

EXTRACTOS DE REVISTAS

VALORACIÓN POR COLPOCITOLOGIA DE LA PRUEBA PARADOJAL EN LA MUERTE FETAL. — GAMBOA CASTRO, E. Rev. de la Fed. Centroamer. de Ginec. y Obst. 10: 15, julio, agosto y septiembre, 1970.

El interés de la realización de este trabajo es el de presentar la importancia que tiene la prueba **paradoja!** como nuevo método complementario de la determinación de **la** viabilidad fetal, sobre todo en los casos de productos entre los 4 y 5V2 meses, por ser durante ese lapso negativas las pruebas, como Galli-Mainini y Kuperman. Mediante el estudio celular se determina si el producto está vivo o no.

El fundamento de este estudio se basa en que la aplicación de estrógenos por vía parenteral a una mujer con embarazo normal no modifica la imagen citológica propia del embarazo, que es a base de células naviculares, cualquiera que fuera la dosis. Una mujer con producto muerto la aplicación de estrógenos hace variar el epitelio vaginal hacia la aparición de células superficiales en respuesta al estímulo estrogénico.

Si el frotis presenta la fase luteínica y la administración de estrógenos no aumenta la proporción de células superficiales, lo más probable es que haya viabilidad. En cambio, si hay aumento de las células superficiales indica amenaza de aborto o muerte fetal. Esto es lo que se conoce con el nombre de prueba **paradojal**.

En conclusión, si sacamos el porcentaje de efectividad de la prueba paradojal se observará que es de 92,3 y la cuantía de error es de 7,7%, que se puede estimar como un porcentaje bajo que señala la utilidad de la práctica de la prueba. Presenta 14 referencias bibliográficas.

(Dr. A. Z. L.)

TRATAMIENTO DE FONDO DEL ASMA BRONQUIAL. MATHOV, E. Día Médico, 32: 957, junio 1970.

El autor asegura que es fácil decidir si un medicamento es eficaz en el tratamiento sintomático del acceso asmático pero que es diferente **decidir la** eficacia de un tratamiento de fondo y sólo podrá calificarse después de usarse por tiempo prolongado; será bueno cuando no se presente ningún acceso por lo menos durante 3 años y será curativo cuando no reaparezcan más. Pero aún así puede haber equivocación por 1) variabilidad en intensidad y frecuencia de los accesos (variaciones estacionales, ausencia de alérgenos, etc.), 2) ley del azar mediante la cual, usando una medicación anodina se obtendrá un 25% de mejoría, un 25% de empeoramiento y un 50% en condición intermedia.

Considera inicialmente los tratamientos que influyen sobre las células inmunocompetentes (frenación de la formación de anticuerpos): arsenícales (a los que no da méritos), radioterapia (cuya eficacia pone en duda), inmunosupresores (su bondad está en estudio y debe ser usada en pacientes fuera de la época fértil), tratamientos "stressantes" incluyendo en este barbarismo grandes traumatismos, hemorragias intensas, choque emocional, etc. (considera como meras casualidades y que en la mayoría de los casos los resultados son desmentidos por el tiempo), piretoterapia (la considera como coadyuvante cuando los corticosteroides combinados con antibióticos no disipan el cuadro asmático), injertos de placenta (a

los que critica desfavorablemente), extirpación del ganglio carotídeo (su resultado no es permanente y su efecto, más bien, es como alarmógeno), acupuntura (igual consideración que la anterior), psicodrogas (incluyendo barbitúricos-bromuros, hidantoinatos, diaxepóxidos, meprobamatos y clorpromazina que han demostrado que cuando existe disritmia cerebral si no hay curación, al menos coadyuva bastante al tratamiento), hipnotismo, psicoterapia y psicoanálisis (se cree que en casos seleccionados pueden ser útiles), kinesiterapia (beneficia a largo plazo si se le complementa con tratamiento específico correspondiente), mucolíticos (el mejor fluidificante de la secreción bronquial es la hidratación; se ha preconizado el yodo y derivados pero el autor no está convencido de su efectividad; el Alevaire licúa el esputo "in vitro" pero se necesita en nebulización y en grandes cantidades durante los accesos y no para tratamiento prolongado; la Tripsina, la Quimiotripsina y la Homocisteína deben usarse repetidamente y las dos primeras pueden producir sensibilización y la última produce broncoespasmos).

Finaliza considerando las sustancias que actúan sobre los intermediarios químicos de la anafilaxia. Asegura que ninguno de los antihistamínicos, antiacetilcolínicos ni antiscrotonínicos actúa claramente en los accesos ni tienen mayor efecto en el tratamiento a largo plazo. Informa que hace 30 años se empezó a usar la histamina a pequeñas dosis crecientes creyendo que el asma era producida exclusivamente por esta sustancia, pero no dio resultados. Se concibió la idea de unir la histamina, en calidad de hapteno, a una proteína inerte para provocar la formación de anticuerpos contra la histamina y solucionar el problema (Lertigón) pero los resultados fueron dispares y cuando aparecieron los antihistamínicos y se comprobó que no tenían efecto sobre el asma se dejó de usar. Se descubrió que el suero humano protege al cobayo del choque anafiláctico y lo atribuyeron a la fracción globulínica; se pensó que la fracción globulínica del suero de las personas normales tenían la propiedad de capturar la histamina circulante (poder histaminopéxico), mientras que el suero de los asmáticos había perdido ese poder uniendo histamina y gammaglobulina humana se consiguió el Histaglobin que en la literatura mundial da apoyo a esta terapéutica. El autor la ha utilizado sin mayores resultados y opina que tal debe esperarse puesto que la histamina por sí sola no es la causa del asma bronquial.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA PRODUCIDA POR COMPRESIÓN ABDOMINAL. — RANDAL, Jr., R. E., Martínez, L., J. C. y Mackler, M. A. í. A. M. A. 213: 1679, septiembre 1970.

Los autores informan de un accidente único en que 3 individuos sufrieron insuficiencia renal a consecuencia de una breve compresión abdominal en el rescate de una víctima que se sostenía en un árbol situado en la corriente de un riachuelo crecido. Seis voluntarios se ataron en un lazo de Manila de 1/2 pulgada, utilizando asas con nudos no corredizos que se las colocaron bajo las axilas y estando situados a 20 pies uno de otro. 6 fueron arrastrados por la intensidad de la corriente quedando sostenidos merced al lazo y fueron regresados a tierra por tracción sostenida efectuada por 20 hombres. Los 4 hombres más distales notaron que el asa se corrió a su abdomen y la intensa presión de la corriente y la tracción del lazo los obligó a flexionarse quedando sus caras en contacto con sus rodillas; la fuerza era tan intensa que uno de ellos tuvo una evacuación rectal en ese momento. Al llegar a tierra se comprobó que el asa no apretaba circunferencialmente al abdomen. Presentaban excoriaciones y se quejaban de incomodidad abdominal; uno fue hospitalizado inmediatamente y otros dos lo fueron tres días después por náusea y vómito. Los 3 desarrollaron insuficiencia renal aguda. Presentaron hematuria y proteinuria en proporción a la severidad de la azotemia; se comprobó la presencia de cilindros granulosos

gruesos y células renales tubulares; dos presentaron aumento de peso (7-8 libras) e hipertensión transitoria (170/110); en dos hubo oliguria pronunciada por lo que se les dio 80 mgs. de furosemide que produjo diuresis sostenida y la condición de los pacientes mejoró rápidamente; la creatinina sérica cayó a la normal en 5 días. Se hicieron estudios más completos en uno: pielografía intravenosa (nefrograma bilateral pero con pobre excreción), pielografía retrógrada (solo demostró atenuación de los cálices menores y el promedio del espesor de la corteza fue de 4,2 cms. para la derecha y 3,7 cms. para izquierda, una semana más tarde se redujeron a 3,8 y 3,3 cms. respectivamente), venocavagrama (vena cava sin obstrucción y buen drenaje de las venas renales). No se efectuó biopsia renal. La hipertensión desapareció después de la diuresis. Todos tuvieron un curso benigno y permanecen bien varios meses después. El rescatado no sufrió lesiones.

Los autores hacen comentarios sobre la probable causa común de la insuficiencia. Creen que la rápida reducción del espesor cortical sugiere la presencia de edema intersticial secundaria a sangrado o a trasudado o a ambos. Creen que la explicación más lógica sería que a consecuencia de la súbita hipertensión cava y renal producida por la intensa presión produjo marcada congestión renal con hemorragia intersticial, edema y necrosis tubular localizada. Manifiestan que esta explicación llena las características clínicas y el rápido restablecimiento.

(Dr. S. R. Z.)

LINFADENOGRAFIA EN EL LINFOEDEMA DE LOS MIEMBROS INFERIORES. — BOUABCI, A. S. y Col. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo 25: 141, junio 1970.

Los autores informan que a partir de 1952 el estudio radiológico del sistema linfático ha tomado gran impulso, gracias a la obtención de colorantes de elevado poder linfotrópico y de medios de contraste cada mes mejores y más inocuos. Recuerdan las diferencias técnicas utilizadas pero prefieren la de Kinmonth, que consta de 4 tiempos: 1) inyección del colorante vital linfotrópico en el tejido lacunar distal del miembro, 2) disección del canaliculo linfático, 3) cateterismo de él y 4) inyección lenta de la sustancia de contraste.

De acuerdo a la clasificación adoptada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo los linfoedemas pueden ser: a) congénitos y aparecen desde el nacimiento como consecuencia de hipoplasia o aplasia de los linfáticos, b) precoces que aparecen 8 a 30 años después del nacimiento y reconocen igual etiología pero con manifestaciones clínicas tardías; b) no inflamatorio puede ser secundario a lesiones ganglionares por tumores, metástasis, fibrosis post-radioterapia o post-medicamentosa; c) inflamatorios secundarios a linfangitis con trombosis (celulitis o erisipela recidivante, infestaciones con filaría o complicaciones de casos con estasis venosa crónica y de las contusiones y fracturas, en las que hay aumento de la permeabilidad capilar que facilitan las infecciones secundarias).

De su estudio de 25 casos utilizando la linfografía concluyen que el análisis de los datos clínicos asociados a la linfografía clarifica la patogénesis del linfoedema y que, además, añade nuevas posibilidades para el tratamiento quirúrgico utilizando técnicas micro-quirúrgicas de anastomosis linfática-venosa.

Enfatizan que el estudio radiológico del sistema linfático será incompleto a menos que se efectúe linfadenografía del sistema linfático profundo.

Suministran 11 referencias bibliográficas.

(Dr. S. R. Z.)

LAS PRUEBAS CUTÁNEAS DE PENICILINA COMO AYUDA DIAGNOSTICA DE ALERGIA PENICILINICA

VAN DELLEN, R. G. y Gleich, G. J. Med. Clin, of N. A. 54: 997, Julio 1970.

La incidencia de esta alergia en varios grandes estudios revisados en un reciente Boletín de la Organización Mundial de la Salud varió de 0,7 a 10%. Reacciones anafilácticas a la penicilina ocurrieron en el 0,05-0,15% de los pacientes que recibieron la droga y fueron fatales en el 0,0015-0,002%.

Para efectuar la predicción de alergia penicilínica se han utilizado varios reactivos para las pruebas cutáneas. El propósito de los autores es sumarizar la información actual y agregar su propia experiencia.

Reacciones a la penicilina.—Pueden, ser clasificadas en relación al tiempo y tipo de reacción; las *reacciones inmediatas* ocurren dentro de 20 a 30 minutos con manifestación de **anafilaxis** (hipotensión, edema laríngeo, broncoespasmo o angioedema y vesículas); las *reacciones aceleradas* se presentan entre 30 minutos y 3 días y usualmente son angioedema o urticaria; las *reacciones tardías* ocurren después de 3 días y son del tipo exematoso. Mencionan otros tipos de reacción (dermatitis de contacto, anemia hemolítica, convulsiones, arteritis nodosa, etc.)

La mayoría de los antígenos resultan de la unión de penicilina con proteína y pueden ser sintetizados en el laboratorio usando albúmina de suero humano o polipéptidos sintéticos.

El hombre responde a los complejos droga-proteína desarrollando anticuerpos de las diferentes clases inmunoglobulínicas.

Pruebas cutáneas para alergia penicilínica.—Las reacciones anafiláctica y urticariana a la penicilina son producidas por anticuerpos sensibilizadores de la piel. La interpretación de la prueba depende de adecuada ejecución del procedimiento. Los autores siempre practican inicialmente una prueba de raspadura para determinar si es seguro introducir una mayor cantidad de antígeno; una pequeña área de la cara anterior del antebrazo es raspada sin producir sangrado y una gota del reactivo se coloca sobre ella, observándose por 15 minutos; es positiva la reacción cuando aparece una roncha de 3 o más milímetros, rodeada de una zona de eritema; si esta prueba es negativa se procede a la inyección intradérmica. Aproximadamente se inyectan 0,005 ml. del antígeno, usualmente en la región deltoidea utilizando una jeringa de tuberculina con una aguja descartable N^o 26; ello produce una ampolla de 1 a 2 mm. de diámetro; las pruebas positivas son aquellas en que las ampollas son 1 o 2 **mms.** mayores que las iniciales y están rodeadas de eritema. Resultados inmediatos falso-negativos pueden resultar por el uso de antihistamínicos y, por ello, los pacientes no deben usar estos agentes por lo menos 12 horas antes de la prueba; los corticosteroides no interfieren con las pruebas inmediatas. Los autores no saben cómo interpretar el eritema sin roncha o sólo la roncha sin eritema. Utilizan la benzilpeniciloil-polilisina (BPO-PL) para probar las reacciones al mayor antígeno determinante y la preparan por la reacción de la benzilpenicilina con la **polilisina** con un pH alcalínico; para los antígenos determinantes menores usan benzilpenicilina cristalina y la hidrólisis alcalina de la penicilina (benzilpeniciloato); usan una concentración de 1 x 10 equivalente a 10.000 U de penicilina cristalina G por ml.) Fuera de la penicilina ninguno de estos productos son comerciales.

Aplicaciones de las pruebas inmediatas.—Inicialmente, cuando solo se utilizaba penicilina, hubo resultados negativos de sensibilidad en varios- casos; con el advenimiento del grupo BPO se aumentaron las esperanzas de que éste sería más valioso que el anterior; aproximadamente un 3 a 10% de pacientes sin

historia de alergia penicilínica respondieron positivamente al grupo mayor y un 1 % para el grupo menor; en los pacientes con antecedentes de alergia penicilínica un 35-76% fueron positivos para el primero y un 12-51% lo fueron al segundo. Algunos han demostrado que la prueba puede ser negativa inmediatamente después de una reacción y se hace positiva unos pocos días o semanas más tarde y que hay una relación inversa entre la incidencia de reactores positivos y el intervalo entre la reacción alérgica y el momento de la prueba. La incidencia de pruebas cutáneas positivas varía con el tipo de reacción.

Predicción. Una paciente con historia de alergia a la penicilina y que adolece de una infección contra la cual la penicilina o una de sus homologas es deseable o necesaria ¿puede tolerar la penicilina y las pruebas cutáneas decir cuál? Sus experiencias y la de otros demuestran que algunos pacientes con previas reacciones a la penicilina pueden posteriormente recibir inocuamente el fármaco y que las pruebas ayudan a identificar a estos pacientes.

Riesgo.—Hay un riesgo definitivo al efectuar las pruebas pero son muy raras (5 reacciones sistémicas suaves en 16,239 según otros informadores, 3 en 240 según sus experiencias).

Conclusiones.—Los antígenos empleados por los autores son valiosos pero no están disponibles para uso general. La situación del Médico General es igual a la que existía en 1950 cuando solo la penicilina G era usada para pruebas cutáneas. Recomiendan raspar la piel y hacer la prueba intradérmica con concentraciones de 10.000 U por ml. de penicilina G; si se sospecha una sensibilidad extrema debe usarse una concentración de 1. a 10 U por ml. Creen que una respuesta positiva con penicilina fresca en estas concentraciones indica un gran riesgo de reacción —particularmente una reacción anafiláctica— a la administración de penicilina G. Una respuesta negativa eliminará a muchos pero no a todos los pacientes, quienes pueden tener anafilaxia a la penicilina G.

(Dr. S. R. Z.)

EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON HEMOBILIA.

SEDGWICK, C E. y Coburn, R. L. Surg. Clin, of N. A. 50: 683, junio 1970.

informan que el término hemobilia significa sangre en el árbol biliar y que ello ocurre a consecuencia de trauma cerrado en el 90% de los casos. Sin embargo, no es frecuente pues del análisis de grandes series sólo se extrajeron 3 ejemplos. Fuera de traumatismo la causa de la hemobilia puede radicar en cálculos biliares, absceso hepático, lesiones malignas (biliar, hepática o pancreática), aneurismas, pancreatitis, biopsia hepática, tuberculosis y erosión por tubo en T. El intervalo entre el trauma y el principio de la enfermedad es característicamente prolongado, a menudo mayor de 3-4 semanas. Usualmente se manifiesta por melena y, como excepciones, hematemesis o hemorragia rectal.

Los hallazgos clínicos son dolor intermitente, ictericia y hemorragia del tracto digestivo. Esto es frecuente en la de causa traumática; en los otros casos la sintomatología depende de la causa específica. La ictericia y anemia varía considerablemente; la ictericia es de tipo obstructivo y presenta fluctuaciones relacionadas con la presencia de coágulos y lisis de los de los mismos; la anemia está en proporción con la pérdida. El dolor es de dos tipos: uno es expansivo por distensión de la cápsula de Glisson y el otro es de carácter cólico y es provocado por los coágulos intraluminales.

La presencia de hemobilia raramente es confirmada antes de la exploración quirúrgica. La existencia de un trauma y persistencia de melena inexplicable puede

hacerla sospechar; otro tanto puede decirse del uso de colecistografía, de colangiografía transparietohepática y de la gammagrafía. Pueden combinarse estos procedimientos y aunar la esplenoportografía y la arteriografía selectiva para demostrar el sitio específico de la hemorragia.

El tratamiento es quirúrgico y depende de la causa basal. La mayoría de las veces es necesaria la lobectomía hepática. El tratamiento conservador ha sido empleado pero raramente la hemorragia cede espontáneamente. El cierre de las laceraciones mayores pocas veces ha sido curativo; el empaque y drenaje produce hemorragia postoperatoria. Los mejores resultados se han obtenido con las resecciones hepáticas y con la ligadura de vasos extrahepáticos; siendo la hemorragia usualmente de origen arterial, la interrupción de la alta presión controla la hemorragia y se aconseja en casos de shock, sepsis o edad avanzada; la practican en la arteria hepática inmediatamente después de que da la gastroduodenal. Los autores creen que la mejoría de las técnicas diagnósticas preoperatorias y una mejor experiencias de las resecciones hepáticas abrirán una nueva era en la cirugía de la hemobilia. Suministran 26 referencias.

(Dr. S. R. Z.)

CONCEPTOS ACTUALES SOBRE EL MANEJO DEL TESTÍCULO NO DESCENDIDO. — FONKALSOU, E. W. *Sürg. Clin, of N. A.* 50: 847, agosto 1970.

Asegura el autor que del 2 al 10% de los recién nacidos no tienen los testículos en el escroto al nacimiento, siendo más común aún en los prematuros; sin embargo, en la mayoría de los niños han descendido al final primer año de vida. La incidencia del no descenso testicular después del primer año de nacimiento es de 0,44%.

El autor discute las diferentes condiciones responsables de un escroto vacío (testículo retráctil, testículo ectópico, verdadero testículo no descendido por cordón espermático o arteria espermática cortos, condición bilateral con otras lesiones orgánicas y en el 6% son síndrome de Klinefelter).

Asevera que hay varias indicaciones para efectuar la orquidopexia en los primeros años de la infancia: 1) las gonadas no madurarán completamente y no tendrán una función espermatogénica normal, 2) en la mayoría de los casos está presente simultáneamente una hernia inguinal indirecta, 3) la torsión del testículo es más frecuente en la criptorquidia, 4) el testículo inguinal es vulnerable a trauma directo en los niños, 5) un testículo criptorquídico tiene 30 a 50 mayores oportunidades de desarrollar malignidad que una gónada situada normalmente y debe colocarse en un sitio donde pueda ser examinado en frecuentes ocasiones y 6) impacto psicológico del niño y del adulto con criptorquidismo.

Da la técnica quirúrgica basada en los principios establecidos por Gross hace más de dos décadas. Informa las complicaciones y las dificultades operatorias; recomienda orquidectomía si es atrofico, colocando una prótesis de silástico en el escroto para efecto cosméticos. Basado en biopsias testiculares recomienda que la orquidopexia se efectúe antes de los 6 años si es que se desea que el testículo descendido cumpla con su función espermatogénica. Da 11 referencias.

(Dr. S. R. Z.)

TEMPRANO DESCUBRIMIENTO Y TRATAMIENTO DEL CARCINOMA PROSTÁTICO.—SAKKAS, J. L. *Internat. Surg.* 54: 65, julio 1970.

En su publicación el autor concluye que el examen rectal, la encuesta ósea y las determinaciones de las fosfatasas alcalinas y ácidas no son de ayuda en el temprano diagnóstico de la enfermedad.

Asegura que las secciones congeladas del lóbulo posterior de la próstata en la hipertrofia benigna es útil para el precoz diagnóstico del carcinoma prostático.

Cree que la prostatectomía radical y la orquiectomía como procedimiento inicial es preferible porque a menudo es difícil persuadir a los pacientes a que sufran una segunda operación.

La búsqueda persistente de carcinoma temprano en el adenoma y en el lóbulo prostático posterior recompensa en la precoz detección del cáncer. La diferencia en los dos grupos puede explicar los resultados de otros investigadores que encontraron considerable número de pacientes con carcinoma de la próstata después de prostatectomizarlos y en quienes el examen histológico del espécimen original reveló únicamente hipertrofia prostática benigna.

Finaliza asegurando que los errores diagnósticos en las secciones congeladas no es significativo en manos de patólogos experimentados.

(Dr. S. R. Z.)

PREPARACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE ICTÉRICO.
WHITCOMB, F. F. Trey, C. y Braasch, J. W. *Surg. Clinñ of N. A.* 50:
663, junio 1970.

En la parte inicial de su trabajo los autores analizan las colestasis intrahepáticas (hepatitis colestásica, hepatitis alcohólica, colestasis por drogas, etc.) y las extrahepáticas (obstrucción biliar extraparenquimatosas).

En la segunda parte aseveran que todo paciente icterico que debe ser intervenido quirúrgicamente debe ser preparado adecuadamente, siendo el objetivo primario prevenir la descompensación hepatocelular y las complicaciones hemorrágicas y combatir la infección. Las funciones cardiopulmonar, renal y endocrinas deben determinarse y, cuando esté indicado, instituir el apropiado tratamiento. Si existe anemia o trombocitopenia la causa debe ser evaluada y tratada. El paciente debe hidratarse y mantenerse en un estado de equilibrio electrolítico y ácido-básico. Si existe evidencia de infección (colangitis) debe iniciarse la terapéutica antibiótica. Como la lesión hepatocelular sigue a la obstrucción biliar es importante que el paciente esté en un estado de nutrición óptima; esto es difícil de juzgar, excepto por la historia y apariencia del paciente, e recomienda una dieta agradable, alta en calorías, proteínas y carbohidratos con vitaminas (incluyendo vitamina C) y la administración parenteral de vitaminas óleosolubles; se aconseja la adición de ácido fólico en la mayoría de los alcohólicos; en pacientes severamente enfermos es necesario la alimentación por sonda en conjunción con líquidos parenterales. En las obstrucciones más crónicas con acolia y esteatorrea, el tratamiento debe incluir una dieta baja en grasas, sustitución por triglicéridos de cadena mediana y reemplazo de vitaminas liposolubles y calcio. Si existe daño hepático secundario con edema y ascitis, la restricción sódica y el apropiado uso de diuréticos está indicado. La administración intravenosa de albúmina humana pobre en sal puede ayudar a reducir la ascitis y el edema. Si se efectúan paréntesis para aliviar la dificultad respiratoria, debe instituirse reemplazo de las proteínas perdidas. Para sedación y alivio del dolor son efectivos el fenobarbital en pequeñas dosis y el clorhidrato de meperidina; la morfina y el paraldehido, que son detoxificados por el hígado, son mal tolerados. Si el prurito es un problema puede aliviarse con el uso de una resina, colestiramina. Los fenómenos hemorrágicos son comunes en el icterico; la administración parenteral de Vitamina K (20 mgs. diarios) se efectúa en todos los pacientes con hipoprotrombinemia. La falta de respuesta a esta terapéutica es signo de disfunción hepatocelular seria. En la posibilidad de una operación debe tenerse disponible tanto sangre fresca como almacenada porque los factores de coagulación diferentes a la protrombina están

anormales en los pacientes con enfermedad hepática. Los pacientes que han tenido una exposición previa al halotane no deben ser anestesiados con este fármaco. En los pacientes con severa hipertensión porta, descompensación hepática y encefalopatía hepática en los que están indicados operaciones salvavidas, la investigación de los factores agravantes o precipitantes de esas complicaciones deben ser efectuados; en estos pacientes el suministro de proteínas está limitado; la función renal debe ser evaluada por la determinación de los niveles de creatinina en lugar del nitrógeno ureico sanguíneo y las determinaciones de la excreción sódica y potásica urinarias son valiosas en la detección temprana de los efectos renales de la insuficiencia hepática. Si existe hipocalemia y alta excreción urinaria de potasio es necesario suministrar adecuados suplementos de K, aún cuando la creatinina vaya en aumento. El manejo postoperatorio es similar al preoperatorio.

Finalizan haciendo énfasis en la importancia de un diagnóstico correcto porque una hepatitis viral va asociada a alta mortalidad operatoria y mayor incidencia de complicaciones postoperatorias y, a su vez, la obstrucción biliar extraparenquimatosas prolongada puede conducir a daño hepático irreparable. Recalcan que la ictericia raramente es una emergencia quirúrgica.

(Dr. S. R. Z.)

BTOPSIS YEYUNAL. — McPHERSON, J. R. *Med. Clin, of N. A.* 54: 851, julio 1970.

Ilustra el autor que la base de la técnica para efectuar esta biopsia radica en la protrusión de una pequeña porción de mucosa a través de un pequeño orificio de una cápsula que es deglutida y llevada hasta las porciones iniciales del yeyuno; la protrusión de la mucosa se logra por succión efectuada en el extremo libre de la sonda a que está unida la cápsula; la sección de la muestra se logra por un cuchillo deslizante situado en el interior de la cápsula y que es disparado por un alambre flexible en el tubo de Rubin o por un resorte en la cápsula de Crosby.

Da como contraindicaciones en el adulto desórdenes de coagulación e imposibilidad de deglutir el tubo y en el niño una marcada desnutrición en edades menores de 2 años.

Informa de la técnica de la obtención de la biopsia y el manejo de la muestra obtenida; la apariencia histológica de la mucosa yeyunal normal y los hallazgos patológicos en Sprue, enfermedad de Whipple, amiloidosis, linfoma, A-Beta-lipoproteinemia, linfangiectasia intestinal, enteritis por radiación, infestaciones parasitarias. Como complicaciones menciona hemorragia y perforación pero asevera que su incidencia es muy baja.

(Dr. S. R. Z.)

NODULO LARÍNGEO: ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DE 170 CASOS. MICHELENA, A. y Potenza, L. *Acta Méd. Venez.* 17: 65, marzo-abril 1970.

Recuerdan los autores que el nódulo laríngeo o corditis nodosa es una lesión benigna de aspecto pólipoideo o nodular de la cuerda vocal verdadera, muchas veces bilateral y situada casi invariablemente en la unión del tercio medio con el anterior de la misma y que, a pesar de ser relativamente frecuente, es casi desconocido por el Médico General. Aseguran que el concepto que del mismo tienen los Anatomopatólogos y los Otorrinolaringólogos es impreciso en cuanto a su naturaleza, estadios evolutivos y pronóstico. De su estudio concluyen que hay predominio en varones, con mayor frecuencia entre los 30 y 60 años en ambos sexos. El mayor número de los nodulos extirpados pertenecía a los estadios

histopatológicos "edematoso" o "hialino". Estudian sus características microscópicas y destacan la poca frecuencia de **alteraciones** epiteliales variadas, hemorragias y hemosiderosis. Estudiaron la sustancia hialina en 49 de esos nodulos por medio de coloraciones especiales, luz polarizada y digestión con pepsina y ácido clorhídrico, y ponen en evidencia sus diferencias estructurales con el amiloide.

(Dr. S. R. Z.)

INFUSIÓN QUIMIOTERAPICA PARA CÁNCER HEPÁTICO METASTASICO. — **MEYSA, J.**, Hornowski, S. y Czerwinski, W. Polish Med. Se. and Hist. Bull. 13: 79, abril 1970.

Los informantes aseveran que el pronóstico de los pacientes con múltiples metástasis hepáticas es muy pobre y que los casos avanzados con participación de ambos lóbulos, el promedio de vida es de 63 días y con nodulos solitarios es de 286 días. Recuerdan que la quimioterapia sistémica da una mejoría temporal de 160 días en el 20% de esos casos. Manifiestan que en metástasis hepáticas procedentes del tracto gastrointestinal la quimioterapia local parece ser el método más racional de tratamiento, informan que puede utilizarse la vía arterial o la venosa (canalización arterial durante la laparotomía o por cateterización selectiva utilizando la arteria femoral o braquial; cateterización de la vena umbilical); aseguran que la vía arterial debe preferirse y utilizar la venosa solo en casos en que la primera no pueda efectuarse; mencionan, asimismo, que la sangre de la vena umbilical cae en la rama izquierda del sistema porta intrahepático y que, por ello, las metástasis izquierdas son más accesibles a la quimioterapia utilizando esta vía.

Dan detalles del material y métodos empleados. La droga que utilizaron fue el 5 fluorouracil en dosis de 250 mgs. por día. El criterio de respuesta objetiva fue disminución del arca hepática, mejoría de las funciones hepáticas, disminución del diámetro de las metástasis determinada por gammagrafía y por laparotomía en un caso. El criterio de alivio sintomático fue cesación del dolor y fiebre, con mejoría del apetito.

Sus resultados fueron los siguientes: 1) se efectuaron 31 infusiones hepáticas en casos de metástasis inoperables secundarios a varios tipos de cánceres abdominales, 2) se obtuvo remisión objetiva en el 56%, con sobrevida promedio de 8,5 meses, sin obtener curaciones, 3) la infusión hepática no pudo reemplazar a los procedimientos quirúrgicos aplicables a casos individuales, 4) la cateterización de la arteria hepática o de la vena porta depende de los tratamientos previos y de la condición del paciente y 5) la ictericia causada por obstrucción intrahepática no es contraindicación para la infusión.

(Dr. S. R. Z.)

COMO EL GASTROANALISIS PUEDE AYUDAR EN EL MANEJO EFECTIVO DEL PACIENTE ULCEROSO. — **EISENBERG, M. M.** Patien Care 4: 39, julio 1970.

Los métodos para cuantificar la secreción gástrica pueden ser separados en 4 categorías: secreción basal, secreción máxima estimulada, pico ácido (2 x max. 1/2 hora) y prueba insulínica.

Los estímulos más importantes de la secreción de ácido clorhídrico se producen por el vago y por la gastrina originada en el antro; el estímulo vagal excita o facilita la liberación de la gastrina y potencializa su acción. El objetivo de estos estímulos son las células parietales.

El concepto de ácido "libre" implica una concentración acida bajo del pH de 3.5; la ausencia de ácido libre no equivale a ausencia de **HCl**. La medida de

cantidad total de HCl. expresada en mEq. por unidad de tiempo y basada simultáneamente en el volumen de secreción y concentración de HCl. La vieja terminología de "unidad" o "unidad clínica" es idéntica a mEq/litro. El pH por definición es $-\log (H)$, así un pH de 1 = 100 mEq./L; pH 2 = 10 mEq./L y pH 3 = 1 mEq./L.

En el Mt. Sinai Hospital de Minneapolis la acidez total se titula a neutralidad usando un medidor de pH; esa acidez se expresa en mEq./L; la cantidad total de HCl en un espécimen puede ser calculado en mEq multiplicando el volumen (en litros) por la acidez en mEq./L.

No obstante que la técnica para aspirar jugo gástrico es simple, debe prestarse atención a detalles para que los resultados sean significativos:

Los pacientes deben estar en ayuno y libres de estímulos que exciten o inhiban la secreción gástrica; los pacientes deben evitar el uso de drogas poseedoras de efectos antisecretorios: intúbase con una sonda N° 18 o menor que tenga una punta radio-opaca (se ha demostrado que solo en el 40% se sitúa la apropiadamente en forma ciega); la aspiración se hace en tres etapas: a) la secreción presente (volumen residual) se examina visualmente y se mide antes de eliminarla; b) las secreciones basales se colecta durante una hora, en dos períodos de 30 minutos cada uno, mediante succión continua; c) 30 minutos antes del final de la prueba se inyecta un antihistamínico (20 mgs. I.M. de maleato de clorfenamina) para contrarrestar los efectos sistémicos de la histamina que se inyectará subsecuentemente; esta dosis no perturba el efecto estimulador gástrico; al final de la colección basal se inyecta subcutáneamente histamina (0.4 mg. de fosfato ácido por kilogramo de peso).

En el laboratorio se mide el volumen, pH, la acidez titulable y la libre de cada muestra. EL pH, medida de la actividad del ion hidrógeno, no es lo mismo que acidez titulable que incluye el ion hidrógeno taponado. De estos valores se calculan los siguientes datos:

Secreción acida basal: la cantidad de ácido (volumen x ácido titulable = mEq) por el período de 1 hora. (SAB).

Secreción acida máxima: la concentración acida total durante la siguiente hora después de la inyección de histamina; el tamaño de la "masa de células parietales" tiene relación con este resultado: en cuanto mayor es más alta es la masa y mayor la capacidad del estómago para producir ácido (SAM).

Pico de secreción acida: la mayor secreción acida de dos períodos sucesivos de 15 minutos en la hora de secreción máxima multiplicada por 2 (PSA).

Al evaluar un paciente es práctica común medir la secreción de ayuno y la secreción de estimulación máxima. La estimulación máxima puede ser utilizada para establecer la presencia de aclorhidria y estima la masa de células parietales. Las aplicaciones del gastroanálisis son limitadas pero pueden ser útiles en 4 situaciones:

ACLORHIDRIA.—La anemia perniciosa no existe en pacientes capaces de producir ácido. Los pacientes con aclorhidria pueden ser distinguidos de los pacientes con otra anemia macrocítica y problemas neurológicos. De los pacientes con aclorhidria el 5 % tendría otra enfermedad que anemia perniciosa, siendo el cáncer gástrico la principal de ellas.

ULCERA PÉPTICA GÁSTRICA VRS. CARCINOMA GÁSTRICO.—Cerca del 68% de los pacientes con cáncer gástrico tienen aclorhidria. Los pacientes con úlcera gástrica radiológica y aclorhidria *no tienen* úlcera benigna.

SÍNDROME DE SOLLINGER-ELLISON.—El diagnóstico de este síndrome solo puede ser confirmado por el hallazgo de un tumor de células no-beta con marcada hipersecreción. Puede sospecharse su presencia cuando la secreción ácida máxima es igual o cercana a la basal o cuando la basal excede 200 ml/hora o mEq/hora.

ULCERA DUODENAL.—Es un hecho que los pacientes con úlcera duodenal en el promedio secretan mayores cantidades de HCl que los grupos de personas de edad similar y de igual sexo sin síntomas o signos de enfermedad ulcerosa duodenal; si la secreción máxima está sobre 35 mEq/hora es probable la existencia de úlcera y si está sobre 42 es altamente posible; si es menor de 11 mEq/hora en un paciente sobre 30 años no es probable una úlcera.

PATRONES SECRETORIOS NORMALES

ACIDEZ TOTAL

MENORES DE 30

MAYORES DE 30

		<i>Promedio</i> <i>mEq/hora</i>	<i>Extremos</i> <i>mEq/hora</i>	<i>Promedio</i> <i>mEq/hora</i>	<i>Extremos</i> <i>mEq/hora</i>
1. SAB	Hombres	1.3	0.0- 6.2	1.0	0.0- 3.8
	Mujeres	1.1	0.0- 6.0	0.5	0.0- 2.7
2. SAM	Hombres	17.1	0.1-42.1	14.0	0.1-33.3
	Mujeres	9.5	0.3-28.2	5.8	0.3-10.8
3. PSA	Hombres	21.6	0.3-50.2	18.7	0.3-45.0
	Mujeres	12.3	0.4-32.0	9.0	0.4-14.8