

## Sección de Extractos de Revistas

### COLANGIOGRAFIA POR INFUSIÓN.

KALAF, J. M. Rev. da Assoc. Med. Brasileira. 17: 161, mayo 1971

Un grupo no seleccionado de 32 pacientes de ambos sexos con signos y síntomas indicativos de patología biliar fueron examinados por dos modalidades técnicas, siendo sucesivamente sometidos a la colangiografía convencional y a la colangiografía por infusión; el intervalo entre los dos procedimientos no fue inferior a 24 ni superior a 120 horas. 9 pacientes habían sido colecistectomizados; 6 estaban subictéricos; 2 francamente ictéricos con bilirrubinemia total, de 3, 4 y 5 mg%.

En ambos métodos los pacientes permanecieron en ayunas en 3a mañana del examen, efectuándoseles enema para eliminar residuos fecales.

Para la colangiografía venosa se administraron 20 cc. de biligrafina al 50% en forma lenta. Para la colangiografía por infusión 40 cc. de biligrafina al 50% se diluyeron en 100 cc. de suero glucosado al 27,5%, administrándose esta solución en un plazo medio de 30 minutos.

No se practicaron pruebas previas de sensibilidad al yodo. Se tuvieron a manos medicamentos de urgencia en vista de posibles reacciones de alergia.

Se realizaron en ambos métodos radiografías a los 10, 20, 30 y 60 minutos después de la administración del contraste. Después de la primera hora se tomaron subsecuentes radiografías cada 30 minutos para un período de 4 horas.

No se utilizaron drogas capaces de interferir con el tono del esfínter de Oddi. Técnica radiográfica de alto miliamperage; distancia foco-película 100 cms.

### RESULTADOS.

a) *Reacciones adversas:* presentes en el 37,5% de la colangiografía venosa y ninguna reacción en la colangiografía por infusión.

b) *Intensidad de la opacificación de la vesícula biliar:* Se obtuvo opacificación de la vesícula en 8 pacientes por colangiografía venosa y en 12 usando la infusión del total de 23 que no habían sido colecistectomizados. Comparativamente la densidad de los casos positivos fue mayor en 6 oportunidades en que se utilizó la infusión.

c) *Intensidad de la opacificación del colédoco:* Con la colangiografía venosa se obtuvo buena visualización en 9 casos, regular en 19 y ausente en 4. Con la colangiografía por infusión la visualización fue buena en 16 casos, regular en 14 y ausente en 2. La densidad radiográfica fue mejor en los casos en que se usó infusión.

d) *Excreción renal:* En ambos métodos el volumen de contraste eliminado por vía renal fue de intensidad insuficiente para imposibilitar la visualización adecuada del árbol biliar.

## CONCLUSIONES.

La colangiografía por infusión presenta ventajas sobre el método convencional en lo relacionado con lo inocuo del procedimiento y con la eficacia diagnóstica.

Suministra 49 referencias bibliográficas.

*Dr. Silvio R. Zúñiga*

## CIRUGÍA CONSERVADORA EN SANGRADO MASIVO AGUDO DE ULCERAS PÉPTICAS.

AL-BAHRANI, Z. R. Le Journ. Med. Libarfaís 24: 117, 1971.

El autor informa que 53 pacientes con sangrado agudo procedente de úlceras pépticas fueron tratados con vagotomía y **piloroplastia** con sutura o escisión de la úlcera sangrante. Hubo 33 emergencias y 20 operaciones selectivas tempranas. La mayoría del grupo de emergencia sangraba de úlceras duodenales posteriores y la mayoría del grupo selectivo lo hacía de úlceras duodenales situadas en la cara anterior. No hubo mortalidad en estos grupos. En un paciente ocurrió sangrado recurrente en el período postoperatorio, el que fue controlado únicamente con transfusión sanguínea. 48 pacientes fueron seguidos por 1 a 6 años, con un promedio de 3 años. 2 pacientes desarrollaron un moderado episodio de sangrado causado por gastritis erosiva causada por drogas. Su estado de digestión, peso corporal y hemoglobina fueron analizados.

Concluye de este estudio que la cirugía conservadora es segura y efectiva para **controlar** el sangrado y, asimismo, ofrece un alto índice de curación.

*Dr. Silvio R. Zúñiga*

EL CUADRO **HISTOLÓGICO** DE LA HEPATITIS CRÓNICO-AGRESIVA BAJO TERAPTA INMUNOSUPRESORA.

FORSTER, E.; MAAS, D.; BECK, K.; OEHLERT, W. y BIRNBAUM, F. Dtsch. Mcd. 96: 1,1 (1971)

En 17 pacientes con hepatitis crónico-agresiva, 13 mujeres y 4 hombres, cuyas edades oscilaban entre 30 y 71 años, se compararon los hallazgos clínicos, clínico-químicos, inmunológicos e histológicos, antes, durante y en parte después de la terapia combinada de azatioprina-prednisona. *En 11 casos se pudo comprobar clínica e histológicamente una notable mejoría.* En dos casos la mejoría fue escasa, en 3 los hallazgos permanecieron inmodificados y en un paciente empeoraron. En todos los casos en los que se había producido una notable mejoría del estado clínico y de los estudios histológicos del hígado, la comprobación de factores antinucleares resultó ser positiva, exclusivamente en las pacientes del sexo femenino. *De estos resultados surge la recomendación de realizar una terapia inmunosupresora, tan sólo en aquellas hepatitis crónico-agresivas en las que la inmunopatogénesis de la enfermedad ha sido confirmada mediante la comprobación de factores antinucleares.* En estos casos puede contarse con óptimos resultados terapéuticos.

*Dr. Gustavo A. Zúñiga h.*

DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARCINOMA MEDULAR TIROIDEO  
MELVIN, K. E.; MILLER, H. H. y TASHJIAN, A.

New Eng. Jour. Med. 285: 1115, noviembre 1971

El carcinoma medular tiroideo ocurre frecuentemente como enfermedad familiar y ésto debe tenerse en cuenta en cualquier paciente que padezca de éste tipo de malignidad, a fin de efectuar los estudios correspondientes de sus familiares.

Con el desarrollo del inmuno ensayo para la calcitonina en la orina se logró predecir correctamente la presencia de este tumor tiroideo en 11 miembros de una familia. En todos los casos se encontró además un aumento de la calcitonina sérica basal, o en respuesta a una infusión de calcio y después de tiroidectomía total cayó a niveles indetectables, en 10 de los 11 pacientes.

Se comprobó además que el tejido tumoral contenía de 650 a 16.000 veces más concentración de calcitonina comparando con tejido normal tiroideo, encontrándose además hiperplasia paratiroidea en 9 casos, los cuales permanecieron normocalcémicos y en cinco de estos pacientes se encontraron feocromocitomas insospechados.

Estos resultados sugieren el importante papel del inmunoensayo para calcitonina en los pacientes con alta incidencia de carcinoma medular tiroideo.

*Dr. Gustavo A. Zúniga h.*

ELECTROCARDIOGRAMA EN AYUNAS.

ANDERSEN, M. Acta Med. Scand. 187: 385, 1970

Dos hombres de 28 y 33 años de edad, respectivamente, y una mujer de 21, los tres clínicamente sanos del corazón, en una exploración efectuada después de la ingestión de una comida, presentaban una negatividad de las ondas T en las derivaciones estándar y de Wilson. En contraste, en ayunas y a continuación de una prueba de carga, el electrocardiograma era normal.

Ondas T anormales análogas se observan en el curso de una digitaloterapia, en los trastornos electrolíticos y durante los estados de angustia. Alteraciones de las ondas T han sido observadas raras veces hasta ahora en el período posprandial y parecen estar en relación con el paso del potasio a través de la membrana celular.

Por consiguiente, las ondas T negativas no constituyen siempre un signo patológico. Pueden presentarse en personas perfectamente sanas.

En caso de duda se recomienda trazar un electrocardiograma en ayunas.

*Dr. Gustavo A. Zúniga h.*

TENDENCIA GENÉTICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN  
HINSLOP, I. G. y GRANT, A. K. Gut 10: 994, 1969.

La aparición de una enteritis regional en gemelos uniovulares, quinto caso análogo en la bibliografía mundial, robustece la hipótesis de la existencia de un factor genético para esta enfermedad.

En dos hermanas gemelas se efectúan sendas laparatomías en mayo de 1963 y en abril de 1964, a los 27 y 28 años de edad, respectivamente. Después de dos años de molestias continuas, la sintomatología ileal aguda de la primera hermana gemela motiva la resección del íleon terminal y la verificación histológica del diagnóstico. La segunda hermana gemela es operada por sospecha de apendicitis, pero resultó que el apéndice no acusaba infiltración inflamatoria; ésta existía en el íleon terminal. No se procedió a la resección. En los embarazos de los años 1966 y 1968 aparecen brotes recidivantes que son tratados con medidas conservadoras. El diagnóstico es confirmado a los rayos X mediante la demostración de un segmento estenosante en el íleon terminal.

Un paralelismo análogo en la evolución de la enfermedad es destacado por los autores de los casos descritos en la bibliografía.

Se discute un daño génico dominante con reducida penetrancia.

*Dr. Gustavo A. Zúñiga h.*

DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS.

RUBÍN, I. L.; STEAD, W. W. y ORDSTRAND, H. S.

ELLIOT, H. E.; FOURKNER, C. E.; HOUK, V. N.; PFEUTZE, K. H.;

Patient Care 155, octubre 15. 1971.

*Encuesta.* Las pruebas de parche son desconfiables; las pruebas cutáneas de Tine, Heaf y Mono-Vaac son satisfactorias si se siguen las instrucciones del manufacturero. Todas las reacciones positivas deben ser confirmadas con pruebas intradérmicas de Mantoux (induración de 10 mm. o más es positiva; de 5-9 mm. debe efectuarse otra prueba en otro sitio cutáneo). Como candidatos para la encuesta deben considerarse los niños preescolares y los escolares de áreas de alta incidencia tuberculosa. En adición, deben considerarse: cualquiera persona expuesta a tuberculosis activa dentro de 6-8 años previos, los viejos en quienes la nutrición es difícil de mantener, los pacientes con enfermedades metabólicas (diabetes) o debilitantes (enfermedad retículoendotelial como Enfermedad de Hodgkin), los pacientes en quienes se va a administrar corticoesteroides. Además, todo paciente debe tener rutinariamente una radiografía de tórax al admitirse a un hospital porque la gente enferma tiene mayor incidencia de tuberculosis que los sanos no hospitalizados.

*El posible caso activo.* Una prueba **intradérmica** positiva implica estudio adicional para confirmar la tuberculosis activa.

El diagnóstico de tuberculosis pulmonar depende del examen microscópico del esputo que demuestre la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*, del crecimiento del mismo en cultivos y de la positividad radiológica. La negatividad de estos factores no elimina el diagnóstico porque "la ausencia de prueba no

constituye prueba de ausencia". Algunos autores aconsejan tomar muestras de esputo diarias durante un mes, otros aconsejan que sean 3 y otros 6 muestras diarias.

*Prevención de caso activo.* Los individuos con pruebas cutáneas positivas con o sin hallazgos radiológicos sugestivos y con esputos negativos debe presumirse que tienen infección y deben ser considerados para tratamiento profiláctico con isoniácida. Si tienen hallazgos radiológicos debe excluirse enfermedad activa antes de dar tratamiento. La isoniácida ocasionalmente causa enfermedad hepática (0-10 casos en 1.000 personas) y por ello debe pesarse el riesgo antes de usar la droga. Se recomienda que la terapéutica con ese medicamento se dé en bases de prioridad: deben considerarse las consecuencias de la persona que se hace infecciosa, por ejemplo, alta prioridad se dará al reactor positivo que vive en contacto con numerosos individuos susceptibles.

La terapéutica profiláctica para el adulto es una tableta de 300 mgm. o tres tabletas de 100 mgm. de isoniácida diariamente y en ayunas; los niños recibirán 10/mgm./día, no excediéndose de 300 mgm. diarios.

*Drogas para los casos activos.*—Las drogas principales incluyen isoniácida, estreptomycin, etambutol, ácido para-aminosalicílico y rifampin. El etambutol, antes considerado como de línea secundaria, se prefiere al PAS porque es más aceptado por el paciente. Entre las drogas secundarias están la cicloserina, etionamida, kanamicina, pirazimida y viomicina.

*Régimen para casos activos.*—La mayoría acepta que una sola droga no debe usarse en el tratamiento de la tuberculosis activa por la probabilidad de creación de resistencia bacteriana. El régimen varía de médico a médico pero incluir siempre a dos o más drogas de primera línea. Los casos más recientes deben ser tratados con isoniácida y etambutol. El tratamiento preferido en enfermedad avanzada es la administración diaria de tres drogas: isoniácida con estreptomycin y la adición de PAS o etambutol. Otros regímenes menos favorecidos para casos avanzados: isoniácida y estreptomycin, isoniácida y PAS, régimen de cuatro drogas (estreptomycin-pirizimida e isoniácida-etambutol en meses alternos, estreptomycin-pirazimida alternando mensualmente con isoniácida-PAS). Un estudio reciente ha demostrado que la combinación rifampin e isoniácida dados oralmente es tan efectiva como la combinación rifampin, isoniácida y etambutol, y más efectiva y menos tóxica que la isoniácida, estreptomycin y etambutol. Algunos reservan el rifampin para los casos resistentes, dado su precio excesivo; sin embargo el Centro de Control de Enfermedades recomienda usar rifampin como tratamiento inicial y por un período de 20 semanas, seguidas por un cambio a un régimen menos caro.

La dosis preferida para cada uno de ellos es la siguiente: Isoniácida.—5-10 mgm./kgm./día en una dosis para el adulto, usualmente 300 mgm. diarios; en los niños 10-20 mgm./kgm./día.

Etambutol.—25 mgm./kgm./día en dosis única antes del desayuno, por dos meses y, luego, 15 mgm./kgm./día.

Rifampin.—Dosis oral única de 600 mgm. antes del desayuno.

Estreptomycin.—0,5-1,0 gm. I, M. diario durante 2 meses, seguido por inyecciones 2-3 veces a la semana. Niños y los que tienen función renal insuficiente recibirán una dosis de 0,5 gm. En los niños una dosis diaria de 20 mgm./kgm.