

ACE

Acta Científica Estudiantil

ISSN 2542-3428 Depósito legal DC 2017001301

**Viruela Símica. ¿Problema de
salud pública?**

Editorial

**Intususcepción intestinal como
manifestación de tumor cecal.**

Reporte de caso



Comité editorial:

Diana Ysidro. Editor en Jefe. [1]
Elizabeth Martínez. Editor ejecutivo. Gestión editorial [2]
Ricardo Graterol. Editor Ejecutivo. Diagramación y diseño [1]
Raquel Nuñez. Editor Ejecutivo. Página web y medios [3]
Pablo Duran. Editor Ejecutivo. Secretaría y tesorería [4]
Aram Pulgar. Editor [5] Juan Mora. Editor [2]
Carolina León. Editor [2] Luzmaya Reyes. Editor [5]
Christian Medina. Editor [5] Owen Martínez. Editor [6]
Daniel Carvallo. Editor [5] Solibeth Molina. Editor [1]
Fabiola Gallucci. Editor [1] Veruska Jauregui. Editor [1]
Gabriel Eman. Editor [2]

[1] Sexto año de Medicina. Universidad Central de Venezuela.
[2] Quinto año de Medicina. Universidad Central de Venezuela.
[3] Sexto año de Medicina. Universidad del Zulia.

[4] Quinto año de Medicina. Universidad del Zulia.
[5] Médico-Cirujano. Universidad Central de Venezuela.
[6] Médico-Cirujano. Universidad de Oriente.

Comité de asesores:

Adrián da Silva de Abreu, MD, MSc, PhD(c)
*Ochsner Medical Center and The University of Queensland
Ochsner Clinical School, Nueva Orleans, Luisiana, EE.UU.*

Oscar Cabrera-Marante, MD
Hospital 12 de Octubre, Madrid, España.

Yuhamy Curbelo-Peña, MD
*Consorci Sanitari de l'Alt Penedes i
Garraf, Barcelona, España.*

Belkis J Menoni-Blanco. MD.
Uruguay.

Árbitros externos de este número:

Dra. Raquel Mendoza Zerpa. Cirugía oncológica de vías digestivas. Venezuela. Intususcepción intestinal como manifestación de tumor cecal, en paciente femenino de 81 años. Reporte de caso.

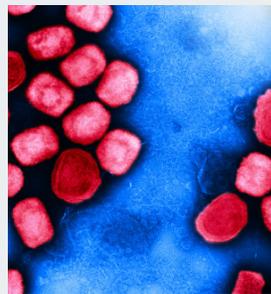
Dr. Luis Level. Cirugía bariátrica. Venezuela. Intususcepción intestinal como manifestación de tumor cecal, en paciente femenino de 81 años. Reporte de caso.

Dra. Albani Rocheta. Dermatólogo. Venezuela. Síndrome de Steven-Johnson asociado al uso de lamotrigina-carbamazepina. Fotografía Médica.

Dra. Elsy Cavallera. Dermatólogo. Venezuela. Síndrome de Steven-Johnson asociado al uso de lamotrigina-carbamazepina. Fotografía Médica.

Propiedad de:

Acta Científica Estudiantil.
ISSN 2542-3428
Depósito legal DC2017001301
Caracas, Venezuela.
Página web: www.actacientificaestudiantil.com.ve
Correo electrónico: actacientificaestudiantil@gmail.com
Fecha de publicación: 31 de marzo de 2023
Número de páginas: 14



Portada

Título: *Partículas del virus de la viruela del mono.*
Descripción: *Micrografía electrónica de transmisión coloreada de partículas del virus de la viruela del mono (rojo) cultivadas y purificadas a partir de cultivos celulares.*
Créditos: NIAID/NIH
Disponible en: <https://www.flickr.com/photos/nihgov/52424752317/in/photostream/>

Modificada con Photoshop CS6®

Acta Científica Estudiantil

Marzo 2023



Editorial

Viruela Símica. ¿Problema de salud pública?.

Cudde, Florenzo. Médico especialista en infectología y medicina familiar.

Reporte de caso

Intususcepción intestinal como manifestación de tumor cecal, en paciente femenino de 81 años. Reporte de caso.

Molina-Carrillo S.; Pereira P.; Prato L.

Fotografía médica

Síndrome de Steven-Johnson asociado al uso de lamotrigina y carbamazepina. Fotografía Médica.

Gallucci-Di Filippo F., Duque-Romero C.

Normas de autoría

EDITORIAL

Viruela Símica. ¿Problema de salud pública?

Cudde, Florenzo. ^{1,2}



A principios del año 2022 la OMS (Organización Mundial de la Salud) emitió una **alerta epidemiológica**, que advertía sobre varios casos de Viruela del mono en países donde esta enfermedad no es endémica (primero en Reino Unido, poco después en Portugal y en Suecia, y ya para mayo eran 11 países donde se reportaban casos [1,2,3]) Esta notificación fue inmediatamente tomada por los medios de comunicación y las redes sociales como una situación “alarmante”, que se mezcló peligrosamente con el estado de conmoción social debido a la pandemia de COVID-19 por la que el mundo está pasando apenas. De forma automática se relacionó con la Viruela humana, que causó estragos por mucho tiempo en el siglo 19 y principios del siglo 20 hasta su erradicación en la década cerca de 1980 gracias a la vacuna. Esta situación ha sido sobrevalorada en todas las dimensiones posibles sin ningún tipo de piedad por medios y particulares que solo han buscado un espacio para su propio protagonismo, han utilizado imágenes dantescas de casos de viruela humana y fotos de simios furiosos con los dientes afuera, fotos de lesiones graves, etc todo para llamar la atención de forma criminal.

Dada esta confusión, se justifica una breve pero clara descripción de los términos y de los verdaderos hechos, que tiene como finalidad, asentar las ideas y darles su justo valor para evitar así, mayores preocupaciones en las personas de esta sociedad que aun no termina de salir del trauma causado por la COVID-19 que ha tenido consecuencias comparables a la de una guerra mundial.

En primer lugar, aclaremos qué es un **alerta epidemiológico**: “Un alerta epidemiológico es un documento que se emite y difunde cada vez que aparece una sospecha de una situación de riesgo potencial para la salud de la población, frente a la cual es necesario el desarrollo de acciones de Salud Pública urgentes y eficaces.” En el mismo, se destacan la causa por el que el alerta es emitido y se indican las acciones pertinentes para su vigilancia epidemiológica y control.

Desde las primeras alertas a principios de 2022, se ha dado a conocer, gracias a este mecanismo de las alertas epidemiológicas, cada nuevo brote de casos hasta el momento actual. Para la fecha en que se redactó este escrito ya en Venezuela se ha reportado un caso confirmado procedente de Perú, el cual ingresó por Colombia. Obviamente la prensa y los buscadores de protagonismo en las redes sociales no han desaprovechado estas noticias. En relación con el problema real del cual se nos ha alertado hay que destacar algunas verdades:

1. Médico especialista en infectología y medicina familiar. Universidad del Zulia.

Av. Universidad Parroquia “Olegario Villalobos” del Municipio Maracaibo, Zulia, Venezuela.

E-mail:
extremevent1@hotmail.com

Recibido: 12 de septiembre 2022
Aceptado: 12 de octubre 2022
Publicado: 31 de marzo 2023

Para citar este artículo/
For reference this article:
Cudde, Florenzo. Viruela Símica.
¿Problema de salud pública?
Editorial. Acta Cient Estud.
2023;15(1):4-6

ISSN 2542-3428

Se trata de un virus muy diferente al virus de la COVID-19, desde todo punto de vista: taxonómico, estructural, biológico, virulencia, capacidad de mutación, susceptibilidad a fármacos y vacunas, reacción patológica y pronóstico. De todo esto se ha dado cuenta suficientemente en numerosos medios y por expertos en virología, infectología, epidemiología, etc. Solo deseo destacar que en caso en que alguien llegase a infectarse, cosa que no ocurrirá fácilmente dada las características patológicas del virus y su bajo grado de transmisibilidad y patogenicidad, hay que saber que en más del 95% de los casos se producirá una enfermedad autolimitada, de curso leve y no letal.

La posibilidad que la viruela del mono se transforme en una pandemia es bastante baja, dado que se requiere de contacto muy estrecho con un enfermo o caso confirmado, o con fómites contaminados por ellos, hasta la fecha no se ha descrito transmisibilidad por personas asintomáticas, y porque también existe una vacuna que se desarrolló para la viruela símica (MVA-BN), también conocida como Imvamune, Imvanex o Jynneos, que ha sido aprobada en 2019, aunque no está ampliamente disponible [4]. Cabe mencionar que incluso la vacuna para la viruela humana, por décadas da 85% de protección contra todas las especies de virus de la viruela conocidas que afectan al humano.

La viruela símica tradicionalmente se transmite principalmente por contacto directo o indirecto con sangre, fluidos corporales, las lesiones de la piel o las mucosas de animales infectados. La transmisión secundaria o de persona a persona puede producirse por contacto estrecho con secreciones infectadas de las vías respiratorias o lesiones cutáneas o mucosas de una persona infectada, o con objetos contaminados recientemente con los fluidos del paciente o materiales de la lesión. La transmisión se produce principalmente por gotículas respiratorias (grandes). La infección se transmite asimismo por inoculación o a través de la placenta (viruela símica congénita). No hay evidencia que el virus de la viruela símica se transmita por vía sexual [4].

Las medidas preventivas practicadas durante la pandemia del covid 19, son más que eficaces para la prevención de los brotes de viruela del mono, tanto las generales que debe seguir la población general como las particulares que debe practicar el personal de salud.

Es **fundamental desvincular esta alerta epidemiológica de Viruela símica de la viruela humana**, considerando: Primero, que esta última ha sido erradicada de la humanidad, y solo sería posible desatar nuevos brotes si ocurriera un ataque con armas biológicas contentivas del virus de la viruela humana, pero de allí a una epidemia o pandemia ya he explicado que sería poco probable. Segundo, que la viruela símica es patológicamente distinta y más benigna como enfermedad. En resumen, es una enfermedad que en su forma natural es endémica de ciertas zonas de África (Occidental y Central), el reservorio son algunos roedores como ardillas salvajes, y ratas de la sabana, no los primates, mucho menos los humanos. La ocurrencia en humanos y otros animales depredadores de roedores, es accidental por la costumbre de cacería de estas especies (se contaminan mediante el contacto con su sangre, y fluidos). La ocurrencia en niños es mayor debido a la dinámica infantil de jugar y manipular roedores como mascotas etc., Igualmente la letalidad se ha reportado básicamente en niños debido a factores de respuesta inmune deficiente propios de los niños, más aun de esas zonas geográficas donde prevalece la desnutrición y difícil acceso a los servicios médicos (lesiones cutáneas se complican con infecciones sobreadegadas, hay mayor toque de órganos como pulmones, corazón, cerebro e intestino). Aparte del hecho que el tipo de virus de la región Central de África (llamado Clado centroafricano) ha sido desde siempre el que más patogenicidad ha mostrado. Afortunadamente, este clado centroafricano no ha sido el responsable de los brotes fuera de las zonas endémicas.

Hay que destacar que en los brotes de zonas no endémicas, han habido cambios en la transmisibilidad entre humanos, particularmente se ha visto mayormente en hombres que tienen sexo con otros hombres, esto se ha querido explicar más por el contacto íntimo estrecho (contacto con lesiones cutáneas, fluidos de mucosas, etc) que como una posible transmisión vía sexual por fluidos genitales. De hecho, todo comenzó, aparentemente tras relajarse la prohibición de reuniones públicas masivas que hubo durante los años de pandemia por la COVID-19, cuando hubo una fiesta del orgullo gay en Europa. Allí confluyeron personas de diferentes lugares incluyendo de los países endémicos. Y de allí surgieron los contactos que han esparcido la enfermedad por muchos otros países. También se

ha hablado de que dada la particularidad conductual de los contactos que surgieron (personas promiscuas) ha sido más difícil de controlar los contagios y los brotes nuevos. Esto ha desatado incluso comentarios homofóbicos en algunos medios.

Finalmente, espero que los hechos más relevantes en relación con la Alerta epidemiológica de la viruela símica, sean tenidos en cuenta en su verdadera dimensión: una “alerta” seguida de sus respectivos protocolos solo para el personal de salud pueda ayudar a identificar **casos sospechosos** con sus criterios claros donde es **obligado tener vínculo epidemiológico** para establecer los **casos probables** los cuales son los que se deben tratar de confirmar para así detener los brotes potenciales de esta enfermedad fuera de las áreas endémicas, o sea en nuestro país, por ejemplo. Explico brevemente: caso sospechoso es cualquier persona con síntomas sistémicos inespecíficos agudos (como cualquier virosis: fiebre, mialgias, artralgia, lumbalgia, cefalea, etc.) que tenga manifestaciones cutáneas eruptivas de tipo vesicular, papular pustulosas costrosas inexplicables. Un caso probable, además de lo anterior, debe dentro de los 21 días previos, haber tenido contacto con un enfermo similar o proveniente de zona endémica, o contacto con un animal exótico del tipo proveniente de zonas endémicas que pudiera estar enfermo (vínculo epidemiológico). Un caso confirmado, sería aquel sospechoso en quien se haya obtenido una PCR en tiempo real (o identificación secuencial) para el virus. Destaco, que estas pruebas solo las hacen centralizadas en determinados lugares de cada país. Como verán, lo más importante radica en identificar siempre si hay algún vínculo epidemiológico y precisamente para eso es que se emiten las alertas epidemiológicas, para que pensemos en esa posibilidad y no para que se alarme a la población.

Referencias bibliográficas

1. ECDC. Actualización epidemiológica: brote de viruela símica. 20 de mayo de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3a6zrqx>
2. Oficina Regional de la OMS para Europa. Declaración - Investigaciones en curso sobre casos atípicos de viruela del simio ahora reportados en ocho países de Europa. 20 de mayo de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3wwu2Ss>
3. Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA por sus siglas en inglés). Casos de viruela símica confirmados en Inglaterra – últimas actualizaciones. 20 de mayo de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3wyFcq2>
4. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Viruela símica en países no endémicos. 20 de mayo de 2022, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2022

REPORTE DE CASO

Intususcepción intestinal como manifestación de tumor cecal, en paciente femenino de 81 años. Reporte de caso.

Molina-Carrillo S.¹; Pereira P.¹; Prato L.¹

RESUMEN

La intususcepción o invaginación intestinal es el ingreso de una porción del intestino y su mesenterio en el interior del segmento intestinal adyacente. Es una manifestación clínica frecuente en niños, sólo del 5 al 16% se presenta en adultos, del 38 al 55% de estos casos ocurre en el colon, y de éstas, el 48% se relacionan con lesiones malignas. Se reportó caso de paciente femenino de 81 años de edad, con antecedente de hemicolectomía izquierda y anastomosis colorrectal por enfermedad diverticular complicada, que inició enfermedad actual con dolor abdominal 10/10 en la escala visual análoga del dolor (EVAD) concomitante heces con moco sin sangre, náuseas y emesis. Se realizó radiografía de abdomen simple de pie y posteroanterior (PA), sin encontrarse hallazgos sugestivos de invaginación intestinal o de tumor. Posteriormente se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) con doble contraste abdomino-pélvica dónde se evidencia presencia de tumor pélvico. Se practicó laparotomía exploratoria, encontrándose tumor de ciego que condiciona intususcepción de colon ascendente e íleon terminal. En consecuencia, la paciente se sometió a hemicolectomía derecha e ileostomía con cierre de cabo distal, falleciendo al segundo día del postoperatorio. La intususcepción intestinal es infrecuente en adultos y no posee sintomatología específica, por lo que puede pasar desapercibida. Esta patología puede ser objeto de errores al momento del diagnóstico. Además, posee una causa mecánica definida con alta probabilidad de malignidad, por lo que se recomienda tener alta sospecha clínica y realizar estudios imagenológicos altamente sensibles y específicos para su correcto diagnóstico.

Palabras clave: Dolor abdominal; hemorragia gastrointestinal; intususcepción; neoplasias del ciego; obstrucción intestinal.



1. Estudiante de pregrado de medicina. Escuela de Medicina "Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela

Avenida Panteón, edificio Brisavila, Urbanización San Bernardino. Caracas, Venezuela.

E-mail: solibeth7@gmail.com

Recibido: 26 de junio 2020
Aceptado: 8 de septiembre 2022
Publicado: 31 de marzo 2023

Para citar este artículo/
For reference this article:
Molina S.; Pereira P.; Prato L.
Intususcepción intestinal como manifestación de tumor cecal, en paciente femenino de 81 años. Reporte de caso. Acta Cient Estud. 2023;15(1):7-12

CASE REPORT

Intestinal intussusception as a manifestation of cecal tumor. In an 81 years old female. Case report.

Molina-Carrillo S.¹; Pereira P.¹; Prato L.¹

ABSTRACT

Intussusception or intestinal invagination is the entry of a portion of the intestine and its mesentery within the adjacent intestinal segment. It is a frequent clinical manifestation in children, with an incidence of 5 to 16% in adults, 38 to 55% of which affect the colon, and 48% of these are related to malignant lesions. We presented the case of an 81-year-old female patient, with history of left hemicolectomy and colorectal anastomosis due to complicated diverticular disease, who initiates symptomatology with a 10/10 visual analogue scale (VAS) abdominal pain; accompanied by feces with mucus and no blood, nausea and emesis. Plain and PA abdominal radiography were performed, showing no suggestive signs of intestinal intussusception or tumor. Subsequently, a computed tomography (CT) scan with double abdomino-pelvic contrast is performed, observing the presence of a pelvic tumor. Exploratory laparotomy is practiced, finding a cecum tumor that conditions intussusception of the ascending colon and terminal ileum. In consequence, the patient undergoes right hemicolectomy and ileostomy with distal end closure, dying on the second day of the postoperative period. Intestinal intussusception is infrequent in adults and does not have specific symptoms, so it can go unnoticed. This pathology can be subject to errors at the moment of the diagnosis; also, it has a defined mechanical cause with high probabilities of being malignant, so it is recommended to have high clinical suspicion and perform highly sensitive and specific imaging studies for the correct diagnosis.

Keywords: Abdominal pain, cecal neoplasms, gastrointestinal hemorrhage, intestinal obstruction, intussusception.



1. Estudiante de pregrado de medicina. Escuela de Medicina "Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela

Avenida Panteón, edificio Brisavila, Urbanización San Bernardino. Caracas, Venezuela.

E-mail: solibeth7@gmail.com

Recibido: 26 de junio 2020
Aceptado: 8 de septiembre 2022
Publicado: 31 de marzo 2023

Para citar este artículo/
For reference this article:
Molina S.; Pereira P.; Prato L.
Intususcepción intestinal como
manifestación de tumor cecal, en
paciente femenino de 81 años.
Reporte de caso. Acta Cient Estud.
2023;15(1):7-12

INTRODUCCIÓN

Se define intususcepción o invaginación como la entrada de un segmento del intestino y su mesenterio en la luz de un segmento intestinal adyacente. Es una causa poco frecuente de obstrucción mecánica intestinal en el adulto. Sucede en menos del 5% de la población. Se clasifica, según la localización del punto de inicio de la invaginación, en entérica, ileocólica, colocolica, colorrectal y rectorrectal [1,2,3].

Alrededor del 80% de las intususcepciones se localizan en el intestino delgado, y 20% en el colon. De estas, el 48% se relacionan a lesiones malignas, generalmente tumores metastásicos. En cuanto al colon, las lesiones malignas más frecuentes son tumores primarios (adenocarcinomas). Las causas malignas son responsables del 25% de las invaginaciones en el intestino delgado; mientras que, para el intestino grueso, estas aumentan a 50% [1,4].

A diferencia de los pacientes pediátricos con intususcepción, cuya sintomatología es específica, la presentación clínica en el adulto es generalmente inespecífica, lo que la hace muy difícil de diferenciar de otras causas de obstrucción intestinal. Su principal síntoma es el dolor abdominal, en segundo lugar, las náuseas y vómitos y con menos frecuencia se presenta rectorragia además la palpación de tumores abdominales es muy infrecuente. Solo un bajo porcentaje de los casos es diagnosticado correctamente en base a los hallazgos clínicos previos a la cirugía. En el adulto, las radiografías simples de abdomen son el primer método diagnóstico; sin embargo, estas carecen de especificidad y sensibilidad para caracterizar la intususcepción [1,2,4,5,6].

La tomografía de abdomen con contraste oral e intravenoso ha demostrado ser una importante herramienta diagnóstica para la intususcepción. Esta permite la evaluación de otras causas de dolor abdominal y corrobora la

presencia de lesiones metastásicas en vísceras sólidas. Sin embargo, la exploración quirúrgica sigue siendo decisiva para el diagnóstico final de intususcepción [7].

Debido a la poca frecuencia con que se presenta la intususcepción intestinal en adultos, se reporta el siguiente caso para destacar la importancia en la consideración de esta entidad como un diagnóstico diferencial ante un cuadro de obstrucción intestinal. Debido a la inespecificidad de su sintomatología, esta puede ser confundida con otras etiologías y pasar desapercibida. Esto puede acarrear complicaciones debido a la alta tasa de malignidad que esta posee.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 81 años de edad, natural y procedente de parroquia El Valle, municipio Libertador, Caracas, Venezuela, ama de casa, con antecedente conocido de hipertensión arterial desde los 52 años en tratamiento regular con losartán potásico de 50mg VO OD, con antecedente de hemicolectomía izquierda y anastomosis colorrectal por enfermedad diverticular complicada en el año 2008, sin antecedentes familiares de cáncer, quien refirió inicio de enfermedad actual en octubre de 2018, cuando comenzó a presentar cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de 3 semanas de evolución, localizado en fosa ilíaca izquierda, irradiado a fosa ilíaca derecha e hipogastrio, de intensidad 10/10 según la Escala Visual Analógica del Dolor que atenuaba con la ingesta de analgésicos de los cuales no precisó dosis ni vía de administración, concomitante 8 episodios de evacuaciones diarreicas con moco sin sangre y episodios eméticos de contenido alimentario precedidos por náuseas. Acudió a centro médico de su localidad, donde fue evaluada, se le administró tratamiento sintomático y antibioticoterapia del cual no precisó dosis ni vía de administración por dos semanas. Debido a la persistencia de la

sintomatología, acudió al Hospital Universitario de Caracas en noviembre del 2018 y se decidió su ingreso al servicio de Cirugía, bajo el diagnóstico presuntivo de diverticulitis versus síndrome adherencial y eventración de línea media no complicada. Al examen físico, la paciente se encontraba afebril, eupneica, con una frecuencia cardíaca de 88 latidos por minuto; frecuencia respiratoria en 20 respiraciones por minuto; abdomen globoso, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal, se evidenció defecto aponeurótico a nivel de cicatriz media infraumbilical de 3 cm aproximadamente con aumento de volumen al realizar maniobra de Valsalva, reductible y no doloroso. Al tacto rectal, se evidenció presencia de masa blanda, móvil y dolorosa que correspondía a patología hemorroidal.

En los exámenes realizados a la paciente se encontró: hemoglobina en 11 g/dl, hematocrito en 35,1%, albúmina en 1,95 g/dl, relación A/G en 0,69, y proteína C reactiva cuantitativa positiva en 32 mg/L, resto de los valores se encontraban dentro de valores referenciales del laboratorio. (Tabla 1)

En la radiografía de abdomen simple de pie, se evidenció dilatación de asas delgadas y colónicas, sin niveles hidroaéreos y sin aire en ampolla rectal. En la radiografía de tórax posteroanterior no hubo presencia de neumoperitoneo. En la tomografía axial computarizada de doble contraste abdomino-pélvico se observó escaso líquido perihepático, sin evidencia de lesión ocupante de espacio, ni imágenes sugestivas de metástasis hepática; dilatación de colon y asas delgadas con adecuado pase de contraste hasta colon derecho; en la luz del recto, impresionó imagen de segunda luz en su interior sugestivo de intususcepción intestinal o lesión ocupante de espacio.

Se le realizó laparotomía exploradora realizado por el Dr. Elías Nakhil jefe de servicio de cirugía III del Hospital Universitario De Caracas. Técnica operatoria: paciente en decúbito supino, bajo

anestesia general, previa asepsia y antisepsia con clorhexidina, se realiza abordaje en línea media supra e infraumbilical, encontrándose tumor de ciego de 3 x 4cm intususcepto a nivel de colon ascendente con abundante tejido esfacelado fibrinoso.

Se practicó hemicolectomía derecha por tumor de ciego, ileostomía y cierre de cabo rectal. se realizó diagnóstico definitivo de intususcepción de íleon terminal y cecoascendente en colon por tumor de ciego (**Figura 1**). El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica describió un segmento de intestino de 13cm de longitud, de los cuales 8cm correspondían al colon y 5cm al íleon, la lesión se clasificó como adenocarcinoma moderadamente indiferenciado tipo polipoide de ciego, con márgenes quirúrgicos libres de actividad tumoral estadio pT3N0M0. La paciente se mantuvo en hospitalización en dieta absoluta. Al segundo día de postoperatorio presentó: disnea, ortopnea y dolor pleurítico.

Al examen físico presentó: taquipnea, taquicardia, ingurgitación yugular e incremento de 2° ruido cardíaco y tensión arterial sistólica < 90mmHg, posteriormente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos donde se le realizó reanimación cardiopulmonar avanzada la



Figura 1: Vista macroscópica del tumor intususcepto de ciego.

cual resultó ineficaz y se declaró su fallecimiento debido a tromboembolismo pulmonar.

Tabla 1: Resultados de laboratorios

| Parámetro de laboratorio | Resultado | Valor referencial |
|-----------------------------|----------------------|--|
| Glóbulos blancos | 7900/mm ³ | 4,5-11 x 10 ³ células/mm ³ |
| Neutrófilos | 65.6% | 39.9-73 % |
| Hemoglobina | 11g/dl | 12-16 g/dl |
| Hematocrito | 35,1% | 36-47% |
| Plaquetas | 399.000 µL | 150- 450 10 ³ / µL |
| Urea | 13 mg/dl | 10-50 mg/dl |
| Creatinina | 0.62 mg/dl | 0.4- 1.4 mg/dl |
| Glicemia | 99 mg/dl | 70-105 mg/dl |
| Sodio | 140 mEq/l | 136- 145 mEq/l |
| Potasio | 2,6 mEq/l | 3.5 – 5 mEq/l |
| Cloro | 99 mEq/l | 98-106 mEq/l |
| Proteínas totales | 4.77 g/dl | 6-7,8g/dl |
| Albumina | 1.95 g/dl | 3.5-5.4 g/dl |
| Globulina | 2.82 g/dl | 2.5 – 3.5 g/dl |
| Relación albúmina/globulina | 0.69 | >1 |
| Proteína C reactiva | 32 mg/dl | < 0.5 mg/dl |

DISCUSIÓN

La intususcepción intestinal en adultos es una patología poco frecuente. La inespecificidad de su sintomatología dificultan el diagnóstico, ya que estos aparecen en numerosos desórdenes abdominales, lo que hace pertinente conocer la etiología y epidemiología de esta patología [4]. Apoyado por los paraclínicos y los antecedentes de la paciente, se debe plantear la diverticulitis como uno de los diagnósticos diferenciales, debido a la elevación de la proteína C reactiva. Sin embargo, la disminución de los valores de hemoglobina resalta anemia leve, la cual está estrechamente relacionada a la presentación de cáncer [8,9]. Según

la literatura, aproximadamente el 90% de las intususcepciones ileocolónicas son causadas por adenocarcinomas cecales. Procediendo a la evaluación imagenológica, la radiografía simple de abdomen, a pesar de mostrar asas dilatadas, debió presentar niveles hidroaéreos, tal como establece la literatura, para aportar a la sospecha de invaginación intestinal; este estudio posee la menor sensibilidad y especificidad para diagnosticar esta patología. En la tomografía axial computarizada de doble contraste abdomino-pélvico se evidenció presencia de segunda luz, apoyando el diagnóstico de intususcepción intestinal y es que, aunque no existe un estudio “gold standard” para el diagnóstico de intususcepción, es la tomografía axial computarizada el estudio imagenológico que posee mayor sensibilidad para el diagnóstico preoperatorio de esta patología, sin embargo, el diagnóstico definitivo se establece mediante exploración quirúrgica. Pero, al ser la tomografía axial computarizada un estudio costoso y de limitada accesibilidad, el ultrasonido realizado por un radiólogo experimentado posee una sensibilidad y especificidad cercana a la de la TC, pudiendo sustituirla. Además, otros estudios diagnósticos, como el enema de bario, puede ser útil en el diagnóstico, en especial en los pacientes con intususcepción ileocolónica [4,7,10].

En el caso de esta paciente, fue tras la laparotomía exploratoria que se observó la intususcepción de íleon terminal y cecoascendente a causa del tumor primario de ciego. La complejidad diagnóstica de estos casos es causa de la postergación del tratamiento, el cual es quirúrgico, sin embargo, la sospecha diagnóstica de obstrucción intestinal no puede retrasar el tratamiento aun cuando los estudios diagnósticos no son concluyentes, debido a que aumenta la mortalidad de lesiones malignas causantes de invaginación. Se considera importante destacar que la paciente tenía bajos niveles de albúmina preoperatorios, y aumento de la

PCR, lo que, según la literatura, pueden usarse como marcadores que expresan un incremento en la morbilidad y mortalidad postoperatoria en pacientes que se someten a hemicolectomía [1,4,11].

CONCLUSIONES

La invaginación intestinal es causa poco frecuente de obstrucción intestinal en adultos; su sintomatología inespecífica ocasiona que se dificulte el diagnóstico oportuno, lo que puede acarrear complicaciones debido a que un alto porcentaje de sus causas son de origen maligno. Para incrementar la tasa de diagnóstico preoperatorio de intususcepción es necesario tener en consideración esta etiología ante un caso de obstrucción intestinal en pacientes con alto riesgo de lesiones malignas intestinales. En estos casos se recomienda la realización de TAC abdomino-pélvico de doble contraste, enema de bario (en caso de TAC no concluyentes) o ultrasonido abdominal realizado por un radiólogo experimentado, que incrementan la precisión diagnóstica y ayudan al diagnóstico oportuno, evitando así el retardo en el tratamiento que conlleva a complicaciones que pueden perjudicar la vida del paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor Molina S., actualmente ejerce funciones como editor en la revista *Acta Científica Estudiantil*. Sin embargo, no fue partícipe en el proceso editorial de este artículo. El comité editorial fue comunicado con el fin de conservar las características doble ciego del proceso.

Referencias bibliográficas

1. Hirotaka H, Makio M, Hiroshi K, Nobuyasu K. Adult Intussusception: A Retrospective Review. *World J Surg* [Internet]. 2014 sep 6 [Citado 2019 Jul 8];39(1):134–138. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4273082/>.
2. Montes-Osorio Z, Aguilar-Priego J, García-Salazar J. Tumor de ciego, causa de intususcepción intestinal. Caso clínico. *Gaceta Mexicana de Oncología* [Internet]. 2015 [Citado 2019 Jul 8];14(1):62–65. Disponible en: <https://cyberleninka.org/article/n/308627/viewer>.
3. Hong K D, Kim J, Ji W, Wexner S D. Adult Intussusception: a sistematic review and meta-analysis. *Techniques in Coloproctology* [Internet]. 2019 abr 22 [Citado 2019 Jul 10];23(4):315-324. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10151-019-01980-5>.
4. Marsicovetere P, Joga S, White B, Holubar S. Intestinal Intussusception: Etiology, Diagnosis and Treatment. *Clin Colon Rectal Surgery* [Internet]. 2017 feb [Citado 2019 Jul 10];30(1):30-39. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0036-1593429>.
5. Jiang J, Jiang B, Parashar U, Nguyen T, Bines J, Patel M. Childhood Intussusception: A Literature Review. *PLoS ONE* [Internet]. 2013 jul 22 [Citado 2019 Jul 11];8(7):e68482. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0068482>.
6. Franco R, Burneo M, Martín J, Fabregues A, Pérez D, Turégano F. Obstrucción intestinal en el adulto. Una causa infrecuente de obstrucción mecánica. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2012 ago 24 [Citado 2019 Jul 11];77(3):153-156. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org//es-invaginacion-intestinal-el-adulto-una-articulo-S0375090612000304>
7. Valentini V, Buquicchio G, Galluzzo M, Ianniello S, Di Grezia G, Ambrosio R, et al. Intussusception in Adults: The Role of MDCT in the Identification of the Site of Cause of Obstruction. *Gastroenterol Res Pract* [Internet]. 2015 dic 27 [Citado 2019 jul 15];2016:5623718. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/grp/2016/5623718/>.
8. Raña-Garibay R-H. Enfermedad diverticular y otras colitis. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2015 jun 8 [Citado 2019 Jul 19];80(1):8-10. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=X037509061535791X>
9. Väyrynen J, Tuomisto A, Väyrynen S, Klintrup K, Karhu T, Jyrki M, et al. Preoperative anemia in colorectal cancer: relationships with tumor characteristics, systemic inflammation, and survival. *Sci Rep* [Internet]. 2018 ene 18 [Citado 2019 Jul 20];8:1126. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-19572-y>.
10. Assimta C, Singh D. A “doughnut” in the abdomen. *Abdom Radiol* [Internet]. 2016 oct 06 [Citado 2019 Jul 15];42(3):973-974. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00261-016-0928-z>.
11. Chiang JM, Chang CJ, Jiang SF, Yeh CY, You JF, Hsieh PS, et al. Pre-operative serum albumin level substantially predicts post-operative morbidity and mortality among patients with colorectal cancer who undergo elective colectomy. *European Journal of Cancer Care* [Internet]. 2017 [Citado 2019 jul 15];26(2):e12403. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.12403>.

FOTOGRAFÍA MÉDICA

Síndrome de Steven-Johnson asociado al uso de lamotrigina y carbamazepina. Fotografía Médica.

Gallucci-Di Filippo F.,¹ Duque-Romero C.¹



A, B,C: Frontal y lateral. Femenina de 42 años quien posterior a ingesta de lamotrigina y carbamazepina presenta máculas eritemato-descamativas en piel y mucosas generalizada.

1. Estudiante de pregrado de medicina. Escuela de Medicina Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela

Segunda calle de Las Delicias con Avenida Francisco Solano López, Edificio 22 de mayo. Caracas, Venezuela. CP: 1050

E-mail: fabiolagallucci@gmail.com

Recibido: 2021.
Aceptado: 24 de enero 2022.
Publicado: 31 de marzo 2023.

Para citar este artículo/
For reference this article:
Gallucci- Di Filippo F, Duque-Romero C., Síndrome de Steven-Johnson asociado al uso de lamotrigina y carbamazepina. Fotografía Médica. Acta Cient Estud. 2023;15(1):14-15

ISSN 2542-3428

Síndrome de Steven–Johnson asociado al uso de lamotrigina y carbamazepina. Fotografía Médica.

El Síndrome de Steven–Johnson (SSJ) es una reacción adversa medicamentosa que afecta piel y mucosas. Se caracteriza por presentar placas eritemato violáceas, ampollas y erosiones generalizadas en 10% de la superficie corporal, con afectación de al menos dos mucosas. Se considera severo cuando afecta más del 30% de la superficie corporal. Se presenta serie fotográfica de paciente femenina de 42 años de edad con antecedente de trastorno bipolar; quien presentó SSJ una semana posterior al inicio de tratamiento con lamotrigina y carbamazepina, en aproximadamente el 45% de su superficie corporal.

Steven–Johnson Syndrome (SJS) is an adverse drug reaction that affects the skin and mucous membranes. It is characterized by violaceous erythematous plaques, blisters and generalized erosions in 10% of the body surface, with involvement of at least two mucous membranes. It is considered severe when it affects more than 30% of the body surface. A photographic series of a 42-year-old female patient with a history of bipolar disorder is presented; who presented SJS one week after starting treatment with lamotrigine and carbamazepine, in approximately 45% of her body surface.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor Gallucci–Di Dilippo F. ejerce funciones como Editor en la revista *Acta Científica Estudiantil*. Sin embargo, no fue partícipe en el proceso editorial de este artículo. El comité editorial fue comunicado con el fin de conservar las características doble ciego del proceso.

Referencias bibliográficas

1. Velázquez–Cárcamo EA, Rodríguez–Chávez Y, Méndez–Flores S, Domínguez–Cherit J. Lamotrigina y su relación con el síndrome de Stevens–Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2020;58(2):202–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000018>
2. Bustamante Odriozola J, Pérez Martín Á, Somonte Segares S, Agüeros Fernández MJ. Síndrome de Stevens–Johnson secundario a psicofármaco. *Med gen fam* [Internet]. 2021;10(3):153–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2021.015>

Acta Científica Estudiantil

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Política Editorial

La revista *Acta Científica Estudiantil* es el órgano de difusión oficial de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (SOCIEM-UCV), depósito legal DC2017001301, ISSN 2542-3428. Está indexada en Latindex, Google Scholar, Imbiomed, Index Copernicus Internacional, Medigraphic y REVENCYT.

Es una publicación biomédica de periodicidad trimestral, a excepción de números suplementarios como libros de resúmenes del Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina, por SOCIEM-UCV.

Los manuscritos que publica pueden ser de autores nacionales o extranjeros, y deben ser remitidas al comité editorial de la revista a través del formulario dispuesto para tal fin en la página web: actacientificaestudiantil.com.ve

Todos los artículos enviados a *Acta Científica Estudiantil* serán sometidos a revisión por pares, con excepción de las cartas al editor. *Acta Científica Estudiantil* sólo aceptará manuscritos inéditos, esto es, que no hayan sido publicados previamente y que no se encuentren en ninguna de las fases del proceso editorial en otra revista

Se consideran algunas faltas éticas: plagio, contribución autoral impropia, publicación redundante o secundaria y falsificación de datos. La conducta a seguir en caso de detección de alguna de ellas o de otras irregularidades éticas se regirá por los parámetros establecidos en el Código de Conducta del Comité de Ética en Publicaciones (COPE) y de lo propuesto en el artículo “Irregularidades éticas en la producción y difusión científica. Políticas de Acta Científica Estudiantil, SOCIEM-UCV y SOCIEO-UCV”, publicado en el Volumen 8 Número 3 de *Acta Científica Estudiantil*.

Todo manuscrito deberá ser enviado junto a una “Carta de Acompañamiento” que debe contener: nombre de los autores, título y tipo de artículo a ser considerado, declaración de artículo original que no haya sido publicado ni esté sometido a consideración en otra revista y, firma digital de todos los autores. El envío de reportes de casos debe estar acompañado además por el consentimiento informado del paciente.

Usted podrá leer una versión extendida de nuestras políticas editoriales en la página web: actacientificaestudiantil.com.ve/publicar-en-ace/politicas-editoriales/

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Consideraciones generales para el envío de manuscritos

Los manuscritos enviados para corrección a la revista *Acta Científica Estudiantil* deben cumplir con los siguientes requisitos de formato para ser considerados para su publicación.

1. Archivo Microsoft Word®, el archivo debe finalizar con la extensión .doc o .docx.
2. Los márgenes deben ser de 2 cm en cada borde.
3. Todo el manuscrito debe estar escrito con fuente Arial, tamaño 12 puntos, el interlineado debe ser de 1.5 puntos y cada párrafo debe tener una separación de 10 puntos.
4. Debe estar escrito en una sola columna.
5. No deben aparecer los nombres ni las filiales de los autores en el documento Microsoft Word, estos datos serán introducidos en el formulario en línea, de esta forma se facilita el proceso de revisión doble ciego.
6. La primera página debe contener el título del trabajo (Arial 16 puntos), el resumen y las palabras clave. Se deben seguir las instrucciones para cada tipo de artículo a la hora de escribir el título, en caso de tener que realizar alguna excepción se agradece comunicarse directamente con el comité editorial.
7. La segunda página debe contener el título, resumen y palabras clave del artículo en idioma inglés.
8. Cada sección debe empezar en una página aparte (revisar cada tipo de artículo para conocer las secciones que debe contener).
9. Las referencias deben ser realizadas según las instrucciones del Citing Medicine, numeradas según el orden de aparición de las citas, las cuales deben colocarse entre corchetes con el número al que corresponde la referencia, separadas por medio de comas (i.e. [1], [1,4,7]), no se debe colocar el número en un formato distinto al del texto.
10. Las tablas, figuras y gráficos constituyen la última sección del manuscrito. Cada una de ellas debe estar citada en el texto, numerada según orden de aparición y cada una en página aparte. Todas deben contener título y leyenda en la misma página, las cuales deben poseer el mismo formato que el resto del texto, con la referencia respectiva si esta lo amerita.

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

11. Además de cumplir con las normas anteriores, cada tipo de estudio deberá cumplir con lo requerido por las normas específicas para sí mismo:

- Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA): CONSORT.
- Revisiones sistemáticas y meta-análisis: PRISMA.
- Estudios observacionales: STROBE.
- Reportes de caso: CARE.

Consideraciones sobre referencias bibliográficas

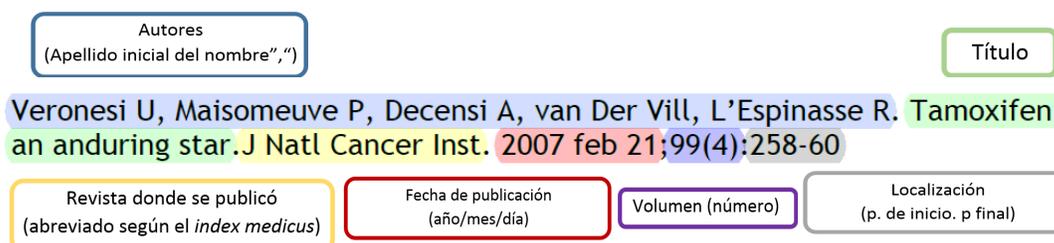
La revista *Acta Científica Estudiantil*, se rige por las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journals Editors – ICMJE), conocidas anteriormente como normas Vancouver en referencia a la ciudad donde se publicó el primer consenso de este comité en 1978. Su objetivo es servir como instrucciones que garanticen una escritura médica y biomédica más ética y que cumpla con los mejores estándares para obtener literatura científica de calidad.

La última versión de estas recomendaciones fue publicada en diciembre de 2019 y puede encontrarse en: <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>

Ejemplos de citación se pueden consultar en la siguiente página (avalada por el ICMJE): https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

A continuación, le proporcionamos ejemplos de las citaciones más comunes:

1. Journals



Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

a) Parte de un journal (partiendo del esquema básico).

Veronesi U, Maisomeuve P, Decensi A, van Der Vill, L'Espinasse R. Tamoxifen: an anduring star. J Natl Cancer Inst. 2007 feb 21;99 (4):258-60. Table 3, Common complications; p.257.

Título de la sección

Localización

Tipo y número de la sección

2. Journals en internet

Autores (Apellido inicial del nombre",")

Revista donde se publicó (abreviado según el *index medicus*)

Tipo de medio

Título

Veronesi U, Maisomeuve P, Decensi A, van Der Vill, L'Espinasse R. Tamoxifen: an anduring star. J Natl Cancer Inst [Internet]. 2007 feb 21 [Citado 2020 Jun 10];99(4):258-60. Disponible en: www.jnatcaninst.com,ur/99/4/PDF.

Volumen (número)

Localización (p. de inicio. p final)

Fecha de publicación (año/mes/día)

Fecha de citación

Enlace

3. Páginas web. Sección

Título de la Homepage

Tipo de medio

Lugar de publicación

Quien publica

AMA: helping doctors help patients [Internet]. Chicago: American Medical Association; c1995-2007. AMA Launches exclusive partnership with the ReachMD Channel for Medical Professionals; 2007 Mar 26 [Citado 2020 Jun 10]; [2 pantallas]. Disponible en: www.ama.com/news/2007/partnershipwithReachMD.

Fecha de publicación de la Homepage

Título de la sección

Fecha de publicación de la sección

Fecha de la cita

Localización pantallas que abarca

Enlace

4. Libros

Autores (Apellido inicial del nombre",")

Título

Volumen

Lugar de publicación (Estado/ provincia, país)

Berlitz HD, Grosch-Mawl W, Schieberle P. Food Chemistry. 3ed rev. ed. Berlin: Springer; 2004. 1070 p

Editorial

Año de publicación

Localización (p. de inicio. p final)

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

5. Misceláneos

a) Artículo de Journal con múltiples autores: En este caso existen 3 opciones. 1) colocar todos los autores (no corresponde un error de redacción) 2) Indicar solo 3 autores seguido de la palabra “et. Al” o “and others” 3) Indicar solo 6 autores con la misma finalización.

Veronesi U, Maisomeuve P, Decensi A, van Der Vill, L’Espinasse R et al.
Tamoxifen: an enduring star. *J Natl Cancer Inst.* 2007 feb 21;99(4):258-60.

b) Artículo de Journal con un Suplemento en el Volumen

Lee A, Chan EC, Ho M, Wong WS, NgPP. The importance of needs assessment in planning health promoting schools initiatives: comparison of youth risk behaviours of two districts in Hong Kong. *Asia Pac J Public Health*, 2004;16 Suppl: S7-11

c) Artículo de Journal con un número especial en el volumen

Rico G, Kretschmer RR. The monocyte locomotion inhibitory factor (MLIF) produced by axenically grown *Entamoeba histolytica* fails to affect the locomotion and the respiratory burst of human eosinophils in vitro. *Arch Med Res.* 1997;28 Spec No:233-4

d) Artículo de Journal con volumen pero sin número

Prokai-Tatrai K, Prokai L. Modifying peptide properties by prodrug design for enhanced transport into de CNS. *Prog Drug Res.* 2003; 61:155-88

e) Artículo de Journal sin volumen y sin número

Schwartz-Cassell T. Feeding assistants: based on logic or way off base? *Contemp Longterm Care.* 2005 Jan;26-8.

f) Artículo sin autor

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. *Health News.* 2005 Apr; 11(4):11.

En caso de que se presenten alguno de estas omisiones: se debe consultar la referencia citada por el autor y determinar que en el artículo realmente no se especifique el elemento omitido. De lo contrario se tomará como un error de edición. Otras especificaciones deben ser consultadas en el texto de referencia.

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Consideraciones sobre plagio

Se entiende como plagio la apropiación de las ideas, métodos, o palabras escritas de otros, sin su consentimiento y con la intención de que sea tomado como trabajo propio del infractor. [1]

La Real Academia Española lo define como la acción de “copiar en lo sustancial obras ajenas, dándolas como propias”. Desde el punto de vista legal es una infracción al derecho de autor acerca de una obra artística o intelectual de cualquier tipo. [2]

En cuanto al plagio académico, *Acta Científica Estudiantil* adopta la consideración declarada por WAME (World Association of Medical Editors) que reza lo siguiente:

Plagio es, “el hecho de haber copiado 6 palabras de forma consecutiva en un grupo continuo de 30 caracteres usados en el texto”. Podemos extender esta definición, a que esté contenido dentro de una misma idea u oración en el manuscrito, y que no necesariamente deben de aparecer de forma continua en el texto. [3]

Tipos de plagio

En términos muy simples podemos identificar los siguientes tipos de plagio:

- **Plagio de ideas:** apropiarse de una idea, sea teoría, explicación, conclusión, o hipótesis, parcial o totalmente, sin dar crédito a la persona que la originó.
- **Plagio de texto:** copiar algún texto total o parcialmente sin dar crédito y sin englobar el texto tomado entre comillas. También se incluye la conducta de modificar el texto original mediante la adición y eliminación de palabras.
- **Plagio por mal parafraseo:** tomar una porción de texto, dándole crédito al autor, pero cambiando solo algunas palabras o el orden de las oraciones.
- **Plagio por resumen:** consiste en obtener un producto que es textual a la fuente original pero sustancialmente más corto.
- **Autoplagio:** sucede cuando los autores reúsan su propio trabajo escrito o datos en un “nuevo” producto escrito sin dar a conocer al lector que este material ya ha aparecido en otro lugar. [1]

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Exhortamos a los autores a leer la guía *Avoiding plagiarism, self-plagiarism and other questionable writing practices: a guide to ethical writing* disponible en: <https://ori.hhs.gov/sites/default/files/plagiarism.pdf> y/o el artículo publicado por la Iniciativa turnitin.com/es sobre el espectro de plagio disponible en: <https://www.turnitin.com/static/plagiarism-spectrum/> para evitar incurrir en los diferentes tipos de plagio.

Incurrir en plagio es causa de rechazo de los manuscritos que son enviados a la revista.

Software de detección de plagio en línea

Existen diversos softwares de detección de plagio en línea que pueden servir como herramienta a los autores para verificar la no incurrencia en plagio en el texto que comprende su manuscrito. Recomendamos: plagiarisma y plagium.

Fuentes:

1. Roig M. *Avoiding plagiarism, self plagiarism and other questionable writing practices: A guide to ethical writing*. [Internet] 3° ed 2015. [Citado jun 2020] Disponible en: <https://ori.hhs.gov/sites/default/files/plagiarism.pdf>
2. Diccionario de la lengua española [Internet]. España: Real Academia Española; c2020 [Citado may 2020]. Real Academia Española; [1 pantalla]. Disponible en: <https://dle.rae.es/plagio>
3. Acta Científica Estudiantil. Declaración sobre plagio, recomendaciones y procesos para editores. 2016. [Citado jun 2020]

Consideraciones sobre las palabras clave

Las palabras clave deberán ser términos tomados de los Descriptores de Ciencias de la Salud” (DeCS) para el resumen en español y del tesoro Medical Subject Headings (MeSH) para el resumen en inglés.

Deben ir debajo del resumen respectivo, estar separados por comas y en minúscula. Más información sobre los tesauros y dónde consultarlos se proporciona a continuación:

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Medical Subject Headings (MeSH)

Los Medical Subject Headings (MeSH) constituyen el tesoro de vocabulario controlado y creado en 1960 por la NLM (U.S. National Library of Medicine) para su uso en artículos y libros de ciencias médicas. Son utilizados para indexar artículos en PubMed, el motor de búsqueda de MEDLINE, la base de datos de bibliografía médica de la NLM.

La última versión corresponde al año 2019 y puede conseguirse en el siguiente url <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> [1].

Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS)

Los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) constituyen un vocabulario estructurado y multilingüe creado en 1987 por BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, inicialmente denominado Biblioteca Regional de Medicina), un organismo adscrito a la Organización Panamericana de Salud (OPS). Fueron creados a partir de los MeSH, con el objetivo de un lenguaje multilingüe que no se limitara por un idioma, además de la intención del desarrollo de una estructura jerárquica de modo que la búsqueda pueda realizarse de manera específica.

Se utilizan en la indización de artículos de revistas científicas, libros, anales de congresos, informes técnicos, y otros tipos de materiales, así como en la búsqueda y recuperación de asuntos de la literatura científica en las fuentes de información disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) como LILACS, MEDLINE y otras.

La última versión corresponde al año 2019 y se puede conseguir en el siguiente url <http://decs.bvs.br/> [2].

Fuentes:

1. [ncbi.nlm.nih.gov/mesh](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh) [Internet]. Estados Unidos: National Center for Biotechnology Information. [Consultado el 23 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>
2. decs.bvs.br/ [Internet]. Brasil: Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud; c2019. [Consultado el 23 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/>

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Conflictos de interés

Este apartado se encuentra al final del artículo y antes de las referencias, en esta sección se debe indicar si los autores o el proyecto/trabajo en cuestión tienen alguna relación o actividad financiera, así como otras situaciones que pudiesen originar conflictos de interés [1].

Se entiende por conflicto de interés a la situación en la que el juicio del autor pudiese estar predeterminado o sesgado por condiciones previas a la investigación, debido a su asociación profesional, ética o personal con algún ente que le proporcione un beneficio secundario como dinero o reconocimiento [2].

Puntualmente, la confianza de un lector sobre un artículo se verá fuertemente influenciada en base a si se declaran las asociaciones del autor con su trabajo durante la redacción del protocolo y realización del trabajo, en el sentido de que constituye una falta ética y profesional de gravedad el hecho de que un interés secundario comprometa el interés primario de la investigación como es el bienestar de los pacientes involucrados y la validez de la investigación [1].

En resumen, se proporciona una lista de situaciones que se consideran conflictos de interés y como tal, deben ser declaradas:

- Empleo.
- Propiedades.
- Reconocimientos.
- Patentes.
- Testimonio pagado por un experto.
- Rivalidades.
- Competencias académicas.
- Creencias personales.
- Acuerdos con patrocinadores [1].

Fuentes:

1. International Committee of Medical Journals Editors. Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals. Norteamérica; 2019. Disponible en: <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>

2. Arribalza EB. ¿Conflicto de interés o intereses en conflicto? Rev Chil Cir. 2008 Oct;60(5):473-480.

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Instrucciones para el envío de cartas al editor

Las cartas al editor son artículos de crítica u opinión dirigidos al comité editorial de *Acta Científica Estudiantil*. Estos tienen por finalidad emitir un comentario acerca de alguno de los artículos publicados por la revista o contener alguna información de importancia para el comité editorial y el público general.

| Normas para la publicación de cartas al editor | |
|--|-----------------|
| Extensión total | 750 palabras |
| Figuras y tablas | Máximo 2 |
| Referencias | 1-5 referencias |

Título

No debe exceder las 15 palabras, en caso de tratarse de una crítica u opinión hacia algún artículo antes publicado, debe incluir el título del artículo en cuestión, el cual deberá citarse entre comillas (i.e. Sobre “Edición artística” un error común); la sección correspondiente al título del artículo citado no se contabilizará en la extensión del título.

Cuerpo de la carta

Debe iniciar en página aparte, todo comentario u opinión debe ser respaldada con su respectiva cita bibliográfica.

Conflicto de intereses.

Referencias

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Instrucciones para el envío de trabajos de investigación

Los trabajos de investigación deben contener las siguientes secciones (cada una debe empezar en página aparte):

Título

No debe exceder las 15 palabras, en caso de requerirlas el autor correspondiente debe comunicarse con el comité editorial

explicando la situación y solicitando una excepción. Se recomienda que contenga el aspecto más relevante de la investigación o el resultado más relevante.

Normas para la publicación de trabajos de investigación

| | |
|----------------------------|--------------------|
| Extensión total | 2500 palabras |
| Extensión del resumen | 250 palabras |
| Palabras clave | 3-6 palabras |
| Figuras, tablas y gráficos | Máximo 10 |
| Referencias | 15- 30 referencias |

Resumen y abstract

Ninguno de los dos resúmenes (español o inglés) debe exceder las 250 palabras, la traducción al inglés debe ser literal, no se aceptarán trabajos que presenten abstracts traducidos utilizando programas predeterminados de traducción (i.e. Google Translate®). No debe encontrarse subdivido en secciones y todo debe estar redactado en tercera persona.

Introducción

Debe contemplar los siguientes aspectos del protocolo de investigación llevado a cabo: problema, hipótesis, objetivos, justificación y finalidad del estudio. Asimismo debe poseer una revisión bibliográfica, basada en literatura nacional y/o internacional que incluya los antecedentes del estudio. Todo debe ser redactado en tercera persona y cada párrafo debe incluir una cita bibliográfica.

Materiales y métodos

Debe contemplar los siguientes aspectos: tamaño y selección de la muestra, criterios de inclusión y exclusión, métodos de recolección de datos y metodología de análisis de los mismos.

En caso de tratarse de un trabajo experimental se deben incluir los compuestos y procedimientos realizados para llevar a cabo el experimento, todos los datos necesarios para reproducir el proceso deben ser incluidos.

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Es necesario mencionar marcas y versiones de todos los instrumentos utilizados para la recolección de datos, así mismo se debe indicar qué software se utilizó para llevar a cabo el análisis de los mismos (i.e. SPSS PAW Statistics versión 20).

Resultados

Deben mencionarse los resultados más relevantes de la investigación en cuestión, se recomienda dividir esta parte en secciones en caso de ser necesario. No es recomendable redactar todos los resultados específicamente, ya que esto se realizará mediante la utilización de tablas y/o gráficos, los cuáles deben ser citados en esta sección.

Discusión

Esta sección debe contener una comparación de los resultados obtenidos con investigaciones similares realizadas nacional o internacionalmente. Se debe realizar un análisis de las limitaciones del estudio, el alcance del mismo, proporcionar recomendaciones para investigadores que deseen reproducir el estudio en el futuro. Cada párrafo debe contener su propia cita bibliográfica.

Conclusiones

Se deben exponer las conclusiones más relevantes obtenidas en el estudio, las mismas deben expresarse de manera clara y concisa. No es recomendable realizar conclusiones muy extensas.

Consideraciones éticas

Se deberá señalar brevemente que organización proporcionó el Aval de bioética*, así como declarar que se respetó la confidencialidad de los datos y las demás normas éticas internacionales.

Reconocimientos y agradecimientos

Esta sección es opcional, consiste en un espacio utilizado para brindar un reconocimiento a personas o instituciones que participaron en la realización del estudio pero que no califican dentro de los criterios de autoría. Para conocer dichos criterios los invitamos a revisar el documento publicado por el ICMJE.

Conflicto de intereses.

Referencias

***Aval de bioética**

Todo trabajo de investigación debe ir acompañado de una Aval de bioética, en Venezuela estos pueden ser solicitados al Centro Nacional de Bioética (CENABI).

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Instrucciones para el envío de revisiones narrativas y revisiones sistemáticas

Las revisiones narrativas son artículos de discusión acerca de algún tema en específico. Los mismos deben estar restringidos a una sola pregunta de investigación. El comité editorial de Acta Científica Estudiantil se basa en los PRISMA guidelines (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) para la evaluación de las revisiones narrativas y las revisiones sistemáticas.

| Normas para la publicación de revisiones narrativas y sistemáticas | |
|--|--------------------|
| Extensión total | 4500 palabras |
| Extensión del resumen | 250 palabras |
| Palabras clave | 3-6 palabras |
| Figuras, tablas y gráficos | Máximo 10 |
| Referencias | 30- 40 referencias |

Título

No debe exceder las 15 palabras de extensión, resaltando el aspecto más relevante de la revisión, debe incluir el tipo de estudio realizado (i.e. meta-análisis, revisión sistemática).

Resumen y abstract

Ninguno de los dos resúmenes (español o inglés) debe exceder las 250 palabras, la traducción al inglés debe ser literal, no se aceptarán trabajos que presenten abstracts traducidos utilizando programas predeterminados de traducción (i.e. Google Translate®). No debe encontrarse subdivido en secciones y todo debe estar redactado en tercera persona.

Introducción

La pregunta de investigación debe estar claramente establecida, se debe de igual forma mencionar la hipótesis y la justificación y objetivos de la revisión realizada.

Materiales y métodos

Se deben especificar los métodos de búsqueda: buscadores, índices, bases de datos, filtros utilizados, idiomas incluidos en la revisión, criterios de inclusión y exclusión, período de tiempo que se utilizó para la búsqueda y demás parámetros de importancia que permitan hacer reproducible la revisión. Se debe además realizar un diagrama de flujo, donde se especifique los artículos encontrados, los revisados, los rechazados y

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

los artículos finales sujetos a revisión. En caso de realizar un meta-análisis se deben especificar los métodos estadísticos utilizados.

Para mayor información acerca de los criterios necesarios para realizar una revisión bibliográfica de calidad, recomendamos revisar los PRISMA guidelines antes mencionados.

Cuerpo de la revisión

Se recomienda dividir esta parte del manuscrito en diversas secciones, dependiendo del tema que se esté discutiendo. Cada párrafo debe estar debidamente citado.

Conclusiones

Se debe especificar la respuesta encontrada a la pregunta de investigación que se especificó al inicio, en caso de que no haya suficiente información en la literatura revisada para llegar a una conclusión, esto debe ser claramente especificado. Se deben incluir en esta sección las recomendaciones sugeridas a otros autores que deseen revisar o investigar con mayor profundidad en el tema.

Conflicto de intereses.

Referencias

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Instrucciones para el envío de reportes de caso

Los reportes de caso poseen el menor nivel de evidencia dentro de la literatura médica. No es recomendable la publicación de reportes de caso acerca de patología u observaciones de las cuales existan ya series de casos u otro tipo de estudio de investigación clínica (i.e. casos y controles, cohortes, etc.).

| Normas para la publicación de reportes de caso | |
|--|--------------------|
| Extensión total | 1500 palabras |
| Extensión del resumen | 250 palabras |
| Palabras clave | 2-5 palabras |
| Figuras, tablas y gráficos | Máximo 5 |
| Referencias | 10- 20 referencias |

Acta Científica Estudiantil se basa en los CARE Guidelines (Case REporting guidelines) para la revisión de reportes de caso, se recomienda leer dichas guías antes de enviar un reporte de caso. Los reportes de caso deben respetar la confidencialidad del paciente, no se debe colocar en el manuscrito ningún tipo de información que vulnere la privacidad del paciente, de igual forma las fotografías que se coloquen no deben permitir la identificación del sujeto en cuestión.

Título

Debe incluir el sexo, la edad y diagnóstico del paciente, junto con el aspecto más importante del caso, seguido de las palabras "Reporte de caso" No debe exceder las 15 palabras (sin incluir "Reporte de caso").

Resumen y abstract

Ninguno de los dos resúmenes (español o inglés) debe exceder las 250 palabras, la traducción al inglés debe ser literal, no se aceptarán trabajos que presenten abstracts traducidos utilizando programas predeterminados de traducción (i.e. Google Translate®). No debe encontrarse subdividido en secciones, redactado en tercera persona. Debe incluir los siguientes aspectos: nuevo aporte del caso, principales síntomas, hallazgos clínicos, pruebas diagnósticas, intervención terapéutica, resultado y seguimiento del paciente, así como también las principales lecciones aprendidas del mismo.

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Introducción

Debe resumir brevemente los antecedentes del caso, citando la literatura médica nacional o internacional pertinente. Cada párrafo debe contener su respectiva cita bibliográfica.

Presentación del caso

Esta sección debe contener los principales datos clínicos del caso (sólo incluir los datos de importancia para los lectores, no debe ser igual a una historia clínica, sólo pertinentes positivos y negativos): información del paciente, motivo de consulta, síntomas, hallazgos clínicos, calendario (fechas y tiempos de importancia), evaluación diagnóstica (los estudios relevantes para el diagnóstico de la patología y para descartar otros diagnósticos diferenciales), intervención terapéutica aplicada, resultados de la misma, seguimiento del paciente (especificar tiempo de seguimiento y pruebas utilizadas para realizarlo).

Discusión de hallazgos y conclusiones.

Se deben describir los puntos fuertes y las limitaciones durante el manejo del caso, debe incluir un análisis de los métodos utilizados para el diagnóstico o seguimiento del paciente, respaldado con la literatura pertinente nacional o internacional, cada párrafo debe poseer su respectiva cita bibliográfica. Las conclusiones que se tomen a partir del manejo del caso deben ser expresadas en esta sección, incluidas las evaluaciones de causalidad. Por último se deben mencionar las principales lecciones aprendidas del caso.

Conflicto de intereses.

Referencias

Consentimiento informado

Todo reporte de caso debe ir acompañado del consentimiento informado firmado por el paciente o en su defecto por un familiar o un representante legal. Un modelo del documento que debe ser llenado por el paciente está disponible en nuestra página web.

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Instrucciones para el envío de reportes epidemiológicos

Los reportes epidemiológicos tienen la función de informar sobre el estado de salud actual de una población y/o comunidad específica en un período de tiempo determinado. Sirven para rendir cuentas sobre la labor sanitaria de una institución. Deben contener las siguientes secciones:

| Normas para la publicación de reportes epidemiológicos | |
|--|-----------------------|
| Extensión total | 2500 palabras |
| Extensión del resumen | 250 palabras |
| Palabras clave | 3-6 palabras |
| Figuras y tablas | Máximo 10 |
| Referencias | Máximo 10 referencias |

Título

No debe exceder 15 palabras, en caso de requerirlas el autor corresponsal debe comunicarse con el comité editorial explicando la situación y solicitando una excepción. Se recomienda que contenga el nombre de la comunidad y la fecha durante la cual se recogieron los datos.

Resumen y abstract

Ninguno de los dos resúmenes (español o inglés) debe exceder las 250 palabras, la traducción al inglés debe ser literal, no se aceptarán trabajos que presenten abstracts traducidos utilizando programas predeterminados de traducción (i.e. Google Translate®). No debe encontrarse subdivido en secciones y todo debe estar redactado en tercera persona. Debe contener datos sobre la comunidad, la fecha y los principales diagnósticos encontrados, procurando siempre guiarse del Codificador Internacional de Enfermedades en su versión 11 (CIE-11)

Introducción

Debe contener información, preferiblemente publicada y citada, sobre la comunidad, su estilo de vida, estado socioeconómico y de salud previo (si hay informes u otro tipo de bibliográfica publicada, dejando solo en casos extremos notas de prensa). Adicionalmente, se debe explicar la forma en la que fueron recogidos los datos. Todo debe ser redactado en tercera persona y cada párrafo debe incluir una cita bibliográfica.

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Cuerpo del informe

Debe contener las siguientes secciones: número de pacientes y/o consultas, información de sexo y grupo etario referente a dichos pacientes; los datos referentes a las especialidades atendidas, así como al menos los principales diez (10) diagnósticos en tales consultas. Debe contener al menos: una tabla general que muestre los diagnósticos más frecuentes y su código de acuerdo al CIE-11, una tabla o grafica que resuma las características demográficas de la población atendida (sexo, edad), una tabla o grafica que señale los diagnósticos más frecuentes en la población adulta y una tabla o grafica que señale los diagnósticos más frecuentes en la población pediátrica (si aplica).

Conclusiones

En este apartado, de ser pertinente, los autores pueden hilar sobre lo observado en la comunidad, realizando sugerencias costo-eficientes para solventar o aliviar las problemáticas que la aquejan.

Agradecimientos

Esta sección es opcional, consiste en un espacio utilizado para brindar un reconocimiento a personas o instituciones que participaron en la realización del reporte pero que no califican dentro de los criterios de autoría.

Conflicto de intereses.

Declaración de la existencia o no, de conflictos de intereses en la elaboración del reporte.

Referencias

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Instrucciones para el envío de fotografías médicas

Las fotografías médicas deben reflejar casos, investigaciones o hallazgos impactantes que puedan ser de relevancia para el público en cuestión.

Título

El mismo no debe exceder las 15 palabras y debe estar acompañado al final de las palabras "Fotografía médica".

Formato

Las mismas deben ser enviadas en formato .jpg, .jpeg. o .png

Normas para la publicación de fotografías médicas

| | |
|-----------------------|------------------------------------|
| Formato | .JPG, .JPEG, .PNG |
| Extension del resumen | 100 pixels/cm o 250 pixels/pulgada |
| Tamaño mínimo | 30cm/ 12 pulgadas |
| Tamaño máximo | 100cm/ 40pulgadas |
| Texto | 150 palabras |
| Referencias | 1-3 referencias |

Resolución

Debe ser de 100 pixels/cm (250 pixels/pulgada), no se aceptarán fotografías con menor resolución.

Tamaño

Deben tener un tamaño mínimo de 30 cm en cada dimensión, en caso de que la misma posea proporciones desiguales, el tamaño de cada una de las dimensiones no debe exceder los 100 cm.

Texto

Deben estar acompañadas de un texto explicativo que no debe exceder las 150 palabras. El mismo, en caso de tratarse de un caso clínico, debe incluir el motivo de consulta y el diagnóstico del paciente, además de otros datos relevantes. En caso de tratarse de una fotografía por microscopía, debe incluir el aumento utilizado, el microscopio, tejido o célula en cuestión y otros datos de relevancia para el lector (métodos de inmunofluorescencia utilizados, etc). Debe encontrarse el mismo en el idioma Español y traducido al idioma Inglés.

Conflicto de intereses.

Referencias

Acta Científica Estudiantil (Depósito legal DC2017001301, ISSN 2542-3428) es publicada trimestralmente, a excepción de números suplementarios como libros de resúmenes del Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina, por la **Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (SOCIEM-UCV)**, Ciudad Universitaria de Caracas, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

www.actacientificaestudiantil.com.ve
Acta Cient Estud; Marzo2022

ISSN 2542-3428; Depósito legal DC2017001301