

**RESUMENES
DE
TESIS
PROFESIONALES**

**ALTERACIONES RENALES OBSERVADAS EN COMBINACION
CON NEUMOPATIAS DEL RECIEN NACIDO**

FLORA VILADOMS BRIGUETS

EN LA CLÍNICA del recién nacido, los problemas pulmonares constituyen la patología a la que con mayor frecuencia se enfrenta el médico, sí a este hecho agregamos el hallazgo reciente, de complicaciones renales concomitantes al padecimiento pulmonar, se desprenderá fácilmente la importancia que tiene el conocer estas alteraciones y la influencia que las mismas ejercen en el gran porcentaje de desenlaces fatales. Se reunieron 200 casos de recién nacidos, sacados de la revisión de protocolos de autopsia del Hospital Infantil de México; se incluyeron todos aquellos que presentaron patología pulmonar y se efectuó el estudio histológico tanto de pulmones para corroborar el diagnóstico como de riñones para anotar los hallazgos.

De los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Las neumopatías que se presentaron con mayor frecuencia fueron: Bronconeumonía (24.5%), hemorragia 20.5%, aspiración (17%) y membranas hialinas (15%).
2. De los 200 casos el 58.8% fueron del sexo masculino y el 68% fueron prematuros.
3. Los hallazgos renales que predominaron en todas las neumopatías fueron: necrosis tubular aguda (N. T. A.), inmadurez y ausencia de alteraciones renales.
4. La N. T. A. se presentó con mayor frecuencia en: Membranas hialinas (40%), bronconeumonía (36.7%, aspiración (38.2%) y en la hemorragia (37.7%)
5. La infección extrapulmonar se presentó en cifras que variaron de un 46% a un 64.6% a excepción de las membranas hialinas en las que no se registró infección.
6. La inmadurez renal no predispone a la N. T. A.

**CORRELACION ANATOMO CLINICA DE MALFORMACIONES
CONGENITAS EN 100 MORTINATOS Y RECIEN NACIDOS
HASTA 6 DIAS DE EDAD**

PRÁXEDIS ELIGIO CRESPO GUILLÉN

EL PRESENTE trabajo fue elaborado en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre"; el material usado comprendió 100 productos entre la veinticincoava semana de vida intrauterina hasta 6 días de nacido, a todos ellos se les practicó, lo mismo que a la madre historia clínica intencionada, se elaboró la necropsia de todos ellos; se requirió en ocasiones la ayuda del departamento de fotografía médica; el personal de técnica histológica se encargó de la realización de los cortes histológicos para su posterior estudio microscópico.

Se revisó someramente los posibles factores etiológicos en la génesis de las malformaciones congénitas, enfocando la etiología hacia los dos grupos que se creen juegan papel determinante, el factor ambiental y el genético.

Del total de 100 casos, 42 nacieron vivos, el resto nació muerto; la edad promedio de las madres con productos con malformaciones congénitas fue de 30.8 años, en contraste con las de los hijos sin malformación que tuvieron 23.9 años; se encontraron 17 casos con malformaciones congénitas, 4 de ellos con malformación única, el resto con defectos múltiples; de los 17 casos, 16 fueron productos de madres multíparas.

Los sistemas y aparatos más afectados fueron el músculo esquelético, digestivo y urinario; el tipo de malformación predominante fue la anencefalia; 8 de los 17 casos tuvieron un peso menor de los 2000 gramos, no hubo inclinación hacia ninguno de los dos sexos.

La correlación anatomoclínica fue posible, aunque no son datos definitivos, en 8 de los 17 casos, el factor predominante estuvo representado por el ambiental, sin embargo, hubo algunos datos relativos a paridad, edad de la madre, amenaza de aborto, polihidramnios, que pudieron jugar papel importante en la aparición de las diferentes malformaciones. El estudio microscópico no reveló ningún caso con malformación congénita;

Los resultados encontrados coinciden sensiblemente con los hallazgos existentes en la bibliografía mundial.

"HERNIAS PARA UMBILICALES"

RENÉ ORTEGA CASTRO

1º Se tomó como material y método de estudios los casos observados en el período de cuatro años en el Pabellón 17 del Hospital General y que sumaron 110 de "Hernias para Umbilicales".

2. Se revisó la historia, la embriología, anatomía, patología clínica y terapéutica de los padecimientos herniarios de la región umbilical.

3º Se fundamenta el estudio y razones para considerar la región o modalidad de hernia para umbilical.

4º Se analizaron las diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las hernias para umbilicales.

5º Se expone la técnica seguida por el Dr. Pablo Barroeta que fue jefe de Servicio del Pabellón N° 17 de donde se tomaron los casos de estudio.

6º Se describieron los complementos de la terapéutica de estas hernias que según los casos fueron tanto de lipectomía como resecciones cutáneas y plastías de ombligo.

7º Se hace referencia al tratamiento de las cicatrices queloides como complicación de la cirugía de las hernias del ombligo.

8º Se valoriza el estudio de los casos observados en cuatro años en el servicio ya indicado.

9º Se hace mención de la conveniencia de la nomenclatura como hernias para umbilicales de acuerdo con las razones anatómicas, fisiológicas de los casos.

10º En los resúmenes y datos bibliográficos se expone lo más importante hasta hoy del tipo de padecimientos herniarios del ombligo y sus adecuadas medidas terapéuticas.

TUMORES DE LA MEDULA ESPINAL.

ESTUDIO CLINICO, RADIOLOGICO Y TERAPEUTICO

EDUARDO FÉLIX DÍAZ

PARA DESARROLLAR el presente trabajo se escogió el tema de *Tumores de la Médula Espinal*, por el hecho de ser un tema poco conocido por el médico general. Su desconocimiento trae como consecuencia el diagnóstico y el tratamiento tardíos la mayoría de las veces, dando como resultado el que muchos pacientes queden con secuelas muy serias de incapacidad total o parcial y aún de invalidez. La frecuencia relativamente baja de este padecimiento, hace que sea bien conocido solamente por el especialista. Es necesario sin embargo, que cualquier médico lo tenga en mente como una de las causas de compresión medular lenta y se percate de que no solamente las compresiones medulares las da la traumatología.

Después de hablar en el primer capítulo (Introducción) de lo que actualmente significa la carrera de medicina para el que está próximo a empezar a ejercerla, sin experiencia práctica amplia, se exponen las razones por las que se escogió el tema a desarrollar, como arriba se indica, y la manera como se llevó a cabo el trabajo con la cooperación del maestro Dr. Carlos Coqui que proporcionó parte del material radiográfico de enfermos por él estudiados, habiendo sido quien tuvo a su cargo la dirección. Se tuvo también la cooperación del Dr. Jaime Dorfsman quien tuvo la gentileza de facilitar el material radiográfico de los casos clínicos estudiados en la Unidad de Neurología del Hospital General. Se trató al revisar la Bibliografía, de recopilar los datos más importantes para el diagnóstico y tratamiento de las neopla-

sias medulares, habiéndose revisado la bibliografía de los 10 años últimos y alguna más antigua también importante.

Entre los capítulos desarrollados se incluyó un resumen anatómico y la fisiopatología medular con el fin de que el lector, (sobre todo el estudiante) haga un recordatorio sobre todo de la topografía medular y de sus funciones pudiendo de esa manera familiarizarse más con el tema.

La clasificación de las neoplasias medulares, se hizo tomando en cuenta la nomenclatural de las neoplasias del sistema nervioso según la que se definió en el V Congreso Internacional de Cancerología. Se dividieron las neoplasias medulares principalmente en dos grupos: Las del parénquima o intramedulares y las extramedulares o desarrolladas fuera del parénquima nervioso, o sea en el canal raquídeo, ya debidas a procesos tumorales vertebrales, metastásicos, o meníngeos. Se habla en seguida de cada tipo de tumor especificando sobre todo su malignidad o benignidad. En seguida se presentan algunos datos estadísticos encontrándose por diversos autores, relacionados con la edad, sexo, ocupación, grado de malignidad y frecuencia.

Al referirse al estudio clínico de las neoplasias medulares, se hace hincapié en la necesidad de hacer un buen interrogatorio y una buena exploración general, pero sobre todo neurológica especial. Se señala que un tumor se puede presentar o más bien dicho se empieza a desarrollar con síntomas vagos como dolor, parestia, trastornos de la sensibilidad, etc., como síntomas iniciales que se presentan separadamente en la primera fase del padecimiento, siendo el más frecuente el dolor. Posteriormente van apareciendo los demás síntomas dando ya sintomatología de compresión medular. Antes de que ésta se presente es cuando tienen más lugar los errores de diagnóstico.

La prueba de Queckenstead y el examen del líquido cefalorraquídeo tienen un valor positivo en el diagnóstico de los tumores medulares. Sin embargo, su negatividad no los excluye.

Más importante que los exámenes anteriores citados, es el examen radiográfico que la inmensa mayoría de las veces viene a confirmar el diagnóstico de tumor medular. Se insiste en la importancia de este examen, que comprende la radiología de columna vertebral pero sobre todo la mielografía que es de un valor casi absoluto en este tipo de padecimiento. Como ilustración a este respecto, se exponen 20 estudios radiográficos que demuestran lo que se acaba de expresar.

El diagnóstico diferencial se hace con la siringomielia, mielitis sifilítica, esclerosis en placas, síndrome de Guillain Barré polineuritis crónicas, mal de Pott, aracnoiditis espinal, paquimeningitis hipertrófica, epiluritis, hernias del disco, absceso medular, afecciones distróficas del raquis, hematomielia no traumática, espondilitis, paraplegias infecciosas, enfermedad de Paget, y algunos otros procesos menos frecuentes como el síndrome de Arnold Chiari, etc. En cada uno de estos procesos se expone detalladamente la diferencia con las neoplasias medulares.

En el tratamiento, se le da la importancia debida al tratamiento quirúrgico y a la irradiación, señalándose la nula importancia que tiene la quimioterapia por no ofrecer actualmente ninguna garantía de mejoría en estos procesos.

En la cirugía se destaca el hecho de que los tumores benignos son los más

simples de extirpación y al mismo tiempo los que dan los mejores resultados postoperatorios de recuperación funcional, con excepción de las paraplegias que llevan más de dos años de establecidas.

Los mejores resultados se obtienen en los tumores malignos, con la cirugía asociada a la irradiación. En los casos inoperables, la irradiación es el tratamiento de elección. Se hace hincapié en el hecho de que las dosis de irradiación deben ser adaptadas a cada tipo de tumor en especial e individualizadas según los distintos pacientes.

Se hace notar que el pronóstico de los tumores medulares, a pesar de ser sombrío, tiene mejores perspectivas que los tumores cerebrales y que considerados en conjunto, benignos y malignos, tienen un pronóstico más favorable que muchas neoplasias que se presentan en otros aparatos o sistemas. Se exponen en este capítulo los resultados del tratamiento de los tumores medulares hecho por varios autores especializados en la materia.

En seguida se presentan 14 casos clínicos estudiados en la Unidad de Neurología del Hospital General, con sus correspondientes estudios radiográficos. Después se hace una revisión de 56 casos, únicamente con el fin de que se tenga una idea aunque vaga de lo que significan los tumores medulares en nuestro medio (Hospital General) y se hacen los comentarios comparando los resultados hallados en la revisión hecha, con lo hallado por los autores consultados en la bibliografía.

Las conclusiones más importantes son las siguientes:

Los tumores medulares a pesar de ser poco frecuentes, deben tenerse muy en cuenta por los trastornos a que dan lugar, pues aún los más benignos dejados al abandono dan por resultado secuelas tales como las paraplegias irreversibles por sección medular.

La incidencia en el Hospital General no es muy alta, pero tiene en su contra que la recuperación funcional es mínima en la mayoría de los pacientes debido a que éstos llegan muy tarde al tratamiento.

El diagnóstico y el tratamiento deben ser tempranos para que los resultados sean buenos. Para el diagnóstico se cuenta aparte de la clínica que debe ser la base, con la radiología como recurso valioso e indispensable para la confirmación de una neoplasia medular.

El tratamiento por irradiación sigue siendo todavía, en los procesos malignos, un poderoso medio de combate.

Cuando la cirugía es posible no debe vacilarse en llevarse a cabo, aún en aquellos casos de tumores intramedulares en que solo va a ser descompresiva pues se ha demostrado que ésta produce gran alivio sintomático a los enfermos sobre todo en aquellos cuyo problema principal es el dolor producido por la compresión.

La sobrevivencia en los tumores malignos, es baja, pues por término medio es de 5 años en el 50% de los casos, con sus variaciones de rigor.

En los tumores benignos tratados tempranamente la recuperación funcional en algunos casos es total.

**LA PANCREATITIS AGUDA EN UN HOSPITAL DE CONCENTRACION.
CONSIDERACIONES CLINICAS, DE LABORATORIO, DE RAYOS X,
TERAPEUTICA MEDICA Y QUIRURGICA**

FAINGEZICHT GUTMAN ESTHER BLIMA

EL TEMA fue seleccionado por ser la pancreatitis aguda uno de los diagnósticos diferenciales en el abdomen agudo, cuyo manejo debe quedar en manos del internista.

Se efectuó revisión cuidadosa y metódica de todos los casos registrados en el Hospital General del Centro Médico Nacional, desde marzo de 1963 a julio de 1965 haciendo un total de 184, quedando excluidos 84 en los cuales la sospecha clínica inicial de pancreatitis aguda, no fue confirmada durante la evolución. Además se revisaron 22 expedientes de casos no diagnosticados ni sospechados por la clínica, pero con indudable hallazgo anatomopatológico en la autopsia.

En la revisión se analizó la sintomatología, signos de exploración, principales alteraciones de laboratorio, hallazgos radiológicos, criterio de tratamiento inmediato y posterior.

La revisión bibliográfica comprendió los últimos cinco años; es importante señalar que el porcentaje mayor de casos publicados no corresponde a experiencia nacional y respecto a la de autores extranjeros, no se encontró una casuística como la que se pudo obtener en el corto tiempo de funcionamiento de este Hospital.

Respecto a las consideraciones clínicas, pudo advertirse que el padecimiento debe sospecharse en cualquier edad, siendo más frecuente entre la tercera y quinta décadas de la vida, presentándose entre la primera, segunda, quinta y sexta el mismo número de casos, pero en menor proporción a la señalada. En cuanto al sexo, contrario a lo clásicamente descrito, se encontró que el femenino predominó ligeramente sobre el masculino 59: 41.

Los factores causales del cuadro siguen siendo los mismos descritos en la literatura: comidas abundantes o ricas en grasa y fuerte ingestión de bebidas alcohólicas como causas principales (45% de los casos). El otro porcentaje importante es el de antecedentes de cuadros vesiculares.

El dolor abdominal es el síntoma predominante, tipo cólico principalmente, por lo general muy intenso (80%) y de instalación brusca (79%). Es muy importante puntualizar que en un 20%, su instalación fue lenta y el dolor con carácter progresivo, dato que hay que tener presente para no pasar inadvertido el diagnóstico. La irradiación fue dorsolumbar y a hipocondrios principalmente y en menor proporción se irradió también a epigastrio, flanco izquierdo, hombro del mismo lado y mesogastrio, siendo generalizado en 11 casos.

Respecto a los factores atenuantes, los analgésicos vómito y reposo ocuparon el primer lugar; a diferencia de lo consignado en la literatura, el decúbito ventral sólo en el 11% lo mejoró.

El dolor puede mantener su intensidad extrema incluso por varios días y ser resistente a las medidas habituales, sin requerir, sin embargo, medidas heroicas tales como: procaína intravenosa, bloqueo epidural, bloqueo simpático paravertebral, bloqueo esplácnico, etc.

Por lo anterior se puede afirmar que no deben esperarse las características irradiaciones, exacerbaciones o remisiones posturales para atribuir un dolor abdominal a pancreatitis aguda.

En cuanto a los síntomas y signos acompañantes, la náusea y vómito estuvo presente prácticamente en todos los casos; la diarrea fue ocasional; hipertermia entre 37.5 y 38.5° C., se registró en 22 de los casos analizados. La ictericia en 35% estuvo presente al ingreso en 22 y en 13 durante su estancia hospitalaria. En 7 pacientes se presentó estado de colapso, falleciendo 3, es decir el 43% y en 22 se consideró que existió hipotensión, oscilando sus registros entre 100/60 y 90/60, de los cuales 5 fallecieron, lo que arrojó un 23% de mortalidad. Sólo en uno de los casos se encontró manifestación clínica de hipocalcemia que fue evidenciada por paros cardíacos repetidos que respondieron a la ministración de calcio.

La exploración abdominal dió distensión en 35 casos, el peristaltismo se encontró disminuído y/o abolido en 62 y la percusión lumbar izquierda fue positiva en 22 de 36 pacientes en que se exploró.

Es conveniente enfatizar que los signos clásicos descritos de Grey-Turner y de Cullen no estuvieron presentes en ninguno de los casos analizados.

Los hallazgos de laboratorio más importantes fueron: leucocitosis en la mayoría, dominando cifras superiores a 12.000; la fórmula roja se encontró con cifras superiores a 15 g. de hemoglobina en 48 casos y hematocrito superior a 45 en 24 del sexo femenino y en 17 del masculino superior a 50%. El calcio se determinó en 73 casos oscilando las cifras entre 5.8 y 12.5, predominando determinaciones de 9.2 mg%; los dos pacientes en quienes se registró calcio bajo cuyas cifras fueron de 8.4 y 5.8 fallecieron. Se encontró hiperglicemia en 35 pacientes variando las cifras entre 120 y 775 mg.%, de este grupo murieron 9, encontrándose una mortalidad de 25%. La valoración de la amilasa sérica varió en función de las horas transcurridas entre la presentación del cuadro doloroso y a llegada del paciente al hospital, pero puede asegurarse que su elevación fue significativa en todos los casos, alcanzando su valor máximo a las 24 ó 48 horas, declinando después hasta cifras normales. Las determinaciones practicadas al llegar el enfermo al Servicio de Urgencias mostraron cifras superiores a 700 unidades en 44% de los casos, en el otro 56% la cifra máxima fue de 698 y la mínima de 232 unidades.

La amilasa urinaria fue determinada en 12 de los 100 casos, quedando perfectamente demostrada su utilidad en aquellos casos en que clínicamente se planteó duda diagnóstica ante la remisión o intensidad mínima del dolor, al advertirse elevaciones significativas en forma paradójica con las cifras de amilasa sérica. La cifra máxima fue de 8.063 y la mínima de 336 unidades.

Respecto a la radiología, los estudios simples de tórax y abdomen, mostraron imágenes anormales compatibles o sugestivas de pancreatitis aguda en el 84% de los 100 pacientes, siendo los cambios más comunmente observados en los estudios de abdomen: íleo adinámico regional en el 70%, asa centinela 30%, signo de colon cortado en el 19% dilatación adinámica de duodeno y/o estómago en el 5%, íleo adinámico generalizado y calcificaciones en la región pancreática en el 2%. Los cambios torácicos varían desde hipomovilidad y elevación del hemidiafragma izquierdo con o sin atelectasia, derrame pleural o neumonía basal asociada o hasta mediastinitis; en el 19% se encontraron estos cambios.

La terapéutica médica fue principalmente combinación de succión gástrica y

medicación anticolinérgica del tipo de la atropina, concluyéndose su eficacia en la mayoría de los casos. El demerol fue utilizado en forma excepcional con resultados satisfactorios en los que se administró. El trasylol sólo se utilizó en 14 casos, 10 de ellos que cursaban con hipotensión o choque, sin que ogradara modificar el índice de mortalidad. Las soluciones hidroelectrolíticas, insulina, calcio y antibióticos fueron usados según el caso.

Acerca de la intervención quirúrgica, una vez que el cuadro agudo ha sido dominado por el tratamiento médico, se concluyó que la patología asociada que condicionó la operación y los hallazgos principales correspondieron a coledocolitiasis con coledocolitiasis (35 casos).

En conclusión, se sustenta la siguiente tesis:

1o. La frecuencia es elevada, como lo demuestra el número de pacientes analizados en un lapso tan breve de funcionamiento de esta unidad hospitalaria.

2o. No deben esperarse las características irradiaciones, exacerbaciones o remisiones posturales para atribuir el dolor a una pancreatitis aguda.

3o. Las determinaciones enzimáticas son fundamentales para el diagnóstico, mas no para la exclusión de actividad ni para la determinación del grado de lesión.

4o. Ante la sospecha clínica de pancreatitis y ante la falta de evidencia de alteración de la amilasa sérica la urinaria debe ser valorada, de manera especial en aquellos casos que alcanzan o rebasan las 48 horas de evolución.

5o. Sería criticable excluir un daño pancreático por la clínica pura y más si las enzimas se encontraron elevadas.

6o. Los estudios radiológicos tendientes a demostrar o excluir lesiones en vesícula o vías biliares no deben efectuarse en forma precoz después del cuadro agudo por las siguientes razones:

- a) dan resultados falsos negativos
- b) pueden agudizar el cuadro.

7o. En cuanto se sospeche y en tanto se logre demostrar la pancreatitis, debe instalarse la succión gástrica continua ya que a nuestro paso por el Servicio de Urgencias, nos dimos cuenta, que ante los problemas de diagnóstico diferencial, la succión es benéfica para la colecistitis, gastritis de diversos grados, absceso hepático y en todo problema de vientre agudo.

8o. La normalización de la amilasa no justifica a supresión de las medidas terapéuticas incluyendo la succión gástrica, pues la experiencia ha demostrado que en ausencia de datos clínicos y alteraciones enzimáticas, la pancreatitis subsiste y el peligro de complicaciones y evolución hacia la mortalidad prevalecen.

9o. Por ahora el tratamiento clásico no debe ser modificado.

10o. Las intervenciones habituales sobre vías biliares deben ser practicadas no antes de dos meses de la presentación del cuadro agudo de pancreatitis, aún cuando el enfermo se encuentre asintomático y las enzimas séricas y urinarias ratifiquen la inactividad del páncreas.

11o. Se debe hacer un intento para valorar el pronóstico de un paciente con pancreatitis aguda con las siguientes bases: los casos con hipotensión, hipocalcemia, hemoconcentración e hiperglicemia, como quedó demostrado en el texto, orientan hacia la severidad del cuadro.