

REVISTA DE REVISTAS

THE LANCET

Londres, junio 21 de 1947

Artículos originales:

Infección de las heridas por gérmenes gram-negativos (clínica y tratamiento).

Síndromes de deficiencia dietética en soldados Indúes.

Neumonía atípica.

Reacción intradérmica a la infección por tricomonas.

Reacciones urticarianas a la penicilina intramuscular.

Fístula postraumática del páncreas tratada quirúrgicamente, con éxito.

Neumotórax bilateral después de tiroidectomía parcial.

Editoriales

Anotaciones

Cartas al editor

Neumonía atípica. (Significación de las aglutininas). G. E. O. Williams, Birmingham United Hosp. 865-867. Es posible que lo conocido como neumonía atípica o neumonía de virus sea un conjunto de enfermedades en realidad distintas por su etiología aun cuando iguales en cuanto a su manifestación clínica. Con el objeto de aclarar en lo posible este punto, se estudiaron las historias de 56 pacientes atendidos en un hospital de la RAF durante 21 meses, y se prestó particular atención a lo relativo a las pruebas sobre aglutininas. Los datos hallados en tales historias se acomodan

a los encontrados en la misma enfermedad por otros investigadores: así, pues, los standards de diagnóstico de la neumonía atípica fueron los mismos en esta serie y en las otras a que se hace referencia.

Aglutininas.—De acuerdo con lo hallado por otros investigadores, se observó la presencia de títulos máximos de aglutininas durante la segunda y tercera semanas. Arbitrariamente y con fines de división de los casos, se llamó "positivos para aglutininas" a los que presentaban títulos de 1:64 o más y negativos a quienes exhibían títulos inferiores al citado.

No hubo correlación notoria entre la incidencia de aglutininas y la duración de la enfermedad, duración de la pirexia, duración de las anomalías radiológicas o incidencia de ataque pleural.

Los datos radiológicos de "consolidación parcial o completa, de distribución lobar, confinada a un lóbulo" y los de "estriación" o de "aumento del dibujo bronco-vascular" correspondían en general a casos de los llamados negativos para aglutininas; en cambio, una fuerte proporción de los casos descritos por los radiólogos como "moteado localizado, acompañado o reemplazado por manchas sueltas de consolidación", estaba integrada por sujetos positivos para aglutininas. Por

otra parte, se halló que el número de sujetos positivos para aglutininas dentro de un grupo que presentó clínica o radiológicamente migración de los focos neumónicos de un pulmón hacia el otro, era doble del de positivos para aglutininas en un grupo que no mostró migración. De los 15 casos que realizaron migración, 14 tenían sombras pulmonares moteadas y uno ostentaba un aspecto de clasificación difícil.

La estrecha asociación de positividad para aglutininas, migración y aspecto moteado de la imagen pulmonar, sugieren que estos casos tengan un origen común, y el paralelismo de incidencia estacional de positividad para aglutininas y carácter migrador, apoya tal concepto.

Discusión.—Es variabilísima la interpretación dada a la presencia de las aglutininas en la neumonía atípica, y algunos las estiman carentes de significación. Empero, comparando la frecuencia de la positividad para aglutininas en neumonía de virus y en casos de control, hay una discrepancia tal, que lleva a concederles valor, como lleva a ello el ascenso y descenso de las aglutininas durante el curso de la enfermedad. Es posible que parte de las discrepancias sean de técnica solamente; en fin, puede que las aglutininas sólo estén presentes en concentraciones significativas en ciertos brotes de neumonitis, y entonces los casos que tuviesen aglutininas o títulos altos podrían adscribirse tentativamente a un factor etiológico común. En particular, resulta probable que sea todo un grupo de virus el que da origen a los cuadros de neumonía primaria atípica. Sugiere lo aquí hallado, que las sombras radiológicas en forma de manchas en los campos pulmonares, el carácter migratorio del proceso y la presencia de aglutininas en títulos de 1:64 o más, integran una tríada que

distingue un grupo de casos de los restantes, opinión apoyada por la incidencia estacional de este tipo de casos y por la comunidad de origen de buena parte de los casos en que se hallaron estas características.

Sulfonamidas en Combinación. (Anotación). (P. 876).—La tendencia de las sulfonamidas a producir cristaluria, bloqueando así los túbulos renales, la pelvis o los ureteres, es de los peligros más serios imputables a estas drogas. Sulfapiridina, sulfatiazol, sulfadiazina y sulfamerazina, son capaces de precipitarse así cuando la dosificación es alta o la ingestión de líquidos insuficiente; la sulfametazina poco frecuentemente conduce a tal percance, que nunca ocurre con la sulfanilamida. La mayor solubilidad de los compuestos sulfamídicos en medio alcalino, permite disminuir tales riesgos.

Los signos iniciales del bloqueo urinario por cristales son: dolor lumbar irradiado hacia la ingle o el abdomen, oliguria que termina en anuria; hematuria macroscópica. El tratamiento: supresión de las sulfas en todos los casos, alcalinización y forzar los líquidos cuando sólo se llegó a la oliguria; administración sólo de los líquidos perdidos por pulmón, piel, intestino, etc., cuando ha ocurrido la anuria.

Frisk y Col, de Suecia, han hallado que cuando se administran simultáneamente dos o más sulfamidas, sus acciones son aditivas pero sus solubilidades son independientes unas de otras, de donde, es posible ejercer acción terapéutica enérgica, con poco peligro de bloqueo urinario. Lehr, en New York, ha desarrollado la misma idea. Frisk et al, recomiendan una mezcla de 37 por ciento de sulfatiazol, 37% de sulfadiazina y 26% de sulfamerazina, mezcla que llaman "Sulfadital". En experiencias en conejos se halló que la dosis máxima tolerada sin cristaluria era doble para la mez-

cla que para cualquiera de sus componentes aislados, y que los niveles sanguíneos producidos por esa dosis de la primera eran casi triples de los obtenidos con los últimos administrados aisladamente. Se han tratado centenares de casos de neumonía y de gonorrea mediante el sulfadital, con buenos resultados.

Se termina comentando cuán raro es que no se haya prestado atención a la sulfamezatina, usada sola o como componente de esas mezclas, toda vez que es poderosa y bastante soluble.

Tratamiento de la urticaria debida a la penicilina (Anotación). (Pp. 877-878).—Se sugiere que la sensibilización a la penicilina lo sea más a sus impurezas que al material realmente activo; la frecuencia de las reacciones varía mucho, como puede esperarse sobre tal base. Es más frecuente encontrar manifestaciones de sensibilización desde la segunda serie de penicilina en adelante, que en la primera; el tiempo de incubación suele variar alrededor de los 5 días. Como puede esperarse también, admitiendo sensibilización a las impurezas, la existencia de manifestaciones de sensibiliza-

ción en una serie de penicilina no indica que la haya también en una serie posterior. Los tests cutáneos no demuestran fielmente la sensibilización.

Como tratamiento pueden usarse los antihistamínicos: 50-100 mgr. de benadryl o piribenzamina, 3 veces en el día, suelen dar buenos resultados pero deben continuarse hasta que desaparezca el menor resto de reacción. En caso de reacciones severas es recomendable la adrenalina, aunque se ha recomendado el benadryl I. V., no siempre bien tolerado y aun en fase experimental; pasada la urgencia, se inicia el antihistamínico como antes; desaparecida la reacción, se da una dosis de prueba de 1.000 U. O. de penicilina de una marca distinta y si en 6 horas no hay reacción, se da una dosis de 10.000-20.000 U. O.: la falta de reacción a esta segunda dosis permite emprender nuevamente el tratamiento suspendido. Claro que ha de tenerse a mano adrenalina en el momento de estas pruebas, para el caso de una emergencia. El benadryl o la piribenzamina pueden disminuirse gradualmente con el correr del tiempo y a veces suspenderse, aun a los 2-3 días.