

COMPILACION DE RESUMENES TRABAJOS PUBLICADOS POR DOCENTES DE LA FACULTAD

I. DATOS NEUROLOGICOS DE INTERES GENERAL.

GUTIERREZ B., M. (DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA).
T.M. 62(5): 729-IV, 1980.

Tomografía Transversa de Emisión de Positrones.

Es una técnica reciente, la cual detecta la presencia de desoxiglucosa marcada con isótopos radiactivos, la cual se puede y está ejecutando en animales y en el hombre para el estudio funcional de estructuras del sistema nervioso, de acuerdo con su actividad en un momento dado.

Esta técnica permite cartografiar desde fuera del cráneo las estructuras cerebrales activas en un ser vivo, con gran aplicación en función, nutrición, recuperación, etc.

T.M. 62(6): 730-IV, 1980.

Radiografía de Columna Cervical

En la radiografía lateral normal de columna cervical sin ningún tipo de tracción, la séptima vertebra cervical se visualiza difícilmente.

En el síndrome de hombro caído, la radiografía lateral muestra no sólo las últimas vertebrales cervicales, sino generalmente también la primera y parte de la segunda torácica.

T.M. 62(7): 731-IV, 1980.

Trastornos de Mirada Hacia Abajo.

Los trastornos aislados de la mirada hacia abajo son hallazgos clínicos raros.

Solamente tres casos con exámenes de autopsia han sido informados. La parálisis de la mirada hacia abajo se ha encontrado en casos aislados sin trastornos de la mirada hacia arriba.

Los casos autopsiados han demostrado lesiones de tipo vascular oclusivos en zonas de distribución de la arteria rúbrica o de la tálamo-subtalámica posterior.

T.M. 62(8): 732-IV, 1980.

Miopatías metabólicas genéticas.

Son enfermedades musculares que tienen como causa un defecto bioquímico conocido o enzimático específico.

1. Enfermedades del almacenamiento del glucógeno o glucogenosis:

1.1 Enfermedades por deficiencia de maltosa ácida.

Lisosómica (AMD).

1.2 E. por deficiencias de enzimas desramificadora

(Amilo-1.6-Glucosidasa).

1.3 E. por deficiencia de enzima ramificadora.

1.4 E. por deficiencia de fosforilasa muscular (enfermedad de Mc Ardle)

1.5 E. por deficiencia de fosfofructokinasa muscular (PFK).

2. *Trastornos del metabolismo de los lípidos:*

2.1 E. por deficiencia de carnitina.

2.2 E. Por deficiencia de palmitiltransferasa de carnitina.

3. *Alteraciones del metabolismo energético del músculo:*

3.1 E. por deficiencia de desaminonasa de adelinato muscular.

T. M. 62(9): 733-IV, 1980.

Meduloblastoma.

Bailey y Cushing en 1925 describieron una serie de 29 tumores que ocurrían en el vermis posterior del cerebelo en los niños. El término ha ocasionado muchos debates y diferentes escuelas han propuesto gran número de nombres a este tipo de tumor.

Las características clínicas son usualmente: ataxia, cabeza inclinada, vómito, crecimiento de la cabeza, estrabismo y papiledema con caracteres progresivos y alarmantes.

En la serie de Ingraham y Matson el 16% se presentaron en menores de dos años. La máxima incidencia está entre 5 y 9 años de edad.

T.M. 62(10): 734-IV, 1980.

Seudopapiledema.

Consiste en una elevación congénita del nervio óptico, descrita exclusivamente en ojos hipermetrópicos.

La cabeza del nervio óptico es lisa, luciente y los vasos que atraviesan la misma no están ocultos por el edema. Tampoco existen en estos casos hemorragias, exudados o ingurgitación venosa. La mancha ciega no está agrandada como suele ocurrir en el papiledema. Por otra parte, la apariencia de estos discos es constante.

T.M. 62(11): 735-IV, 1980.

Estructura Cerebral.

El cerebro humano consta de cien mil millones de neuronas, que vienen a ser aproximadamente el mismo número de estrellas de nuestra galaxia. De todas estas neuronas, no existen dos idénticas en cuanto a forma.

Los organelos en la mayoría de neuronas son:

1. Membrana celular 2. El núcleo. 3. El nucleolo 4. Los cuerpos de Barr. 5. Las membranas nucleares. 6. La sustancia de Nissl. 7. Las dendritas. 8. El axón. 9. Neurofibrillas y microtúbulos. 10. Aparato de Golgi. 11. Mitocondrias. 12. Cilias. 13. Pigmentos de lipofuscina y melanina. 14. Inclusiones de hierro y glicógeno.

T.M. 63(1): 736-IV, 1981.

Concepto de Virus Lento.

El sorprendente descubrimiento de que determinados virus o fragmentos de virus pueden alojarse en el sistema nervioso central y producir una destrucción celular mucho tiempo después de que una infección inicial se haya olvidado o haya pasado desapercibida, ha constituido un importante paso para la comprensión de la patogenia de ciertos trastornos neurológicos progresivos y crónicos.

El kuru, la E. de Creutzfeldt-Jakob, la Panencefalitis Esclerosante subaguda, la Leucoencefalitis Multifocal progresiva, son atribuidas a virus lentos.

La esclerosis múltiple (M.S), la esclerosis lateral amiotrófica (E. L. A) y otras, están siendo relacionadas con estos tipos de virus y una alteración en la respuesta inmunitaria.

T.M. 63(2): 737-IV, 1981.

Pulsación Venosa Retiniana.

Al examen oftalmoscópico se puede apreciar pulsación venosa retiniana espontánea en un 15 a 90% de personas normales y abolida cuando está elevada la presión intracraneana.

La pulsación venosa retiniana no ha tenido correlación significativa con la presión arterial o con varios tipos de medicación.

Ningún paciente con presión intracraneana elevada y papiledema ha demostrado pulsación venosa espontánea.

La presencia de pulsación venosa en los estudios practicados demostraron presiones intracraneanas normales de 190-195 mm de agua. La pérdida espontánea de la pulsación venosa precede al papiledema y puede estar ausente en pacientes con presión intracraneana normal.

T.M. 63(7): 742-IV, 1981.

Neuro-radiología de la Región Sellar.

En una placa simple lateral de craneo, las medidas promedio de la silla turca son: 17 mm (Antero-posterior) y 12 mm (Supero-inferior).

Es esencial mantener en mente que una silla turca anormal puede estar relacio-

nada con patología muy remota de la misma silla.

La patología frecuente en la silla esta relacionada directamente con adenomas de hipófisis, meningiomas, craneofaringiomas, silla "vacía" y aneurismas. Otra patología menos directa: gliomas, metástasis supraselares, quistes coloides y epidermoides.

Pacientes asintomáticos con una silla turca agrandada requieren observación y evaluación clínica cuidadosa.

La tomografía computarizada (escanografía) no ha reemplazado a los estudios angiográficos, neumoencefalográficos y RX simples de cráneo para aclarar la patología o definir una cirugía.

T.M. 63(8): 743-IV, 1981.

Las Fontanelas en el Desarrollo del Cráneo.

Las fontanelas o áreas no osificadas del cráneo del recién nacido, tienen gran importancia médica. Hay seis fontanelas mayores: anterior o frontal, posterior u occipital, dos anterolaterales o esfenoidales y dos posterolaterales o mastoideas. Hay también varias fontanelas accesorias a lo largo de la sutura sagital: glabellar, metópica, parietal y cerebelar. Con excepción de la anterior y posterior el resto son pequeñas y se cierran poco después del nacimiento.

La fontanela posterior se cierra primero, entre los dos y los seis meses de edad. La anterior se demora hasta los 18 a 30 meses.

El cierre retardado puede estar asociado con aumento de la presión intracraneana o con hipotiroidismo. El cierre prematuro puede estar asociado con craneosinosis, hipofosfatasa, hipoxia cerebral o infecciones del sistema nervioso.

T.M. 63(9): 744-III, 1981.

Algunas Complicaciones Después de la Punción Lumbar.

Entre las complicaciones frecuentes después de estudios por punción lumbar están descritas: lesiones neurales locales, infecciones, inflamaciones locales con aracnoiditis, hematomas epidurales y subdurales espinales, salida de L.C.R. al espacio epidural raquídeo con cefalea concomitante.

Entre las complicaciones raras está el hematoma subdural intracraneano después de punciones lumbares, con cefalea persistente y solo puede ser evaluado con tomografía computarizada, teniendo en mente la dificultad que se presenta en su diagnóstico ante hematoma subdural isodenso.

La parálisis del nervio abductor del ojo, uni o bilateral, es otra rara complicación post-punción lumbar, pudiendo estar o no acompañada de papiledema.

T.M. 63(10): 745-III, 1981.

Conductos Anastomóticos Intracraneanos Persistentes.

Los conductos embrionarios que pueden persistir en el adulto son los siguientes:

1. Arteria Trigeminal. Comunica a la carótida con el tronco basilar en un sitio proximal con respecto a la arteria comunicante posterior, la cual suele no existir. Constante entre los días 25 y 36 del desarrollo embrionario. Persistente en un 0.2%.
2. Arteria Otica Primitiva. Comunica los sistemas carótido-basilares.

3. Arteria Hipoglosa Primitiva. Comunica los sistemas carótido-basilares.
4. Arteria Estapédica Primitiva. Comunica a las arterias carótida interna y meníngea media.
5. Arteria Oftálmica Primitiva. Comunica la rama lagrimal de la oftálmica con la arteria meníngea media.
6. Arterias Intervertebrales Primitivas.
7. Arterias Anastomóticas entre oftálmicas y meníngeas.

En la mayoría de los casos estas anastomosis embrionarias persistentes son asintomáticas.

T.M. 63(11): 746-IV, 1981.

Parálisis Facial Periférica Aguda.

Investigaciones en Rikshof, Oslo han demostrado que la parálisis facial periférica es parte de una polineuropatía craneana.

Los otros Pares craneanos afectados en menor grado fueron:

Trigémino, del mismo lado del facial paralizado. El óptico. El coclear en formas muy transitorias. El vestibular con dificultades en postura, equilibrio y nistagmus. También fue posible detectar parálisis transitorias del estapedio y paresias palatinas ipsilaterales.

El L. C. R. mostró en la mayoría de los casos elevación de proteínas y de gamma-globulina.

En pocos casos se presentaron alteraciones de la velocidad de sedimentación con niveles anormales de inmunoglobulinas.

Todo el estudio demuestra que la PFFA es parte de una polineuropatía craneana.

T.M. 63(12): 747-IV. 1981.

Vía Descendente del Sistema Coclear.

Existe una vía descendente que se inicia en la corteza auditiva y termina en el órgano de Corti, con relevos o sinapsis a nivel del cuerpo geniculado interno, colículo inferior, oliva inferior, núcleos cocleares y además recibe impulsos de la sustancia reticular del tronco cerebral y del vermis cerebeloso.

La vía se compone de unas 600 fibras con componente ipsilateral y contralateral.

Es probable que este sistema eferente actúe como modulador del órgano de Corti e intervenga en el trofismo del mismo.

El sistema discurre en gran parte con el lemnisco lateral o porción aferente del sistema coclear o auditivo.

T.M. 64(1): 748-III, 1981.

Promedios en Medidas del Perímetro Craneal y su Crecimiento.

EDAD	cm	CRECIMIENTO:
6 meses	42.7	0.5/mes.
12 meses	45.6	0.3/mes.
18 meses	46.9	
2 años	48.0	0.05/mes
3 años	48.5	
4-5 años	50.0	
7 años	51.0	0.03/mes.
Hombre Adulto	53-59.0	
Mujer Adulta	51-58.0	

T.M. 64(2): 749-III, 1981.

Hallazgos en Radiología Simple del Cráneo.

Calcificaciones "Fisiológicas" intracraneanas:

La mayoría son asintomáticas y están localizadas en: cuerpo o glándula pineal, habénula, plejos coroideos en especial los glomus en el trigono ventricular, hoz del cerebro y tentorio, ligamentos petro-clinoideos.

La pineal es la estructura que se calcifica con más frecuencia y es visible en el 50% de pacientes adultos, después de los 20 años de edad.

Hallazgos Patológicos:

- El 15 a 20% de todas las neoplasias intracraneanas son meningiomas y en cerca de la mitad de ellos, se aprecia alguna imagen sospechosa en la radiografía simple de cráneo.
- En craneofaringiomas se observa en un 40% de los casos de adultos calcificaciones intracraneanas, sellar o parasellar.
- Erosiones de la silla turca, se observan en la tercera parte de pacientes con tumor cerebral y con hipertensión intracraneana de más de un mes de evolución.

T. M. 64(3): 750-III, 1981

Signo de Lasegue.

En la exploración de este signo neurológico, se debe colocar al paciente en decúbito supino y en posición bien horizontal, con ambas extremidades inferiores extendidas por completo.

Enseguida se deben flexionar pasivamente y de manera alternativa ambos miembros por la articulación de la cadera, manteniéndose en extensión completa las articulaciones de las dos rodillas.

En el estado normal es posible elevar sin dificultad la extremidad del paciente

hasta producir una flexión de unos 70 grados por la articulación de la cadera.

En estados patológicos: ciática, hernia del núcleo pulposo, meningitis, lesiones radicales posteriores, excepto en la tabes, el signo es positivo cuando la extremidad no puede elevarse a dicha altura, porque el dolor y la gran resistencia se oponen a una elevación mayor.

Lasegue aconsejaba observar y anotar siempre el grado de flexión que provoca el dolor, durante el examen neurológico.

T. M. 64(4): 751-III, 1981.

Hemiplegia Aguda del Niño

La hemiplegia del niño no es una enfermedad, sino una respuesta inespecífica del S. N. C. a múltiples y diversos trastornos.

En la mayoría de los casos los procesos morbosos primarios o secundarios suelen afectar los vasos sanguíneos del cerebro.

Los vasos cerebrales de los niños tienen una rica circulación colateral y como resultado de ello, los de gran calibre pueden ocluirse poco a poco sin producir signo alguno de disfunción neurológica o en caso de síntomas deficitarios o más o menos agudos, se recuperan prontamente sin llegarse al diagnóstico etiológico específico, por estas razones, la hemiplegia infantil suele llamarse sintomática o idiopática.

Las infecciones por virus y bacterias, los traumatismos, las inmunizaciones, las enfermedades sistémicas, las malformaciones arterio-venosas, el estado epiléptico, las neoplasias y sus complicaciones son factores reconocidos con repercusión vascular cerebral en el niño.

T. M. 64(5): 752-III, 1981.

Algunos Hallazgos Patológicos en radiología simple del cráneo.

Focos Osteolíticos:

Los focos osteolíticos en bóveda craneana de bordes irregulares y mal definidos, por metástasis óseas cuyas fuentes primarias más frecuentes son de ca de seno, pulmón, próstata, riñón y tiroides.

El ca de seno con frecuencia produce reacción osteoblástica.

Focos pequeños osteolíticos pero mejor definidos, en el mieloma múltiple.

En la enfermedad de Paget se ven a veces cambios mixtos osteoblásticos y osteolíticos.

Calcificaciones por Tumores del S.N.C:

En pacientes con gliomas, puede encontrarse calcificaciones del tumor en la radiología simple del cráneo en el 10% de los casos.

El astrocitoma sigue siendo la causa más frecuente de calcificación gliomatosa, naturalmente que la calcificación es más frecuente en los tumores de crecimiento lento como el oligodendroglioma.

T. M. 64(6): 753-III, 1981.

Tamaño y Apariencia de las Pupilas.

El tamaño de la pupila normal varía según las diferentes edades, color del iris, agudeza visual y depende de la armonía entre parasimpático y simpático y de la cantidad de luz.

En el niño recién nacido las pupilas son pequeñas y pueden permanecer así hasta aproximadamente el primer año de vida.

Durante la niñez y adolescencia las pupilas alcanzan su tamaño máximo.

Con la edad adulta y vejez, las pupilas comienzan a reducirse gradualmente, llegando a menudo a ser mióticas.

El diámetro de la pupila del adulto normal oscila habitualmente entre 3 y 4 mm, bajo una luz común dentro de una habitación.

Las pupilas suelen estar dilatadas en el miopía y en las personas con ojos claros.

Si el diámetro de la pupila es menor de 2 mm, la pupila es miósica. Si el diámetro es mayor de 5,5 mm, existe midriásis.

T. M. 64(7): 754-III, 1981.

Parálisis de los Músculos Extraoculares por Diabetes.

Las parálisis musculares extraoculares, constituyen una forma de mononeuropatía diabética de gran interés para el médico general, oftalmólogo y neurólogo.

Los pares craneanos afectados generalmente son:

El motor ocular común (III) y el abductor del ojo (VI).

A menudo hay dolor periorbitario cuando se instaura la neuropatía. Estas parálisis regresan espontáneamente en uno a tres meses.

Las parálisis diabética del III par craneano, respeta las fibras pupilares las cuales no son alteradas por la microangiopatía isquémica que se presenta en el nervio en su paso por el seno cavernoso.

La parálisis aislada del VI par craneano, se presenta debida a diabetes en un 15.5% de los casos.

Este cuadro oftalmopléxico debe ser reconocido fácilmente.

T. M. 64 (8): 755-III, 1981.

Hemiespasmo Facial.

En la evaluación de cerca de 200 pacientes con hemiespasmo facial, los autores pudieron demostrar compresión del nervio facial (VII) en su porción cerebral, generalmente causada por el cruce de una arteria, la cual irritaba al nervio.

Técnicas microquirúrgicas efectuadas a 127 pacientes demostraron excelentes resultados en 103 de los casos.

La edad de los pacientes osciló entre 20 y 75 años.

Las arterias causantes de la molestia fueron: la basilar, la cerebelosa postero-inferior (PICA), la cerebelosa antero-inferior (AICA), la cocleo-vestibular, la vertebral o algunas combinaciones de las mismas.

T. M. 64 (9): 756-III, 1981.

Líquido Cefalorraquídeo (LCR) normal.

Anatomo-Fisiología:

VOLUMEN:

140 ± 30	ml en el adulto.
40 - 60	en el recién nacido.
60 - 100	en el niño.
80 - 120	en el adolescente.

La distribución en el adulto es la siguiente:

Ventrículos laterales: 30 ml.
3o y 4o Ventrículos: 5 ml.
Espacio subaracnoideo pericerebral y cisternas: 25 ml.
Espacio subaracnoideo espinal: 75 ml.

La presión en decúbito lateral en el adulto normal es de 150 ± 33 mm. de agua, en el tubo de Stookey o con el manómetro de Claude.

Valores normales:

Proteínas (cisterna lumbar): 20 - 24 mg%
 Glucosa: 45 - 50 mg%
 Gravedad Específica: 1,0075
 Cloruros (NaCl): 700 - 750 mg%

T. M. 64(10): 757-III, 1981.

Neuropatías Periféricas Producidas por Medicamentos.

Las polineuritis como manifestaciones neurológicas de origen medicamentoso más frecuentes son:

- Parálisis tronculares agudas
- Polineuritis y parestias
- Polineuritis y alteraciones de esfínteres y arreflexias
- Polineuritis, radiculitis, neuromiopatías y neuromielitis
- Polineuritis, neuritis óptica, neuritis cubital
- Polineuritis y neuro-miopatías
- Neuro-mielitis, parestias, polineuritis pred. motoras
- Polineuritis e hipoglicemias
- Polineuropatías distales.

Producidas por:

- Anticoagulantes.
- Anticonvulsivantes.
- Antidepresivos.
- Anti-infecciosos.
- Anti-T.B.C.
- Anti-inflamatorios.
- Antineoplásicos.
- Antidiabéticos.
- Antigotosos.

T. M. 64(11): 758-IV, 1981.

Clasificación de las Ondas del Electroencefalograma.

Por motivos prácticos no se indica la duración de cada onda, sino el número de ondas por segundo.

1. Ritmo Alpha: 8 - 13 por segundo.
2. Ritmo Beta: 14 - 32 por segundo
3. Ritmo Delta: 0.5 - 5.5 por segundo
4. Ritmo Theta: 4 - 7.5 por segundo

También se estudian en E.E.G. la amplitud y la forma de las ondas. El ritmo Alpha en el adulto y en reposo es el dominante en regiones occipitales y parietales. Su amplitud es de 50 μ V por término medio. Aparece en husos y desaparece al abrir los ojos "reacción de bloqueo".

El ritmo Beta de amplitud: 5 a 30 μ V. localizado en regiones frontales y temporales. Los ritmos Alpha y Beta constituyen el 85% del E.E.G normal.

El ritmo Theta se comprueba sobre todo en el lóbulo temporal, su amplitud es de 20 a 40 μ V., su aparición en brotes es anormal. Ritmo Delta, pertenece esencialmente al ritmo del sueño y a los ritmos patológicos. En el lóbulo frontal se puede presentar con amplitud de 10 a 20 μ V., y no más del 10% de la duración del trazado.

PRADA, G. y M. GUZMAN* (Departamento de Microbiología). *ACTA MED. COL.* 7(2): 81-91, 1982. Fiebre tifoidea. Estudio de tres brotes epidémicos.

Se presenta la experiencia obtenida al estudiar tres epidemias de fiebre tifoidea que afectaron a 156 soldados de las bases militares de Tolemaida (Melgar, Tolima) y Fortalecillas (Huila) en el periodo comprendido entre 1978 y 1981.

La revisión de los casos demuestra que el cuadro clínico de la enfermedad ha cambiado notoriamente. La enfermedad se presenta ahora como un cuadro diarreico severo que puede confundirse con una colitis amibiana, acompañado de fiebre, taquicardia, deshidratación y compromiso del estado general. El cuadro hemático aparece como una herramienta de gran ayuda especialmente en las localidades de escasos recursos de laboratorio, ya que en el 98,7% de los casos los recuentos de leucocitos fueron normales o bajos. El 9,6% de nuestros pacientes tenía un título positivo (1:160 o más) para el Ag O y un 26,9% para el Ag H, lo que demuestra la pobre utilidad de los antígenos febriles en el diagnóstico de la enfermedad. Se observaron: perforación intestinal en el 3,8% de los pacientes; infiltrados pulmonares con una frecuencia similar; colestasis en el 3,2%; trastornos de coagulación en el 4,4%; insuficiencia renal aguda (IRA) en el 2,5%; enterorragia en el 1,9%; manifestaciones neuropsíquicas en el 1,2% y meningitis en el 0,6%. Los hemocultivos fueron positivos en el 76% y el mielocultivo en el 92,8%. 137 enfermos se trataron con cloranfenicol, 15 con trimetoprim-sulfa, 2 con ampicilina y 2 con amoxicilina; la respuesta, exceptuando 4 fallecidos, fue satisfactoria. La letalidad general fue del 2,5%.

REYES, B. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA) ACTA MED. COL. 7(3): 146-147, 1982. Tratamiento Diabetes I.

Revisión de literatura sobre el tratamiento de la diabetes mellitus tipo I y conclusión de que "actualmente el uso de insulina cristalina, en tres dosis, parece ser el mejor método de administración de insulina en los diabéticos tipo I".

VERGARA, I. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA) ACTA MED. COL. 7(3): 147-148, 1982.

Evaluación Intensiva de las Neuropatías Referidas sin Clasificar.

Análisis de un artículo de la Mayo Medical School sobre 205 casos y conclusión "sobre la necesidad de llevar a cabo un estudio minucioso, principalmente de tipo bioquímico e inmunológico, y la biopsia de nervio, lo mismo que los estudios toxicológicos".

Se debe resaltar la frecuencia cada vez mayor de neuropatías de origen tóxico que observamos en nuestro medio (metales pesados, etc) y el aumento de casos observados de neuropatías y lesiones de SNC causadas por exposición a pesticidas (organofosforados principalmente) como manifestación de neurotoxicidad.

Es necesario estudiar exhaustivamente los casos de neuropatía antes de dejarlos clasificados como "idiopáticos" o de causa desconocida.

GARCIA, F. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA) Presencia simultánea de pénfigo familiar benigno crónico, acroqueratosis verruciforme de Hopf y Cutis verticis gyrata en un paciente. ACTA MED. COL. 7(4): 181-188, 1982.

Se describe el caso de un hombre de 35 años que presentaba simultáneamente pénfigo familiar benigno crónico, acroqueratosis verruciforme de Hopf y cutis verticis gyrata.

Se resume su historia clínica; se le practicaron exámenes paraclínicos, biopsia de piel y cuero cabelludo para estudios histopatológicos y de inmunofluorescencia.

Se trató con terapia específica para cada patología.

VILLAMIL, A. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 7(5): 209, 1982.

Ictericia. Introducción.

En presencia de un paciente icterico, el médico debe esmerarse en primera instancia en practicar un buen interrogatorio y un adecuado examen físico indagando por datos tan valiosos como la evolución de la ictericia y sus síntomas concomitantes (anorexia, astenia, náusea, vómito, prurito, dolor, coluria, acolia, diarrea, pérdida de peso, etc.) y hallazgos físicos como fiebre, distensión abdominal, circulación colateral, hepatomegalia, esplenomegalia, hemorragia digestiva, sepsis, telangiectasias aracniformes, urticaria, etc. Con la información obtenida en esta forma, habrá una hipótesis diagnóstica que se debe complementar con los exámenes elementales (examen parcial de orina, hemograma, bilirrubinemia, transaminasas séricas, fosfatasa alcalina en sangre, amilasemia, colesterolemia, tiempo de protrombina, etc.).

Con los datos obtenidos hasta este momento, se habrá podido hacer un diagnóstico en muchos casos y se sabrá si la ictericia es debida a un exceso en la producción de bilirrubinas o una falla en su conjugación a nivel hepático o si, por el contrario, se trata de un defecto en la eliminación y excreción de la bilis. El doctor Paulo Emilio Archila cubrirá el tópico correspondiente a las alteraciones del metabolismo de las bilirrubinas y a las ictericias ocasionadas por una producción excesiva de bilirrubinas o por un defecto de su conjugación en el hígado. El doctor Rafael Claudino Botero actualizará la metodología de que disponemos hoy para establecer un diagnóstico correcto ante un paciente con ictericia.

VILLAMIL, A. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA) ACTA MED. COL. 7(5): 220-221, 1982.

Ictericia. Comentarios.

Considerando los criterios expuestos por los doctores Archila y Botero sugiero seguir una secuencia en el empleo de los métodos de diagnóstico. Cuando no se ha llegado a un diagnóstico con la historia clínica y las pruebas de laboratorio iniciales, es conveniente, en primera instancia, practicar una radiografía simple de abdomen con el objeto de valorar el patrón gaseoso pues si se detecta gas en la vesícula biliar o en las vías biliares o en el espacio subdiafragmático, debemos llamar inmediatamente al cirujano pues la conducta es quirúrgica. Si el patrón gaseoso es normal, es mandatario entonces averiguar si las vías biliares están dilatadas o no, o si existen cálculos allí, para lo cual el primer paso a seguir es practicar la ultrasonografía en primera instancia, o la tomografía computadorizada, según las necesidades y las disponibilidades.

Si con estos procedimientos no se ha llegado a un diagnóstico o a una conducta definida, dispone entonces el equipo médico-quirúrgico de una serie de procedimientos que se utilizarán según su criterio y según las facilidades de que se disponga en ese momento y lugar (colecintigrama, gamagrafía hepática, biopsia hepática, laparoscopia, colangiografía transparietohepática, colangiografía retrógrada endoscópica, arteriografía selectiva, laparotomía, etc.).

El doctor Botero hizo énfasis especial en las causas médicas de la ictericia colestática; me parece útil poner de relieve a los internistas, aquellas causas con las que está más familiarizado el cirujano y que son las que ocasionan colestasis extrahepática. En la Tabla 1

hallarán dichas causas en orden de frecuencia y según una revisión hecha por los doctores Slesinger y Cello de la Universidad de San Francisco sobre un número total de 398 casos. Esta estadística elaborada fuera de Colombia parece ser comparable a la de la patología que vemos en nuestro medio.

TABLA I ETIOLOGIA

Coledocolitiasis	37.9%
Carcinoma del páncreas	18.3%
Colangiocarcinoma	16.6%
Estenosis de las vías biliares	9.8%
Carcinoma de la papila	5.5%
Estenosis de la papila	4.5%
Colangitis esclerosante	3.8%
Nódulo porta hepatis	2.5%
Pseudoquistes pancreáticos	1.0%

En cuando al uso del estudio radiológico de las vías digestivas en pacientes con ictericia, es conveniente recordar que la presencia del bario en el tubo digestivo dificulta o imposibilita el empleo de otros métodos diagnósticos y, por lo tanto, cuando se considere indispensable practicar un estudio de esta índole, es recomendable dejarlo para después de practicados otros métodos de diagnóstico.

No se ha mencionado en esta revisión la colecistografía y la biligrafía como métodos de diagnóstico, lo cual se debe a la poca utilidad que nos brindan cuando las cifras de bilirrubina sérica están por encima de 3 mg/dl.

BERNAL, M. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 7(5): 242-249, 1982 (36 ref.).

Enfermedad Coronaria. Factores de Riesgo.

Revisión analítica del enfoque actual sobre lípidos sanguíneos, diabetes melli-

tus, obesidad, anticonceptivos orales, ingestión de alcohol, tabaquismo, actividad física, hipertensión arterial, comportamiento tipo A y evolución anatómica de la lesión como factores de riesgo en la enfermedad coronaria. Compara los resultados de tratamiento médico o médico-quirúrgico de cuatro series estadísticas.

CHALEM, F. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA) ACTA MED. COL. 7(5): 256-257, 1982.

Enfermedades del Tejido Conectivo. Introducción.

En esta sección consideraremos las enfermedades del tejido conectivo (ETC) prescindiendo de aquéllas de naturaleza hereditaria como el síndrome de Marfan o el de Ehlers-Danlos.

Para designar las ETC adquiridas se siguen utilizando los términos de enfermedades del tejido conjuntivo, colagenosis y enfermedades del colágeno. Aunque tejidos distintos al conjuntivo se encuentran también involucrados en estas enfermedades creemos que el término de enfermedades del tejido conectivo es más apropiado en vista de que el colágeno no está afectado primariamente excepto en la esclerodermia.

Sin entrar a discutir la clasificación, ni las razones por las cuales deban incluirse o no algunas entidades nos referiremos en esta sección al lupus eritematoso sistémico (LES), la esclerosis sistémica progresiva (ESP), la polimiositis-dermatomiositis (PM-DM), la artritis reumatoidea (AR), el síndrome de Sjögren primario (SS) y la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC).

Estas enfermedades se caracterizan por la etiología desconocida, el trastorno inmunológico y el compromiso generali-

zados. Cada uno tiene criterios diagnósticos establecidos, pero a veces las manifestaciones proteiformes, los cursos bizarros y la tendencia a la superposición hacen imposible llegar a un diagnóstico definido. Sin embargo, desde este punto de vista es importante tener en cuenta que, pese a la tendencia a ser generalizadas, cada una muestra predilección por determinados sistemas.

El LES, en su forma clásica, es fácil de diferenciar de las demás ETC por sus manifestaciones cutáneas, por su compromiso renal, por el depósito o formación *in situ* de complejos inmunes, por la presencia de múltiples autoanticuerpos especialmente cuando éstos están dirigidos contra el ADN-nativo o el antígeno Sm y por la hipocomplementemia.

En la ESP, el fenómeno de Raynaud es muy frecuente y puede ser la primera manifestación, precediendo al compromiso difuso y simétrico de la piel (esclerodermia). También se debe pensar en esta enfermedad en forma preferencial cuando existe disfagia. El síndrome CREST constituye una forma particular de ESP en la cual la esclerosis de la piel se limita a las manos y la cara y se acompaña de calcinosis, fenómeno de Raynaud, disfunción esofágica y telangiectasias. En más del 60% de estos pacientes se encuentra el anticuerpo contra el centrómetro.

El diagnóstico diferencial de la PM-DM es fácil al encontrar las manifestaciones cutáneas y el compromiso muscular proximal; sin embargo, cuando la polimiositis es la única manifestación, deben destacarse otras enfermedades musculares, las enzimas musculares, la electromiografía y la biopsia constituyen una gran ayuda para el diagnóstico. El anticuerpo contra el antígeno PM-1 se ha encontrado en el 60% de los pacientes con polimiositis, dermatomiositis y en

más del 90% de los pacientes con superposición de ESP y PM-DM.

La sinovitis crónica simétrica que conduce a la destrucción articular progresiva es la característica de la AR. Su existencia acompañada de títulos altos de factor reumatoideo y nódulos reumatoideos no deja duda diagnóstica. Estudios seroepidemiológicos encontraron anticuerpos dirigidos contra antígenos nucleares modificados por el virus de Epstein-Barr en pacientes con AR; sin embargo, estudios más recientes no han podido demostrar un papel primario de este virus en la etiología de la AR.

El SS caracterizado por queratoconjuntivitis sicca y xerostomía se encuentra frecuentemente asociado a las demás ETC. En la forma primaria es frecuente encontrar una púrpura hiperglobulínica, polimiositis o neuropatía, enfermedad hepática o pulmonar crónicas y la asociación con linfoma maligno o macroglobulinemia. Los anticuerpos contra los antígenos SS-A (Ro) y SS-B (La/Ha) son más frecuentes en el SS primario que en el LES solo o asociado a SS.

La EMTC tiene manifestaciones superpuestas de lupus eritematoso, esclerodermia y polimiositis acompañadas en el 100% de los casos de títulos altos del anticuerpo antinuclear circulante contra un antígeno nuclear de ribonucleoproteína.

Es bien conocida la asociación de antígeno de histocompatibilidad HLA-B27 con entidades que comprometen la columna vertebral como la espondilitis anquilosante y la enfermedad de Reiter; en los diversos estudios de susceptibilidad genética a otras enfermedades reumáticas se encontró que en el LES esta asociación es más frecuente con HLA-DR3 mientras que en el lupus

inducido por hidralazina es más frecuente el HLA-DR4, sugiriendo una patogenia diferente para estas condiciones. En la AR la asociación es mayor con el HLA-DR4 o el complejo DR4-7-10, mientras que en la forma juvenil de iniciación temprana se encuentra el DR5. El SS primario se asocia con mayor frecuencia al HLA-DR3 y el secundario a AR al DR4.

NUÑEZ, H.M. y M.E. PATARROYO* (DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA). ACTA MED. COL. 7(5): 257-261, 1982.

Interacciones Celulares y Marcadores Antigénicos en Células Linfoides.

Revisión actualizada y detallada sobre el tema.

REYES, B. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 7(5): 278-283, 1982.

Diabetes Mellitus Tipo II.

Se definen los tipos I y II de diabetes mellitus y se consideran: la base hereditaria y gestacional de la etiología, la fisiopatología, las etapas evolutivas y el manejo de la diabetes mellitus tipo II.

CAMPOS J. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 7(5): 294-297, 1982.

Diagnóstico de la Úlcera Péptica.

El autor revisa las manifestaciones clínicas, la radiología, la endoscopia y el laboratorio en el diagnóstico de la úlcera péptica.

REYES-LEAL, B. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 8(1): 40-41, 1983.

Hipotiroidismo Congénito. Carta al Editor.

La causa más frecuente del retardo mental es el Hipotiroidismo congénito. Se trata de un problema evitable siempre y cuando se establezca un diagnóstico y se comience un reemplazo tiroideo precoz; por otra parte el diagnóstico clínico era prácticamente imposible en los primeros días de la vida. Ahora, gracias a la posibilidad de medir T4 (Tiroxina) y TSH (Tirotrófina) en una gota de sangre depositada sobre un papel filtro, los países desarrollados han establecido programas de detección, obligatorios en los recién nacidos.

La primera publicación relacionada con estos programas fue hecha por Dussault y col. en 1976. Los autores describen la técnica de T4 neonatal y la logística seguida cuando se encuentran valores dudosos o claramente bajos. Sobre 47.000 niños estudiados se encontraron 10 con niveles inferiores a los normales. Muy rápidamente se estableció que el hallazgo de un TSH elevado era un criterio mucho más exacto que el de un T4 bajo y desde 1977 el uso del TSH neonatal se ha generalizado. En 1979, bajo la forma de un Suplemento, Acta Endocrinológica Scandinávica publicó un resumen de todos los programas que se estaban llevando a cabo en Europa y en los cuales la incidencia de Hipotiroidismo congénito se situó en 1 por cada 3.800 niños; estos programas abarcaban 500.000 recién nacidos. Estos datos son muy semejantes a los encontrados por Fisher y col. en los Estados Unidos (1 por cada 4.500 niños). En Francia el examen es obligatorio y sin costo desde enero de 1980; sobre 88.000 niños examinados en Normandía hasta noviembre de 1980 se encontraron 28 Hipotiroides Congénitos (1 por 3.150).

El problema se plantea en Colombia en una dimensión completamente diferente

por ser un país con epidemia severa de Bocio, en cierto sentido semejante a la región estudiada por Ermans en el antiguo Congo Belga (región de Uban-gui, norte del Zaire), en la que la frecuencia de hipotiroidismo congénito se sitúa alrededor de 25 por 1000. En los años de 1957-59 la Sociedad Colombiana de Endocrinología llevó a cabo una investigación clínica en la región de Guaduas tratando de estudiar el origen del cretinismo endémico. La frecuencia de tal problema se fijó también en 25 por 1000 habitantes. En nuestro país por lo tanto, el hipotiroidismo constituye una tara social de enormes dimensiones. Con la colaboración de Colciencias y el Ministerio de Salud llevamos a cabo 1.122 determinaciones de TSH y T4 neonatal y encontramos 4 niños con ambos parámetros anormales; se trata de un número de casos muy pequeño pero que muestra la magnitud del problema y la necesidad de implantar en forma obligatoria la determinación de TSH neonatal.

AMADOR, R. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 8(2): 69-74, 1983. (12 ref.; 4 fig.).

Simposio sobre Coma. Fisiopatología.

Revisión Actualizada.

ROSSELLI, A. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 8(2): 74-77, 1983. (12 ref.).

Coma Estructural Neurogénico.

Describe funciones integradas dentro del sistema reticular relacionadas con la conciencia y las principales lesiones supratentoriales productivas de coma.

BERNAL, M. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 8(2): 89-91, 1983 (12 ref.).

Simposio sobre Muerte Súbita. Definición del Problema.

Revisión Actualizada.

VERGARA, I. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA) ACTA MED. COL. 8(2): 136-138, 1983. (7 ref.).

Meningitis Bacteriana.

Revisión actualizada.

CAMPOS, J. y A. ESGUERRA (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 8(3) 153-156, 1983.

Pancreatocolangiografía Retrógrada Endoscópica.

Se presenta la experiencia adquirida al intentar la Pancreatocolangiografía retrógrada Endoscópica (E.R.C.P.), en 500 pacientes con sospecha de patología biliar y/o pancreática con edades comprendidas entre los 7 y 88 años. La visualización de la papila se logró en el 98% de los casos, la opacificación de los canales pancreáticos en el 87% y la de las vías biliares en el 76%. Se agrupan los casos según los diagnósticos logrados y se discuten las indicaciones, las limitaciones y las complicaciones de la técnica en mención.

RIOS, A. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 8(3): 157-167, 1983.

Aspectos Clínicos y Ecocardiográficos de la Fibrosis Endomiocárdica.

Se presentan dos casos de fibrosis endomiocárdica avanzada, de larga evolución y confirmados por anatomía patológica. Se trata de dos mujeres jóvenes, en amenorrea, procedentes de Santander. Una de ellas fue esplenectomizada por anemia hemolítica probablemente esferocítica, pero sin estudio

inmunológico. La misma paciente tenía inmunofluorescencia indirecta positiva para *Tripanosoma Cruzi*. La otra paciente tenía antecedentes de fiebre reumática 10 años antes de su muerte y eosinofilia importante. Por ecocardiografía se encontró en un caso, la hoja anterior de la válvula mitral normal, pero la posterior, estaba gruesa y alterada. En el otro, las dos hojas eran normales, por detrás de la válvula mitral había ecos lineales en ambos casos. Se destacan estos hechos, además de otros ya descritos en la literatura que en conjunto, permitirían hacer un diagnóstico clínico.

RODRIGUEZ, G*., HERRAN, A. y B. SERRANO (DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA). ACTA MED. COL. 8(3): 181-184, 1983.

Oncocitomas Renales.

Dos casos de oncocitoma renal estudiados en los dos últimos años en el Hospital Militar Central son analizados macro, micro y ultraestructuralmente, recalcando las características que permiten establecer un diagnóstico preciso en estos tumores benignos, pese a su gran tamaño.

VILLAMIL, A. DIAZ, H. y J. CAMPOS (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 8(4): 205-213, 1983.

Mala Absorción Tropical en Bogotá.

Se presentan 75 casos de mala absorción tropical, 65 adultos y 10 niños, estudiados desde el año de 1968 en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá. La mayoría de los pacientes provenían de Cundinamarca y del Distrito Especial de Bogotá.

En todos hubo mala absorción de la d-xilosa y esteatorrea. La biopsia

peroral de la mucosa intestinal practicada en 64, mostró atrofia de 1+ en 16, de 2+ en 30, de 3+ en 18 y en ninguno se observó atrofia de 4+. Se encontró anemia en 58 pacientes, la cual fue de tipo megaloblástico en 45 (60%), ocasionada a su vez por deficiencia de ácido fólico en 4, de vitamina B12 en 9 y de ácido fólico y vitamina B12 en 32. Fueron hallazgos frecuentes además del peso bajo, la glositis, la carotinemia baja (40ug/dl), la colesterolemia inferior a 150 mg/dl y la albuminemia por debajo de 3.5 g/dl. Fueron tratados exitosamente con dieta balanceada, ácido fólico, vitamina B12, tetraciclina o sulfas, en forma aislada o empleando combinaciones de estos medicamentos. En presencia de megaloblastosis la terapia ideal es el tratamiento "triconjugado" de vitamina B12, ácido fólico y tetraciclina; solamente falleció un paciente, por tromboembolismo pulmonar.

El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con la enteropatía por gluten y con la anemia perniciosa.

CAMPOS, J. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 8(4): 219-223, 1983.

Esfinterotomía Biliar Endoscópica.

Se presenta la experiencia adquirida por el autor, en práctica privada, al intentar 46 esfinterotomías endoscópicas de la papila de Vater, lográndose la escisión de la misma en 40 pacientes (87%) de los cuales 22 fueron hombres y 18 mujeres con edades que oscilaron entre 29 y 80 años, con un promedio de 62.3 años. Se describen la técnica y los resultados y se discuten las indicaciones, los logros, las limitaciones, las complicaciones y la mortalidad del procedimiento. Se compara con la cirugía tradicional y se informa sobre algunos procedimientos terapéuticos asociados, con lo cual se

amplía su radio de acción a indicaciones particulares.

PACHECO, C. M. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 8(5): 265-285, 1983. (18 ref.; 13 fig).

Enfermedad Eosinofílica del Pulmón.

Extensa Revisión del Tema con Presentación de 6 Casos.

BERNAL, M*. y M. PAVA (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 8(5): 286-288, 1983.

Masa Mediastinal que Simula Valvulopatía Pulmonar.

Se presenta el caso de una paciente de 28 años con un cuadro clínico de estenosis pulmonar severa; en el estudio hemodinámico se comprobó obstrucción a la salida del ventrículo derecho y el angiograma pulmonar demostró constricciones homogéneas en el calibre de los vasos pulmonares. En el estudio patológico posmortem se encontró un linfoma histiocítico del mediastino anterior que comprometía las estructuras vasculares del pedículo aortopulmonar.

GUZMAN, M. A., ONATRA, W., AYALA, M., PEÑA, C. y J. BARRAGAN (DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGIA Y DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA). BIOMEDICA 2(1): 5-11, 1982.

Anticuerpos Antiespermatozoide en la Infertilidad.

Utilizando la técnica de macro-aglutinación en gelatina propuesta por Kibrick, se estudio la presencia de anticuerpos antiespermatozoide en parejas infértiles. De 52 parejas, 33 consultaron por infertilidad primaria (63.6%) y 19 por

secundaria (36.5%). El 46.1% de todas estas mujeres presentaron anticuerpos circulantes a títulos de 1:16 a 1:128, contra solo 3,8% en el grupo control. La frecuencia de anticuerpos circulantes fue mayor (51.5%) en el grupo de mujeres consultantes por infertilidad primaria que en aquellas que lo hicieron por infertilidad secundaria (36.8-). Sólo 12 hombres dentro del grupo estudiado, presentaron anticuerpos a títulos menores o iguales a 1:16; no hubo en ellos correlación ninguna con la calidad de los espermatozoides. No se encontró ninguna relación entre la patología gineco-obstétrica y la presencia de los anticuerpos circulantes.

AYALA, M., MONTENEGRO, M. C. y M. A. GUZMAN* (DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGIA). BIOMEDICA 2(1): 12-16, 1982.

Cuantificación nefelométrica de proteínas plasmáticas. Condiciones de estandarización.

Se presenta un estudio de tipo experimental para establecer las condiciones óptimas necesarias en la determinación de las concentraciones de una proteína plasmática por un procedimiento inmunológico de nefelometría de rayos láser. Se cuantificó transferrina en suero de 39 voluntarios. Se encontró que las condiciones para esta técnica eran: incubación de 10 minutos, temperatura ambiental de 30°C, dilución de anti-suero en solución salina tampón (SST) pH 7.4 con Polietilen-Glicol (PEG-6000) al 4%. Bajo estas condiciones la concentración de Transferrina en el suero de la población estudiada osciló en un rango de 186 - 406 mg/dl.

RODRIGUEZ TORO, G. (DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA). BIOMEDICA 2(2): 73-86, 1982.

La Infección Humana y Animal por Demodex.

Los Demodex son parásitos ubicuos pilosebáceos del hombre y de los animales, específicos para cada huésped. No hay duda de su poder patógeno y etiológico en la sarna canina y de ovejas, cabras, bovinos y otros animales en los cuales el parásito tiene un poder invasivo dérmico. En el hombre, el poder patogénico es muy discutido por cuanto los parásitos pueden encontrarse en proporciones variables en las personas normales, a partir del año de edad. Hay evidencia, no obstante, de su papel mecánico e irritativo local. Si en los folículos pilosebáceos se acumulan suficientes ácaros la traducción clínica es una pápula o micropápula. Los esteroides y los estados seborrécicos favorecen el desarrollo de Demodex, de tal forma que los ácaros pueden complicar una enfermedad básica. Persiste la duda sobre el papel que juegan en la rosácea. En la forma granulomatosa de rosácea la penetración del parásito a la dermis es responsable de la severa respuesta inflamatoria y su papel patógeno en estos casos no tiene duda. Se desconoce si han llegado a la dermis activamente o a través de la ruptura inflamatoria o traumática del folículo pilosebáceo. El reconocer histológicamente los granulomas dérmicos que el parásito produce evita confusiones con lesiones granulomatosas de la cara como la tuberculosis y tuberculides o con lesiones parasitarias de otros tipos, de eventual localización facial. En toda lesión histológica granulomatosa de la cara, especialmente centro-facial, debe incluirse la posibilidad de origen demodéctico. El tratamiento único o coadyuvante de la rosácea y de las blefaritis crónicas con preparados acaricidas puede ser muy beneficioso para los pacientes. El metronidazol no debe su efecto beneficioso en la rosácea a su acción directa sobre el ácaro. La efectividad de la

tetraciclina en el tratamiento de la DPP y de la rosácea podría eventualmente deberse a su actividad acaricida, pero es obvio que se necesitan más estudios y experimentos en este sentido.

La hipersensibilidad retardada, la acción mecánica, la hipertrofia pilosebácea y la invasión dérmica son los principales mecanismos patogénicos que pueden originar enfermedad demodéctica.

BOZON, E*, GUZMAN, M*, GUEVARA DE, M. y A. AGUILERA (DEPARTAMENTO DE CIRUGIA Y DE MICROBIOLOGIA) BIOMEDICA 2(4): 163-171, 1982.

Estudio comparativo entre la acción de un nuevo amino-glucósido (netilmicina) y la de nueve antibióticos de uso común sobre cepas bacterianas Colombianas.

Se hace un estudio descriptivo sobre el comportamiento de cepas bacterianas de diez y siete microorganismos frente a diez antibióticos que amplio espectro, de uso más común en nuestro medio, dentro de los cuales se encuentra un aminoglucósido, la netilmicina, de reciente introducción. Se presentan los porcentajes de inhibición logrados por los antibióticos probados, para cada microorganismo, ordenados en magnitudes decrecientes. Se recomienda este tipo de estudios para tener un conocimiento básico relativo al comportamiento de las cepas bacterianas de una comunidad frente a los antibióticos.

GUZMAN, M*, VILLANUEVA, A. y M. BERNAL (DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGIA). BIOMEDICA 2(4): 177-181, 1982.

Las Pruebas Intradérmicas de Evaluación de Competencia Celular.

Estudio Comparativo entre Antígenos Clásicos y otros Antígenos.

Se presenta un estudio comparativo en la respuesta de hipersensibilidad demorada frente a 4 antígenos universalmente recomendados. Tuberculina (TU), Candidina (CA), Streptokinasa/Streptodornasa (SK/SD) y virus de Parotiditis (PA) con otros antígenos de uso menos común tal como Antígeno-Respiratorio-Mixto (ARM) y lisado de *Staphylococcus aureus* 80/81 (LS). De igual manera se estudió la respuesta al Dinitroclorobenceno (DNCB). La población probada fue de 49 personas normales con edades entre 18-23 años. Los resultados mostraron que la reactividad para ARM es de 91,8%, para LS 91,8%, para Candidina 75%, para TU (10 U) 24,4% para SK/SD de solo 6,8% y para Parotiditis 6,1%. Los estudios con DNBCB permiten aconsejar su uso solo en casos muy especiales. El trabajo presentado sugiere una normalización en la lectura y el uso de 4 antígenos con la más alta frecuencia de positividad dentro del grupo probado así: ARM, LS, CA, y TU.

RODRIGUEZ, G*, MORENO, O., MOGOLLON, J. D., LATORRE, S. y E. CORTES (*DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA) BIOMEDICA 3(3): 49-57, 1983.

ORF: Un Brote en Cabras Importadas.

Se describe un brote de orf en 94 cabras importadas de EUA, destinadas a Lebrija y Floridablanca (Santander). Enfermaron 38 animales. No se presentaron complicaciones ni mortalidad. El diagnóstico clínico se confirmó por la histopatología, cultivo del virus en huevos embrionados y microscopía electrónica con tinción negativa del macerado de las costras. No se comprobaron casos de infección humana. Dos de seis vacas ordeñadas por un empleado a cargo de las cabras, presentaron pápulas en la ubre, pero no se realizaron en ellas ni en el trabajador, estudios virológicos. Se

revisaron las características de esta zoonosis que dentro de la población animal tiene una distribución amplia en Colombia, así como sus implicaciones en la medicina humana y veterinaria. Se enfatiza sobre la necesidad de comprobar el diagnóstico clínico por métodos virológicos y de microscopía electrónica.

RODRIGUEZ T., G. (DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA). BIOMEDICA 3(3): 77-99, 1983.

Leishmaniasis (38 ref.; 35 fig.).

El autor revisa la definición de la enfermedad, la morfología de las formas amastigotes y promastigotes del parásito, el género vector (*Lutzomyia*) y sus características, los reservorios (pequeños roedores, desdentados y marsupiales para las formas cutánea y muco-cutánea y cánidos para la forma visceral), la clasificación *Leishmania mexicana* y sus subespecies *mexicana*, *pifanoi*, *amazonensis*, *garnhami*, *venezuelensis* y *aristedesi*, *Leishmania braziliensis* y sus subespecies *braziliensis*, *panamensis*, *guyanensis* y *peruviana*, *Leishmania donovani* con subespecies *donovani*, *infantum* y *chagasi*, *Leishmania tropica* con subespecies *major* y *minor*, *Leishmania etiopica* y *Leishmania isabela*. La tipificación es muy importante. Es posible que en América solo cepas de *Leishmania braziliensis braziliensis* produzcan lesiones mucosas. *Leishmania mexicana pifanoi* y *Leishmania mexicana amazonensis* se asocian con leishmaniasis difusa en huespedes con inmunidad celular defectuosa. Hubo leishmaniasis en Colombia desde épocas precolombinas. Desde 1872 se han detectado varios miles de casos de forma cutánea y decenas de forma visceral. La tasa de leishmaniasis cutánea es de 2.4 por 100.000 en algunas zonas endémicas. Las formas mucosas representan un 25%. Se describe e ilustra extensamente la forma cutánea y se señala la

patogenia, el diagnóstico (con detalles de la reacción de Montenegro) y el tratamiento.

GUZMAN, M*., RAMIREZ, G. y B. BUITRAGO (DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGIA). BIOMEDICA 3(4): 140-145, 1983.

Prototecosis. Informe de Tres Casos.

Se presentan tres casos clínicos de prototecosis vistos y estudiados en el Instituto Naacional de Salud. Uno corresponde a la forma tegumentaria y los otros dos a formas de bursitis del olécranon.

Se discuten los aspectos biológicos, clínicos y de laboratorio de esta rara entidad causada por algas.

AGUDELO, C. (DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGIA) BOL. OF. SANIT. PANAM. 95(3): 205-216, 1983.

Participación Comunitaria en Salud. Conceptos y Criterios de Valoración.

Se desarrolla un método para evaluar la participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud, con base en cuatro conceptos:

-Amplitud, determinada por el número de instrumentos presentes y actuantes: Comité de salud, promotores de salud, otras organizaciones comunitarias y la comunidad colectivamente.

-Totalidad, medida por la integración de cada instrumento al proceso administrativo de la salud (planificación, ejecución, control y evaluación).

-Tipo de gestión, relacionado con la toma de decisiones y la administración de los recursos y actividades. Se consideran la autogestión, la coadministración y la recepción pasiva de servicios.

-El financiamiento comunitario, que contempla el aporte de materiales, la labor comunitaria y el aporte monetario.

La amplitud y totalidad se llevaron a un sistema de puntaje para establecer los grados de participación de cada instrumento y de todos en conjunto.

Al método se le realizaron pruebas de validez y confiabilidad, encontrándose que una y otra son aceptables.

El método de valoración es útil para comparar diferentes experiencias y establecer el grado de desarrollo, cualitativo y cuantitativo, de la participación comunitaria, aspecto clave de la Atención Primaria.

PLATA RUEDA, E. (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA) MEDICINA 6: 15-21, 1982.

Abuso del Diagnóstico de Amibiasis en Colombia.

Se citan argumentos de la literatura nacional y de la práctica diaria según los cuales es patente que en Colombia se está abusando del diagnóstico de amibiasis, como salida fácil para tratar de solucionar los más variados problemas clínicos, tanto de la pediatría como de la medicina general. Los orígenes del abuso son, por una parte, la real alta prevalencia de la parasitosis en Colombia, pero por sobre todo, el considerar enfermedad a la condición de portador, agravado por la circunstancia de ser evidente que hay fallas importantes en el entrenamiento del personal de laboratorio clínico para distinguir con razonable certeza la *Entamoeba histolytica* patógena de otras especies no invasoras. El abuso tiene especial gravedad en el niño pequeño, quien, como consecuencia de él, es objeto de tratamientos agresivos y deja de recibir el manejo médico y quirúrgico que si es adecuado.

Se sugieren una serie de medidas educativas y técnicas para contrarrestar este problema.

LOMANTO-MORAN, A. y P. GOMEZ CUSSIN (DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA). REV. COL. OBST. GINECOL. 33(2): 112-124, 1982.

Evaluación de la Colpocistouretropexia en la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

La corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer sigue siendo un problema complejo y perturbador. Así como no existe un solo factor etiológico único para todas las mujeres con incontinencia urinaria, tampoco hay de manera uniforme un solo método quirúrgico que corrija el trastorno, como lo indican las publicaciones continuas de nuevas técnicas quirúrgicas.

Han sido evaluadas 150 historias clínicas de pacientes intervenidas en los servicios de Ginecología y Urología del Centro Hospitalario de San Juan de Dios en un período de tres años, con una técnica suprapúbica, obteniendo las siguientes conclusiones:

1. Para poder llegar a un diagnóstico exacto de la incontinencia urinaria de esfuerzo, clave para el éxito operatorio final, es necesario la realización de una historia clínica y un examen físico completos: Lo ideal sería utilizar investigaciones urodinámicas que de ninguna manera deben sustituirlos, como cistoscopia, cistometría y urografía. La citología es importante.
2. Comprobamos, como la mayoría de los autores, que la incontinencia urinaria es más frecuente en grados menores de uretrocistocele, en las

grandes múltiparas y entre los 40 y 50 años (47.5 años promedio en nuestro estudio).

3. Encontramos 22% de cirugía vaginal previa, hecho frecuente porque la efectividad de esta vía no llega al 60%.
4. Se utilizaron tres modalidades de procedimientos quirúrgicos teniendo en cuenta, además de la incontinencia, la presencia de patología de celes de la vagina, lógicamente teniendo como base la colpocistouretropexia descrita anteriormente. Consideramos que el material no absorbible puede dar una tasa más alta de efectividad a largo plazo.
5. La técnica empleada tiene una morbilidad relativamente baja pues no se presentaron sino dos casos de apertura de la vejiga y siete de hemorragia. Dentro de las complicaciones postoperatorias, el dolor suprapúbico tardío ascendió al 26%. Los problemas de retención urinaria, e infección de la herida coinciden con intervenciones semejantes.
6. La cifra del 93% de éxito coincide con las intervenciones suprapúblicas similares y la evaluación de los casos que fracasaron demostró fallas en la valoración y una prueba de ello es el hecho de haberse presentado nuevamente la sintomatología antes de los seis meses del post-operatorio.

En conclusión, podemos decir que la colpocistouretropexia, según la descripción hecha anteriormente, es el procedimiento ideal y primario para la corrección de la incontinencia urinaria.

SANCHEZ TORRES, F. (DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBS-

TETRICIA) REV. COL. OBST. GINECOL. 33(3): 197-201, 1982.

Factores que intervienen en la calidad de la atención ginecobstétrica en América Latina.

Existe una buena calidad ginecobstétrica cuando: 1. La mortalidad por cáncer genital es baja. 2. Los índices de mortalidad materna son bajos. 3. Las tasas de prematuridad y bajo peso al nacimiento son reducidas. 4. La mortalidad perinatal es baja. 5. El número de embarazos de alto riesgo no supera el número de embarazos de bajo riesgo. 6. Las tasas de natalidad no desbordan las posibilidades presupuestales del Estado destinadas a satisfacer los requerimientos de salud, educación y vivienda.

La atención ginecológica es buena si es:

- a. Integral (preventiva y curativa).
- b. De amplia cobertura (a toda o casi toda la población femenina).
- c. Accesible (gratuita o de costos reducidos; centros de atención suficientes y estratégicamente situados).
- d. Eficiente (que ofrezca los tres niveles de atención).

Por su parte la atención obstétrica es buena si es:

- a. Precoz (desde las primeras semanas de gestación).
- b. Integral (que abarque el embarazo, el parto y el puerperio, e involucre al neonato).
- c. De amplia cobertura (a toda o casi toda la población gestante).
- d. Accesible (gratuita o de costos reducidos; centros de atención suficientes y estratégicamente situados).

- e. Eficiente (que ofrezca los tres niveles de atención, con personal e instalaciones de acuerdo a la complejidad de esa atención. Que tenga un componente educativo).

Habiendo establecido las características de una buena atención es forzoso señalar bajo qué condiciones puede dispensarse. Creo que esas condiciones son las siguientes:

- a. Un sistema nacional de salud bien estructurado.
- b. Un adecuado presupuesto.
- c. Una comunidad consciente del papel que le corresponde desempeñar.

GOMEZ-CUSSIN, P. y A. LOMANTO-MORAN (DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA). REV. COL. OBST. GINECOL. 34(1): 28-33, 1983.

Operación de Kelly.

El procedimiento de Kelly para el manejo quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo, es de baja efectividad y por lo tanto solo se justifica su utilización en casos muy seleccionados, especialmente cuando se ha de realizar histerectomía vaginal previa a este acto quirúrgico. La vía suprapúbica en las múltiples publicaciones sobre el tema, resulta ser muy superior para el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo, bien sea que se emplee cualquiera de las técnicas que para ella existen. Ejemplo: Marshall — Marchetti — Krantz — Burch — Tanagho, Pereyra modificado, u otras.

Cuando fracase la corrección suprapúbica, de acuerdo a los estudios de Lockhart (16) hay un 90% de probabilidades de que el cirujano se encuentre en presencia de una vejiga inestable que requerirá estudio urodinámico especial.

URIZA-GUTIERREZ, G. y F. MARTIN (DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Y DE PATOLOGIA). REV. COL. OBST. GINECOL. 34 (4): 225-234, 1983.

Carcinoma primario bilateral de trompa de Falopio.

Informe de un caso.

Se presenta un caso de adenocarcinoma primario bilateral de trompas uterinas, tumor extremadamente raro cuya frecuencia oscila del 0.1% al 1.4% de todas las neoplasias ginecológicas malignas. Su tratamiento fue histerectomía total más salpingo-oforectomía bilateral seguida de radioterapia.

Se hace una extensa revisión bibliográfica mundial analizando la historia del tumor, su frecuencia, la edad y paridad de las pacientes que la sufren, el diagnóstico y sintomatología, la anatomía patológica y su pronóstico y tratamiento. Se presenta además su clasificación clínica e histológica aceptada internacionalmente por la mayoría de los autores.

RAMIREZ MERCHAN, R. (DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA). REV. COL. OBST. GINECOL. 34(4): 238-243, 1983.

La Psicoprofilaxis Obstétrica.

Revisión excelente sobre el tema.

SALAZAR G., J. A., PACHECO C., C.J., ULLOQUE, H., GUZMAN N., A. y VELASCO CH., A. (DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA). REV. COL. OBST. GINECOL. 34(5): 265-274, 1983.

Embarazo prolongado. Diagnóstico y evaluación.

Se estudian 16 pacientes con amenorrea gestacional de 300 días o mayor, se

someten a amniocentesis y su líquido amniótico se centrifuga y lee en el espectrofotómetro a 650 nm; estas lecturas se analizan tomando como "blanco" los resultados de un trabajo publicado por los mismos autores en pacientes a término, deduciendo una diferencia significativa entre las cifras de Densidad Óptica a término y posttérmino. Se propone una cifra de 0,3 como valor crítico por encima del cual se puede presumir el diagnóstico de embarazo prolongado y por debajo del cual se descarta con muy aceptable confiabilidad, concluyendo la bondad del método para la selección de pacientes a estudio por embarazo prolongado.

Se realizan pruebas evaluatorias de la función placentaria mediante pruebas con la frecuencia cardíaca fetal, que producen cifras de Insuficiencia Placentaria, que coinciden con las publicadas por otros autores y sustentan la necesidad de considerar la entidad como un verdadero caso de Alto Riesgo, aunque no coexista con un síndrome de postmadurez. Se anota una posible insensibilidad en el método de Capurro para detectar la prolongación del embarazo cuando no se asocia con el cuadro de posmadurez.

GOMEZ, R. de, N., TORO, V.A., RODRIGUEZ V. M. y R. DIAZ LL. (DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA). REV. COL. OBST. GINECOL. 34(5): 288-297, 1983.

Cesáreas en el Instituto Materno Infantil de Marzo a Agosto de 1981.

Se analizaron 549 historias de pacientes a quienes se les practicó operación cesárea en el IMI entre marzo y agosto de 1981, encontrándose un aumento en la proporción de cesáreas que llegó al 12.6%.

La desproporción feto pélvica continúa como primera indicación (29%), seguida de la iteratividad y aparece la toxemia como indicación en un porcentaje apreciable (4.7%).

La técnica más usada fue la transperitoneal (98%) y la anestesia preferida la peridural (82%), actuando el personal en entrenamiento como cirujano en un alto número de las cesáreas (82%).

Las complicaciones post-operatorias fueron de índole infecciosa en la mayoría de las veces, siendo las más frecuentes la endometritis y el absceso de pared; sin embargo, no se encontró relación entre esta patología y el estado de membranas rotas al ingreso. Hubo una muerte materna por sepsis (0.18%). El promedio de estancia hospitalaria fue de 5 días.

La mayoría de los recién nacidos tuvo peso entre 2.500 y 3.500 grm. y APGAR de 7 a 10. Ocurrieron 23 muertes de recién nacidos y 17 casos de fetos muertos durante el trabajo de parto; en 19 casos se encontraron ruidos fetales negativos al ingreso, siendo en ellos la indicación de la cirugía de índole exclusivamente materna.

SANCHEZ R., F., OSPINA L., J. A. y L. G. ECHEVERRY (DEPARTAMENTO DE CIRUGIA) TEMAS ESCOG. GASTROENTEROL. 22: 95-108, 1982.

Fístulas Biliodigestivas.

Se estudian las características, etiología y patogenia de las fístulas bilio-digestivas. Se detallan las características de 23 casos operados en el Hospital de San Juan de Dios entre 1971 y 1980: la edad 27 a 68 años (promedio 48), sexo (20 mujeres y 3 hombres), signos y síntomas, y el diagnóstico radiológico previo de tres casos. Se describen los tipos de fístula, la patología asociada, la

conducta quirúrgica y las complicaciones (7 casos). La discusión final compara los pacientes operados con los reportados por otros dos centros hospitalarios, en USA; comenta la obstrucción intestinal por cálculos presente en una mujer de 68 años y revisa los casos previos, que mostraron alta incidencia de carcinoma de vesícula biliar.

SANCHEZ S., J. A. y E. ANDRADE V. (DEPARTAMENTO DE CIRUGIA) TEMAS ESCOG. GASTROENTEROL. 22: 127-134, 1982.

Tumores Carcinoides Digestivos.

Se estudian los once casos de tumores carcinoides diagnosticados en el Hospital de San Juan de Dios entre 1965 y 1980. Siete casos ocurrieron en varones y 4 en mujeres; 10 casos fueron de tumores benignos y 1 maligno. Ocho casos estaban localizados en apéndice cecal con edades entre 11 y 30 años; de cuatro casos localizados en intestino delgado se estudiaron dos: uno *post-mortem* y otro con claros signos clínicos; un caso se localizó en el estómago.

El tratamiento fué quirúrgico y curativo en 9 de 10 casos. La excepción fué el tumor maligno, que fué el que presentó signos clínicos manifiestos. Se comentan las características morfológicas y bioquímicas, según la localización, sintomatología (enrojecimiento, diarrea, lesiones cardíacas, asma, pelagra) y tratamiento recomendado para los tumores carcinoides.

BOZON M., E., ANDRADE V., E. y J. DE LA HOZ (DEPARTAMENTO DE CIRUGIA). T.M. 64(8): SUPL; 26-31, 1981. 20 años de cirugía en Colombia. *Síntesis de hechos destacados.*

Los autores revisan los avances en cirugía de tiroides, paratiroides, glándula mamaria, esófago-estómago-duo-

deno, úlcera péptica, coloproctología, colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn, hígado, vías biliares y vesícula biliar, bazo, hipertensión portal, páncreas, cardiovascular y vascular periférica y trasplante renal, con la conclusión de que se han realizado grandes avances en la cirugía nacional y que ellos pueden incrementar en el futuro.

MONTES D., G. (DEPARTAMENTO DE CIENCIAS FISIOLÓGICAS) T. M. 66(5):SUPL; 52-53, 1982.

Comentarios. Resistencia Microbiana.

En el presente artículo el autor pone énfasis en el análisis de errores que deben evitarse en la prescripción de antibióticos.

BONILLA J. (DEPARTAMENTO DE CIENCIAS FISIOLÓGICAS). T. M. 66(5): SUPL; 54-56, 1982.

Consideraciones sobre el Antibiograma.

Se revisan la necesidad, la metodología y las limitaciones del antibiograma corriente, se hacen algunas críticas y se proponen bases para un antibiograma racional.

GOMEZ LL., E. J. y A. S. SANCHEZ C. (DEPARTAMENTO DE CIRUGIA). T.M. 66(7): 777; 33-36, 1982.

Actividad Bacteriana de la Yodopovidona en Urología.

Valoración de la eficacia de la yodopovidona en la asepsia y antisepsia del área quirúrgica en pacientes y personal de un equipo de cirugía urológica; se comparan los resultados con los de otros antisépticos de uso corriente.