

REVISTA DE PRENSA

A. Córdova C. y M. L. Martínez G.

ABSORCIÓN INTESTINAL DE ESTEROIDES
(Small intestinal absorption of steroids)

H. P. Schell

(Gastroenterology: 41; 491 (Nov.) 1961.

La importancia de los esteroides en la terapéutica actual es lo que hizo que se llevara a cabo este estudio, además como es ya sabido de estas substancias, principalmente los corticoesteroides, son capaces de producir algunas lesiones en el tubo digestivo (úlceras pépticas).

Se efectuó un estudio sobre la absorción intestinal de soluciones acuosas de esteroides, por medio de la perfusión del intestino delgado en ratas. Los porcentajes de absorción para cada uno de los esteroides estudiados, fueron como sigue: Triamcinolona 12, dexametasona 14, 9-alfa-fluorohidrocortisona 15, prednisolona 17, prednisona 16, cortisol 21, 9-alfa-fluorocortisol 24, cortisona 47, 21-desoxicortisol 52, 21-desoxicortisona 70, 11-dehidrocorticosterona 70, testosterona 79, metilt testosterona 78 y progesterona 95*. Se observó que moléculas de esta substancia polarizadas, altamente oxigenadas o solubles en agua, eran menos fáciles de ser absorbidas. Compuestos lipídicos y moléculas no polarizadas, fueron rápidamente absorbidas*. El mecanismo de esta absorción, es la difusión. La velocidad, es independiente de la concentración. Se observó también, que la actividad farmacológica de estas substancias, administradas por la vía oral, no depende de su velocidad de absorción, si no de su orden fisiológico.

NATURALEZA SEGMENTADA DEL BAZO

(Segmental nature of the spleen)

B. J. Van R. Dreyer

Blood; 18;468 (Oct.) 1961.

El bazo de los perros, está formado por zonas semejantes ablandadas, las cuales se encuentran separadas una de otra y con una circulación sanguínea e innervación, independiente.

Se efectuaron experimentos en 20 perros, en los que se hizo exteriorización subcutánea del bazo y en 20 pacientes, después de la inyección intrasplénica de 70% de iodopiracetato o 50% de diatrizoato en dosis de 2 a 20 c. c., bajo anestesia general. El material radiopaco, se comportó de la misma manera, tanto en perros como en seres humanos. Inmediatamente de inyectado el contraste, este fue desalojado del bazo,

lo que indica, que existe una libre comunicación entre la pulpa esplénica y el drenaje venenoso. Esto, también confirmo que hay una circulación abierta a través de la pulpa esplénica. El medio de contraste, permaneció aislado en un solo segmento y solo fue drenado por una vena. Cuando se inyectó un volumen mayor produciendo una ruptura en otro segmento, el drenaje fue efectuado por dos o más venas. Esta observación confirma la naturaleza segmentada del bazo en los perros y sugieren que esta misma en el humano, consiste de zonas que pueden funcionar como unidades independientes. El reflujo de material de contraste dentro de venas que drenan partes no inyectadas, sugiere que la circulación a través de estos segmentos, estaba disminuida durante la inyección.

LA TITULACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-RH

(Rh antibody titer: Its values and limitations)

G. W. Morley.

Obstetrics and Gynecology: 18;294 (Sept.) 1961.

El presente trabajo es el resultado de 30 meses de investigación de los títulos de anticuerpos anti-Rh, por medio de la reacción indirecta de Coombs. Se estudiaron 244 madres con Rh negativo, cuyos esposos eran Rh positivos.

Se observó eritroblastosis fetal, en todos los niños de madres que representaba una titulación de anticuerpos por arriba de una segunda dilución y en algunos con madres que solo presentaban anticuerpos en una dilución. La importancia de la detección del título de anticuerpos anti-Rh, es determinar el grado de sensibilidad materna, antes que nazca el primer niño afectado. Esta investigación de anticuerpos, debe ser efectuada en todas las pacientes nulíparas con Rh negativo que tenga historia de haberles transfundido sangre en alguna ocasión. Esta misma recomendación es hecha en relación con todas las múltiparas Rh negativo, casadas con sujetos Rh positivos.

La determinación del título de anticuerpos anti-Rh, debe ser efectuada: a) En el embarazo temprano, durante la visita inicial al médico b) Hacia la 36 a 38 semana y c) En alguna otra época, cuando se considere necesario.

Todas estas medidas, aunadas a los medios terapéuticos para la eritroblastosis fetal han salvado muchas vidas.

HEPATITIS LUPOIDES

(Lupoid hepatitis)

M. Moser.

Journal of the Kansas Medical Soc.: 62385 (Sept.) 1961.

En este artículo se infirma sobre 5 casos de hepatitis crónica y que presentaban un fenómeno L. E. positivo. Además se revisan 29 casos de la literatura mundial. La etiología de esta enfermedad, es desconocida. Los síntomas y signos más frecuentes,

fueron: ictericia, teleangectasias, hepato y esplenomegalia. Los datos de laboratorio, fueron compatibles con una lesión hepática no específica. El estudio anatomopatológico, mostró alteraciones hepáticas severas, pero no había evidencia histológica de lupus eritematoso diseminado. La hepatitis lupoide y el lupus eritematoso, pueden ser distinguidos como entidades separadas por sus hechos clínicos y anatomopatológicos. Sin embargo algunos hechos sobresalientes en las dos entidades, sugieren una patogénesis similar que consiste en proceso de auto-inmunización con destrucción de los tejidos del propio huesped.

Los pacientes con disfunción hepática y evidencia histológica de lupus eritematoso diseminado, no deben ser incluidos en la categoría de hepatitis lupoide. El diagnóstico de hepatitis lupoide es un término lógico en aquellos casos de hepatitis crónica asociada con un fenómeno de células L. E. positivo.

TENDENCIA HEMORRÁGICA DESPUÉS DE TRANSFUSIÓN MASIVA DE SANGRE REFRIGERADA (Hemorrhagic tendency after massive transfusion of preserved blood).

T. Sunada

Surgery: 50;437 (Sept.) 1961.

Los autores informan sobre 8 pacientes, 5 de los cuales fueron sometidos a una resección pulmonar y 3 a una resección gástrica y esofágica. Todos ellos recibieron transfusión masiva de sangre total refrigerada. La tendencia hemorrágica que se observó en todos ellos fue causada por factores extrínsecos e intrínsecos tales como choque hemorrágico, anoxia, lesión hepática, y no solo por la transfusión per se. En estos casos lo mejor que se puede hacer es efectuar medidas preventivas cuando se sospeche que se va a efectuar una transfusión masiva. Los autores proponen como métodos profilácticos y terapéuticos, los siguientes: administración de ácido aminocapróico para prevenir la fibrinólisis, goteo continuo de hidrocortisona, alternar sangre total con sangre fresca y administrar una mezcla adecuada de adrenocromo, tromboplastina y calcio. Se debe hacer una vigilancia severa de los factores que impiden la coagulación.

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL DEL PUERPERIO (Puerperal Cerebral venous thrombosis)

Lolincz A.; Moore E.

American Journal of Obstetrics and Gynecology 3; 311-319. 1962

La trombosis venosa es frecuente verla después de operaciones abdominales y pelvianas, durante el parto y en el puerperio. Las émbolias se van a localizar con más frecuencia en el pulmón, y pocas veces en el cerebro ocasionando signos neurológicos muy importantes. Generalmente producen la muerte, pero puede no morir el paciente y quedar con alteraciones por necrosis del Sistema Nervioso Central. Existe un grupo de pacientes no bien definido que se sale a las consideraciones antes mencionadas, y por lo tanto requiere un estudio más detallado. Se presentan seis casos

en los que apareció como secuela en el postpartum la llamada trombosis venosa cerebral puerperal, así como la integración de un diagnóstico diferencial y el empleo de una terapéutica adecuada. En un grupo de 2,500 embarazadas sólo seis presentaron el síndrome, es decir, que es un padecimiento raro cuya incidencia es mínima. Se puede establecer un síndrome el cual consiste en la aparición de varios signos neurológicos ya sea localizados o generalizados, suelen asociarse con dolor de cabeza. Este cuadro aparece en el puerperio de mujeres normales que nunca manifestaron durante el embarazo alteraciones. Así como tampoco hay signos de toxemia; tampoco fue posible observar alteraciones orgánicas de tipo infeccioso. Estas pacientes cursaron su embarazo normal, no hay historia de hipertensión arterial, ni de alguna cardiopatía durante los nueve meses. La terapéutica en general se puede considerar sintomática y preventiva de trastornos posteriores que hagan reaparecer el cuadro. La recuperación de las funciones motoras es muy importante, así como evitar por todos los medios que sea posible el aumento de la presión intracraneana y si ya se ha establecido tratar de disminuirla tan pronto como sea posible; si estas complicaciones se previenen o se evitan se puede asegurar la remisión completa de los síntomas neurológicos. Lo que demuestra que el tratamiento cuidadoso del médico es fundamental en este tipo de pacientes, así como su prevención no obstante que es una enfermedad rara.

NÓDULOS LINFÁTICOS DE CARCINOMA EN AXILA COMO INDICADOR DE CÁNCER
DEL PECHO

(Carcinoma in axillary lymph nodes as an indicator of breast cancer)

Feuerman L.; Attie J., Rosenberg B.

Surgery Gynecology and Obstetrics 1, 5-8-1962.

La malignidad del carcinoma del seno, así como algunas formas silenciosas en que este tumor se presenta inclinaron a los autores a hacer un estudio para favorecer el diagnóstico y tratamiento temprano de este tipo de neoplasias. Los autores del presente trabajo hicieron un estudio de 23 casos en los cuales el diagnóstico de carcinoma se llevó a cabo por medio de la biopsia de los ganglios axilares, los cuales estaban invadidos por el tumor. Catorce de éstos eran mujeres, diez de ellas fueron sujetas a mastectomía total, no encontrándose ninguna masa tumoral en el seno. En siete de estas pacientes se comprobó la neoplasia maligna de origen mamario. En un grupo de siete varones y cuatro mujeres en los que se encontró nódulos tumorales en los ganglios axilares, fue posible comprobar posteriormente un tumor extra-mamario como primario. En todos estos pacientes se encontraron suficientes signos y síntomas indicadores de metástasis axilares. La experiencia particular de los autores así como los casos reportados por la literatura mundial justifica de manera definitiva la mastectomía radical ipsilateral en pacientes en los que no encontrándose el tumor primario se presenten nódulos ganglionares en la axila. En relación con la sobrevivencia después de cinco años, con una mastectomía total en individuos diagnosticados por los nódulos en los ganglios axilares es mucho mejor que en los casos en que se presenta carcinoma en el seno como primera evidencia. El hecho de no encontrar el fo-

co primario en la pieza quirúrgica no excluye que sea el origen de las metástasis ganglionares. El pronóstico de estos enfermos en estas condiciones se puede considerar bueno. Con estos conceptos en mente el médico debe actuar rápida y efectivamente para lograr una sobrevida mayor en este tipo de enfermos.

INSUFICIENCIA PANCREÁTICA COMO SECUELA DE LA EXTIRPACIÓN DE UN TERATOMA
RETROPERITONEAL

(Pancreatic Insufficiency following removal of retroperitoneal teratoma)

William B., Gallagher.

The American Journal of Surgery 2, 262-265, 1962.

El teratoma es un tumor que se deriva de varias hojas blastodérmicas, de tal manera que se organizan y se forman elementos normalmente estos elementos no se encuentran en el sitio donde aparece el tumor. Genralmente estas neoplasias son benignas, pero no debe confiarse demasiado ya que se han mencionado teratomas malignos. Pueden ocurrir en cualquier parte del organismo como en el ovario, en el mediastino, etc.... su localización retroperitoneal es poco frecuente, además de que siendo la mayoría de las veces un tumor benigno no da síntomas y puede permanecer oculto. Algunas ocasiones se puede reconocer radiológicamente. El objeto de este estudio es señalar la posibilidad de un teramtoma en los primeros meses de la vida, así como su tratamiento quirúrgico y las secuelas postoperatorias del mismo. En el presente trabajo se muestra un coso en el cual se extirpó un teratoma en posición retroperitoneal en una niña de 18 meses de edad. Los resultados quirúrgicos fueron pérdida de la continuidad anatómica pancreática y biliar. Inmediatamente se le practicó una nueva operación consistente en una colecistoduodenostomía para favorecer el tránsito biliar de vesícula a duodeno. Se ligó el páncreas también. Algún tiempo después la niña presentó esteatosis, además no respondió a la prancreatina; siete semanas después fue tratada por medio de una pancreatoyeyunostomía. paciente mejoró considerablemente en los 24 meses subsecuentes, sin embargo, necesitó que se le administre pancreatina con la cual se le tiene controlada su esteatorrea. Esta exposición es interesante pero no definitiva ya que no re resuelve el problema entre el tumor y el padecimiento pancreáticoí sin embargo, da una serie de datos que favorecen investigaciones subsecuentes.

ENCEFALITIS POR HERPES ZOSTER

(Herpes Zoster Encephalitis)

Appelbaum A.; Kreps S. Summeshine A.

The American Journal of Medicine 1; 25-31-1962.

El Herpes Zoster es un padecimiento viral que se caracteriza por su localización cutánea, sin embargo, puede llegar a producir encefalitis. Los autores de este

estudio hace hincapié en esta segunda localización y describen el cuadro clínico. Se hizo una revisión de 14 casos de Herpes Zoster en los que apareció el componente encefalítico de la enfermedad. La patología de este padecimiento se discutirá con las bases expuestas en la literatura mundial. Los cambios patológicos se localizan como diseminación encefalomiélica, con infiltrado linfocitario y desmielinización parcial. Las manifestaciones clínicas se refieren a la excitación meningoencefalítica aguda, la cual trae aparejado signos de irritación meníngea, cambios sensoriales y fiebres. La sintomatología aunque sea tan aparatosa, suele desaparecer entre la primera y la tercera semana después de haberse iniciado el cuadro clínico. Se tomaron muestras de líquido cefalorraquídeo para hacer estudios de laboratorio. Estos demostraron un aumento considerable y constante en todos los enfermos de células, sobre todo de linfocitos. También se observó aumento en la cantidad de Proteína en más de la mitad de los pacientes. No se encontró ninguna alteración significativa en la concentración de glucosa, así como tampoco se logró cultivar nada. Se tomó electroencefalograma a tres sujetos, en dos de ellos el trazo presentaba anormalidades. Durante estas etapas agudas no se reporta ninguna muerte. Se escogieron 9 pacientes con las características antes descritas y se observó: seis sujetos no sufrieron los signos neurológicos correspondientes. Los otros tres sí los presentaron. Además tuvieron la manifestación de erupción variceliforme cuatro pacientes. El tratamiento es sólo sintomático, y la hormonoterapia se debe investigar más a fondo. Este padecimiento aún siendo poco común debe pensarse en él y prevenir las secuelas neurológicas, por medio de tratamiento sintomático, y preventivo.