

**TESIS
RECEPCIONALES**

A PARTIR de este número, la Revista de la Facultad de Medicina publicará periódicamente, los resúmenes de algunas de las Tesis Recepcionales que a su juicio, como el del Departamento de Exámenes Profesionales merezcan su difusión. Una tesis recepcional es algo más que un trámite académico obligatorio que el estudiante de medicina debe realizar para completar su curriculum. Puede ser un valioso medio que, con originalidad, presente ideas de actualización e integración de conocimientos o bien estudie problemas de investigación clínica o básica que sean de utilidad universal. Con esta idea en mente y, secundariamente, como un estímulo en la difusión de estos trabajos que suelen quedar ignorados, la Revista de la Facultad publicará el resumen de algunas de estas contribuciones. Asimismo debe señalarse que el Organó Oficial de la Facultad de Medicina se reserva el derecho de publicación íntegra de dichas tesis. Cualquier otra publicación médica deberá contar con la autorización oficial de la Dirección de la Facultad de Medicina para reproducirlas.

ESTUDIO RADIOLOGICO DEL CORAZON. METODO DE ENSEÑANZA

JORGE GUTIÉRREZ ARRIOLA

SE PRESENTA en esta tesis el método de enseñanza de la radiología del corazón y de los grandes vasos. Se han utilizado las ideas originales del Dr. Jorge Ceballos Labat, para enseñar esta materia a los grupos pilotos de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Como se ha visto por la lectura de este trabajo se hace énfasis en las técnicas que se utilizan sin profundizar en los métodos especiales para no sobrecargar al alumno.

Se describió la anatomía radiológica normal de la silueta cardiovascular; el crecimiento de las diversas cavidades cardíacas y de los grandes vasos; los cambios pulmonares causados por las cardiopatías.

Por medio de diagramas explicativos, se anotan las variaciones de la silueta cardiovascular en las cardiopatías más frecuentes, poniéndose ejemplos radiográficos comprobados de las mismas.

Por último se presenta una parte de bibliografía para que el estudiante que lo desee pueda ampliar sus conocimientos.

Naturalmente que a este método además de la experiencia del autor del mismo, se agregaron los estudios que sobre este tema han aportado otros autores a los que les da el crédito correspondiente en la bibliografía que se cita en la última parte de esta tesis.

TUMOR DE GRAWITZ (Hipernefroma)

VÍCTOR MANUEL MEDINA VALDEZ

CON EL NOMBRE incorrecto de "hipernefroma" es conocido comúnmente el cáncer renal, cuyo nombre más exacto es el de adenocarcinoma de las células claras del riñón.

Se define como un tumor maligno, de tipo epitelial, derivado de adenomas benignos del riñón.

Su etiología es desconocida.

Se presenta generalmente después de la cuarta década de la vida en adelante.

Existe un ligero predominio sobre el sexo masculino.

Produce metástasis a distancia por las vías hematógica y linfática.

En muchas ocasiones el adenocarcinoma de las células claras del riñón, es asintomático y su descubrimiento es un hallazgo de autopsia.

En no pocas ocasiones la primera manifestación clínica la presenta la metástasis.

La tríada clásica para su diagnóstico consta de los siguientes síntomas: hematuria, dolor renal tipo cólico y palpación abdominal del tumor, esto sucede en los casos muy avanzados.

Por los motivos anteriores, debemos efectuar urografías excretoras, ante cualquier sintomatología que nos haga sospechar la presencia de un tumor maligno, ya sea renal o de cualquier otra localización, con el fin de hacer un diagnóstico lo más precoz posible.

Una vez diagnosticada la presencia de un tumor, deberemos extenuar todos los medios clínicos, radiológicos y de laboratorio para conocer su malignidad o benignidad.

Investigar metástasis en otras partes del organismo humano.

Si encontráramos metástasis única o múltiples, pero pequeñas y asintomáticas, ésto no representará obstáculo alguno para intervenir quirúrgicamente al paciente.

Si el riñón opuesto se encuentra sano, también favorece la nefrectomía.

Administrar citostáticos pre y post-operatoriamente.

Radioterapia post-ablación quirúrgica del riñón.

Control radiológico profiláctico de otras manifestaciones tumorales, post-nefrectomía.

Control clínico del paciente nefrectomizado.

El pronóstico será benigno:

- a) Cuando se haga un diagnóstico precoz del adenocarcinoma renal.
- b) Cuando el adenocarcinoma renal sea pequeño o mediano.
- c) Cuando haya ausencia de metástasis.
- d) Cuando haya presencia de metástasis única o múltiples pero asintomáticas.
- e) Cuando el riñón opuesto se encuentre sano.
- f) Cuando las condiciones generales del paciente sean buenas.
- g) Cuando haya remisión de la fiebre o febrícula después de la nefrectomía.

El pronóstico será maligno:

- a) Cuando se haga un diagnóstico tardío del adenocarcinoma renal.
- b) Cuando el adenocarcinoma renal sea gigante y haya invadido cápsula renal, grasa perirrenal, arterias o venas renales.
- c) Ante la presencia de metástasis única o múltiples con manifestaciones clínicas aparentes o visibles.
- d) Cuando el riñón opuesto se encuentre dañado ya sea en su función o metastatizado.
- e) Cuando las condiciones generales del paciente sean paupérrimas.
- f) Cuando haya persistencia de la fiebre o febrícula o elevación de la misma, después de la nefrectomía.

EL ABSCESO CEREBRAL EN EL NIÑO

MANUEL MASTACHE MARTÍNEZ

EN LA PARTE inicial de este trabajo se hace una revisión bibliográfica sobre el tema. Se analiza la etiología, la anatomía patológica, se enumeran los gérmenes causales más frecuentes, se describen los signos y síntomas habituales, producto de la infección, de la reacción encefálica, la hipertensión intracraneana y de la localización del absceso.

Se presentan los procedimientos diagnósticos usuales, tanto clínicos como de laboratorio y gabinete.

Se muestra la importancia que tiene para el diagnóstico la elaboración de una buena historia clínica haciendo un interrogatorio y una exploración física, minuciosos e intencionados, complementándose con otros importantes exámenes como son: examen mental, examen oftalmológico, otorrinolaringológico, pruebas vestibulares, examen cardiológico y estudio médico social.

En los exámenes de laboratorio se analizan las modificaciones de la biometría hemática en los distintos períodos evolutivos del absceso. Se describen las modificaciones encontradas en el estudio citoquímico del líquido cefalorraquídeo y la importancia de su estudio bacterioscópico y cultivo inmediato. Se muestra la utilidad de los estudios bacterioscópicos, cultivos y antibiogramas en el descubrimiento del germen causal y su sensibilidad a los antibióticos; así como de exámenes complementarios cuando coexisten enfermedades sistémicas.

Se analiza el valor, para la localización del absceso, que tienen ciertos estudios de gabinete como son los estudios radiológicos con o sin medio de contraste, el electroencefalograma, ecoencefalograma y gammagrafía cerebral.

Se señala la importancia de los procedimientos radiológicos de contraste, enfatizando las indicaciones de la angiografía cerebral, ventriculografía neumoencefalograma, yodoventriculografía e introducción de sustancias radio-opacas a la cavidad del absceso, sus ventajas y desventajas.

Se pasa revista a los procedimientos terapéuticos médicos y elementos farmacológicos usados en la terapéutica médica cuando la enfermedad se encuentra en las fases de infección, encefalitis e hipertensión intracraneana, y se hace una enumeración de las principales técnicas quirúrgicas empleadas, una vez que se ha localizado el absceso, para su extirpación.

Se indica el porcentaje de mortalidad que había sido aceptado, después del tratamiento señalando también las secuelas tanto graves como ligeras, y los casos de curación completa sin secuelas. Se señala también cuales de las secuelas son posibles de erradicar.

En la segunda parte de este trabajo, se revisaron 9,660 expedientes clínicos del Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional, del Instituto Mexicano del Seguro Social correspondientes al total de ingresos, de marzo de 1963 al 31 de diciembre de 1964, encontrando que solamente 9 correspondían a abscesos cerebrales, lo cual da una incidencia de 0.093%.

La edad de los pacientes fue de 7 meses a 13 años; 6 eran del sexo masculino y 3 del femenino.

Los síntomas que presentaron a su ingreso fueron: fiebre, vómito, convulsiones, hemiparesia, cefalea, midriasis, sopor, signos meníngeos, ptosis palpebral y afasia.

En todos ellos se encontró un foco séptico primario en otro sitio del organismo, en siete casos en estructuras cercanas al cerebro y en dos casos procesos intatorácicos.

El estudio citoquímico del líquido cefalorraquídeo en la mayoría mostró pleocitosis con predominio de polimorfonucleares, proteínas altas y glucosa baja.

Se practicaron radiografías simples de cráneo que mostraron signos de hipertensión intracraneana y en dos casos fracturas con hundimiento.

Se practicaron también angiografías carótideas, ventriculografías, nuemoencefalografías, una yodoventriculografía y en un caso introducción de material radioopaco a la cavidad del absceso, los cuales visualizaron el absceso mostrando su localización.

En cuatro casos se practicó electroencefalograma, que auxilió a la localización del absceso.

Los gérmenes aislados fueron: *Proteus mirabilis*, *Proteus morgani*, *Proteus rettgerii*, *Streptococcus B hemolítico*, *Stafilococcus aureus*, *Diplococcus pneumoniae* y *Micrococcus anaerobio*.

Se instaló terapéutica médica con Cloranfenicol, Penicilina, Sulfadiazina, hasta tener el resultado de los cultivos y antibiograma, después se aplicó el antibiótico específico.

En siete casos se extirpó quirúrgicamente el absceso, en un caso se hizo punción ventricular ya que el absceso comunicaba con los ventrículos, en el otro caso se practicó punción evacuadora, pues la cánula ventricular cayó en la cavidad del absceso al practicar el ventriculograma.

De los 9 casos tratados, 3 fallecieron; de los 6 vivos, 2 presentan secuelas graves, 2 secuelas ligeras y los otros 2 sin secuelas.

ELECTROENCEFALOGRAFIA CLINICA EN LOS TUMORES CEREBRALES

LEONEL GUIDO MOLINA

EL PRESENTE estudio se basa en el análisis de una serie de 98 sujetos adultos con tumor endocraneano verificado. La casuística comprende tumores supratentoriales e infratentoriales. Se trató de hacer una correlación diagnóstica entre el EEG y los datos clínicos, anatomotopográficos e histopatológicos de las neoplasias encontradas, para lo cual se hizo una comparación tabulada de los datos encontrados, se revisó la literatura referente al tema y se presentaron varios ejemplos clínicos para ilustrar cada uno de los grupos más importantes de tumores. De la revisión cuidadosa de este trabajo se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1) El electroencefalograma en los tumores hemisféricos frecuentemente da signos de focalización (54 por ciento) y (o) lateralización (77 por ciento).

2) La actividad lenta polimorfa (a veces de bajo voltaje) continúa siendo el signo focal de más valor en el diagnóstico topográfico de los tumores hemisféricos pero su presencia no excluye un tumor basal o infratentorial, sobre todo si éstos causan compresión del tercer ventrículo, tronco cerebral o hipertensión importantes, dentro de la cavidad craneal.

3) La presencia de actividad lenta paroxística es indicio de crisis epilépticas subclínicas y en general se presentan en aquellos pacientes que han presentado epilepsia clínica secundaria al tumor. Las crisis subclínicas suelen ser de tipo bilateral sincrónico y con frecuencia lateralizan. Sin embargo, su presencia en el EEG de un paciente con un síndrome tumoral debe orientar hacia un proceso hemisférico.

4) La normalidad electroencefalográfica en los tumores hemisféricos es poco frecuente y cuando existe es debida a su localización (v. g., ala menor del esfenoideas) o pequeño volumen. Los procesos ocupativos incipientes y los meningiomas comprenden los tumores hemisféricos que con mayor frecuencia dan EEG normales. Los glioblastomas hemisféricos excepcionalmente se acompañan de registros EEG normales.

5) Generalmente los tumores pituitarios e infratentoriales presentan signos electroencefalográficos normales o difusos sin focalización o lateralización. El EEG en estos casos es útil como prueba indirecta que ayuda a descartar una neoplasia hemisférica.

6) El electroencefalograma NO debe ser utilizado como prueba máxima cuando se trata de expresar un sí o un no categórico respecto al diagnóstico de un tumor. Desde el punto de vista neuroquirúrgico es útil como método diagnóstico orientador, sobre todo en aquellos pacientes con datos clínicos tan escasos que no es posible determinar el hemisferio o compartimiento endocraneano en que yace la lesión. En estos casos el EEG puede señalar al neurocirujano el procedimiento radiológico de elección, evitando así la práctica de estudios de contraste inadecuados (angiografía en lugar de neumocencefalografía), o en el sitio erróneo (arteriografía cerebral derecha en un tumor hemisférico izquierdo) que además de ser molestos no carecen de riesgo.

PANCREATITIS AGUDA HEMORRAGICA Y SU TRATAMIENTO

JOSÉ GÓMEZ OLVERA

LA PANCREATITIS aguda es una entidad clínica que nos plantea infinidad de problemas médicos y quirúrgicos y es de relativa frecuencia en México. Con una etiología muy diversa pero con gran frecuencia en la mayoría de las veces coexistente a padecimientos del árbol biliar (30 al 80%) o a factores desencadenantes como el alcoholismo (5 al 30%).

Suponemos que en condiciones patológicas el reflujo biliar al conducto de Wirsung debido al segmento común biliopancreático al que se le sumaron otros factores como: el infeccioso, vascular, alcohólico, biliar, etc., serán los responsables de la activación glandular de las enzimas con la lipasa liberada por ellas mismas a la proteína pancreática desnaturalizada, por alteraciones vasculares, con edema, focos de hemorragia, necrosis y esteatonecrosis.

El cuadro clínico de las pancreatitis es muy polifacético, y no es igual en todos los casos, pero sí podemos asegurar que encontraremos entre sus antecedentes dispepsias, plenitud o molestias postprandiales, crisis esporádicas de dolor epigástrico o en hipocondrio tipo cólico biliar, etc. Los cuales a veces pasan desapercibidos por su poca intensidad para el enfermo o el médico tratante.

El diagnóstico clínico se puede precisar con los datos de la sintomatología clásica (dolor, vómito, shock), estudio clínico completo del enfermo, dosificación

temprana de la amilasa, es decir en las primeras 72 horas de iniciada la crisis dolorosa y más tardíamente la lipasa sérica, que podrá complementarse con los estudios de gabinete de telerradiografía de tórax, placa simple de abdomen (derrame pleural y elevación del hemidiafragma izquierdo asa centinela y signo de colon cortado).

El examen clínico del enfermo, los hallazgos radiológicos y los resultados de laboratorio forman un trípode indispensable para sostener el diagnóstico de enfermedad del páncreas.

La determinación de las enzimas séricas pancreáticas: amilasa y lipasa principalmente, son de gran utilidad en fase temprana de una pancreatitis, debiendo ser procedimientos de laboratorio sistemáticos y rutinarios de elección en el estudio de los pacientes sospechosos de sufrir esta afección. Igualmente podemos decir sobre la dosificación de la glucosa y el calcio sanguíneo, el que tiene un valor pronóstico porque se ha observado que los descensos y aumentos del calcio constituyen en la evolución de este padecimiento una base para el pronóstico del mismo y como complemento la citología hemática nos revela el estado general del paciente en relación con su volumen globular.

Si se ha establecido el diagnóstico de pancreatitis, consideramos que la terapéutica médica es lo indicado (reposo, dieta absoluta, succión gástrica, analgésicos, anticolinérgicos, prevenir y combatir el shock, inactivadores de las enzimas pancreáticas, etc.).

La pancreatitis aguda hemorrágica posee un alto porcentaje de mortalidad igualmente los traumatismos accidentales y quirúrgicos los que frecuentemente son olvidados en el postoperatorio siendo estos motivo de complicaciones del páncreas y se les observan siempre como pancreáticos, entre ellos tenemos: los pseudoquistes, abscesos, fístulas, etc.

Sin embargo tendremos en cuenta que si el síndrome abdominal agudo se agrava (como pasó en nuestros casos) o bien como muy frecuentemente sucede no se llegue a un diagnóstico muy preciso, creemos se debe proceder a practicar una laparotomía exploradora.

El hallazgo en el acto operatorio de las manchas de esteatonecrosis en los órganos de la cavidad abdominal, igualmente la presencia de un exudado característico en gran cantidad (serohemático) con aumento de la glándula pancreática y con signos de inflamación y distensión de la vesícula biliar presentes, se puede asegurar el diagnóstico anatomopatológico de pancreatitis aguda.

El tratamiento quirúrgico de este padecimiento comprende tres tiempos operatorios:

- a) Exploración manual o instrumental delicada del árbol biliar.
- b) Desviación temporal del tránsito biliopancreático.
- c) Aseo de la cavidad peritoneal.