

REVISTA DE PRENSA

M. L. Martínez Guerra

PATOGENIA DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA
(Pathogenesis of bacterial endocarditis).

Angrist AA; Oka M.

Jama 7, 249-252, 1963.

Hay grandes problemas acerca del mecanismo de la endocarditis bacteriana. Las bacterias llegan a la válvula por los capilares intersticiales o se depositan directamente sobre la superficie valvular. Los autores del presente trabajo tratan de dilucidar una parte de éstos problemas. Se basan en observaciones de válvulas humanas y en datos experimentales. Comunmente es el estreptococo Alfa hemolítico el productor de las bacteremias pasivas como consecuencia de una extracción dental, etc. En casos de una septicemia muy marcada o una bacteremia aguda se trata de gérmenes más virulentos. La endocarditis bacteriana por lo general es la contaminación séptica de vegetaciones trombóticas de origen no bacteriano. Tampoco es una consecuencia de la localización bacteriana en el endotelio a través del flujo sanguíneo de los vasos o del tejido intersticial por medio de la vascularización de la valva. La lesión básica en toda endocarditis es la intersticial, edema, procesos exudativos y/o proliferativos de la válvula. Las dos alteraciones pueden estar presentes, es decir, la valvular y la intersticial. También se acompañan en algunas ocasiones de depósitos de fibrina y/o de vegetaciones fibrinoides. Estos últimos son el sitio ideal para localizar al germen por el paso de sangre por éste lugar, ya sea durante la fase activa o pasiva de la bacteremia, es decir, en los períodos de endocarditis bacteriana aguda y subaguda respectivamente. Estos períodos se correlacionan perfectamente con los hallazgos de la clínica y corresponde a cuadros patológicos bien definidos. El curso del padecimiento también corresponde a estos episodios bacteriémicos ya sea con una sintomatología muy aparatosa o con muy pocos síntomas y signos.

SÍNDROME DE CUSHING Y SECRECIÓN DE CORTICOTROPINA POR UN CARCINOMA
DEL PULMÓN

(Cushing's Syndrome and Corticotropin-Secreting Carcinoma of the lung)

Marks J. L.; Rosenbaum D. L.; Russfield A. B.

Annals of Internal Medicine 1; 143-149, 1963.

En la literatura mundial se han descrito un buen número de casos en los que tumores del pulmón dan metástasis a las glándulas suprarrenales, pero el caso que se presenta a continuación ha despertado el interés de los autores por su poca frecuencia. Se hace una revisión de un carcinoma pulmonar de células escasas asociado a un síndrome de Cushing muy severo, cuya evolución fue muy rápida. El paciente tuvo una excreción aumentada de cortisol y de 17-hidroxicorticosteroides urinarios. En tanto que la excreción de esteroides comparativamente a las normales no se encontró elevada. Después de la administración de hormona adrenocorticotrófica (HACT) se observaron los siguientes datos: No hubo aumento en la excreción urinaria de esteroides. Se encontró una pequeña disminución de la excreción de 17-hidroxicorticosteroides cuando se trató al paciente con dexametasona en dosis de 9 miligramos por día. En la autopsia se encontró la presencia de glándulas suprarrenales hiperplásicas, sin embargo, tanto dichas glándulas como la hipófisis no mostraban ningún indicio de invasión neoplásica. Por medio del examen del tumor principal y de la hipófisis se observó gran actividad corticotrófica del tumor, pero no así de la hipófisis. Los autores concluyen por medio de los datos obtenidos que el aumento de la excreción esteroidea se debe a su producción por las células escamosas del tumor pulmonar. Este aumento de esteroides son la causa del síndrome de Cushing.

LOBECTOMÍA DERECHA DEL HÍGADO EN UN NIÑO
(Right Hepatic Lobectomy in Infancy)

Haller A. J. Stowens D.

Surgery 3; 368-371, 1963.

Se presenta un caso de una lobectomía por un tumor localizado en el lóbulo derecho del hígado. El paciente tenía dos meses y medio de vida. Se admite al hospital por una tumoración en el cuadrante superior derecho. El niño estaba asintomático. Fue sometido a una extirpación del lóbulo derecho del hígado. El espécimen fue de 14 por 11 por 11 centímetros y pesó 561 gramos, ocupaba todo el lóbulo derecho del hígado. Durante el acto operatorio se observó que el tumor no invadió el lóbulo izquierdo, así como tampoco había ganglios sospechosos de invasión neoplásica. También se revisaron todos los órganos de la cavidad abdominal con el objeto de buscar metástasis. El tumor estaba parcialmente encapsulado, y macroscópicamente mostraba zonas de tejido hepático y bandas de tejido fibroso. Al microscopio se observó columnas de tejido hepático, pero la disposición de las celdillas era desorganizada, gran

cantidad de tejido fibroso las rodeaba. También había conductillos biliares, pero su arquitectura era anormal ya que no guardaba ninguna relación con la célula hepática. Se encontraron escasas mitosis, todas ellas con características normales. Como puede verse se trata de un tumor con características de benignidad, ya que no hay datos de metástasis, invasión a órganos vecinos ni ganglios afectados. El tumor se clasifica como hepatomía embriológico y se considera que tuvo origen en la vida intrauterina. El niño mostró durante toda su evolución asintomática y sin evidencia de metástasis o recurrencia.

REACCIONES FALSAS POSITIVAS EN SÍFILIS
(Biologic false-positive reactions for syphilis)

Nicholas J. Piumara

The new England Journal of Medicine 8; 402-405, 1963.

La división de enfermedades venéreas de Massachusetts, hizo un estudio de 1,000 pacientes con reacciones positivas persistentes, pero sin historia de sífilis, así como tampoco datos físicos o epidemiológicos. Este grupo se considera diagnóstico problema. De los 1,000 pacientes, el 80% o sean 800 se encontraron que estuvieron infectados, y el 20% o sean 200 presentaron falsos positivos biológicos. Estos últimos fueron estudiados por medio de grandes diluciones y se encontró que tan sólo uno fue positivo dando títulos de 1;16, todos los demás presentaron títulos positivos bajos. Los resultados de este estudio indican que los exámenes por medio de anticuerpos inespecíficos o reagina son de alto valor, ya que demuestra en el 80% de los casos que la paciente ha padecido o padece sífilis. Actualmente el diagnóstico de falsa positivo biológico no se hace en Massachusetts, en la reacción de Reiter, fijación del complemento y si son negativos los exámenes, la inmovilización del *T. Pallidum* se busca para dar certeza al diagnóstico. Si ambos exámenes son negativos y los títulos siguen siendo positivos, entonces se considera falsa positiva biológico.

Es importante tener en cuenta estas falsas positivas ya que hay otros padecimientos que alteran estas pruebas como lo hacen las enfermedades de la colágena, el paludismo, etc., para investigarse por todos los medios.

EL CORAZÓN EN LA ARTRITIS REUMATOIDE
(The Heart in Rheumatoid Arthritis)

Walloce B. Lebrowitz.

Annals of Internal Medicine 1; 102-123; 1963.

Con el fin de hacer una correlación anatómica-clínica entre la artritis reumatoide y las lesiones que produce en el corazón, se hizo un estudio clínico y patológico en 62 autopsias con el objeto de valorar el grado de daño cardíaco en la artritis reuma-

toide. Todos los pacientes presentaron sintomatología periférica. Un grupo de 124 casos de necropsias por cualquier otra causa sirvieron de control. El 66% o sean 41 casos de artritis reumatoides presentaron clínicamente lesión cardíaca, en todos estos hubo comprobación necrósica, en 10 enfermos aún sin evidencia clínica en la autopsia aparecieron lesiones miocárdicas. El índice de lesiones en el corazón fue de 82% en contraste con el de la población general que fue de 66%. La hipertensión arterial y la cardiopatía hipertensiva fue menor en los pacientes reumáticos que en los controles. La aterosclerosis coronaria, la cardiopatía aterosclerosa y el infarto del miocardio fueron similares en ambos grupos, así como tampoco hay diferencias acerca de estenosis aórticas calcificadas no reumáticas. El 55% de los enfermos con artritis reumatoide cuyas lesiones cardíacas fueron demostradas no se pudieron correlacionar con enfermedades anteriores o actuales. Las lesiones encontradas se refieren a lesiones granulomatosas reumáticas (2 casos) pericarditis ya sea en actividad o fuera de ella (18 casos); miocarditis focal o difusa (12 casos); artritis en actividad o fuera de ella (13 casos); endocarditis crónica (4 casos) y por último fibrosis valvular en (15 casos). Las alteraciones anatómicas son más frecuentes en este grupo que en el control (5%). Las manifestaciones clínicas fueron menos frecuentes que los hallazgos anatómicos es decir, que hay un buen número de enfermos con artritis reumatoide con cardiopatía, los cuales merecen un control muy estrecho con el fin de evitar la muerte.