse significativamente por cuanto afectan múltiples dominios cognitivos y funcionales. Sin embargo, existen casos donde ciertos dominios cognitivos pueden permanecer intactos o incluso mostrar habilidades excepcionales. Este artículo describe uno de esos casos, explorando las posibles implicaciones para la comprensión y el tratamiento de estos trastornos. Se presenta el caso de una paciente de 34 años con diagnóstico de esquizofrenia y retraso cognitivo que exhibe habilidades sorprendentes en áreas específicas de la cognición, a pesar de su cuadro clínico y el abandono familiar.

Método

El caso se basa en la observación clínica y la recopilación de datos a través de entrevistas estructuradas, pruebas estandarizadas de capacidad cognitiva y evaluaciones continuas del desempeño diario de la paciente.

Descripción del Caso

La paciente, de 34 años, ha sido abandonada por su familia y está internada en una clínica psiquiátrica. Su diagnóstico incluye esquizofrenia y retraso cognitivo desde la infancia. A lo largo de su estancia, el personal clínico observó varias habilidades sobresalientes en ciertos dominios cognitivos

que contrastan significativamente con su diagnóstico general:

Habilidades de Lectura y Escritura: La paciente lee y escribe correctamente, puede leer textos complejos, como por ejemplo la novena navideña y escribir con una buena gramática, superando ampliamente las expectativas basadas en su nivel de funcionamiento intelectual general. Lo que sugiere un nivel de alfabetización inesperadamente alto dado su diagnóstico de retraso cognitivo.

Memoria Musical: La paciente posee una memoria prodigiosa para recordar letras de canciones, pudiendo cantarlas con precisión, además, identifica a los intérpretes y compositores de dichas canciones. Puede recitar largas secciones de canciones con precisión, un rasgo que sugiere una memoria episódica y semántica notablemente preservada.

Memoria Autobiográfica: La paciente puede recordar y detallar información personal de sus familiares, incluyendo fechas de nacimiento, anécdotas familiares y relaciones interpersonales. Este conocimiento va más allá de la simple memorización, indicando una comprensión profunda y contextual de la información.

Discusión

Este caso plantea preguntas importantes sobre la naturaleza y la variabilidad de los déficits cognitivos en la esquizofrenia y el retraso cognitivo. La coexistencia de habilidades cognitivas altamente desarrolladas

junto a déficits significativos sugiere una disociación entre diferentes dominios cognitivos. Estas habilidades específicas podrían deberse a una combinación de factores, incluyendo:

Neurobiológicos: Variaciones en la conectividad neuronal que permiten la preservación o potenciación de ciertas habilidades.

Ambientales: La exposición a estímulos específicos que promueven el desarrollo de habilidades particulares.

Genéticos: Factores hereditarios que predisponen a habilidades cognitivas específicas.

Implicaciones para el Tratamiento

El reconocimiento de estas habilidades podría tener importantes implicaciones terapéuticas. Intervenciones que aprovechen y refuercen las habilidades cognitivas preservadas pueden mejorar la calidad de vida y el funcionamiento general de los pacientes. Además, el caso destaca la importancia de una evaluación comprensiva y personalizada en el tratamiento de trastornos psiquiátricos complejos.

Conclusiones

Este estudio de caso revela la coexistencia de habilidades cognitivas altamente desarrolladas en una paciente con esquizofrenia y retraso cognitivo, desafiando las expectativas clínicas típicas asociadas con estos diagnósticos. A continuación, se profundiza en las posibles implicaciones y explicaciones.

1. Disociación Cognitiva y Preservación de Capacidades

La disociación cognitiva observada en esta paciente, donde ciertas habilidades cognitivas permanecen intactas o incluso sobresalientes a pesar de un deterioro general en otras áreas, sugiere un fenómeno conocido como "disociación neurocognitiva". Este fenómeno implica que diferentes dominios cognitivos pueden ser afectados de manera diferencial por trastornos neuropsiquiátricos debido a la localización y la conectividad funcional del cerebro. La paciente demuestra una memoria episódica y semántica notablemente robusta, específicamente en áreas relacionadas con la música y el conocimiento familiar.

2. Memoria y Neuroplasticidad

La memoria excepcional para letras de canciones y datos de compositores sugiere una neuroplasticidad adaptativa en áreas específicas del cerebro, posiblemente en regiones como el hipocampo y la corteza prefrontal, que están implicadas en la memoria y el aprendizaje. En la esquizofrenia, aunque generalmente se observa un deterioro en las funciones de memoria y atención, este caso indica que algunos circuitos neuronales pueden adaptarse o reconfigurarse para compensar los déficits en otras áreas. La neuroplasticidad podría estar mediada por factores genéticos, ambientales y experiencias de vida

que han facilitado la consolidación de memoria en estos dominios específicos.

3. Influencia de los Factores Ambientales y Genéticos

Los factores ambientales, como una exposición intensa y repetitiva a la música, podrían haber jugado un papel crucial en el desarrollo de estas habilidades específicas. Además, factores genéticos también pueden haber contribuido a la preservación de ciertas capacidades cognitivas. La predisposición genética para habilidades musicales o de memoria podría haber interactuado con el entorno de la paciente, resultando en un perfil cognitivo atípico pero notable.

4. Habilidades en Lectura y Escritura

La competencia avanzada en lectura y escritura de la paciente sugiere una integridad funcional en las áreas corticales asociadas con el lenguaje, como las áreas de Broca y Wernicke, y sus conexiones con otras regiones cerebrales responsables del procesamiento lingüístico y la producción escrita. Esta preservación podría estar relacionada con un entrenamiento intensivo o una práctica constante desde una edad temprana, lo que habría fortalecido las conexiones sinápticas en estos circuitos específicos.

5. Implicaciones Terapéuticas

Reconocer y utilizar estas habilidades cognitivas preservadas tiene importantes implicaciones terapéuticas. Las intervenciones que aprovechen estas capacidades pueden mejorar la calidad de vida y el funcionamiento global de los pacientes. Terapias centradas en la música, la lectura y la escritura podrían no solo proporcionar una satisfacción emocional y personal, sino también actuar como una forma de rehabilitación cognitiva. Este enfoque terapéutico personalizado podría incluir:

Terapia de Reminiscencia: Utilizar la música y las letras de canciones para estimular la memoria y las funciones cognitivas.

Intervenciones Basadas en la Música: Incorporar sesiones regulares de musicoterapia para mejorar el bienestar emocional y la integración social.

Terapia Cognitivo-Conductual Adaptada: Aprovechar las habilidades de lectura y escritura para estructurar terapias y actividades que refuercen la autoestima y la autonomía.

6. Consideraciones Diagnósticas y de Evaluación

Este caso subraya la importancia de realizar evaluaciones cognitivas integrales y personalizadas en pacientes con esquizofrenia y retraso cognitivo. Las evaluaciones estandarizadas pueden no capturar completamente las capacidades y limitaciones individuales. Por lo tanto, se recomienda utilizar una combinación de pruebas neuropsicológicas, entrevistas estructuradas y observaciones clínicas para obtener una visión holística del perfil cognitivo del paciente.

Conclusión

La coexistencia de habilidades cognitivas excepcionales en una paciente con esquizofrenia y retraso cognitivo destaca la complejidad y la variabilidad de estos trastornos. Este caso ejemplifica cómo ciertos dominios cognitivos pueden preservarse y potencialmente florecer a pesar de un deterioro general, subrayando la necesidad de enfoques diagnósticos y terapéuticos que reconozcan y valoren estas capacidades únicas. Las implicaciones para la psiquiatría y la neurociencia son profundas, sugiriendo que una comprensión más matizada y personalizada de los perfiles cognitivos puede mejorar significativamente la atención y el tratamiento de estos pacientes.

Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.).
2. Green, M. F. (2016). Impacto del deterioro cognitivo y cognitivo social en los resultados funcionales en pacientes con esquizofrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(Suppl 2), 8- 11.
3. Salvador, R., et al. (2010). Conectividad cerebral funcional y estructural y rendimiento cognitivo en la esquizofrenia. *NeuroImage*, 49(3), 2296-2303.

Anexos

Anexo A:Entrevista Estructurada

Información Demográfica

Nombre: [Confidencial] Edad:: 34 años
Sexo: Femenino Estado civil: Soltera
Diagnóstico:Esquizofrenia, Retraso Cognitivo

Historia Clínica

Primer episodio psicótico: A los 19 años
Hospitalizaciones previas: Tres hospitalizaciones previas por episodios psicóticos agudos
Tratamientos anteriores: Antipsicóticos (risperidona, olanzapina), terapia ocupacional, y apoyo psicológico

Estado Actual

Medicación: Actualmente en tratamiento con antipsicóticos y estabilizadores del ánimo

Estado mental: Presenta síntomas residuales de esquizofrenia, como ideas delirantes ocasionales y alucinaciones auditivas esporádicas

Evaluación de Habilidades Cognitivas

Lectura y Escritura: Evaluación a través de pruebas estandarizadas de alfabetización, la paciente muestra habilidades equivalentes a un nivel de secundaria

Memoria Musical: Capacidad para recordar letras de canciones y detalles sobre intérpretes y compositores, evaluada mediante entrevistas y pruebas de memoria

Memoria Autobiográfica: Conocimiento preciso de datos personales de los familiares, evaluado a través de entrevistas estructuradas

Anexo B: Resultados de Pruebas Cognitivas

Prueba de Lectura y Escritura

Prueba utilizada: Test de Lectura y Escritura Abreviado (TLEA)

Resultados: Nivel de lectura y escritura correspondiente a un grado de secundaria

Prueba de Memoria Musical

Procedimiento: Se le pidió a la paciente que cantara canciones de su elección y mencionara los detalles sobre los intérpretes y compositores

Resultados: La paciente pudo recordar y cantar con precisión más de 20 canciones, identificando correctamente a los intérpretes y compositores en el 90% de los casos.

Apuntes para una historia de la psiquiatría en Córdoba

Notes for a history of psychiatry in Cordoba

Dr. José Luis Méndez Méndez

Médico Psiquiatra, docente, Universidad del Sinú -Elías Bechara Zainum-

Miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina

Montería, Colombia

e-mail: jolmes13@hotmail.com

Resumen

La psiquiatría en Córdoba se remonta a los inicios de la década de los 80. En términos históricos podemos decir que todo empezó "ayer". No obstante, lo que se observa es que la salud mental ha recibido desde entonces un impulso desde la academia por parte de las universidades (facultad de medicina, programas de psicología, trabajo social, enfermería, otros conexos), en la práctica con la aparición de clínicas dedicadas a la atención de pacientes psiquiátricos y, en lo social, implementación de estrategias de prevención articuladas desde el sector público. Este artículo pretende aportar algunos elementos para una historia del desarrollo de la psiquiatría en Córdoba

Palabras claves: Historia, salud mental, psiquiatría, Córdoba.

Summary

Psychiatry in Córdoba dates to the beginning of the 1980s. In historical terms we can say that it all started "yesterday." However, what is observed is that mental health has since received a boost from the academy by universities (medical school, psychology programs, social work, nursing, other related), in practice with the appearance of clinics dedicated to the care of psychiatric patients and, socially, implementation of prevention strategies articulated by the public sector. This article aims to provide some elements for a history of the development of psychiatry in Córdoba

Key words: History, mental health, psychiatry, Córdoba

1. Salud y enfermedad mental son dos términos que se usan muchas veces de manera indistinta, resultando frecuentemente el primero, y de manera equivocada, un eufemismo para evitar nombrar las enfermedades psiquiátricas. Digo equivocada porque lo que existe en realidad es un "continuum" entre la salud y la enfermedad mental, y no una línea divisoria que separe de manera tajante a la persona mentalmente sana de la que no lo es. Hay toda una gama de grados entre la salud y la enfermedad mental, y según se vea uno puede estar más o menos sano o más o menos enfermo. Bien lo dice el refrán: "De músico, poeta y loco, todos tenemos un poco".

El porqué de tanta variabilidad ya lo había sentenciado George Engel, de la Universidad de Rochester, NY, en los 70s: hay una multitud de factores biológicos, psicológicos y sociales en juego. En teoría, quienes trabajamos en este campo, deberíamos trabajar las tres caras del modelo biopsicosocial; en la práctica ello es imposible y se tiene que elegir una o dos por mandato de la necesidad (por ejemplo, los tiempos dispuestos para la atención dada la alta demanda de los servicios).

Algunos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros, trabajamos principalmente los aspectos biopsicológicos en los sujetos, en un modelo que podríamos calificar de asilar, por cuanto que gira alrededor del sujeto enfermo, su diagnóstico y tratamiento, en un enfoque más curativo que preventivo, que algunos califican acertadamente como "hospitalocéntrico". En la psiquiatría comunitaria, definida como "el conjunto de actividades que promueve y despliega el psiquiatra en una comunidad con el objetivo de elevar el nivel de salud mental de dicha población", el foco se desplaza del hospital a la comunidad en un modelo que se conoce como Atención Primaria en Salud. Desde esta perspectiva, anota Arboleda, "el hospital no es el centro del sistema, sino que son los centros de primer nivel, que además de realizar las acciones colectivas de promoción y prevención, permiten realizar detección e intervención temprana de situaciones problemáticas, con mayor especificidad en relación con determinantes locales". Ya a principio de los 50s los expertos de la OMS sugerían que una tercera parte del tiempo de los psiquiatras se dedicara a actividades comunitarias y a capacitación del personal de Atención Primaria, tal como queda claramente establecido en un documento de la OMS¹ donde se establece que la atención de salud mental debe descentralizarse e integrarse en la Atención Primaria, siendo liderado no por especialistas en salud mental sino por los mismos trabajadores de Atención Primaria. Además, se proponía que la internación de sujetos en crisis severas se debería llevar a cabo en unidades mentales de hospitales

1 Organización Mundial de la Salud (1990). La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

generales. Todo lo cual, como veremos luego, resultó entre nosotros letra muerta.

Por lo pronto miremos a nivel micro cómo funciona la cosa mirando un caso tomado de la consulta psiquiátrica. El paciente ingresa mostrando, fresco en el cuello, el quemón del lazo del cual fue descolgado oportunamente por su mujer. ¿Qué había pasado? Había salido muy temprano, dice con voz ronca y difícil, a su oficio de "bultero" ("coter" le dicen en el interior) y no había conseguido "lo del día". Al llegar a casa, sin un peso, encuentra a la mujer y sus pequeños hijos esperando en la puerta lo del almuerzo. Algo lee la mujer en su mirada que lo sigue al interior y oportunamente lo rescata de la muerte. ¿Habría que darle psicoterapia? ¿Prozac? ¿Ayudarle a conseguir un trabajo estable? ¿Las tres cosas?

Un filósofo, Lou Marinoff², tituló uno de sus libros "Mas Platón y menos Prozac", aduciendo en su crítica a los psiquiatras que estos suelen inclinarse de manera facilista por la medicación, mientras prestan oídos sordos a los lamentos de sus pacientes. No sobra recordar que la fluoxetina, el famoso Prozac, es un antidepresivo que en su momento fue saludado como la "píldora de la felicidad", como si se tratara del "soma" que curaba la depresión en el mundo feliz de Aldous Huxley, y que Platón es reclamado por igual tanto por los adeptos de la Asesoría Filosófica, a la cual se adscribe Marinoff, como por los de la Terapia Cognitivo-Conductual, una práctica hoy en boga como en el siglo pasado lo fuera el psicoanálisis de Freud.

En realidad, desde el vértice de la clínica, el dilema no existe. Ya hace mucho que la Medicina Basada en Evidencias se interesó por el tema y todos los datos apuntan a que en el manejo de los pacientes (o "clientes" como ahora los llama la "Medicina Basada en la Gerencia") resulta más conveniente una juiciosa mezcla de medicación y psicoterapia, en lugar de la aplicación de una de ellas con exclusión de la otra. Cosa distinta es que en la práctica haya que excluir por la fuerza a Platón por tiempo y costos. El dilema aquí desaparece por razones bien prosaicas: en 20 minutos no hay Platón que valga frente a los chorros de tinta que toca derramar llenando papeles para que el pobre ciudadano pueda reclamar una fluoxetina que a precios irrisorios deja siempre dudas sobre su calidad, y porque muy pocos terapeutas estarán dispuestos a hacer psicoterapia seria a precios del antiguo Seguro Social.

Pero salgámonos del consultorio, ya no con la mirada micro del clínico sino con la más amplia del Administrador de Salud, y preguntémonos por la Salud Mental. No tengo duda de que puestos a escoger entre trabajar sobre la enfermedad mental con miras a ofrecer más y mejores servicios a la población de enfermos mentales, tal como lo propone la psiquiatría asilar, o sobre la salud mental con la meta de conseguir para todos un utópico equilibrio bio-psicosocial, la gran mayoría escogerá esta última, más ambiciosa, para descubrir a la postre que podemos quedarnos con el pecado y sin el género. ¿Recuerdan ustedes, por ejemplo, cuando el Ministerio de la Defensa se llamaba Ministerio de Guerra? Igual seguimos hoy clamando desde nuestra inseguridad por el aumento del pie de fuerza mientras las necesidades básicas de la mayoría (buena salud, buena educación, un techo digno) siguen estando insatisfechas. Pierre Bourdieu³, sociólogo francés, escribe, "no se puede jugar con la ley de la conservación de la violencia: toda la violencia se paga y, por ejemplo, la violencia estructural ejercida por los mercados financieros en la forma de despidos, pérdida de seguridad, etc., se ve equiparada, más tarde o más temprano, en forma de suicidios, crimen y delincuencia, adicción a las drogas, alcoholismo, un sinnúmero de pequeños y grandes actos de violencia cotidiana".

2. Dicho esto, repasemos el caso de la Salud Mental en Córdoba a nivel institucional, tal como la recuerdo. Durante el gobierno del doctor Julio César Turbay Ayala (1978-1982) la División de Salud Mental del Ministerio de Salud, en cabeza del doctor Alfonso Jaramillo Salazar, quedó en manos del doctor Jairo Luna Acosta, un psiquiatra dinámico y emprendedor que se puso como meta dotar a todas las capitales de los departamentos con equipos de salud mental idóneos para los aspectos de prevención, y camas psiquiátricas para el manejo hospitalario de las crisis agudas, atendiendo la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de que el 5% de la capacidad hospitalaria debería destinarse a los enfermos mentales. Se consiguió así crear en el entonces Servicio de Salud de Córdoba las plazas para psiquiatra, psicóloga, trabajadora social y enfermera, equipo que a la postre debería hacerse cargo del funcionamiento de la Unidad de Salud Mental adscrita al Hospital San Jerónimo, de Montería.

A principios de los 80s llego a esta ciudad el primer psiquiatra, Dr. Alvaro Solano Berrío, quien fue así el primer jefe de la Sección de Salud Mental del Servicio de Salud, desde donde se implementaron los primeros programas de prevención y

2 Marinoff, Lou. Más platón y menos Prozac. Cómo aplicar la filosofía a los problemas cotidianos. Ed. B de bolsillo

3 Citado por Wacquant, L. Parias urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio. Ed. Manantial, Buenos Aires

atención a pacientes con trastornos mentales. Hasta entonces las acciones en esta área se reducían a la remisión de los pacientes con crisis agudas a centros especializados, principalmente el Hospital Mental de Bello, en Antioquia, y a Sibaté, en Cundinamarca, labor que previamente desempeñaba un médico general. La atención, pues, se inició con la llegada del Dr. Solano y se reducía a una consulta que comenzó a funcionar en el hospital San Jerónimo.

Posteriormente, en 1.987, reemplacé al doctor Solano en la jefatura de la Sección de Salud Mental, donde encontré un equipo que terminó conformado por una psicóloga, Beatriz Brunal, una trabajadora social, Carmen Alicia Martínez, y una enfermera, Aydee Usta, finalmente reemplazada por Victoria Rodríguez, quien venía con una especialización en salud mental. Acordamos iniciar un programa de Atención Primaria en Salud Mental con capacitación de médicos generales, auxiliares de enfermería y promotoras en los distintos municipios del departamento, para conformar una red de referencia y contrarreferencia de pacientes apoyada por la consulta del hospital, que seguía funcionando a mi cargo en el viejo hospital Miguel R. Méndez, y nos dimos a la tarea de ensamblar la red con base en un documento titulado "Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria", de los doctores Carlos Climent y María Victoria de Arango, auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud. Lo hicimos de municipio en municipio y comenzamos tímidamente a dar los primeros pasos en ese sentido, aunque retrospectivamente me parece que no alcanzamos más que a gatear.

Por esa misma época la doctora Cecilia de Santacruz, psicóloga que había reemplazado al doctor Luna en la División de Salud Mental del Ministerio, consiguió treinta millones de pesos para el proyecto de la Unidad de Salud Mental para el departamento de Córdoba. Como los dineros eran insuficientes, propuse que se ubicara en un terreno anexo al viejo Hospital Miguel R. Méndez, lo que permitiría apoyarse, para el funcionamiento, en el personal ya existente, consiguiéndose reducir notablemente los costos. Una segunda propuesta, que a la postre prevaleció, defendida por el Dr. Solano, para entonces Secretario de Salud Municipal de la administración del Dr. Jesús María López Gómez, fue la de levantar la unidad en predios del nuevo hospital, el San Jerónimo, en ese momento en construcción. Decidida la ubicación, los arquitectos del Fondo Nacional Hospitalario dividieron el proyecto en dos para construir en la primera todo lo correspondiente al área administrativa y de consultorios, y dejar para más tarde, con futuros recursos (locales, regionales o nacionales), el área hospitalaria, quedando pendientes los dineros para la dotación y el funcionamiento.

Concluida la primera etapa, se procedió al traslado del equipo de salud mental a las nuevas instalaciones, pero la consulta nunca pudo operar allí debido a que dependía de que se hiciera efectivo el traslado del viejo hospital al nuevo. Simultáneamente se dieron sucesivas reformas del Servicio de Salud, en consonancia con las que se daban en el Ministerio a la luz de la Ley 100, y con ellas desaparecieron la División de Salud Mental en el Ministerio y las respectivas secciones departamentales en todo el país. El equipo, al desaparecer como tal, perdió todo vínculo con el proyecto original, sus miembros fueron primero asignados a otras tareas más acordes con el nuevo papel que la ley asignaba a Dasalud, y finalmente fueron desvinculados todos, con excepción de la enfermera Victoria Rodríguez, quien desde entonces está a cargo del tema en la Secretaría de Salud Departamental. Hoy funciona en las instalaciones destinadas a la Unidad de Salud Mental, remodeladas para el efecto, el Laboratorio de Aguas. El proyecto de la red de Atención Primaria naufragó y aun la consulta desapareció durante la gobernación del doctor Ángel Villadiego Hernández (a quien menciono no para culparlo, sino como un punto de referencia histórica, pues pienso que hubiera sido lo mismo en cualquier otra administración).

Y el pueblo fue creciendo. Aparecieron aquí facultades de psicología, enfermería, trabajo social, y una de medicina. Con la privatización de la salud en Colombia se abrió un mercado jugoso alrededor de los servicios psiquiátricos que deben prestar por ley las Entidades Promotoras de Salud (EPS). A la fecha, en Córdoba hay treinta y dos (32) Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS); que ofrecen consulta externa, veintinueve (29) de naturaleza jurídica, la mayoría ubicadas en Montería; tres (3) corresponden a consultorios de psiquiatras. En otros municipios hay trece (13): dos (2) en Sahagún, dos (2) en Montelíbano, dos (2) en Tierralta, dos (2) en Ayapel, una (1) en la Apartada, una (1) en Buenavista, una (1) en Chinú, una (1) en Purísima y una (1) en Planeta Rica, todas de naturaleza jurídica. Que ofrezcan servicios de hospitalización hay nueve (9). Por fuera de Montería hay camas en Sahagún, la Apartada, Purísima, Ayapel y Planeta Rica. Seis (6) de ellas ofrecen también hospitalización parcial. Sólo tres (3) psiquiatras aparecen registrados en la Secretaría de Salud como independientes. Los psiquiatras ahora llegan a la veintena, entrenados en México, El Salvador, Panamá, Colombia, Venezuela y Argentina.

¿Y qué ha pasado con la atención primaria? Registro con beneplácito que la Alcaldía de Montería, previamente en cabeza del Dr. Carlos Ordosgoitia Sanín, diseñó e implementó la estrategia "Prevenir para Vivir Sanamente", mediante la cual un equipo interdisciplinario, liderado por el Dr. Heiser Arteaga Pautt, Gerente de Salud Mental, se propone "la articulación intersectorial en salud mental, que genere impacto social, para la prevención de la problemática, patología mental, promoción y atención integral, armonizando procesos sectoriales e intersectoriales, y de participación comunitaria para la promoción del goce efectivo del derecho a la salud mental en el Municipio de Montería"⁴. Esta estrategia, que se ha venido consolidando, ha sido felizmente continuada en la actual alcaldía, que preside el doctor Hugo Fernando Kerguelén García.

Yo, nominalmente, pertenezco al Comité Científico, pero mis repetidas ausencias de las reuniones que programan me convierten más bien en un miembro honorario. No obstante, sigo con interés esta importante iniciativa. La estrategia, apoyada por las universidades del Sinú, Cooperativa de Colombia y UPB, ICBF, Policía de Infancia y Adolescencia, Clínica Laureles y la ESE Vidasinú, entre otras, intenta mejorar la salud mental de los monterianos. Entre sus acciones se anota el tamizaje casa a casa, el asesoramiento psicológico a individuos y familias, la atención primaria por parte de un personal psicológico y médico que identifica riesgos y activa una ruta de atención para que los casos de trastornos mentales sean atendidos en el menor tiempo posible. En otras palabras, se busca activamente a las personas que puedan tener algún problema de salud mental para abordarlo de forma temprana, desplazando a los profesionales de la salud mental, como psicólogos y psiquiatras, a todos los sectores de Montería tanto en la zona urbana como rural. Con tal fin el equipo diseñó un test que busca identificar personas con signos y síntomas tempranos de psicosis, ansiedad, depresión, intentos de suicidios, consumo de sustancias psicoactivas, violencia de género, violencia intrafamiliar, violencia sexual y otros, para, una vez identificados, remitir los casos prioritarios y, luego de su manejo, hacerles seguimiento, tal como en su momento intentamos hacer a nivel departamental con el manual de los doctores Climent y Arango de la Universidad del Valle. Como parte de esta intervención también se realizan actividades educativas y de prevención en salud, tales como charlas sobre el manejo de las emociones, mitos sobre la sexualidad, consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, violencia de género, intento de suicidio, proyecto de vida y uso de redes sociales. Igualmente se trabaja la importancia de la tenencia responsable de animales, la prevención de enfermedades zoonóticas, manejo adecuado de aguas para consumo humano, manejo de residuos, educación sobre vectores, plagas y enfermedades asociadas al efecto del cambio climático, estilos de vida saludables, entre otros. Ojalá triunfe la alcaldía allí donde nuestro equipo fracasó y esto se convierta en una política que llegó para quedarse. Lo digo pensando en que no son estos los mejores tiempos para la salud mental comunitaria, por cuanto el campo de la salud está hoy regido principalmente por las leyes del mercado.

3. Cada vez que rememoro esta historia me viene a la mente Luciano De Crescenzo, un escritor, guionista y actor italiano, famoso por un par de libros sobre la filosofía griega⁵, quien afirma que se empieza de joven queriendo cambiar el mundo y se termina de viejo cambiando canales en el televisor... Por eso, porque a mi edad ya ando sólo en plan de cambiar canales, permítaseme brevemente subir el peldaño que más cuesta en el nivel de complejidad para preguntar, dentro de la salud mental, por la calidad de vida de nuestra población, terreno éste que pertenece a los políticos. Como de pasada, quisiera mencionar el estudio de Aaron Eduardo Espinosa y Nadia Kruscalla Albis⁶, titulado "Pobreza y calidad de vida en la costa caribe colombiana, 1997 y 2003", publicado por el Observatorio del Caribe Colombiano en septiembre de 2004, donde se afirma que en el 2003 el 70% de los costeños vivían bajo la Línea de Pobreza, con nueve puntos porcentuales por encima del nivel de 1997, y que la pobreza por ingresos -el segundo índice de medición- fue también el más alto de las regiones colombianas: mientras, en 1997, 5.537.590 personas se ubicaban por debajo de la Línea de Pobreza, en el 2003 rondaban ya los 7.409.538. "En definitiva, dicen los autores, la pobreza en la Costa Caribe ha alcanzado niveles preocupantes". Cosa que ya sabíamos, pero sin las matemáticas, caras a los planificadores de la economía.

Y por si ello no bastara los invito a mirar también el libro "Un país que huye. Desplazamiento y violencia en una nación fragmentada", que compila los estudios realizados por la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento

⁴ Ordosgoitia, C. et al., Alcaldía de Montería. Política Pública Municipal de Salud Mental y Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Anexo técnico

⁵ Historia de la filosofía griega. Los presocráticos (1983), Historia de la filosofía griega. De Sócrates en adelante (1986)

⁶ Aarón E y Albis N. "Pobreza y calidad de vida en la costa caribe colombiana, 1997 y 2003". Observatorio del Caribe Colombiano. <https://www.ocari-be.org/>

(Codhes) y la UNICEF de Colombia entre 1995 y 1998⁷, donde se analiza con detalle el fenómeno de los desplazamientos de poblaciones del área rural a la periferia de las ciudades como producto natural de la violencia en el campo. Me detengo en dos de las recomendaciones que se refieren al componente de la salud mental:

"El aspecto psicológico, subrayado por lo menos desde hace cinco años, sigue siendo marginal en la intervención misma y requiere de aproximaciones a todo nivel: individual, familiar y comunitario. Enfoques de tipo sistémico pueden ser de gran utilidad, pero igualmente vale la pena abrir espacios de discusión y de intercambio de información entre instituciones y personas sobre el tema, dentro de una visión no exclusiva a los especialistas. Así mismo, es necesario insistir en la capacitación de personal local y regional para atender la salud mental, asunto que tiene que ver con los primeros auxilios emocionales y con una intervención psicológica "primaria"; capacitación que ofrezca herramientas básicas a quienes están en relación permanente con las familias desplazadas, para hacerlo de manera proactiva". Tal como queda explícito en la estrategia "Prevenir para Vivir Sanamente" de la Alcaldía de Montería, que de resultar exitosa esperamos sea replicada por otros municipios.

Que estos "parias urbanos", como los llama Loic Wacquant⁸, requieren atención urgente, queda patente en los recientes disturbios protagonizados en Colombia por la población de los marginados a quienes la sociedad no deja más recursos que la economía informal o el crimen. ¿Será que les estamos prestando la atención que se merecen? ¿O será, Dios no lo permita, que tiene razón Jorge Edwards⁹, cuando escribe en El País, de Madrid, que el problema es que nosotros, los latinoamericanos, necesitamos enemigos, conflictos internos o guerras, porque solo podemos vivir en la división y en el conflicto permanente, y además porque tendemos a creer que las mejores soluciones se encuentran en la palabrería insulsa de los discursos "veintejuleros", asuntos estos de la política que, por su complejidad, se escapan a mi pobre entendimiento, dicho esto entre paréntesis, porque leí con mucho juicio el libro "Delirio Americano"¹⁰, un estupendo ensayo del bogotano Carlos Granés.

Finalmente, registro esperanzado la Resolución 4886 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, que recomienda como política de Estado:

- Orientar programas de promoción que fortalezcan las habilidades psicosociales individuales y colectivas, la cohesión social y gestionen entornos saludables, resilientes y protectores.
- Orientar programas de prevención que articulen los sistemas y servicios de salud mental con los dispositivos de base comunitaria.
- Fortalecer la respuesta de los servicios de salud con enfoque de atención primaria en salud.
- Promover la rehabilitación basada en comunidad y la inclusión social.

Un dato final: en enero de 2024 se constituyó formalmente la Asociación de Psiquiatras de Córdoba (APSICOR), que aglutina en este momento a 22 psiquiatras, siendo su primer presidente el Dr. Luis Ramón Berrocal Martínez. La asociación, además de su función gremial y social, se propone "fomentar el desarrollo de la psiquiatría, estimulando especialmente el estudio, enseñanza, difusión, e investigación de las ciencias y disciplinas relacionadas con la Salud Mental, y propenderá por la formación y ejercicio competente de los profesionales relacionados con ésta [...]. Velará por el correcto ejercicio de la profesión y acudirá a las autoridades para impedir su ejercicio ilegal".

7. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (Codhes) y UNICEF de Colombia. "Un país que huye. Desplazamiento y violencia en una nación fragmentada". <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/libros/despl/>

8. Campos Diego. Parias urbanos. Revista Eure, Vol. XXIX, No 87, pp 93-96 <http://www.scielo.cl/pdf/eure/v29n87/art07.pdf>

9. Edwards Jorge. La dificultad hispanoamericana. Diario El País, España. 16-11-2005 Edición de Internet.

10. Granés, C. Delirio americano. Una historia cultural y política de América Latina. Ed. Taurus, 2022

A LOS COLABORADORES

La revista MEDICINA, de la Universidad del Sinú - Elías Bechara Zainúm-, es una publicación semestral sometida a arbitraje abierto por pares, que contiene notas editoriales, artículos originales y trabajos de investigación, revisión de temas, artículos de reflexión, presentación de casos clínicos o quirúrgicos, comunicaciones breves, crónicas culturales y cartas al editor. Los autores deben declarar si tienen o no conflictos de interés. El manuscrito se envía a dos (2) revisores y en caso de que haya divergencia de opiniones, se enviará a un tercer revisor.

Los artículos originales y trabajos de investigación incluyen los estudios inéditos que sean de interés para los lectores de la revista MEDICINA. Las normas de presentación de estos trabajos deben atenerse a las que rigen para la literatura médica científica universal según el Estilo Vancouver del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Deben llevar título en español e inglés, datos del autor, incluyendo nombres y apellidos; con un asterisco (*) se deberá indicar el último título obtenido, afiliación institucional y correo electrónico; resumen en español e inglés donde se exponga de manera clara la hipótesis de investigación, metodología y marco teórico; debe llevar palabras clave en español e inglés, introducción, discusión, resultados, tablas y referencias bibliográficas.

Las revisiones de temas deben ser lo más completas posibles con el objeto primordial de actualizar al lector. Sus autores deben ser profesionales con experiencia en el tema, que aporten abundante y reciente bibliografía, de la cual deben aparecer al menos 50 citas.

Los artículos de reflexión derivados de investigación sobre un tema teórico o práctico, a partir de una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, deben llevar título en español e inglés, datos del autor, incluyendo nombres y apellidos; con un asterisco (*) se deberá indicar el último título obtenido, afiliación institucional y correo electrónico; resumen en español e inglés donde se exponga de manera clara la hipótesis de investigación, metodología y marco teórico; debe llevar palabras clave en español e inglés.

Las comunicaciones breves son notas cortas que plantean un asunto específico capaz de suscitar inquietudes o comentarios a un problema de interés. En este caso las

referencias bibliográficas no deben exceder la cifra de 15.

El Consejo Editorial recomienda que se incluyan referencias de autores colombianos. Los artículos que tengan cabida en la revista son de la plena responsabilidad de su autor o autores y no comprometen el criterio del Consejo Editorial. Se sobreentiende que los artículos que lleguen para publicación en la revista MEDICINA no han sido editados previamente, y se da por sentado que para su reproducción se requiere la autorización de su Consejo Editorial.

Los artículos deben remitirse al Editor de la revista MEDICINA en original y dos copias, contando con los siguientes requisitos: letra Times New Roman 12 pt, espacio 1.5 y alineado a la izquierda, excepto en tablas y figuras; dos (2) espacios después del punto final de una oración, sangría a cinco (5) espacios en todos los párrafos, e ilustraciones y cuadros con una resolución de 300 DPI. Una copia debe venir en medio electromagnético. En caso necesario, el Consejo Editorial analizará cada artículo y emitirá su juicio sobre la conveniencia de su publicación. En ocasiones el Consejo podrá recomendar modificaciones o ajustes al texto. El nombre del autor o los autores, su título profesional y cargo actual deben aparecer en la primera página, debajo del título del artículo o trabajo. Es deseable que el título sea corto y específico.

Cada artículo tendrá un resumen que describa la metodología y los hallazgos más sobresalientes, e irá al comienzo del texto. Es necesario además que haya un summary que no exceda las 250 palabras y que lleve un máximo de 6 palabras clave. Las colaboraciones deben ser dirigidas al Dr. Álvaro Bustos González, a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Sinú, -Elías Bechara Zainúm-, Montería, Colombia, o a abustos53@hotmail.com

REQUISITOS

El manuscrito debe incluir el título, el resumen, el texto, las referencias bibliográficas y los cuadros y gráficos con su explicación correspondiente. Cada una de las secciones del manuscrito debe identificarse así:

- 1.1. Título y datos del autor
- 1.2. Resumen y palabras clave en español e inglés
- 1.3. Contenido
- 1.4. Referencias bibliográficas
- 1.5. Tablas y gráficos

1.1 TÍTULO. La página del título debe contener:

- 1.1.1 El título del artículo
- 1.1.2 Un subtítulo explicativo, si es del caso
- 1.1.3 Nombres y apellidos de los autores
- 1.1.4 Nombre de la Institución donde fue realizado el trabajo
- 1.1.5 Nombre y dirección del autor principal, para efectos de correspondencia
- 1.1.6 Forma de financiación, en caso de que exista

1.2 RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El resumen no podrá exceder 250 palabras. Su fin es explicar los propósitos del estudio, el diseño utilizado, los resultados principales y las conclusiones más protuberantes. Al final del resumen se colocarán de 3 a 6 palabras clave para facilitar la inclusión del artículo en los índices universales.

1.3 CONTENIDO

Se divide en:

- Introducción
- Material y Método
- Resultados
- Discusión

La Introducción hará una relación sucinta de los antecedentes que motivan el estudio, sin revisar el tema in extenso, y un enunciado de los objetivos.

En Material y Método se hará una descripción detallada de ambos de manera que se permita su reproducción, y se considerarán los elementos utilizados en la investigación, sus fuentes y filtros, y el diseño del trabajo. Si se trata de una intervención terapéutica, se precisarán las drogas suministradas con sus nombres genéricos, dosis y vías de administración.

Los Resultados deben ser presentados en una secuencia lógica, haciendo énfasis en los principales hallazgos, evitando repetir en el texto los contenidos de las tablas y figuras.

En la Discusión se destacarán los aspectos más novedosos y trascendentes del estudio, haciendo relación a otras publicaciones similares. No se deben hacer afirmaciones que los datos de la investigación no respalden. Se plantearán nuevas hipótesis cuando sea del caso.

1.4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se enumerarán en la secuencia de las citas. En el texto deben aparecer con números arábigos entre paréntesis. Se usará la forma de referencia adoptada por el Index Medicus.

Ejemplos:

- 1.4.1 Revista Científica
- 1.4.1.1 Artículo Estándar

Anote todos los autores cuando son menos de 6; cuando haya 7 o más, se anotarán los 3 primeros y se agregará el sufijo et, al.

-Zubieta M., Salgado C., Paya E. Infecciones asociadas al uso de catéteres totalmente implantables en niños con cáncer. *Revista Chilena de Infectología* 1.996; 13:203-209

Para citas de libros debe señalarse el autor o los autores del capítulo, el nombre del autor del libro, nombre del libro, edición, ciudad de la publicación, editorial, año y página inicial y final del capítulo.

1.5 TABLAS Y GRÁFICOS

Cada cuadro debe ir en hoja separada, con título y página numerada. Las notas explicativas se colocan al pie.



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Revista Medicina - Facultad de Ciencias de la Salud - Programa de Medicina

Vol. 23 No. 1, 2024 (Enero - Junio)

EDITORIAL

Bienestar Universitario

University Wellbeing

Álvaro Bustos González

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Apnea obstructiva del sueño, una causa atípica de esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica: una revisión narrativa

Obstructive sleep apnea, an atypical cause of liver steatosis associated with metabolic dysfunction: a narrative review

Dr Carlos Nadrés Jaramillo Pérez, Dra Andrea Marcela Blanco Pertuz

REPORTE DE CASO

Manifestaciones intracraneanas de la enfermedad relacionada con IgG4 en un paciente pediátrico colombiano

Intracranial manifestations of IgG4-related disease in a colombian pediatric patient

Natalia Martínez, Eugenia Espinosa, Camila López, Ana María Mecina

Quemadura ocular con gota mágica (cianocrilato)

Eye burn with magic drop (cyanoacrylate)

Dra, Maribel Angulo Valencia, Salma Álvarez Patemina

Desempeño cognitivo y capacidad mnémica en una paciente con esquizofrenia y retraso cognitivo internada en una clínica psiquiátrica

Cognitive performance and memory capacity in a patient with schizophrenia and cognitive delay hospitalized in a psychiatric clinic

Dr. Ezequiel Otero Dahud

ENSAYO

Apuntes para una historia de la psiquiatría en Córdoba

Notes for a history of psychiatry in Córdoba

José Luis Méndez Méndez

A los colaboradores

To the collaborators

MEDICINA

**Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Investigaciones**

CAMPUS UNIVERSITARIO

- Elías Bechara Zainúm -

Cra. 1w Calle 38 Barrio Juan XXIII

PBX. (4) 784 0340 FAX. (4) 790 2038

Montería - Córdoba

EXTENSIÓN BOGOTÁ

Calle 6 Mo. 118-60 - Calle 119 No. 5-25

PBX. (1) 6 29 03 44

Bogotá - Colombia

SECCIONAL CARTAGENA

Calle 31 No. 20-71 Pie de la Popa

PBX. (5) 658 1688 FAX. (5) 656 3749

Cartagena - Colombia