

Resúmenes de Publicaciones

LEUCEMIA MONOCITICA (L.M.)

Cond. de *American Journal of Medicine* XX:588. Abr/56

Desde 1913 cuando Shilling describió el primer caso de L. M. considerable controversia se ha suscitado sobre esta materia. Muchos autores han negado su existencia. Sin embargo trabajos clínicos y citológicos de Dameshek, Clough, Doan Forker establecieron la existencia de esta entidad sobre una base firme. En 1942 Evans recolectó 179 casos de la literatura mundial.

La L. M. ha sido bien descrita. En 1932 Clough presentó una revisión de 22 casos. Notó que en muchos de ellos había una historia de comienzo con infección bucal, gingivitis o angina; los ganglios generalmente no estaban apreciablemente agrandados y la hepato y esplenomegalia eran apenas moderadas. Estas observaciones fueron confirmadas dos años más tarde por Forkner quien indicó que las lesiones úlceronecróticas de la cavidad oral eran muy especiales de la L. M. y describió la linfadenopatía y el agrandamiento de los órganos abdominales como forma intermedia entre los observados en las leucemias linfocítica y mielo-cítica.

Aunque infrecuentemente mencionadas en las revisiones sobre esta enfermedad las lesiones ulcerativas del intestino ocurren con frecuencia. En 1935 Whitby y Christie señalaron que estas lesiones eran un rasgo distintivo. White y más recientemente Lynch han llamado particularmente la atención sobre las lesio-

nes úlcernecróticas del área perirrectal lo que debe obligar a repetidos exámenes proctoscópicos de estos pacientes.

Aunque la forma aguda de L. M. ha sido frecuentemente observada y sus rasgos clínicos bien descritos, la forma crónica ha permanecido enigmática. Una revisión de la literatura revela una relativa pobreza de casos bien documentados. Muchos de estos casos reportados como crónicos en realidad parecen ser casos agudos con una supervivencia de unos cuantos meses más de lo usual. La descripción de la forma crónica en los textos de estudio es muy breve.

Sinn y Dick: 25 casos de los cuales 17 eran formas agudas.

Edades: Entre 16 y 83. La mayoría entre 40 y 65.

Su experiencia con las formas agudas confirma las observaciones de otros. Lesiones orales ocurrieron en 13 de los 17: Hiperplasia, ulceración y hemorragias de las encías y a veces de otras estructuras orales. 5 pac. desarrollaron lesiones perirrectales la más común de las cuales era la fisura anal. En dos casos esta fisura era sintomática y hubiera pasado desapercibida si no se hubiera hecho el examen de la región. En un caso la fisura desapareció cuando se obtuvo una remisión de la enfermedad con purinetol pero reapareció 5 meses más tarde cuando se presentó la recaída. Absceso perirrectal fue complicación seria en dos casos. Lesiones cutáneas ocurrieron solamente en dos pacientes. Las linfadenopatías eran generalmente de tamaño muy ligero exceptuando los casos con infección oral. Hepatomegalia ocurrió a menudo antes de que se palpara el bazo. En los dos casos más fulminantes el hígado y el bazo nunca pudieron apreciarse clínicamente. La mayoría tenían una leucocitosis moderada cuando fueron vistos por primera vez pero algunos pacientes tuvieron un recuento blanco normal. Invariablemente, a menos que hubiera depresión por la terapéutica, los leucocitos en las fases terminales subieron a niveles por encima de 100.000. Los 3 pacientes cuyo recuento inicial fue mayor de 100.000 murieron 3 semanas después de la primera entrevista y 5 después del comienzo de los síntomas. En la mayoría de los casos pequeñas cantidades de mielocitos fueron encontrados en la sangre de vez en cuando lo mismo que glóbulos rojos nucleados. Los mielogramas uniformemente mostraron una medula densamente celular compuesta en su

mayor parte de blastos, promonocitos y unos cuantos monocitos maduros; los megacariocitos estaban muy reducidos lo mismo que los elementos mieloides y eritroides normales. Todos los casos tuvieron un curso rápido. Quemoterapia específica pareció prolongar la vida unos cuantos meses en 4 pacientes. Remisiones parciales se presentaron en uno de dos pacientes, tratados con TEM, en dos de 5 pacientes tratados con cortisona y en uno de dos pacientes tratados con purinetol. En ningún caso se registró una completa remisión hematológica y la supervivencia más larga observada fue de 8 y medio meses.

Manejo Quirúrgico de Pacientes que han Recibido Previamente Terapia con Esteroides Corticoadrenales

Cond. de "*Surgery*" Nov|56 40:945

Administración de ACTH o cortisona puede alterar en el individuo la capacidad de efectuar las reacciones necesarias a situaciones de stress tales como una intervención quirúrgica.

Cuando se sabe que el paciente ha recibido esta clase de drogas en el pasado se le concede gran importancia al test que mide la respuesta de la eosinofilia a una infusión intravenosa de dextrosa al 5% con 20 U. de ACTH durante 8 horas. Un test positivo que indica que la corteza suprarrenal es capaz de responder al ACTH se manifiesta por una caída del 80% en los eosinófilos a las 4 horas y una acentuación de esta caída hasta el 90% al cabo de las 4 horas siguientes. En este caso puede operarse sin preparación especial. Si el test es negativo es decir que no se produce una caída de eosinófilos mayor del 80% deben repetirse diariamente las infusiones de 20 U. de ACTH hasta que se obtenga una respuesta satisfactoria, y la operación debe realizarse con una constante infusión que contenga 20 U. de ACTH por litro durante el acto operatorio y después durante todo el día; luego se continúa administrando 20 U. de ACTH intramusculares cada 4 horas por un día más para después ir disminuyendo el número de inyecciones.

No olvidar que las complicaciones postoperatorias aumentan la demanda de esteroides y por tanto deben ser manejadas aumentando las cantidades de ACTH.

Cuando se trate de un paciente que está recibiendo ACTH cuando se va a operar, tanto la operación como el postoperatorio deben manejarse de la manera ya descrita.

Si el paciente está recibiendo Cortisona o sus afines deberdarse infusiones de 8 horas de ACTH al tiempo que el esteroide va retirándose gradualmente lo que requiere de 3 a 5 días. Esta conversión es seguida de recuentos de eosinófilos de 4 y 8 horas. Una vez que el paciente esté adecuadamente preparado la conducta es igual a la de los casos anteriores.

Una situación seria es la que se presenta cuando se ignora que el paciente haya recibido terapia esteroide hasta que ocurre el shock generalmente durante el acto operatorio. En estos casos debe sospecharse la participación de una insuficiencia suprarrenal relativa cuando el shock no guarda relación con la magnitud de la operación o cuando se hace irreversible a pesar de adecuada administración de transfusiones y vasoconstrictores. Si es posible debe hacerse en estas circunstancias un recuento de eosinófilos y si se encuentran cifras relativamente altas (10-15 por mm. cúbico) debe administrarse inmediatamente terapia esteroide. Si no se puede hacer el recuento debe ensayarse una administración de prueba de estas hormonas. Se aconseja dar 200 mgs. de hidrocortisona por vía endovenosa y tan rápidamente como sea posible. La respuesta en la presión sanguínea es dramática si se está en presencia de una insuficiencia suprarrenal. La dosis de mantenimiento durante el resto de la operación se obtiene dando 200 mgs. de esteroide en cada 500 c.c. de sangre. Durante 3 a 5 días debe seguirse dando la hormona intramuscularmente a frecuentes intervalos.

Coartación de la Aorta

Cond. del *British Medical Journal* Ag 18|56

Se analizan 52 pacientes, 40 de ellos operados.

43 fueron diagnosticados durante exámenes médicos practicados por motivos diferentes a la coartación. Los hallazgos iniciales que luego condujeron al diagnóstico en estos 43 casos fue-

ron *soplos cardíacos* en 26, *hipertensión* en 12, *masa pulsátil en el cuello* en 2 y *signos radiológicos* en 3.

A 23 pacientes los médicos les habían llamado la atención sobre su corazón desde mucho tiempo atrás y 18 de estos habían desarrollado uno o más de los siguientes síntomas: Cefalea, desvanecimientos, palpitaciones, disnea de esfuerzo, fatigabilidad, dolores precordiales, dolores de extremidades.

Por contraste, 4 pacientes no sabían que tuvieran enfermedad cardiovascular y ninguno de los 4 tenía síntomas subjetivos. Este contraste sugiere que muchos de los síntomas son causados por ansiedad y preocupación por su enfermedad.

Complicaciones predominantes en los pacientes estudiados: Infección bacteriana subaguda, aneurisma disecante de la aorta, aneurisma no disecante, aneurismas de las intercostales, lesiones vasculares intracraneales, hipertensión e insuficiencia cardíaca.

Aunque no tengan síntomas los pacientes con coartación viven en peligro. Las complicaciones vasculares son repentinas y graves y a veces son ajenas a la coartación.

La región de la coartación es en ocasiones asiento de lesiones fatales. En 8 casos se encontraron vegetaciones infecciosas. La otra lesión local en relación con la coartación es la formación de aneurisma. Razonablemente se espera que la resección y la reconstitución de la luz del vaso prevenga estas complicaciones.

La operación tiene una mortalidad baja y los resultados han sido satisfactorios. La hipertensión en las extremidades superiores ha sido reducida a cifras normales y los accidentes cerebrovasculares, la infección bacteriana, los aneurismas, y la insuficiencia cardíaca no se volvieron a presentar después de la operación.

Pros y contras de la operación: En favor: (1) improbabilidad de que los pacientes sobrepasen la edad de 50 años. (2) La naturaleza insidiosa o repentina de complicaciones serias o fatales. (3) La reducción de la hipertensión después de la operación y (4) La baja mortalidad operatoria.

En contra: (1) La dificultad de juzgar los riesgos en cada uno de los pacientes tomados por separado. (2) La falta de absoluta certeza de que la operación prevenga la aparición de complicaciones serias. (3) La poca disposición del médico a someter a un paciente libre de síntomas a una operación mayor y de naturaleza profiláctica.

El autor cree que los pros superan a los contras y por tanto recomienda la resección en todos los casos por debajo de 40 años a menos que esté contraindicada por la presencia de severas anomalías cardiovasculares asociadas no susceptibles de mejorar con la operación. El momento ideal para la operación es antes de la adolescencia.

El Paciente que no Quiere Sentirse Bien

Cond. de "*Minnesota Medicine*" 39:635 Oct|56

La mayoría de nosotros soportamos las pesadas responsabilidades de ser médicos ayudados por las satisfacciones que obtenemos al ver que nuestros pacientes se mejoran. Por tanto, el paciente que no marque el paso de la mejoría nos produce gran decepción. Cuando creemos adivinar que es el paciente mismo, y no alguna enfermedad física incurable, la causa del fracaso, nos sentimos indignados y rencorosos. Y si analizamos las proporciones podemos decir que el grupo de estos pacientes es pequeño pero las molestias y la preocupación que le ocasionan al médico es grande.

La paciente (usamos el género femenino intencionalmente) generalmente se presenta al médico con numerosos síntomas entre los que descuella especialmente la falta de fuerzas y la fatigabilidad y asumiendo la actitud de persona que ha llevado la pesada carga con entereza y valor. Otro rasgo que aparece evidente si se estudia con cuidado es la ira y hostilidad expresadas casi siempre en forma indirecta y ocultas bajo las sonrisas que el paciente prodiga. Por las primeras dos semanas y cualesquiera que hayan sido los estudios hechos o los tratamientos instituidos la paciente mejora pero luego y a pesar de que siga sometida al tra-

tamiento los síntomas regresan, las quejas aumentan, la familia se halla desconcertada y el doctor lo está más aún ya que no puede encontrar nada con la suficiente importancia patológica como para que explique los síntomas. Por este tiempo el paciente comienza a mostrar una terrible habilidad para hacer que el doctor sienta que de todos modos él es el responsable del fracaso y este se encuentra en una situación particularmente difícil si se ha ejecutado una laparotomía exploradora movido por las quejas del paciente pues está totalmente seguro que todo estaba correcto dentro del vientre del paciente cuando lo estuvo explorando dos semanas antes. Entonces el cirujano piensa: Serán los síntomas debidos a alguna cosa que yo hice? o serán debidos a adherencias causadas por la operación? Si este pensamiento es lo bastante intranquilizador y si el paciente y su familia se hallan lo suficientemente desesperados el médico puede ceder a la tentación de volver a echar otro vistazo dentro del vientre o más probable aún otro cirujano será el que lo hace. Tales son los pacientes que quedan señalados con tres o cuatro cicatrices.

Farde o temprano —aunque no siempre— el médico se da cuenta de que se halla luchando contra un opositor muy respetable. Intuitivamente comienza a entender que el paciente tiene la determinación de persistir en sus síntomas, de pelear contra el médico una guerra de guerrilla, de encontrar los puntos débiles para explotarlos y enfin de cuentas llegar a desmoralizar al médico con toda su ciencia.

Pero los pacientes no se entregan a esta clase de juego sin que los muevan razones especiales. Pero antes de entrar en este asunto voy a señalar un aspecto importante de esta situación que tiene mucho que ver con las relaciones de los médicos entre sí. El tipo de paciente a que nos venimos refiriendo acostumbra denigrar al médico anterior y alabar al actual. Esto puede convertirse en terreno abonado para los malos entendimientos entre los colegas y hace resaltar la necesidad de las buenas comunicaciones entre unos y otros para informarse mutuamente sobre estos pacientes quienes poseen una aterradora habilidad para explotar las cosas triviales que el doctor ha dicho o aquellas otras que se ha callado. Esto pone de manifiesto cuán cauto se debe ser en las afirmaciones que se hagan delante de tales pacientes.

Los mecanismos neuróticos operantes detrás de los síntomas y de la conducta de estos casos son varios. En ellos aparecen dos rasgos marcados a saber: la hostilidad y la dependencia. Se considera que esta dependencia hostil tiene sus fuentes en una niñez estricta y rígida durante la cual al niño se le enseñó a sentir miedo de ofender a alguien pero al mismo tiempo se sentía enojado de estar encerrado dentro de esos estrechos límites; y este enojo nunca podía ser expresado abiertamente pues ello le hubiera ocasionado castigos. El niño aprende entonces que la mejor manera de adaptarse a la vida es ser afable con todas las personas aun con aquellas que se detestan, que la ira no se puede expresar sino en forma indirecta, que es grato hacer sentir indefensa y sin poder a la gente grande que lo castiga; que uno no debe nunca estrechar relaciones con nadie no sea que se reciban heridas por esta intimidad; que amar a alguien maduramente es un riesgo demasiado grande.

Por muchos aspectos, y aunque ello parezca extraño quizás la relación más madura que el paciente ha tenido durante toda su vida es la que tiene con su médico. El paga un honorario por la dependencia que ha buscado y ello le permite ejercer un control sobre ella. Por otro lado experimenta una sensación de seguridad al sentir que esa figura del padre que es el médico necesita ayuda. Cada relación es puesta a prueba de diversos modos; y cuando el doctor se muestra descorazonado o enojado con el paciente salta la infancia misma de éste al ser nuevamente rechazada y le dice "Ya te lo había dicho. La gente siempre te tratará de la misma manera. No te fíes de nadie". El hecho de que el paciente no sea ya un niño y de que el médico no sea realmente su padre es lo que hace que a esto se le de el nombre de conducta neurótica.

Con base en el anterior análisis la tarea del médico se hace más clara aunque no por eso menos difícil. Tratará de ser un padre amable pero firme con el fin de que se le respete. Tratará de proteger al paciente de sus propios impulsos agresivos y hará el esfuerzo de no mostrarse visiblemente conmovido ni por sus demostraciones de afecto ni por sus enojos. Su actitud será de solícita ayuda pero dentro de los límites definidos que previamente se ha trazado, por ejemplo ver al paciente cada quince días durante 20 minutos y nunca más antes ni por más tiempo o no

dar ninguna medicación (especialmente sedantes) por el solo hecho de que el paciente los solicite. Finalmente la mejor ayuda que puede prestarle es irle dando gradualmente la oportunidad de que hable más de su persona que de sus síntomas. Naturalmente que para llegar a inspirar esta confianza se necesita tiempo. Cuando uno de estos pacientes comience por fin a mostrar algunos de sus sentimientos y a hablar seriamente de sus problemas personales el médico puede lanzar un suspiro de alivio en el convencimiento de que ha ayudado a otro ser humano a romper el cascarón de su infancia emocional.

Nuevo Test para Explorar la Función Vestibular

Cond. de "*Archives of Otolaryngology*" 64:409 Nov|56

Paciente en posición horizontal. Se pone unas gotas de alcohol de 70% en el canal auditivo externo. Con la ayuda de un espejo frontal común y corriente se proyecta un chorro de aire comprimido a presión constante (controlado por un regulador de aire ordinario) sobre el cuadrante posterosuperior de la membrana timpánica con el fin de efectuar un enfriamiento tan cerca del laberinto como sea posible. Después de los 30 segundos la cabeza del paciente se endereza y se hiperextiende sobre la nuca. Se le fija la mirada haciéndolo mirar el índice del operador mantenido a dos pies por encima de la cara y moviendo el dedo hacia cada extremo del campo visual se puede determinar el grado de nistagmus creado por el estímulo.

Con este método se ha visto que el período latente o sea el transcurrido desde el comienzo del estímulo hasta la aparición del nistagmus tiene un promedio de 40 segundos y que la duración del nistagmus es de unos 30 segundos. En ocasiones puede sobrevenir náusea pero nunca se ha visto vómito. Un período de descanso de 2 a 3 minutos es conveniente antes de probar el oído opuesto.

Aunque quizás mayor enfriamiento se obtenga con el uso de agentes más volátiles como acetona y eter, estas sustancias son irritantes para los delicados tejidos del oído. Creemos que un al-

cohol de concentración del 70% es seguro y no hemos vacilado en usarlo aún en casos de supuración del oído medio especialmente cuando se sospecha la presencia de colesteatoma. No hemos encontrado que haya necesidad de secar cuidadosamente el oído después de la prueba. Obviamente el mayor valor de la prueba reposa sobre la comparación de un oído con el otro.

Aceptamos que el más complicado test calórico cuantitativo se use cuando tenga que estudiarse en forma más completa los problemas neurológicos, pero en la práctica ordinaria del médico ocupado la contemplación de tales métodos elaborados sirve únicamente para engendrar aplazamiento tras de aplazamiento de este importante medio diagnóstico, cosa deplorable tanto para el médico como para el paciente.

Fiebre por Arañazo de Gato

(Linfadenitis regional no bacteriana)

Cond. de "*New England Journal of Medicine*"

255:1.029 Nov. 29|56

Esta enfermedad se diagnostica con más frecuencia si se usa la prueba intradérmica con el antígeno específico. No siempre se obtiene el antecedente de la mordedura o el arañetazo del gato. En la mitad de los casos se desarrolla en el sitio de la inoculación una pápula, una vesícula o una pústula. Unos 4 días después aparece la adenitis pero esta puede demorarse hasta 7 meses. Los ganglios son dolorosos y pueden supurar pero no se fijan a los planos profundos y la piel que los recubre no está comprometida. La adenopatía generalmente persiste por dos semanas pero puede continuar por seis meses o más. Hay síntomas generales concomitantes de variada severidad tales como malestar, astenia, escalofríos, fiebre, anorexia, náuseas. De ordinario no hay correlación entre supuración y presencia o ausencia de fiebre.

Es importante recalcar que se trata de una enfermedad auto-limitada pero que obliga muchas veces al paciente a retirarse de sus ocupaciones usuales y puede debilitarlo gradualmente. Los distintos antibióticos no parecen ejercer acción benéfica; por tan-

to sugerimos que en algunos casos seleccionados se proceda a la remoción quirúrgica de los ganglios. En nuestra experiencia la enfermedad se hizo abortar con este procedimiento: La temperatura volvió a lo normal y casi inmediatamente el paciente pudo volver a sus ocupaciones. Presumiblemente los ganglios enfermos albergan el mayor foco infeccioso desde donde el agente continúa produciendo síntomas generales. Como no hay manera conocida de inactivar el agente con terapéutica médica la intervención quirúrgica parece racional.

Para llegar a un diagnóstico de certeza es necesario basarse en una buena historia clínica, en tests cutáneos, en aglutinaciones negativas para otras enfermedades y en la imposibilidad de cultivar agentes causales de otras adenopatías. El diagnóstico diferencial incluye: Linfadenitis bacteriana (tularemia, brucelosis), tuberculosis, esporotricosis y linfopatía venérea.

Un Método para la Administración de los Agentes Hipotensores

Cond. de "*Archives of Internal Medicine*" 98:444 Oct. 1956

A muchos pacientes se les sube la presión arterial cuando visitan al médico. Si la dosificación de las poderosas drogas hipotensoras se basa en estas "tensiones del consultorio" serán más frecuentes las reacciones secundarias por exceso de dosis. El tomar por guía estas presiones es la causa de muchos fracasos en la terapia antihipertensora.

La solución de este problema no puede ser otra que la utilización de las lecturas de presión hechas en la casa del paciente dos o tres veces al día. Después de dos semanas con estos datos se puede establecer el nivel basal de la presión arterial en ese determinado paciente; si este es elevado puede iniciarse el tratamiento con *Reserpina* 0.5 mg. a mañana y tarde por dos semanas seguidas de una dosis de mantenimiento de 0.25 mg. por día.

Si al cabo de dos semanas no se obtiene resultado con la *Reserpina* se puede añadir *Hidralazina* comenzando con una dosis de 25 mgs. 4 veces al día y aumentándola hasta 50 mgs. si es ne-

cesario. Si esto no da resultado se suspende la Hidralazina pero el paciente continúa tomando Reserpina.

Si el paciente no es marcadamente arterioesclerótico, urémico o muy anciano se puede prescribir *tartrato de pentolinium* comenzando con una dosis de 20 mgs. despues del desayuno, a las 2 p. m. y al acostarse. Estas dosis pueden irse incrementando 20 mgs. cada dos días hasta obtener descensos tensionales apreciables. Es importante que las presiones se tomen con el paciente en posición erecta ya que las dosis deben ajustarse con base en la hipotensión postural producida por estos agentes ganglioplégicos.

En casos severos el paciente debe hospitalizarse y la reserpina y el agente gangliopléjico deben comenzarse al tiempo. Si la presión diastólica persiste elevada por encima de 120 m.m. se puede añadir hidralazina.

Muchos de nuestros casos que ya han sido bien ajustados no son vistos sino dos veces por año pero al principio los pacientes deben ser controlados a intervalos semanales.

Si la presión sanguínea fluctúa considerablemente con el tratamiento de pentolinium una respuesta más uniforme puede ser obtenida substituyéndolo por *Mecamylamina* (Inversina); este es el único gangliopléjico que es absorbido en su totalidad por el tracto digestivo y por tanto produce una respuesta más uniforme aunque algunos efectos colaterales (constipación, sequedad de boca, dificultad para la micción) pueden ser prominentes.

Si la principal dificultad del paciente consiste en la persistencia de estos efectos colaterales vale la pena utilizar *Clorisdamine* (*Ecolid*); este gangliopléjico parece ser el que produce menos efectos secundarios y es muy potente siendo su dosis efectiva promedio la mitad de la dosis del pentolinium pero considerablemente mayor que la dosis de la Mecamylamina.

Los casos severos pueden desarrollar resistencia a los distintos gangliopléjicos. Si el aumento de la dosis no mejora la respuesta es aconsejable cambiar de droga. Finalmente, todo médico que prescriba derivados de *Rauwolfia* tiene la obligación de

advertir a los pacientes la posibilidad del desarrollo de estados depresivos con el fin de disminuir los peligros de suicidio.

La sal es un importante factor cuando se usan agentes hipotensores. Si se restringe en exceso pueden presentarse hipotensiones posturales con dosis de gangliopléjicos que en otra forma no las hubieran producido. Naturalmente que la sal debe ser rígidamente restringida en presencia de edema.

Porvenir de los Pacientes que Sobreviven a un Infarto Agudo del Miocardio

Cond. de "*Archives of Internal Medicine*" 98:162 Ag|56

De las necropsias ejecutadas durante 5 años en la Clínica Mayo se seleccionaron 250 corazones con cicatrices grandes indicativas de un infarto curado y se estudiaron en relación con su anatomía patológica y su correlación con el cuadro clínico.

En las 2/3 partes de los casos la muerte fue primariamente de origen cardíaco. En general los tipos de muerte cardíaca fueron 3: Muerte por Insuficiencia cardíaca congestiva, Muerte por Infarto miocárdico recurrente, y Muerte repentina sin Insuficiencia cardíaca ni Infarto agudo. El último de estos mecanismos fue el más común y con muy poca frecuencia estaba asociado a trombosis coronaria reciente.

Diagnóstico antemortem de un Infarto agudo previo no fue hecho en cerca de la mitad de los casos.

Pareció haber una relación definida entre el tamaño de la cicatriz y la incidencia del reconocimiento clínico de la enfermedad.

Para aquellos pacientes cuyo Infarto agudo fue reconocido clínicamente el tiempo promedio de supervivencia consecutivo a la recuperación fue de 43 meses; únicamente 24% de estos pacientes sobrevivieron 5 años o más y solamente 7% sobrevivieron 10 o más años.

El período de más alta mortalidad estuvo comprendido dentro del primer año después del episodio agudo.

Desde el punto de vista de la morfología cardíaca y de los síntomas clínicos los pacientes que sobrevivieron 5 o más años no diferían en forma significativa de todos los demás de la serie. Se concluye, por tanto, que el curso ulterior de los pacientes que han sobrevivido a un episodio agudo de infarto miocárdico no puede ser predicho en forma segura con base en los hallazgos clínicos.

Manejo Quirúrgico de las Hemorragias Mavivas del Tracto Digestivo Alto (I)

Cond. de "New England Journal of Medicine" 252:921 Jun 2|55

Indicaciones para cirugía de emergencia para hematemesis son: *Hemorragia persistentemente intensa* o *hemorragia recurrente* en pacientes con un diagnóstico positivo o de presunción de Úlcera Péptica o de Tumor.

Afortunadamente cuando la causa es una gastritis o una hernia del hiato la hemorragia se detiene espontáneamente con más frecuencia que cuando es una úlcera. Por tanto, cuando el diagnóstico presuntivo es hernia o gastritis se justifica posponer la cirugía con la esperanza de evitar la operación si se trata de gastritis o de hacer una operación que no sea de emergencia si se trata de hernia.

Algunos otros factores son importantes para decidir el momento de la operación. Pacientes de edad, si otras condiciones no lo contraindican y si no están moribundos, deben ser operados tan pronto como se haya precisado el diagnóstico de úlcera. Pacientes con úlcera gástrica mueren más fácilmente cuando sangran masivamente que los de úlcera duodenal y por tanto en ellos la operación no debe ser diferida.

Generalmente después de que el paciente es hospitalizado la tensión arterial es estabilizada y cesa la sangría activa. Este es el momento escogido para el estudio radiológico de emergen-

cia en caso de que no se haya podido aclarar el diagnóstico con la sola historia clínica y el examen físico. Si se necesita operación de emergencia se pasa un tubo de Levin y además se comienza a administrar transfusión sanguínea a través de una o dos agujas. Se pasa un tubo intratraqueal con manguito, se infla bajo anestesia local y la operación se continúa con anestesia de eter.

Después de abierto el abdomen se determina el sitio que sangra lo más rápidamente posible. Si el yeyuno alto se encuentra lleno de sangre el punto sangrante debe identificarse rápidamente mediante gastrotomía o duodenotomía y la hemorragia puede ser controlada mediante presión digital si es necesario. Si se encuentra el estómago lleno de sangre el coágulo debe ser evacuado por gastrotomía. En los raros casos en que no se encuentre punto sangrante debe examinarse cuidadosamente la totalidad del intestino delgado y si este también se encuentra normal es aconsejable proceder a una gastrectomía subtotal ya que la hemorragia en estos casos casi siempre proviene de una gastritis.

Ligadura individual de los vasos sin resección es un procedimiento que ha sido desechado por inadecuado. Antibioterapia debe comenzarse antes de la operación y continuarse por 5 días después.

Manejo del Paciente con Hemorragia Gastrointestinal Alta Aguda (II)

Cond. de "*American Surgeon*" 20:1.023 Oct. 20/54

El paciente inmediatamente después de su admisión debe ser visto por miembros del departamento médico y del quirúrgico. Debe guardar quietud rigurosa y registros del pulso, la respiración y la tensión arterial deben hacerse cada 15 o 20 minutos. Si está en shock debe darse inmediatamente una transfusión y un cálculo aproximado de la intensidad de la hemorragia puede hacerse con base en la cantidad de sangre requerida para estabilizar la circulación. En la gran mayoría de los pacientes esto se logra con 500 a 1000 c.c. de sangre. Si se requieren más de 2.000 c.c. debe pensarse que el paciente está aún sangrando en forma masiva y debe procederse inmediatamente a la operación si hay alguna indicación clara del sitio que está sangrando.

Una vez decidida la operación se hace un lavado gástrico para evacuar el estómago. Antes de inducir la anestesia se deben colocar dos equipos de gota-gota intravenoso, uno de ellos en una vena cateterizada con el fin de asegurar que no se vaya a producir una interrupción en la infusión. Se coloca una sonda en la vejiga y se toma nota de la producción de orina cada hora. Tan pronto como se induzca la anestesia deben ponerse en marcha las transfusiones en cantidad suficiente para mantener una circulación adecuada (tensión arterial).

Durante el acto operatorio debe obtenerse una exposición adecuada. El sitio sangrante puede que se haga evidente a la inspección y a la palpación pero de no ser así debe hacerse una gastrotomía para mirar el sitio que sangra.

Procedimientos adicionales tales como vagotomía no deben ejecutarse en estos momentos. La extensión de la resección gástrica puede ser en parte determinada por la reacción del paciente al procedimiento. La mayoría de las veces es suficiente con hacer la resección gástrica standard de 2|3 o 3|4. En los casos que parezcan ser riesgos quirúrgicos debe hacerse resección menor y si esta con el tiempo se muestra inadecuada podrá ampliarse en ulterior operación. El propósito primordial de la operación inicial es detener la hemorragia y salvar la vida del paciente.

Aplicaciones Clínicas de la Citología Gástrica

Cond. del *New England Journal of Medicine*. Dic. 13|56 255:1.128

Se estudiaron 122 pacientes, y el diagnóstico definitivo fue determinado por la respuesta a la terapéutica o por la intervención quirúrgica.

Se usó un procedimiento combinado de abrasión gástrica y lavado. La abrasión fue obtenida mediante el cepillo de Ayre bajo control fluoroscópico. Buffer de acetato al que se le añadía un agente mucolítico (quimotripsina) sirvió de vehículo para el lavado gástrico en los 100 primeros pacientes. En los últimos 22 solamente se usó solución salina. En unos pacientes el lavado precedió a la abrasión y en otros fue al contrario. No se encontró

diferencia en los resultados microscópicos al alterar el orden de los procedimientos. Se encontró que el evacuador de Ewald es el mejor porque permite un lavado gástrico más vigoroso y una mejor recolección de las células exfoliadas.

Los pacientes deben estar en ayuno de 12 horas y hemos aprendido que la obstrucción pilórica es una contraindicación para la ejecución de la prueba. Nembutal se da la noche antes y el día del examen. Morfina y atropina se administra media hora antes. Atomización de pantocaína en la faringe se ha encontrado que es útil.

Los especímenes del lavado son colocados inmediatamente en recipientes refrigerados y centrifugados dentro de los diez minutos. Se preparan 3 frotis y se colocan inmediatamente en partes iguales de alcohol de 95 y eter para fijarlos.

Todas las lesiones malignas reportadas fueron comprobadas con la intervención. La exactitud global (lesiones benignas y malignas) del método fue de 90% contra 70% de exactitud del método radiológico.

La interpretación citológica acertada depende de la velocidad y del cuidado con que el material sea recogido y trabajado.

El cepillo de Ayre tiene muchas ventajas pero no permite el "barrido" de todas las regiones del estómago. Un procedimiento mucho más simple, menos traumatizante y, en nuestra opinión, más digno de confianza es el lavado gástrico con solución salina fisiológica. Hemos visto que los agentes mucolíticos no aumentan la cantidad ni mejora la preservación de las células cancerosas. Los resultados tampoco son mejores usando el buffer de acetato. La solución salina fisiológica es suficiente para la preservación de las células.

Aunque la citología gástrica no se considera como un sustituto de la radiología y la gastroscopia creemos que a medida que se acumule experiencia con este método se verá que irá ganando posición como un método complementario digno de confianza.

Test para el Diagnóstico de la Enfermedad Fibro Quística del Páncreas.

Cond. del "*New England Journal of Medicine*" Nov. 22|56

La medida de la concentración del cloro y el sodio en el sudor es hoy día un procedimiento diagnóstico perfectamente establecido en el estudio de estos pacientes. Este reporte se refiere a una prueba inmediata que simplifica el diagnóstico de la alteración electrolítica del sudor.

Preparación del medio de la prueba: Disolver 25 gm. de agar en 500 c.c. de agua hirviendo. Cuando el agar se haya derretido añadir 4.2 gm. de nitrato de plata y mezclar bien. Añadir luego 2.5 gm. de cromato de potasio y la mezcla se agita por varios minutos. La mezcla roja y caliente se vierte en cajas de Petri o en superficies de cartón y se deja solidificar. El medio así preparado se almacena en nevera o a la temperatura ambiente por varios días sin que se altere (evitar atmósfera caliente).

Procedimiento: Se coloca directamente sobre la superficie de la lámina de agar un dedo de la mano o del pie o la mano entera sin necesidad de hacer presión excesiva. Cuando hay poco cloruro la huella casi no se distingue. Si la cantidad es grande aparece inmediatamente una fuerte coloración blancoamarillenta. Se ha establecido una gradación de la reacción en cruces (una, dos y tres cruces). Una concentración de 60 mEq. por litro dará una reacción a lo sumo de una cruz. La reacción de tres cruces aparece con concentraciones por encima de 250 mEq por litro. Pueden explorarse en la misma forma diferentes regiones del organismo.

Se podría estandarizar la prueba obteniendo la impresión inicial seguida de un lavado de manos y luego de una nueva prueba después de permanecer en una pieza caliente por 20 minutos.

El siguiente cuadro muestra los resultados obtenidos con la prueba:

Reacción	140 pacientes con enfermedad fibroquística	76 niños sanos	140 adultos sanos	103 niños con otras enferm.	39 hermanos de los pacientes con enferm. fibroquística	143 familiares de los pacientes
+	0	65	128	82	20	78
++	2	12	11	17	13	43
+++	138	0	1	4	6	22

Se puede afirmar casi con certeza que un paciente que dé una reacción de una cruz en condiciones adecuadas para la prueba no tiene enfermedad fibroquística del páncreas. Condiciones ambientales que puedan afectar al paciente y alterar el contenido en cloruros de la piel deben ser tenidas en cuenta en la interpretación de la prueba.