

## REVISTA DE PRENSA

### ANEURISMA ABDOMINAL AÓRTICO

(Abdominal Aortic Aneurysms).

Schatz I. J.; Fairbain J. F. Juergens L. J.

*Circulation* 2; 200-205, 1962.

Antes de la cirugía reconstructiva aórtica, el aneurisma abdominal aórtico no tenía ninguna esperanza en cuanto a tratamiento y pronóstico se refiere. A pesar de esto un buen grupo puede sobrevivir algunos años. En el presente trabajo se presenta unos casos referentes a este problema. Entre los años de 1950 y 1959 en la Clínica Mayo se hizo el diagnóstico de aneurisma aórtico de localización abdominal a una serie de 141 pacientes. Estos enfermos no fueron operados y se pudieron seguir y obtener información de ellos en un 97.1%, es decir 137 sujetos. De los que fueron seguidos durante un año o más 87.6% lograron una sobrevida de un año. El 52.5% sobrevivió 3 años y sólo el 36.4% llegó a los 5 años a partir del día en que se hizo el diagnóstico. Esto sugiere que el pronóstico de este grupo de pacientes es mejor que los casos descritos con anterioridad en la literatura. El pronóstico que tienen los enfermos con aneurisma aórtico abdominal en presencia de otra cardiopatía se hace mucho menos favorable que el sujeto sin ningún otro padecimiento cardiovascular. En dichos enfermos el 75% llega al año. El 33.3% alcanza los 3 años y tan sólo el 20% sobrevive a los 5 años. Nótese la gran diferencia en cuanto a porcentajes de sobrevida: de 97.1 a 75% al año. 52.5 en contra de 33.3% a los 3 años y a los 5 años de 36.4% a 20%. Los pacientes con aneurisma aórtico abdominal asociado a otro tipo de cardiopatía se mueren preferentemente de la complicación cardiovascular y menos por la ruptura del aneurisma. En cambio aquellos sin dicha complicación se mueren más de ruptura aneurismática que de otra enfermedad diferente. Debe tenerse extremo cuidado en aquellos pacientes en los cuales la otra cardiopatía oculte el aneurisma, así como valorar los signos y síntomas del mismo.

### HIPERTENSIÓN PORTA EN LA INFANCIA

(Portal hypertension in childhood)

Trusler G. A. Morris F. R.; Mustard W. T.

*Surgery* 4, 664-670, 1962.

La hipertensión porta en los niños es una entidad rara, sin embargo, en cirugía pediátrica representa un serio problema como a continuación veremos. En el

Hospital para Niños enfermos de Toronto, se llevaron a cabo 32 operaciones en niños con hipertensión Porta desde 1940. En once casos la causa fue una obstrucción de la vena porta en su porción intrahepática. Dada la gravedad de la lesión hepática primaria el pronóstico para estos niños es muy malo. Se tuvieron 7 muertes, uno llegó a tener una buena curación pero con sangrados repetidos y sólo tres niños quedaron libres de sintomatología. En niños de más de 5 años el tratamiento de elección es la anastomosis portacava. Los resultados fueron más alentadores en una serie de 21 niños con obstrucción extrahepática. De éstos curaron con remisión de sus síntomas. Otros 2 sobrevivieron pero sangran con frecuencia de sus várices. En este grupo la espleno-reno anastomosis es el procedimiento de elección y es la mejor oportunidad para un buen control de la enfermedad. Este tratamiento es poco efectivo antes de los diez años de edad. La ligadura transtorácica y la inyección endoscópica de las várices esofágicas pueden tener cierto valor en el control temporal del sangrado esofágico ya que el tratamiento no es temprano como ya se indicó con anterioridad, es mejor esperarse a que el niño tenga diez años con el fin de que la intervención quirúrgica tenga mejor resultado. El pronóstico como puede verse está en función del tipo de obstrucción si es extra o intrahepática y el tratamiento adecuado y oportuno.

#### HIPERCALCEMIA AGUDA FATAL

(Acute Fatal Hypercalcemia)

George Kleinfeld

J.A.M.A. 3, 1137-1138, 1962.

Entre las muchas causas de hipercalcemia las metástasis a huesos ocupan un lugar muy importante tanto por su frecuencia como por su pronóstico. En este trabajo el autor trata este problema. Se estudia una paciente la cual presentó amplias metástasis osteolíticas diseminadas en todo el organismo prácticamente. Fue tratado con estrógenos y seguida en la primera semana. La presencia de constipación, debilidad, desorientación mental y letargia se consideran signos claves en el desarrollo de la hipercalcemia. En algunas ocasiones, aunque no es lo habitual un rápido desenlace de letargia, coma, hipercalcemia e incluso insuficiencia renal sobrevienen como signos de la metástasis. Al primer síntoma sospechoso de estas complicaciones debe buscarse el nivel de calcio sérico y en caso de que se encuentre elevado proceder a la aplicación de dietilestilbestrol que frena dicha elevación. El autor del presente estudio hace destacar el hecho de que la hidratación forzada no logra suspender ni aminorar la hipercalcemia. Recientemente se ha visto que la prednisona puede tener cierto valor, esto se pudo demostrar en casos no fatales de hipercalcemia. En una enferma con una hipercalcemia espontánea debido a carcinomatosis osteolítica mamaria con una calcemia de 18 mg%. se le logró disminuir a 14 mg%. por medio de la diálisis peritoneal. Sin embargo, dicho efecto sólo fue transitorio ya que posteriormente el calcio sérico se elevó. Es posible concluir con las bases del estudio clínico antes mencionado que la hipercalcemia aguda sólo es posible controlarla con hormonoterapia.

## NÓDULOS TIROIDEOS Y CÁNCER

(Thyroid nodules and thyroid malignancy)

Bowens M. O.; Vander J. B.  
*Annals of Internal Medicine* 2; 245-253, 1962.

El propósito de este trabajo es hacer destacar el riesgo, o ausencia de él, en casos seleccionados de tumores del tiroides clínicamente benignos a los cuales se les intenta aplicar la cirugía con el objeto de evitar una malignización posterior. Se presenta una revisión hecha en el Pondville Hospital de una serie de pacientes con padecimiento tiroideo. El período fue de 30 años, de 1928 a 1958. Esta Institución se encarga del diagnóstico y tratamiento del cáncer tiroideo. Ellos extirparon todas las masas del tiroides para establecer un diagnóstico histológico. Con los datos acumulados se ha podido comprobar que hay un riesgo muy grande al no extirpar por medio de la cirugía los nódulos tiroideos ya que de no ser así se corre el peligro de la aparición de malignidad tiroidea. Durante el período de este estudio no se usó el tiroides desecado como supresor de la acción tiroidea. Un total de 179 enfermos con nódulos tiroideos sin diagnóstico histológico fueron sujetos a biopsia o a tiroidectomía. En 41 de ellos (22.9%) se diagnosticaron como histológicamente malignos. De los 58 pacientes asintomáticos y diagnosticados clínicamente como benignos (3.4%) presentaron malignidad en el tiroides. Ambos fueron adenocarcinomas papilares. Con esto se puede concluir que es un gran riesgo no operar nódulos asintomáticos, clínicamente benignos. La extirpación quirúrgica del tiroides en estas condiciones es justificada en todos los casos.

## COLANGIOGRAFÍA TRANSEPÁTICA PERCUTÁNEA

(Percutaneous transhepatic Cholangiography)

Glenn F.; Evans, J. A.

Mujahed Z., Thorbjarnarson B.

*Annals of Surgery* 3; 451-462, 1962.

El diagnóstico diferencial de obstrucción extra o intrahepática o daño parenquimatoso se lleva a cabo con técnicas de gabinete. A continuación se describe una de ellas. El paciente con alteración hepática es frecuente un problema diagnóstico. Una pequeña parte de ellos se diagnostica sólo en el acto quirúrgico. Un grupo de 46 enfermos fueron seleccionados para que se les practique un colangiograma transhepático percutáneo. En estos sujetos se usaron todos los métodos clínicos y de laboratorio para hacerles un correcto diagnóstico. El colangiograma percutáneo preoperatorio mostró más efectividad que el colangiograma obtenido en el transoperatorio. Se presentaron unos ejemplos para demostrar el valor que tiene la

colangiografía percutánea preoperatoria. En la localización y número de los cálculos colangiografía percutánea preoperatoria en la localización y número de los cálculos extrahepáticos. Diagnóstico, localización y extensión del carcinoma de los conductos biliares, ámpula de Vater y páncreas. También es útil para valorar el sistema canalicular después de una operación incluyendo el sitio de la estenosis u oclusión. En el estudio de la hepatitis, este método tiene dos complicaciones: hemorragia y escape de bilis por perforación de vasos sanguíneos y canales biliares respectivamente. Este método no substituye a otros sino los complementa. Además tiene su importancia y valor propio en un tipo de pacientes seleccionados.

ADENOMA DE CÉLULAS DE SERTOLLI EN PACIENTES CON FEMINIZACIÓN TESTICULAR  
(Sertolli Cell adenomas in patients with testicular feminization)

Neubecker B. R.; Thiese A. F.

*American Journal of Clinical Pathology* 38, 52-59; 1962.

El adenoma de células de Sertolli es un tumor frecuente, ocupa el 60. lugar de los tumores del testículo, no se sabe si estas células o los tubos seminíferos sean productores de una hormona, la cual al aumentar las células por la neoplasia aumentaría también haciéndose ostensibles sus efectos. Sin embargo, no se ha demostrado su presencia en el organismo como podrá verse a continuación. Se presenta un grupo de 7 enfermos en los cuales se ha hecho un estudio clínico y patológico, de un tumor de células de Sertolli, que es característico en aquellos pacientes en los que los testículos no descendieron. Tienen el síndrome de feminización testicular. Estos tumores están formados de tubos en todo semejante a los tubos de los testículos infantiles, sin embargo, no contienen en su interior células germinales. Estas neoplasias deben ser separadas del arrenoblastoma del ovario, el cual está bien diferenciado, ambos se asemejan histológicamente. El adenoma de células de Sertolli no se puede demostrar clínicamente ningún efecto endócrino. Es pues este tumor una hiperplasia de los tubos testiculares que en el curso de muchos años va aumentando hasta formar en algunos casos un tumor más grande. Son generalmente benignos y tienden a aumentar con la edad. El diagnóstico debe sospecharse cuando se palpe una masa dura, lisa, incolora, además deberá hacerse el diagnóstico diferencial con orquitis, epididimitis. La excreción urinaria de los productos del metabolismo hormonal deberán tomarse en cuenta ya que como se dijo con anterioridad estos tumores no dan manifestaciones endócrinas.

ALGUNOS PROBLEMAS DEL CÁNCER DEL PULMÓN

(Some Problems of Lung cancer)

R. D. Passey.

*Lancet* 7242; 102-11, 1962.

En la etiología del cáncer pulmonar se han invocado numerosos factores, algunos de los cuales será enfatizado en el siguiente trabajo.

El cáncer del pulmón no debe considerarse como el resultado de los agentes carcinogénicos sino como una forma natural de cáncer. Es decir, se origina de una serie de cambios ambientales y morfológicos del aparato respiratorio. Las enfermedades del tracto respiratorio y especialmente la bronquitis crónica determinan en gran parte las diferencias de incidencia en los diversos países. El clima también tiene su influencia en dicha enfermedad por medio de cambios atmosféricos, los cuales tienen una gran influencia en la aparición y evolución de todas las enfermedades crónicas del aparato respiratorio, siendo de esta manera un factor indirecto en el cáncer del aparato respiratorio. No es posible descartar el importantísimo papel del tabaco en relación con el cáncer pulmonar. Fumar en un lugar como Inglaterra es aún más peligroso.

La gran cantidad de secreciones mucoides tienen una acción determinante, así como también son en un momento dado un factor decisivo en muchos cánceres de pulmón. El moco estacionario que no es desalojado y que además se encuentra en contacto directo con el epitelio durante largos períodos ejerce una acción obstructiva que interfiere con el intercambio gaseoso normal. También obstruye el paso del líquido celular en el sitio obstruido. Ya desde 1941 se llevaron a cabo una serie de experimentos en los cuales la implantación subcutánea de plástico y de película favorecía el desarrollo del sarcoma en el sitio de la aplicación de la substancia en cuestión.

VALORACIÓN CLÍNICA DE UNA NUEVA SULFONILUREA HIPOGLICEMIANTE  
TOLAZAMIDA

(Clinical Evaluation of a new hypoglycemic sulfonylurea, tolazamide)

Abelove W. A., Echenique R.; Hills. G.

*Diabetes* 3; 216-221; 1962.

El tratamiento de los diabéticos se lleva a cabo en un 50% exclusivamente con dieta, el otro 50% una tercera parte con insulina y dieta, las restantes con drogas hipoglucemiantes, de aquí la gran importancia del presente trabajo. Se tomó un lote de 63 pacientes con diabetes mellitus, la edad oscilaba entre los 29 y los 82 años. Fueron tratados con la dieta adecuada y una nueva droga hipoglucemiante. La tolazamida que es una sulfonilurea, fue administrada como dosis única 1,000 mg. por día durante un período de 9 meses. En el 65% de los enfermos se pudo controlar muy bien la diabetes. En un 19% el control fue regular. La mayoría de los pacientes empezaron su padecimiento después de los 40 años, y en ese momento tan solo necesitaron menos de 40 unidades de insulina por día. La tolazamida es una droga efectiva en el control de la diabetes, además tiene la misma acción y aplicación que la tolbutamida, sin embargo, parece ser que tiene mayor acción que ésta ya que es de 5 a 10 veces más potente por kilo de peso. Carece de toxicidad en dosis de 0.5 a 7 Gr. por día. Diez pacientes del lote escogido reci-

bieron un compuesto de cloro la azepinamida, que es un análogo a la tolazamida. La administración se llevó a cabo durante un período superior a dos meses. La azepinamida fue estudiada e investigada ampliamente, siendo su potencia aproximadamente (1.4 veces) en relación con la tolazamida, es 14 veces más potente que la tolbutamida. El aumento de su potencia está relacionada con la duración de sus efectos en el tiempo, es decir, aumenta su vida media en el organismo de 4.7 a 14 horas. Esto se debe a la introducción del cloro en el compuesto. Siendo estos estudios aún prematuros es posible ver cómo carece de toxicidad significativa ya que no hay evidencia de dermatitis, así como tampoco hay testimonio de que aumenten el requerimiento renal, de la médula ósea o del hígado. El estudio de esta nueva droga tiene importancia ya que va a venir a aumentar el arsenal médico en el tratamiento de la diabetes.

Con los experimentos descritos anteriormente así como las observaciones de la clínica se puede pensar que el moco por medio de una acción obstructiva pueda dar origen al desarrollo de un cáncer. Esta sugestión dista de ser comprobada pero sin embargo debe ser estudiada y discutida.

#### VOLUMEN SANGUÍNEO EN EL EMBARAZO

(Blood volume in pregnancy)

John L. Duhring.

*The American Journal of Medical Sciences* 6; 808-815; 1962.

Durante el embarazo se retiene una buena cantidad de líquidos y sal, una parte de ella se ha demostrado que se debe al aumento de hormonas circulantes tal y como sucede unos días antes de la menstruación, cuando la cantidad de estírogénos se ha elevado. Sin embargo, quedan muchos puntos por resolver en este problema, con el objeto de señalar algunos de ellos el autor de este trabajo presenta sus observaciones. Como resultado de numerosos y cuidadosos estudios una buena cantidad de datos fueron colectadas acerca del volumen sanguíneo en el embarazo. Es difícil agrupar o comparar todos los datos obtenidos debido a que los métodos utilizados son insuficientes. Sin embargo, es posible ver como a medida que la gestación progresa va aumentando lentamente el volumen sanguíneo. Esto es a partir del segundo y tercer trimestre. Como responsable de este incremento está el mayor volumen plasmático circulante. Cerca del término del embarazo hay una serie de datos que sugieren que el volumen plasmático disminuye como preparación al trabajo de parto. Es indudable que durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, hay un aumento de los requerimientos homeostáticos, así como todos los componentes de plasma y volumen sanguíneo de la madre experimentan en un momento dado y bruscamente cambios en respuesta al stress que provoca el mecanismo del parto. Es necesario esperar al desarrollo de técnicas más precisas que las actuales para estudiar el aumento de volumen sanguíneo. Conociendo las causas de dicho incremento se pueden prevenir los trastornos graves que se presen-

tan en el embarazo concretamente durante el último tercio, ayudar a un buen mantenimiento de la homeostasis durante el trabajo del parto tomando como medidas el tener constante el volumen sanguíneo es una buena profilaxis a los padecimientos de este período.

PATOLOGÍA HEPÁTICA EN PARIENTES DE ENFERMOS CON HEMOCROMATOSIS

(Hepatic Pathology in relatives of patients with haemochromatosis)

Scheuer J. P.; Williams R. Muir A. R.

*The Journal of Pathology and Bacteriology* 1; 53-64, 1962.

La hemocromatosis es una alteración en el metabolismo del hierro que se caracteriza por el depósito exagerado del metal en el organismo. Su estudio es el objeto del presente trabajo. Se llevó a cabo una serie de biopsias hepáticas de las cuales, fueron tres en pacientes con cirrosis portal y siderosis, y 46 en enfermos con hemocromatosis. Se hicieron estudios del hierro hepático por medio del microscopio de luz y del microscopio electrónico, así como el contenido de ferritina de los hepatocitos. Se encontró un exceso de hierro hepático en los enfermos hemocromatosis en un total de 34 con un porcentaje de 74%. Esto no fue así en los sujetos con cirrosis portal. La degeneración grasa se encontró en 24 biopsias y la fibrosis, cirrosis y regeneración en sólo 7, también se pudo observar que la lipofuscina está muy aumentada en la célula hepática en 22 de las 49 biopsias, además se comprobó histoquímicamente, con el microscopio electrónico se pudo observar que hay una estrecha asociación entre la lipofuscina y la ferritina, y sugiere que la lipofuscina forma la base de los gránulos de hemosiderina. Se puede pensar que la hemosiderosis no es necesariamente un estadio precoz de la hemocromatosis. Un grupo de 205 biopsias tomadas como rutina fueron utilizadas para estudiar el hierro. Se encontraron 161 casos de daño hepático y 39 más de enfermedad extra-hepática. El grado de incidencia encontrada de la siderosis en los dos grupos fue de 29% y 36% respectivamente. En una serie de 29 autopsias en casos de muerte por accidente o suicidio se vio que el aumento de fierro hepático es en una proporción de 28% (8 casos). Como puede verse con las nuevas técnicas de laboratorio es posible llegar a conocer algunos problemas del metabolismo como el que nos ocupa.