

38
11202 29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
PETROLEOS MEXICANOS
Dirección Corporativa de Administración
Gerencia de Servicios Médicos
Hospital Central Norte

FACULTAD DE MEDICINA

MAR 7 1993

SECRETARÍA DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
CLH

TRATAMIENTO DEL ACNE CON EL BLOQUEO DE LA CADENA SIMPATICA CERVICAL

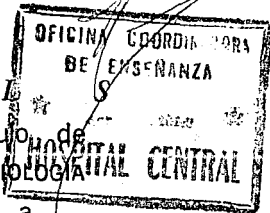
T E S I S

Para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

p r e s e n t a

GERARDO ALFREDO MORALES ROMAN

Profesor del Curso: Dr. Arturo Silva Jiménez
Asesor: Dr. Guillermo Castillo Becerril



Mexico, D. F. Febrero de 1993

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Antecedentes

Objetivo

Justificación

Diseño

Definición Operacional de Variables

Grupos de Estudio

Descripción General del Estudio

Aspectos Éticos

Resultados

Discusión

Conclusiones

Bibliografía

Anexos

TITULO:

**"TRATAMIENTO DEL ACNE CON EL BLOQUEO DE LA CADENA
SIMPATICA CERVICAL"**

Problema:

¿Es útil el bloqueo de la Cadena Simpática Cervical en
el tratamiento del acné?

Hipótesis de trabajo:

El bloqueo del Ganglio Estelar es útil en
el tratamiento del acné.

A n t e c e d e n t e s :

La piel de una persona adulta pesa alrededor de 4kg y mide 1.80m² . El órgano cutáneo a pesar de su extensión e importancia por la gran cantidad de funciones que desempeña es todavía mal comprendido y muchas veces maltratado por la propia persona, a veces por el médico y no pocas veces por la poderosa industria farmacéutica o cosmetológica.[1]

La piel de los animales es mas gruesa y resistente, cubierta de pelo abundante y protector; en cambio en el ser humano el pelo casi ha desaparecido y lo que queda no desempeña función vital. La piel debe ser tersa ,bella ,suave y delicada, pero al mismo tiempo es resistente y protectora del ambiente. El color varia según la raza, que va de la blancura del alabastro a la oscuridad de la noche o al hermoso color mestizo de nuestra raza de bronce. No solo es para protegernos del medio externo es indispensable nuestra delicada y frágil cubierta, también es muy importante para una adecuada armonia de nuestro organismo; si falta como sucede en algunas enfermedades hereditarias, o por grandes quemaduras, se pone en peligro la vida, puede ser francamente incompatible si hay una extensa carencia en nuestro revestimiento.

Por otra parte recubre y aísla todos los órganos y tejidos y está expuesta a las agresiones que vienen del interior del mismo. Muchos han considerado a la piel como "espejo del alma" y realmente es cierto, pues aquí se reflejan muchas de nuestras emociones, basta recordar el enrojecimiento de la vergüenza, el sudor en la angustia y los "pelos de punta" que provoca el miedo; es también un espejo de la salud si analizamos los siguientes ejemplos: el tinte amarillento de las enfermedades hepático-biliares, el color negro de la enfermedad de Addison (insuficiencia suprarrenal), y las rojas alas de mariposa que se presentan en la cara de los pacientes con lupus eritematoso.

Muchas de las características de la piel están dadas por el grado de hidratación y por factores nutricionales, aunque hay variaciones de un individuo a otro de acuerdo a edad y sexo.

Una piel realmente normal la podemos observar en niños de 3 a 5 años o cerca de los 25 años, en el adolescente es áspera y seborreica, de tipo grasoso se ve brillante y untuosa llenándose con frecuencia de barros y espinillas.[2]

La piel es un órgano insustituible, no puede ser reemplazada por la piel de ningún animal por bella que sea, nuestra cubierta no es pues una simple salea que nos envuelve.

La dermis está formada por tejido conjuntivo, vasos, nervios y los anexos de la piel, es decir los pelos con su glándula sebácea y las glándulas sudoríparas que son de dos tipos: las ecrinas, distribuidas en toda la piel y las apocrinas, que se encargan de producir olor en sitios característicos. La hipodermis o tejido celular subcutáneo está constituido por células grasas o adipocitos. La función de los elementos de la piel es en general la producción de queratina, síntesis de melanina, formación de sebo y sudor, sensibilidad térmica y al tacto.[3]

De la armonía de ellas depende la suavidad y elasticidad cutánea, la protección del ambiente y de las radiaciones solares, el control hidroelectrolítico, la regulación de la temperatura y el metabolismo general.

La piel es un órgano derivado embriológicamente del ectodermo y del mesodermo. En un corte histológico de la misma (fig.#1), Se distinguen las siguientes capas: epidermis, dermis e hipodermis.

La epidermis está constituida del interior hacia la superficie por una capa germinativa o basal, formada por una sola hilera de células cilíndricas llamadas queratinocitos, éstas dan origen al resto de la epidermis. Intercalados entre dichas células se encuentran los melanocitos y las células de Langerhans; los primeros sintetizan el pigmento melánico, y en las segundas se estudia actualmente funciones muy importantes. La segunda capa, estrato espinoso o de Malpighi, está formada por varias hileras de células poliédricas; después viene el estrato granuloso, constituido por células con granulaciones en su interior; en la parte más externa se encuentra el estrato o capa córnea, formado por células muertas, sin núcleo, aplanadas, y constituidas casi exclusivamente por queratina, lo mismo que los pelos y las uñas.

La inervación vegetativa de la cara está a cargo del sistema simpático y éste incluye los anexos de la piel como son: glándulas sebáceas, sudoríparas y folículos pilosos.[4,5,6,7]

Las primeras directamente afectadas por la distonía simpática,[4] por lo tanto, en la fisiopatología del acné se produce un aumento del tono del esfínter glandular, obstrucción de la secreción de la misma favoreciendo así, la infección de concomitante con la consecuente aparición de lesiones dérmicas como son: de tipo máculo papular pustular en regiones de la cara y tórax.[8]

El cuidado de la piel y el tratamiento de las enfermedades debe ser dirigido y de preferencia manejado por expertos para

evitar daños peores que la misma enfermedad. Las alteraciones dermatológicas pueden ocasionar una modificación de la imagen corporal que puede ser tomada con indolencia o se pueden exagerar sus alteraciones por razones individuales o por rechazo del grupo social. Hay pacientes con lesiones mínimas o nulas que presentan delirio de dismorfosis, o hipocondriasis de belleza, patología relacionada con exageración de pequeñas alteraciones. Algunos de estos pacientes son personas tristes y con poca participación en actividades sociales. En el adolescente la piel es áspera y seboreica, un terreno apropiado para el desarrollo del acné, por cierto, poco frecuente en orientales, probablemente por un factor genético racial.[1,2,8]

El bloqueo del sistema simpático en territorio de la cara, se obtiene administrando anestésicos locales en el ganglio estelar[5,6,7,9]. Disminuye el tono del esfínter glandular y la posibilidad de obstrucción e infección, con la consiguiente disminución en las manifestaciones diarias del acné, tendiendo a desaparecer las lesiones, restableciendo la secreción de las glándulas sebáceas, mejorando la lubricación de la piel, así como su aspecto, contribuyendo a devolver la suavidad, humedad y elasticidad a la piel dañada.

Es también importante destacar que las enfermedades de la piel tienen un impacto directo y mayúsculo sobre la comunicación sensorial y sexual de una persona, pues casi todas ellas implican

una infundada connotación de suciedad o falta de estética, lo que conduce a alteraciones psíquicas.

Como pocas, las lesiones producidas por enfermedades de la piel están expuestas a manipulación, exageración o subestimación por parte del enfermo, esto suele inducir aún más complicaciones que en otro tipo de padecimientos. [1,2,8]

Un problema muy importante en la actualidad lo constituye la automedicación con cremas, pomadas y gran cantidad de remedios caseros y sustancias que pueden dañar intensamente la piel, muchas veces en forma permanente. Esos daños los pueden ocasionar jabones y cosméticos que utilizan con el fin de eliminar las impurezas del cutis, en ocasiones se abusa de cremas faciales, cremas para masajes, mascarillas, sustancias abrasivas o fibras sintéticas, maquillajes, que pueden dejar lesiones permanentes.

En muchos pacientes el tratamiento médico actual no mejora el aspecto de éstos, llevando a resultados desastrosos en algunas ocasiones con trastornos funcionales y estéticos con la consiguiente repercusión económica y reforzamiento del sentimiento de frustración y desesperanza de estos pacientes.

La inervación vegetativa, como se describió anteriormente, en el territorio de la cara está dada por el Sistema Simpático (Cadena Simpático Cervical). Este sistema está unido por prolongaciones

que siguen los vasos cerebrales en un diminuto ganglio sobre la arteria comunicante anterior; pero en realidad, cada tronco termina superiormente en una formación voluminosa, alargada y de color gris rojizo, el ganglio cervical superior, que es el mayor de los tres que forman la Cadena Cervical, y de él nacen numerosos cordones nerviosos. Están compuestos éstos de fibras posganglionares nacidas en el ganglio. Corren hacia los nervios craneales o raquídeos vecinos, a los cuales aportan fibras vasomotoras, pilomotoras y secretoras, y después inervan Corazón, Faringe y las arterias Carótida interna y externa. Las más importantes de éstas ramas del ganglio cervical superior son las siguientes:

- Nervio Cardíaco superior, que corre desde el ganglio superior al plexo cardíaco y aporta fibras al Corazón.

- Nervio carotídeo interno, que corre longitudinalmente desde el ganglio hasta la arteria carotida interna, a cuyo alrededor sus fibras forman el plexo de la Carótida interna; por intermedio de este nervio y de este plexo, llegan al ojo las fibras dilatadoras de la pupila.

- Rama del Ganglio Cervical Superior, que va a la arteria Carótida externa, se ramifica y forma un plexo en dicha arteria y van a las glándulas parótida, sublingual, y submaxilar.

-Los ganglios Simpáticos Cervicales medio e inferior son más pequeños. Entre las ramas que nacen de dichos ganglios se mencionan las ramas grises que se unen a los nervios espinales contiguos y los nervios cardíacos medio e inferior, que van al

plexo cardíaco. [10]

-Las raíces cervicales que forman el ganglio Cervical Superior son la segunda, tercera, cuarta y quinta.

-El ganglio Cervical Medio por la sexta y séptima.

-El ganglio Cervical Inferior por la octava y primera dorsal, en ocasiones hasta la segunda dorsal y da ramas también a la sexta y séptima cervical. De estos dos ganglios se forma el Ganglio Estelar. Este ganglio es una estructura voluminosa de forma estelar o semilunar de 2cm de longitud por 1cm de ancho, también conocido como, Ganglio de Neubauer, se encuentra alojado en la Fosa Suprarretropleural, formada por el cuerpo de la séptima vértebra cervical, sus apófisis transversa, el cuello de la primera costilla y los ligamentos de la primera pleural, por delante de la arteria Carótida interna, y por atrás la arteria vertebral. Sus ramas principales forman:

- El Plexo Vertebral, que asciende hasta el nivel del tronco bacilar.

- El Plexo de la Arteria Subclavia, que proporciona inervación simpática al nervio superior.

- Ramas esofágicas.

- Ramas comunicantes, que van al resto de la cadena cervical.

La Cadena Simpática Cervical, además de las fibras ya vistas, contiene fibras vasomotoras y secretoras homolaterales de la cara. Por lo que la parálisis o bloqueo de la misma, provoca vasodilatación y ausencia de sudoración termorreguladora de la cara. A nivel ocular, las fibras simpáticas inervan los vasos

sanguíneos del globo ocular incluyendo los de la retina y músculo dilatador de la pupila y el músculo liso del párpado superior. [5,6,7,9]

La Hipófisis Anterior o Adenohipófisis recibe un importante inervación simpática proceden del plexo carotídeo interno.

El bloqueo del Ganglio Estelar se ha venido usando para tratar problemas de insuficiencia circulatoria regional y dolores de origen vegetativo. Este bloqueo tiene efecto especialmente sobre casos clínicos enfermedad de Raynaud; embolias arteriales, en las que existen edema, tumefacción y dolor en combinación con el llamado Síndrome Postraumático; en casos de lesión vascular o cirugía vascular de miembro superior, en pacientes afectados de angina de pecho, con dolor rebelde a los analgésicos comúnmente usados en estos casos; también se reporta su uso en el tratamiento de ciertas arritmias cardíacas, en la insuficiencia cerebro-vascular, migrañas, parálisis facial periférica, así como, crisis hipertensivas. [5,7,9,10]

Contraindicado en bradicardias.

O b j e t i v o :

Demostrar que el Bloqueo del Ganglio Estelar disminuye el acné.

J u s t i f i c a c i ó n :

El tratamiento del acné es común en gente joven,

principalmente en adolescentes, quienes se vuelven retraídos socialmente, debido a las alteraciones estéticas que presentan llevándolos así, a cambios de personalidad, por lo que resulta imposible negar que la psique y la piel del ser humano funcionan en estrecha relación, tanto en estado de salud como de enfermedad. Aunque el avance de la Medicina en el campo de la Dermatología es amplio, el tratamiento actual del acné en algunos casos no es satisfactorio, y en otros adverso, llevando consigo a alteraciones mayores de la psique de estos pacientes, por lo que se desea un tratamiento que mejore el aspecto físico y psicológico del paciente, ya que la presencia de las lesiones del acné aparte de la imagen desagradable que causa, crea un sentimiento de rechazo en la persona que lo padece. [1,2,8]

Con el bloqueo del Ganglio Estelar estos problemas tienden a desaparecer al restablecer la secreción de las glándulas sebáceas, mejorando por consiguiente el aspecto físico y psicológico del paciente al disminuir las lesiones del acné en gran medida.

D i s e ñ o:

**Tipo de Investigación: experimental, longitudinal,
y prospectiva.**

Definición Operacional de Variables:

-Bloqueo del Ganglio Estelar: también llamado Bloqueo Simpático Cervical o Cervicotorácico, ya que en un 40% de los pacientes no existe el ganglio estelar. El bloqueo se obtiene administrando anestésico local en la región cervical inferior, entre las vértebras c5-c6 o, c6-c7, actuando sobre las fibras vasomotoras o secretoras homolaterales de la cara, provocando vasodilatación y ausencia de sudoración termorreguladora de la cara. [4,5,7,9,12]

A nivel ocular, las fibras simpáticas inervan los vasos sanguíneos del globo ocular, incluyen los de la retina, el músculo dilatador de la pupila y el músculo liso del párpado superior. Su uso terapéutico se enfoca principalmente hacia problemas de insuficiencia circulatoria regional y dolores de origen vegetativo.

-A c n é: Afecciones dermatológicas caracterizadas por la retención de la secreción de las glándulas sebáceas y las alteraciones de carácter inflamatorio y de tipo infeccioso que sufren estas glándulas, afecta a todas las razas y a ambos sexos, principalmente entre los trece y veintitres años de edad, en su etiología se encuentran los factores genéticos, endocrinos, psicológicos, dietéticos e infecciosos. En su patogénesis, el cambio que se detecta mas tempranamente es la queratinización del conducto de la glándula sebácea, generando un infiltrado

inflamatorio en la dermis, desarrollándose abscesos a la luz del conducto, posteriormente el folículo puede romperse originando una severa reacción inflamatoria en la dermis.

El Tapón Córneo se proyecta como comedón, la retención del sebo y la inflamación producen una mácula, una pápula o una pústula dependiendo del grado de evolución de la lesión. El cuadro clínico se caracteriza por las lesiones ya mencionadas, asentadas sobre la piel seborreica de cara, tórax y miembros superiores. Evoluciona con periodos de remisión y exacerbación.

Su incidencia y severidad tienden a disminuir en la tercera década de la vida. Su pronóstico por lo general es bueno. El diagnóstico se realiza en base a las lesiones características, su topografía y edad del paciente. La clasificación está en base a la severidad y extensión de las lesiones, teniendo desde la más común, que es la vulgar o adolescentium, la seborreica, la indurada, la papulosa, la punctata, la pustulosa, la queratosa, y las más raras: la varioliforme y la elefantíásica [1,2,8] .

G r u p o s d e E s t u d i o :

- 1.- Grupo problema:** Pacientes que acudan a la consulta externa del HCN para tratamiento del Acné.

-Tamaño de la muestra: 34 pacientes.

-Criterios de inclusión: Pacientes con acné, de ambos sexos, edad comprendida de trece a treinta años con tratamientos anteriores fallidos y, sin tratamiento actual para acné.

-Criterios de exclusión: Pacientes fuera del rango de edad establecido, que no hayan recibido tratamiento previo, con menos de tres años del padecimiento, historia de alergias o desórdenes neuropsiquiátricos, que estén recibiendo tratamiento esteroideo o antibiótico, o patologías agregadas como, Diabetes Mellitus o inmunosupresión.

-Criterios de Eliminación: Que no acudan a tratamiento de forma regular, que suspendan el tratamiento, que reciban tratamiento simultáneo para acné o tratamiento antimicrobiano y/o esteroideo para otra enfermedad.

Descripción General del Estudio:

Paciente con acné que se citará a la sala de recuperación del HCNCN de Pemex cuando ésta se encuentre desocupada. Previa toma de los signos vitales, colocación del paciente en decúbito dorsal con la cabeza ligeramente en hiperextensión, con el dedo índice

colocado entre músculo esternocleidomastoideo y la tráquea, se localiza con el pulgar la apófisis transversa de la 6a vértebra esternocleidomastoideo y la arteria Carótida común por un lado, la glándula tiroides, la tráquea y el esófago en el lado opuesto, y por la depresión así formada se inserta de arriba hacia abajo con aguja hipodérmica no. 22, La cual se introduce hasta hacer contacto con la apófisis transversa, una vez realizado lo anterior, se aspirará y se retirará la aguja unos milímetros y se deposita el anestésico.

Posterior al bloqueo, los pacientes pudieran presentar Síndrome de Horner o disfonía, el cual es indicativo que la aplicación del anestésico es correcta, sin embargo, el no presentarse lo anterior no indica falla de procedimiento sino únicamente un grado menor de respuesta.

El anestésico que será empleado para el bloqueo es lidocaína 2% simple. La dosis de anestésico se estandarizará a 80mg y se aplicarán inyecciones bilaterales de 40mg en cada lado del cuello. El tiempo de duración del tratamiento será de cinco a diez semanas con dos sesiones semanales.

La aplicación del procedimiento deberá aplicarse de preferencia por el mismo médico, y la evaluación inmediata del bloqueo deberá ser realizada por otra persona. El paciente podrá egresarse a domicilio a los treinta minutos promedio; una vez logrado el procedimiento, se citará a los cuatro días,

evaluándose el estado del acné para la aplicación de nueva dosis, si el paciente llega a tener desaparición del acné se considerará como eficaz y se dará por terminado el estudio, dándose cita al mes, a los seis y doce meses. A los pacientes al final del estudio y con más de diez semanas de tratamiento sin mejoría clínica se dará por fracasado.

3.-Cédula de recolección: Constará con los siguientes datos:
-nombre, -ficha, -edad, -sexo, -ocupación, -acné, -clasificación,
-fecha inicio tx y fin del mismo, presencia de Síndrome de Horner o disfonía o bien la ausencia de estos, así como, la presencia de cualquier incidente y asimismo, su evolución.

4.-Calendario de actividades.

Del 1o. Al 31 de octubre: Elaboración de Protocolo.

1a. Quincena de noviembre: Aprobación de Tesis.

2a. Quincena de noviembre: Iniciación de Estudio.

3a. Semana de enero 1992: Fin de Estudio.

4a. Semana de enero: Análisis.

F e b r e r o: Presentación de Tesis.

M a r z o: Publicación de Trabajo.

5.-Análisis de datos: será comparativa en promedios, determinándose la significancia estadística de los grupos con los métodos matemáticos de Media y Desviación Estandar.

6.-Recursos:

a) Humanos del HCNCN de Pemex: Médico Residente de Anestesiología de III año.

Médico Anestesiólogo adscrito al Servicio.

Enfermera general.

B) Físicos: área de recuperación, con equipo de reanimación completo, baumanómetro y estetoscopio, jeringas de 5cc con agujas calibre 23 hipodérmicas, lidocaína simple al 2%.

A s p e c t o s é t i c o s :

Las complicaciones que se reportan con mayor frecuencia son principalmente originadas por deficiencias de la técnica. Las complicaciones con la producción de hematomas, administración intravascular del anestésico, con producción de los consecuentes efectos tóxicos en grado variable.

Los incidentes del bloqueo del ganglio estrellado se producen cuando el anestésico local difunde hacia otras zonas distintas a la cadena simpática cervicotorácica. Con los anestésicos locales ésta complicación es mínima. Por ejemplo, si la extensión del bloqueo con anestésico local afecta el Nervio Laringeo recurrente lateral, el cual se sitúa en el surco entre el Esófago y la Tráquea, se observará disfonía, ya que este nervio inerva todos los músculos de la laringe, excepto del cricoideo. -Debe advertirse a los pacientes, previamente, de ésta posibilidad que, durará tanto como el efecto del anestésico local.

En el caso de que la inyección se haya realizado a mayor profundidad de la fascia prevertebral (es decir, si la aguja no se retira del músculo paravertebral previamente a la inyección), el anestésico local tiende a difundir profundamente en sentido posterior y lateral a ésta fascia, afectando los componentes somáticos del plexo braquial, de lo que resulta la analgesia de algunas o todas sus raíces. Con anestésicos locales esto no supone un problema importante y, la función se recupera.

Un importante efecto secundario es la inyección accidental de anestésico local en la arteria vertebral; ésta se localiza detrás y muy cerca del agujero transversal superior de C6. Inyecciones muy pequeñas de anestésico local dentro de la arteria, pueden producir convulsiones. Por lo tanto, como siempre, es obligado realizar la prueba de la aspiración e inyectar una dosis de prueba inferior a 0,25ml. Si se producen convulsiones, el

tratamiento consiste en administrar un barbitúrico de acción rápida, tiopental 25 a 100mg o, diacepam 5 a 10mg i.V. Y asegurar una oxigenación y una ventilación adecuadas, administrando oxígeno a través de una mascarilla y/o ventilación a presión positiva.

Resultados.

La distribución por edad y sexo fue la siguiente:

E d a d (gráfica #1)

de 13 a 19 años.....12 pacientes
De 20 a 25 años.....17 pacientes
De 26 a 30 años.....05 pacientes
Media 21.18a. Desviacion Std +-3.79

S e x o

Masculino.....18 pacientes
Femenino.....16 pacientes

O c u p a c i ó n (grafica #2)

Estudiante.....22 pacientes
Empleado.....11 pacientes
Ama de Casa.....01 paciente

Frecuencia según el tipo de Acné (gráfica # 3)

Vulgar.....17
Queratosa.....01
Papulosa.....02

Seborreica.....	03
Indurada.....	01
Punctata.....	03
Varioliforme.....	01
Pustulosa.....	02
Mixta.....	04

Duración del tratamiento en Semanas por # Pacientes

(Gráfica #4)

# de Semanas:.....	# Pacientes
10.....	06
08.....	01
07.....	05
06.....	13
05.....	05
03.....	01
01.....	03

Sesiones de Bloqueos por # de pacientes

# de Sesiones	# Pacientes
20.....	06
16.....	01
14.....	06
13.....	08
12.....	04
11.....	04
10.....	01
06.....	01
02.....	01

01.....01

Media : 12.85 Desviación Std +-4.84

De los 34(100%) pacientes 23(67.6%) de ellos sanaron, 6(17.6%) mejoraron, 3(8.8%) abandonaron el tratamiento, 1(2.9%) se encuentra aún en tratamiento y 1(2.9%) con respuesta menor al bloqueo de lo esperado (gráfica #5).

Se observó Síndrome de Horner en 22 pacientes (64.7%), con disfonía a 5 pacientes(14.7%), 6 pacientes (17.6%) sin respuesta aparente inmediata al bloqueo, de este pequeño grupo; 3 de ellos suspendieron el tratamiento (gráfica #6A).

De los incidentes(gráfica #6B) sólo se apreciaron 1 paciente con lipotimia y otro con hipotensión leve (10% de las cifras basales).

Con respecto a la clasificación por tipos de Acné:

14 pacientes con acné vulgar: sanaron, 1 mejoró y 2 suspendieron el tratamiento. Los 3 pacientes con acné seborreica, los 3 de acné punctata y los 2 de acné pustulosa sanaron. Los pacientes de acné mixto: 1 sanó, 1 mejoró, 1 con respuesta menor al bloqueo y 1 en tratamiento actualmente. El paciente con acné queratosa (1), los 2 de acné papulosa y el de acné varioliforme sólo mejoraron. El de acné indurada suspendió el tratamiento.

Con respecto a la signosintomatología posterior al bloqueo en los pacientes con diferentes tipos de acné, se obtuvieron los siguientes resultados: los de acné vulgar presentaron Síndrome de Horner, 13 de ellos, en 2 no se obtuvo respuesta y 2 suspendieron el tratamiento. El de acné queratosa presentó disfonía. Los de

acné papulosa: 1 presentó Síndrome de Horner y 1 disfonía, los 3 de acné seborreica presentaron Síndrome de Horner. Los de acné punctata: 1 presentó Síndrome de Horner, 1 disfonía y 1 no presentó respuesta inmediata al bloqueo. El paciente con acné varioliforme presentó Síndrome de Horner, los de acné pustulosa: 1 Síndrome de Horner y 1 disfonía. Del acné mixto: 2 presentaron Síndrome de Horner (uno de ellos, aún en tratamiento), y el de acné indurada suspendió el tratamiento.

La respuesta hacia la mejoría clínica en relación a la presencia de la signosintomatología, fué la siguiente:

17 pacientes que presentaron Síndrome de Horner, sanaron; 4 presentaron mejoría y 1 aún en tratamiento. De los pacientes que presentaron disfonía, 3 sanaron y 2 mejoraron. De los pacientes sin respuesta clínica inmediata aparente, sanaron los 3. Y 1 paciente con respuesta menor al bloqueo.

D i s c u s i ó n

En éste estudio el bloqueo de la cadena simpático cervical ó ganglio estelar en el tratamiento del acné, fué aceptado por los pacientes, previa explicación de la técnica, incidentes y complicaciones que se pudieran presentar, sólo 3 de ellos abandonaron el tratamiento en la primera y segunda semana del mismo. El rango de edad fué de 13 a 30 años con una media de 21.18 años, y una desviación estandard de 3.79. En cuanto a la distribución por sexo fué homogénea, siendo 16 del sexo femenino y 18 del sexo masculino. La ocupación de los pacientes que predominó fué: estudiantil (22). Siendo el acné más común el de

tipo vulgar o adolescentium: 17 pacientes.

El temor a la aplicación del bloqueo pasó a segundo término cuando los pacientes observaron resultados satisfactorios; esto es que fueron hacia la mejoría, con la desaparición consiguiente de las lesiones, en algunos casos de manera rápida, de los cuales 6 pacientes tuvieron una duración menor (5 a 3 semanas) a la media del tratamiento (6.24 semanas), con una desviación estandar de ± 2.41 .

Sólo 6 pacientes (17.6%), completaron las 20 sesiones del bloqueo (10 semanas); la media en éste caso es de 12.85 con una desviación estandar de ± 4.84 .

Creemos que estos resultados demuestran la efectividad del bloqueo en el tratamiento del acné. Aunque sabemos de las complicaciones (y su manejo) que se pudieran presentar no se observó ninguna. De los 34 pacientes sólo se observó como incidente en una paciente: hipotensión, como efecto del bloqueo mismo, y lipotimia en un paciente debido quizá a la absorción perivascular del anestésico, puesto que, en todas las aplicaciones del bloqueo se realizó la prueba de aspiración para asegurarnos de no estar dentro de ningún vaso sanguíneo.

El bloqueo de la cadena simpática causó una elevada presentación del Síndrome de Horner: 22 pacientes (64.7%) y sólo 5 de ellos (14.7%) con disfonía, 3 sin respuesta inmediata y 1 paciente con una respuesta menor por lo que fué necesario la aplicación de más de 20 sesiones.

De los pacientes con acné vulgar, 14 sanaron, y uno de ellos sólo mejoró, observándose el Síndrome de Horner en 13, y en 2 de ellos no se obtuvo respuesta clínica aparente inmediata. Esto último no implicó que los pacientes no mejoraran. De los pacientes con disfonía, 3 sanaron y 2 mejoraron.

El bloqueo del sistema simpático del territorio de la cara fue apreciado de forma inmediata por la presencia del Síndrome de Horner y de la disfonía, en un total de 27 pacientes (79.4%), siendo esto relevante pues demuestra que al disminuir el tono simpático del territorio de la cara se rompe la cadena viciosa de la fisiopatología del acné, al disminuir el tono del esfínter glandular, mejorando así, la secreción de la misma y consecuentemente la desaparición progresiva de las lesiones dérmicas al actuar el anestésico sobre la cadena simpático cervical al existir un estímulo inhibitorio por el anestésico al ser aplicado dos veces por semana.

Conclusiones

El estudio realizado utiliza un grupo pequeño, por las características del servicio de Anestesiología, en el cual no era posible manejar un grupo grande por falta de tiempo y espacio para la aplicación del procedimiento. Pero aún así concluimos que los resultados son satisfactorios siendo ésta una modalidad diferente para el tratamiento del acné, y una alternativa para los pacientes con mucho tiempo de padecimiento, quienes continuaron el tratamiento pese a lo poco ortodoxo del mismo, al observar mejoría.

Este procedimiento proporciona beneficios a los pacientes con mínimo dolor asociado a la punción para la aplicación del bloqueo, mejorando el aspecto físico y psicológico del paciente, quien hace a un lado su temor al observar respuesta satisfactoria.

Sólo 3 pacientes abandonaron el tratamiento, uno de ellos fué por incompatibilidad de horarios con el servicio de Anestesiología y 2 por la ausencia de respuesta al tratamiento. 1 paciente se encuentra actualmente en tratamiento y 30 de ellos lo finalizaron de manera aceptable.

En conclusión, éste tratamiento es satisfactorio por los resultados obtenidos, siendo necesario para su aplicación la presencia de un Anestesiólogo.

Sería recomendable la divulgación aún mayor de éste procedimiento como un coadyuvante en el tratamiento del acné ó bien por sí sólo.

B i b l i o g r a f í a .

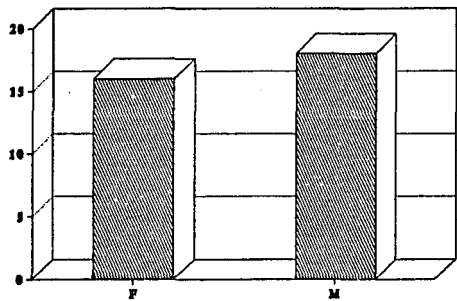
- 1) Arenas Roberto "La Piel: sus Principales Características y Funciones" I.C.Y.T. Vol. 12. Ene-Feb 1990. Págs. 18-22.
- 2) Peniche Jorge "Tema Monográfico sobre el Acné", Revista de la Facultad de Medicina, México. Págs. 28-35, Febrero 1980.
- 3) Arenas Roberto "La Piel: Anatomía y Fisiología", I.C.Y.T. VOL. 12, Ene-Feb 1990. Págs.22-23.
- 4) Farreras Rozman "Patología del Sistema Nervioso Vegetativo", Medicina Interna Vol. 2, 12a. Edición, Págs. 235-244.
- 5) Miller Ronald "Bloqueo del Plexo Cervical" Anestesia Vol.2, 2a. Edición, 1986, Págs. 969-971.
- 6) Quiroz Fernando "Plexo Cervical", "Simpático Cervical", Anatomía Humana, Vol. 2, 1973, Págs. 427-432, 495-500.
- 7) Collins Vincent, "Bloqueo del Ganglio Estrellado" Anestesiología, 2a. Edición, 1979, Págs. 774-775.
- 8) Reisner R. "Acné Vulgaris y Dermatitis Seborreica", Dermatología Clínica, 3a. Edición, Capítulo 24, Págs. 496-511.
- 9) Winnie A. P. "Pharmacologic Reversal of Horner's Syndrome

Following Stellate Ganglion Block" Anaesthesiology 6 ,1974
Págs 615-617.

101 Chávez Ignacio, "Hipertensión Arterial en Diversas
Condiciones", Hipertensión Arterial Esencial, Tomo 2, 1985,
Págs. 224-227.

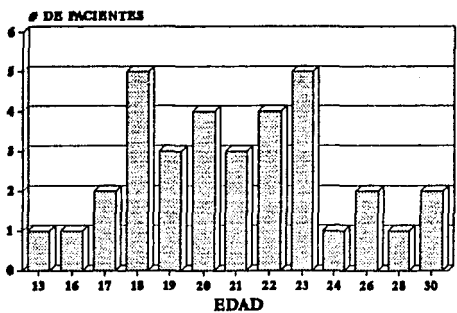
121 Mascaró José "Síndrome de Horner", Diccionario Terminológico
de Ciencias Médicas, 1985, Pág. 931.

DISTRIBUCION POR SEXO
TRATAMIENTO DEL ACNE CON BLOQUEO ESTELAR



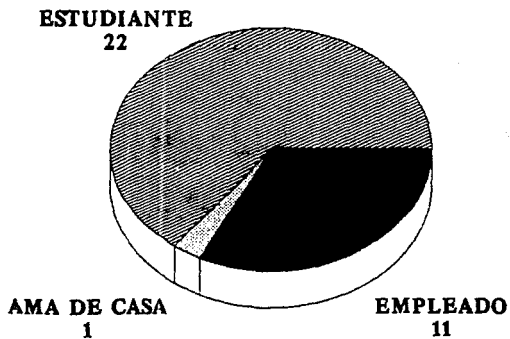
GRAFICA # 1A

DISTRIBUCION POR EDAD
TRATAMIENTO DEL ACNE CON BLOQUEO ESTELAR



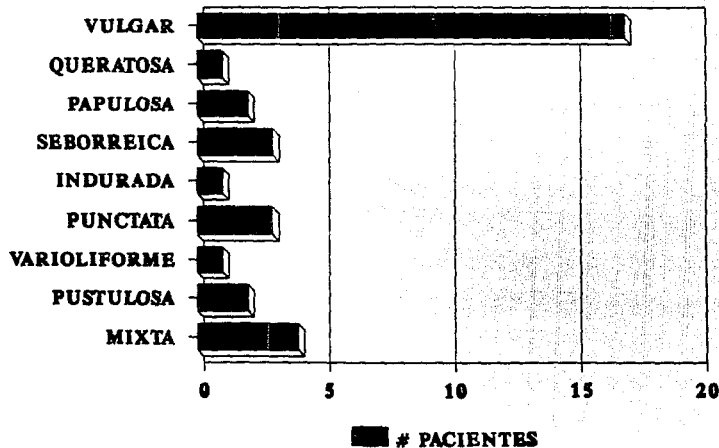
GRAFICA # 1B

**DISTRIBUCION POR OCUPACION DE PACIENTES
TRATAMIENTO DEL ACNE CON BLOQUEO ESTELAR**



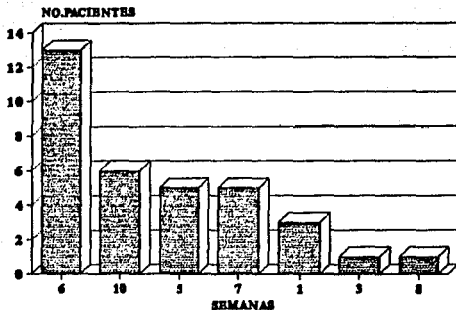
GRAFICA # 2

**FRECUENCIA SEGUN EL TIPO DE ACNE
TRATAMIENTO DEL ACNE CON BLOQUEO ESTELAR**



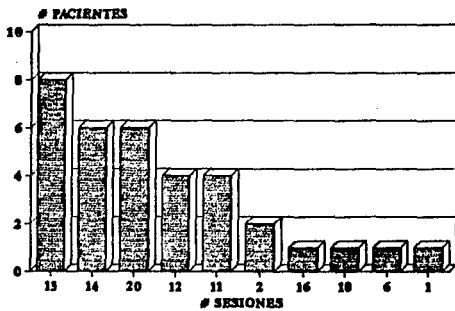
GRAFICA # 3

DURACION DEL TRATAMIENTO
TRATAMIENTO DEL ACNE CON BLOQUEO ESTELAR



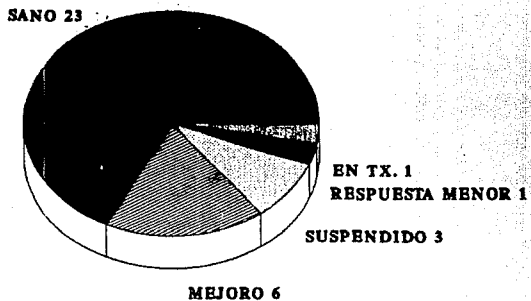
GRAFICA # 4A

NUMERO DE SESIONES PARA EL TRATAMIENTO
TRATAMIENTO DEL ACNE CON BLOQUEO ESTELAR



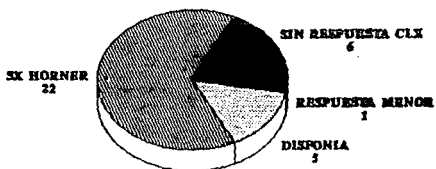
GRAFICA # 4B

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO BLOQUEO ESTELAR EN EL ACNE



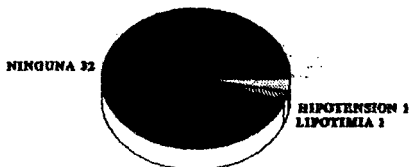
GRAFICA # 5

RESPUESTA AL TRATAMIENTO BLOQUEO ESTELAR EN EL ACNE



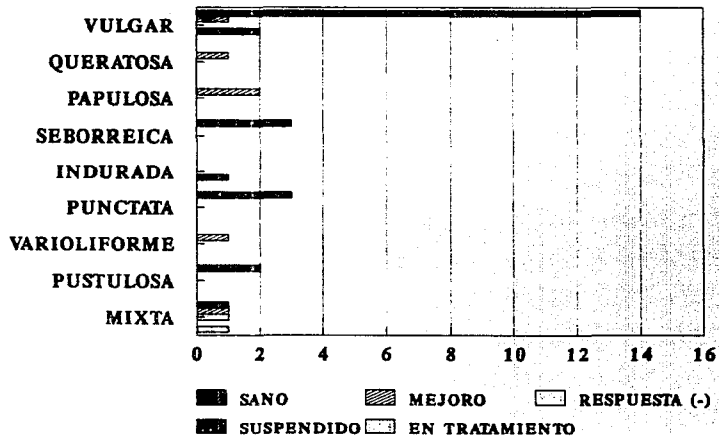
GRAFICA # 6A

TIPO DE INCIDENTES BLOQUEO ESTELAR EN EL ACNE



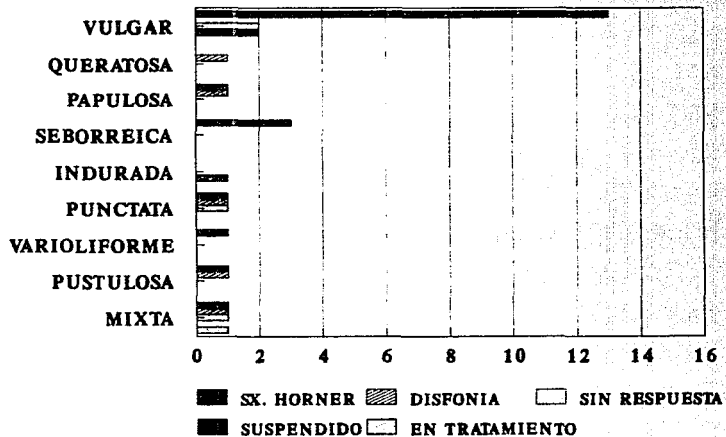
GRAFICA # 6B

TRATAMIENTO DEL ACNE CON BLOQUEO ESTELAR RESPUESTA AL TRATAMIENTO



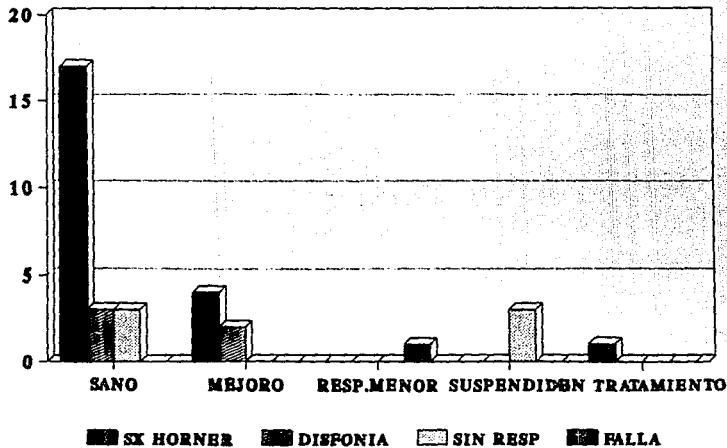
GRAFICA # 7

ACNE Y RESPUESTA CLINICA SIGNOSINTOMATOLOGIA



GRAFICA # 8

MEJORIA CLINICA AL BLOQUEO SIGNOSINTOMATOLOGIA



GRAFICA # 9