

## COMPILACIONES DE RESUMENES TRABAJOS PUBLICADOS POR DOCENTES DE LA FACULTAD

GUTIERREZ B., M.S. (DEPARTAMENTO DE MORFOLOGIA).

*T.M. 65(1): 759-III, 1982. Calambres musculares.*

El calambre muscular es una contractura prolongada, involuntaria y dolorosa que se presenta en un territorio circunscrito, la mayoría de las veces en forma paroxística y con un final más o menos rápido. Su localización en la mayoría de los casos está a nivel de los miembros inferiores.

Una clasificación etiológica simple es:

- 1- Calambres esenciales o parafisiológicos
- 2- Calambres de etiología vascular
- 3- Calambres sintomáticos de una afección neuro-muscular
- 4- Calambres por perturbaciones metabólicas.

Los grupos uno y cuatro son los tipos más frecuentes en la práctica médica.

El grupo tres comprende una gama muy grande de factores etiológicos y es solamente un síntoma muy aislado.

Se debe prestar especial atención a este síntoma cuando se presenta en pacientes que no lo habían sufrido.

*T.M. 65(2): 760-III, 1982. Tercer par craneano (M.O.C.).*

El nervio motor ocular común (M.O.C.), inerva los músculos rectos mediales, superior e inferior, así como el oblicuo inferior y el elevador del párpado superior. Además por él discurren las vías nerviosas eferentes parasimpáticas preganglionares que intervienen en la inervación de los músculos internos del ojo: músculo ciliar y esfínter del iris.

Por cromatolisis retrógrada en el M.O.C., se pudo establecer que:

- 1- El elevador del párpado tiene un solo núcleo en la línea media del mesencéfalo, e inerva a ambos lados.
- 2- El recto medial, recto inferior y oblicuo inferior son inervados directamente.,
- 3- El recto superior es inervado en forma contralateral.
- 4- El núcleo de Edinger-Westphal está formado por dos partes distintas o subnúcleos: una rostral o núcleo medial-anterior y una dorsal compuesta por dos columnas delgadas dorsales.

T.M. 65 (8): 766-IV, 1982. *Exploración funcional de la columna cervical.*

Hay cinco pruebas especiales relacionadas de manera directa con la exploración funcional de la columna cervical:

1. Prueba de distracción (PDI)
2. Prueba de compresión (PCO)
3. Prueba de Valsalva (PVA)
4. Prueba de deglución (PDE)
5. Prueba de Adson (PAD)

En la PDI: la tracción del cuello alivia el dolor causado por estrechez de los agujeros de conjugación, en alteraciones de las carillas articulares y en espasmos musculares.

En PCO: la presión sobre la cabeza ayuda a localizar el nivel neurológico o reproduce un síndrome cérvico-braquial.

En PVA: conteniendo la respiración al pujar se produce el dolor en los casos en que la lesión ocupa espacio en el canal vertebral cervical.

En PDE: útil en lesiones anteriores de columna cervical, especialmente de C3 a C7.

La PAD: se utiliza para establecer el estado de la arteria subclavia, en síndrome de escalenos y en costilla cervical.

T.M. 65(9): 767-IV, 1982. *Aracnoepiduritis lumbosacra.*

J. Pouvel y otros han podido demostrar que después de cirugías de disco intervertebral, o después de una primera mielografía lumbar, se han observado en algunos pacientes, una serie de alteraciones o síndromes agrupados bajo los nombres de: alteraciones aracnoideas o epidurales llamadas indistintamente: aracnoepiduritis lumbar, aracnoiditis espinal crónica adhesiva o simplemente aspectos cicatriciales lumbares.

Los autores distinguen tres formas:

- A1: Lesiones limitadas al espacio L5-S1
- A2: Lesiones más extensas en altura de A1.
- A3: Lesiones de tipo epidural y aracnoideo.

La mayoría de los casos del tipo A3 se vieron después de una o varias intervenciones para disco en laminectomías traumáticas o complicadas.

T.M. 65 (10): 768-IV, 1982. *Cordomas espinales.*

Este tipo de tumor benigno extradural, crece a partir de restos de notocorda embrionaria y se encuentra en los dos extremos de la columna, siendo más frecuente en la región sacra.

Crece, invade y destruye el tejido óseo local y comprime los tejidos nerviosos adyacentes.

Han sido reportados en la literatura mundial unos 600 casos de este tipo de tumor. 85% se originan en la región lombo-sacra y 15% en el clivus.

Narayan et al. revisaron 54 casos encontrando: dolor local en un 72%, ciatialgia en 11%, síntomas rectales en un 42% de los casos. La radiografía simple es importante en el diagnóstico. En el 15% de los casos hay calcificación del tumor. Más frecuente es la destrucción ósea con focos líticos en el sacro.

La tomografía computarizada es imperativa y en ausencia de signos y síntomas neurológicos, se requiere practicar mielografía lumbar.

T.M. 65 (11): 769-IV, 1982. *Trauma craneoencefálico (T.C.E.). Clasificación I.*

## GRUPO I

Cualquier alteración de conciencia

Sin signos neurológicos focales  
 Sin signos de compromiso de tronco cerebral  
 Tratamiento:  
 Observación cuidadosa y evaluación frecuente  
 Si empeora se trata según su nuevo grupo.

**GRUPO II**

Cualquier grado de alteración de conciencia  
 Con lesión cerebral focal  
 Sin lesión de tronco cerebral  
 Tratamiento:  
 Como grupo I. con observación más frecuente  
 Angiografía temprana si hay algún empeoramiento

Nota: cualquier lesión anatómica focal, como una fractura con hundimiento o herida penetrante se le asigna al grupo II, sin tener en cuenta la presencia o ausencia de signos o síntomas neurológicos focales. El grupo II puede incluir hematomas en fase temprana de desarrollo, como normal general. Los pacientes de estos dos grupos mejoran con relativa facilidad.

T.M. 65 (12): 770-IV, 1982. *Trauma craneoencefálico (T.C.E.). Clasificación II.*

**GRUPO III**

Sin signos de lateralización  
 Con signos de lesión de tronco cerebral: alteraciones de la respiración, tensión arterial o del pulso, o presencia de descebración.  
 Tratamiento: terapia anti-edema, intubación o traqueostomía.  
 Estudios complementarios, según sea el caso.

**GRUPO IV**

Con signos de lateralización

Con signos de lesión de tronco cerebral, (como G.III) y dilatación de una pupila.  
 Tratamiento: como el grupo III, pero con mayor posibilidad de exploración quirúrgica.

Nota: como norma general, los pacientes de estos dos grupos son potencialmente quirúrgicos y requieren evaluaciones neurológicas constantes.

T.M. 66 (1): 771-IV, 1982. *Trauma craneoencefálico (T.C.E.). Clasificación III.*

**GRUPO V**

Los pacientes de este grupo se encuentran en estado crítico y presentan uno o varios de los siguientes signos:

- Respiración: ausente o notoriamente irregular
- Tensión arterial y pulso: inestables
- Pupilas: fijas y dilatadas bilateralmente
- Reflejo oculo-vestibular: ausente
- Ausencia de respuesta a cualquier tipo de estímulo.

Nota: en este grupo el pronóstico es pésimo. Estos pacientes deben ser tratados con intubación y medidas de reanimación usuales.

Si hay mejoría, hacia grupo III o IV, tratarlo según la nueva situación; de lo contrario, continuará en observación.

En niños y adultos jóvenes hay que luchar para tratar de colocarlos en el grupo IV.

En casos cuya situación se prolongue estable en este grupo, revisar los criterios de muerte cerebral.

T.M. 66 (2): 772-IV, 1982. *Manifestaciones neurológicas de la diabetes.*

Las complicaciones clásicas conocidas como neuropatía diabética son las siguientes:

1- Polineuropatía. Es la más común, de tipo distal y simétrica, con límites mal definidos. El reflejo aquiliano está ausente y el sentido de vibración disminuído. Discurren como parestesias asintomáticas benignas.

2- Mononeuropatía. El compromiso motor y sensitivo de un nervio es abrupto y doloroso. El pronóstico es bueno y se recuperan bien tratados en cuatro a seis meses. Este tipo de mononeuropatía tiene predilección por los siguientes nervios: Nervio oculomotor (III) con respecto de las fibras pupilares. Nervio abductivo y debilidad del cuadriceps y atrofia del iliopsoas, nervio radial y nervio peroneo con mano o pie caídas, nervio facial (VII) con parálisis de Bell.

3- Radioculopatía. Dolores en un dermatoma sin alteraciones motoras o de reflejos.

4- Amiotrofia. En personas de edad avanzada con dolores en muslos y debilidad con arreflexia rotuliana y aquiliana.

5- Neuropatía autonómica. La manifestación más frecuente es la hipotensión ortostática con retención urinaria y distensión abdominal.

T.M. 66(3): 773-IV, 1982. *Criterios para certificación de muerte cerebral.*

- 1- Total falta de reacción a los estímulos dolorosos.
- 2- Flacidez muscular generalizada. Ausencia de movimientos espontáneos o provocados.
- 3- Pupilas midriáticas y paralíticas.
- 4- Ausencia de reflejos corneales.
- 5- Ausencia de reacción a la succión faríngea o traqueal.

6. Ausencia de movimientos óculo-vestibulares.
7. EEG. isoeléctrico y con estímulos por diez minutos.
8. Parálisis respiratoria completa.
- 9- Incapacidad de mantener la presión arterial estable.

T.M. 66(4): 774-IV, 1982. *Anatomía del foramen lacerum (yugular).*

Rudinger y Herberg demostraron según L. Testut y Latarjet, 1902, que el foramen yugular en un buen número de casos, es de mayor tamaño al lado derecho. Shapiro y Jansen, 1960, hacen notar que en estudios radiológicos en otro número de casos hay asimetría entre los dos foramen.

En nuestro informe preliminar en más de cincuenta casos medidos, estudiados y fotografiados podemos concluir:

- 1- Es el único agujero de la base del cráneo que no guarda simetría milimétrica con su homólogo.
- 2- Siempre se ha observado un foramen yugular más grande, llegando a sobrepasar los 5 mm. de diferencia.
- 3- Siempre del lado del foramen grande, el seno sigmoideo es de mayor volumen y el golfo de la yugular en la misma forma.
- 4- Lo antes anotado demuestra que la forma o diámetro del foramen yugular puede conducir a un diagnóstico errado de lesión o masa en dicha fosa, por lo tanto el diagnóstico diferencial de lesión del foramen yugular se torna difícil y cauteloso. Clínicamente damos mucho valor a la pars nerviosa del foramen yugular.

T.M. 66(5): 775-IV, 1982. *Neuroma de Morton.*

Neuropatía periférica de un nervio interdigital, en miembros inferiores, que se

presenta por la compresión del nervio a nivel de la cabeza del tercero y cuarto metatarsianos.

Esta entidad se presenta con más frecuencia en mujeres de mediana edad y es el resultado de un neuroma que ocasionalmente se presenta entre el segundo y tercer metatarsiano.

El deseo de quitarse el zapato, dar masaje y manipular el pie, es indicio de la existencia de dicho neuroma.

El padecimiento puede requerir la excisión quirúrgica del neuroma.

T.M. 66(6): 776-IV, 1982. *Osteoma osteoide de localización vertebral.*

Este tumor benigno tiene predominio en varones y el 80% de los pacientes oscilan entre los 5 y 24 años de edad.

Cuando se localiza en las vértebras afecta con preferencia el arco posterior y con mayor porcentaje la región lumbar alta, en personas jóvenes.

El síntoma más frecuente es dolor local, de intensidad progresiva y con alguna frecuencia el dolor irradia a zonas distantes llegando a producir escoliosis y contracturas musculares paravertebrales.

La radiografía simple puede ser diagnóstica, por la presencia del pequeño nido osteolítico rodeado por zona osteosclerótica.

La gammagrafía aclara el diagnóstico y la cirugía es de muy buen pronóstico.

T.M. 66(7): 777-IV, 1982. *Crisis de epilepsia*

Clasificación internacional aceptada por OMS.

I. Generalizadas:

1. Ausencias: simples y atípicas (pequeño mal)
2. Tónico-clónicas (gran mal)
3. Tónicas (gran mal limitado)
4. Clónicas (gran mal limitado)
5. Mioclónicas (motoras-menores)  
Bilateral masivo.,
6. Atónicas
7. Acinéticas
8. Espasmos infantiles.

II. Parciales:

A. Simples:

1. Motoras
2. Sensoriales
3. Autonómicas
4. Compuestas

B. Complejas:

1. Solo alteración de la conciencia
2. Cognocitivas
3. Afectivas
4. Psicomotoras
5. Psicosenoriales
6. Compuestas.

C. Secundarias generalizadas.

III. Unilaterales:

Tónico-clónicas de la infancia  
Complejas  
Mixtas  
S. Lenox-Gastaut

IV. Otras no clasificadas.

T.M. 66(8): 778-IV, 1982. *Coccigodinia.*

La coccigodinia es la neurálgica coccígea o neuralgia de S5. Se caracteriza por un dolor crónico, continuo con molestias de pesantez y parestesias y con exacerbaciones.

El dolor se provoca por los cambios en especial durante la posición sentada, la

tos o la defecación y se localiza en la región coccígea, con irradiaciones más o menos extendidas a región anal, genital, glútea, lumbar baja o crural posterior.

Durante el examen llama la atención un signo muy constante y es el dolor provocado al tocar la articulación sacro-coccígea.

La coccigodinia puede ser la primera manifestación de un síndrome de la cola de caballo. La mayoría de las veces se presenta después de un trauma directo o de microtraumas en dicha región.

El tratamiento puede llevar a la cirugía con sección bilateral de S5 por vía-intradural después de haber agotado los tratamientos médicos, ortopédicos y fisiátricos.

T.M. 66(9): 779-IV, 1982. *Radiología de la invaginación basilar.*

Las siguientes líneas orientan radiológicamente la posición de la odontoides con el agujero magno u occipital:

a- Línea de Chamberlain: del borde posterior del paladar óseo al borde posterior del agujero occipital. La odontoides no debe sobrepasar los 3.3 mm.

b- Línea de McRae: del foramen magno u occipital. Del basion al opisthion. La odontoides no la debe sobrepasar y su vértice se debe proyectar al cuarto ventral de esta línea.

c- Líneas de Bull: una línea sigue el plano del paladar duro y la otra línea sigue el plano de atlas. El ángulo formado por estas dos líneas no debe sobrepasar los 13 grados.

d- Línea de McGregor: del borde posterior del paladar duro a la parte más inferior de la escama del occipital. Util para seguir el crecimiento desde los tres hasta

los veinte años, en relación con odontoides y esta línea.

e- Línea digástrica: línea entre las dos muescas digástricas e indica las porciones basales de las mastoides y su relación con la odontoides.

T.M. 66(10): 780-IV, 1982. *Otras complicaciones después de punción lumbar y cómo evitarlas.*

Además de las ya descritas [Rev. Fac. Med. (Bogotá) 40: 226, 1986] en esta serie, se describen en la literatura neurológica de los últimos ocho años las siguientes:

- 1- Meningitis.
- 2- Lesiones del anillo fibroso con discopatía concomitante tardía.
- 3- Inoculación de tejido epidérmico con el crecimiento asociado tardío de tumores de esta línea.
- 4- Herniación de una raíz por el orificio de punción de la duramadre, con la ciática correspondiente.

La mayoría de estas complicaciones se pueden obviar con:

- a- Uso de agujas desechables especiales para punción lumbar o para mielografía.
- b- Asepsia y antisepsia esmerada en el sitio de la punción.
- c- Dirección adecuada del bisel de la aguja (longitudinal en línea media).
- d- Nunca retirar la aguja sin haber colocado previamente su estilete o mandril correspondiente.

T.M. 66(11): 781-IV, 1982. *Estructuras de columna que pueden producir dolor.*

Las siguientes veinticuatro estructuras anatómicas, se encuentran por cada segmento intervertebral y pueden ser responsables de dolor local, irradiado, referido o miofascial:

- 2 superficies articulares vertebrales
- 1 disco intervertebral
- 2 ligamentos vertebrales comunes (ant-post)
- 4 superficies articulares de las apófisis articulares
- 2 cápsulas articulares
- 2 ligamentos capsulares
- 2 sinoviales articulares
- 2 ligamentos amarillos
- 2 ligamentos espinosos. (interespinoso-supraespinoso)
- 2 ligamentos intertransversos
- 1 porción segmentaria miofascial
- 2 vértebras con sus procesos

T.M. 66(12): 782-IV, 1982. *Corticoterapia en neurología.*

El uso fundamental de los corticoides en neurología, está orientado a combatir el edema cerebral que acompaña a los traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebro-vasculares, y a los procesos expansivos.

Además la corticoterapia está indicada, aunque no en forma rutinaria, en las siguientes enfermedades:

- a- Ciertas formas de epilepsia (s. de West, mioclónica y ausencias de p.m.).
- b- Enfermedad de Menière
- c- Neuritis óptica
- d- Parálisis facial periférica
- e- Meningitis tuberculosa.

Los corticoides no son necesarios en las meningitis bacterianas y en las meningoencefalitis por virus.

T.M. 67(7): 789-IV, 1983. *Neuroanatomía funcional de la pupila.*

Los músculos del iris son los únicos músculos del cuerpo que derivan del neuroblasto.

El primero en diferenciarse es el esfínter de la pupila y completamente formado es un típico músculo liso que se encuentra ubicado anteriormente al epitelio pigmentario neuroectodérmico en el estroma del iris.

El músculo dilatador se origina en la capa externa de la primitiva copa óptica, hacia el séptimo mes de gestación y llega a ser un mioepitelio pigmentado, lo que dificulta su estudio.

- a- Músculo esfínter de la pupila: inervado por fibras parasimpáticas, 3% de estas fibras terminan en el esfínter. 90% intervienen en el músculo ciliar, para la acomodación del cristalino.
- b- Músculo dilatador de la pupila: Inervado por tres sistemas de neuronas: del hipotálamo, médula espinal o centro cilioespinal de Budge y la mayoría de las terceras neuronas provienen del ganglio cervical superior.

T.M. 67(8): 790-IV, 1983. *Tics, etiologías y tratamiento.*

Los tics comprenden los movimientos anormales leves y transitorios hasta los más complejos y severos como en el síndrome de Gilles de la Tourette.

Los factores etiológicos más frecuentes son:

1. El aumento de niveles de dopamina o norepinefrina en las neuronas pre-sinápticas a nivel de los núcleos grises

centrales de los hemisferios cerebrales (ganglios basales).

2. La supersensibilidad a cantidades normales de los agentes anteriores, en las neuronas post-sinápticas.
3. La disminución de serotonina, acetilcolina o ácido *alfa*-amino-butírico.
4. El metabolismo anormal de neurotransmisores en otros niveles y en defectos genéticos.

El tratamiento actual está orientado a la administración de bloqueadores o antagonistas de la dopamina (butirofenona, penpluridol, pimozide, etc), con muy buenos resultados siempre y cuando se haya descartado bien un síndrome extrapiramidal.

Se ha demostrado que el tratamiento psicológico es inefectivo en vista de las etiologías orgánicas que se han descubierto en los últimos años.

T.M. 67(9): 791-IV, 1983. *Curiosidades de la neuroanatomía funcional.*

1. Los músculos del iris (esfínter y dilatador) son los únicos músculos derivados del neuroblasto.
2. El núcleo mesencefálico del trigémino, es el único núcleo que posee neuronas de tipo pseudo-monopolar dentro del S.N.C.
3. Hay axones aferentes amielínicos en las raíces ventrales o motoras de la médula espinal, que conducen dolor.
4. Campos magnéticos de uso corriente afectan la actividad eléctrica de las células pineales, alterando el ritmo circadiano.
5. Neurotransmisores, neuromoduladores, neurohormonas y neuroregula-

dores están hoy día explicando gran parte del funcionamiento del S.N.C.

6. Alteraciones de la memoria son frecuentes en lesiones talámicas bilaterales.
7. El foramen yugular es más grande en un 85% de los casos, del lado sobre el cual suele dormir la persona.
8. Los tics se presentan en alteraciones específicas de algunos neuro-transmisores.

T.M. 67(10): 792-IV, 1983. *Amnesia talámica.*

Los doctores B. Schott, F. Manquieue, O. Serclerat y C. Fischer han reportado trastornos de amnesia anterógrada, por lesión medial bilateral simétrica de los dos tálamos.

La existencia del déficit de memoria, es considerado como una expresión de una interrupción bilateral del circuito hipocampo-mamilo-talámico-cortical a niveles anteriores o de haces mamilo-talámicos (Vic D'Azyr)

La lesión actualmente se puede poner en evidencia con tomografía computarizada y requiere la presencia de lesiones limitadas a regiones mediales de los dos tálamos, con imágenes hipodensas. También han sido muy bien descritas lesiones dorsales del tálamo y de estructuras periventriculares que pueden producir alteraciones de la memoria en relación con la información en memoria a largo plazo.

T.M. 67(11): 793-IV, 1983. *Las endorfinas.*

Entre los numerosos péptidos con acción opiácea aislados del cerebro, solamente las encefalinas y las endorfinas tienen un papel fisiológico.



La *beta*-endorfina es una hormona, liberada por la hipófisis, al igual que la ACTH durante el "stress" y podría actuar en múltiples sitios del organismo para reducir los efectos de la agresión o influjos nociceptivos.

Las encefalinas, sólo tendrían una acción breve, local y actuarían a nivel de las sinapsis donde serían liberadas como neuromoduladores en un sistema complejo en la liberación de noradrenalina, de dopamina o de sustancia P.

La secuencia del precursor común de estas hormonas, la pro-opiocortina es mejor conocida hoy en día.

T.M. 67 (12): 794-IV, 1983. *Quistes artrosinoviales en columna lumbar.*

Después de una reciente revisión grande de la literatura inglesa, en Saginaw, U. de Michigan: Maresca y col. publicaron el primer caso intervenido bajo micro-cirugía de un quiste ganglionar en canal espinal lumbar.

J. Quintero-Esquerro y M. Gutiérrez-Beltrán en Bogotá, estudiaron bien veinte casos con RX simples y dinámicas de columna lumbar, mielografías, algunos con tomografías y micro-cirugía. La anatomía-patológica ha demostrado quistes ganglionares de tipo artro-sinovial, proyectados a canal espinal lumbar y con sintomatología radicular o local que bien hubieran podido ser interpretados como lesión discal aislada.

La casuística demuestra que estos quistes pueden existir solos o acompañados de una o más de la siguiente patología: hipertrofia o fibrosis de ligamentos amarillos, edema o fibrosis peri-radulares, várices epidurales, pérdida de la grasa normal epidural, hernias del núcleo pulposo, discartrosis, quistes inter-espinosos, y/o canal raquídeo estrechado.

MORA-RUBIO J. y M. GUTIERREZ B.: *Atlas para el estudio de la Neuroanatomía funcional. Herpin, Bogotá, 1983. Clasificación funcional del Sistema Nervioso.*

1. Sistema aferentes al neuroeje
2. Sistemas eferentes del neuroeje
3. Sistema nervioso autónomo
4. Sistemas reguladores y/o transformadores del neuroeje
5. Sistemas circulatorios del neuroeje

En los sistemas 1, 2, 3, y 4, la unidad estructural, funcional, de conducción y genética es la neurona, junto con sus mediadores químicos. En 5. la unidad fundamental es la sangre. Esta clasificación está orientada con fines didácticos, siempre y cuando sus vías y conexiones ya bien definidas y conocidas permiten explorar y ante una patología determinada se pueda localizar lo mejor posible el sitio anatómico de la lesión. Se respeta en lo posible los conceptos: embrionarios, filogenéticos y funcionales.

1. Sistemas aferentes al neuroeje:
  - 1.1 Sistemas aferentes somáticos a la médula espinal:
    - 1.1.1 Dolor y temperatura
    - 1.1.2 Discriminación táctil
    - 1.1.3 Tacto superficial
    - 1.1.4 Propiocepción corporal conciente.
  - 1.2 Sistemas aferentes al tronco cerebral:
    - 1.2.1 Somáticos generales: V (s. trigeminal), VII, IX y X
    - 1.2.2 Somáticos especiales: VIII (s. auditivo y s. vestibular)
    - 1.2.3 Viscerales generales: VII, IX y X.
    - 1.2.4 Viscerales especiales: VII, IX y X (s. gustativo).
  - 1.3 Sistema olfatorio (rinencéfalo)
  - 1.4 Sistema visual (diencéfalo)

2. Sistemas eferentes del neuroeje:

- 2.1 Sistema eferente somático de médula espinal:
  - 2.1.1 Vía córtico-espinal
  - 2.1.2 Neurona motora inferior y aparato neuro-muscular
- 2.2 Sistemas eferentes del tronco cerebral:
  - 2.2.1 Córtico-nucleares
  - 2.2.2 Somáticos generales: III, IV, VI (s. óculo-motor) y XII
  - 2.2.3 Somáticos especiales: V, VII, IX, X y XI (s. fono articular)
  - 2.2.4 Viscerales: III, VII, IX y X.
3. Sistema nervioso autónomo:
  - 3.1 Sistema aferente visceral
  - 3.2 Sistema eferente visceral
  - 3.3 Sistema hipotalámico.
4. Sistemas reguladores y/o transformaciones del neuro-eje:
  - 4.1 Sistema cerebeloso
  - 4.2 Sistema extrapiramidal
  - 4.3 Sistema reticular
  - 4.4 Sistema talámico
  - 4.5 Motilidad voluntaria como sistema integrado
  - 4.6 Sistema límbico
  - 4.7 Sistema cortical cerebral
  - 4.8 Sistema pupilo-motor.
5. Sistemas circulatorios del neuroeje:
  - 5.1 Sistema arterial cerebral
  - 5.2 Sistema venoso cerebral
  - 5.3 Sistema circulatorio medular (arterial y venoso)
  - 5.4 Sistema de líquido cefalorraquídeo.

#### *Síndrome del túnel lumbosacro.*

Hilel Nathan y Marcos Weizenbluth de los departamentos de Anatomía de Tel Aviv y de Ortopedia en Assaf Harote en

Israel estudiaron en 42 especímenes el ligamento lombo-sacro (LSL).

El LSL se extiende desde la vértebra L5 al alerón del sacro, formando un túnel osteofibrótico en los adultos y llega a comportarse como una extensión del foramen intervertebral.

La quinta raíz lumbar pasa por dicho túnel sobre el alerón del sacro y por debajo del LSL. Los ramificantes simpáticos de la quinta raíz penetran por el borde superior del LSL y alcanzan la raíz dentro del túnel con ramos vasculares ilio-lumbares que acompañan la quinta raíz lumbar.

Osteofitos grandes del borde inferior de la quinta vértebra lumbar y compresiones del LSL fueron puestos en evidencia como causas del síndrome de compresión de la quinta raíz lumbar a ese nivel.

VERGARA I., GOMEZ A., PEREZ G., RINCON R., FERNANDEZ G., CALDERON F., ALVAREZ E., RODRIGUEZ A. y F. BUITRAGO. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: 37-42, 1984. *Tétanos grave.*

Se revisaron 40 casos de tétanos grave atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, 26 hombres y 14 mujeres con edad promedio de 33 años. Veinticinco pacientes provenían de áreas rurales y 15 de zonas urbanas, incluyendo en estos últimos, a 9 de Bogotá. Las heridas tetanogéneas ocasionaron el 75% de los casos, dos más (5%) fueron causados por inyección intramuscular con equipo reesterilizable, 15% fueron de origen ginecológico y en el 5% no se pudo determinar la puerta de entrada. A menor tiempo de progresión mayor gravedad del cuadro clínico. El tratamiento se basó en la sedación y relajación muscular con diazepam y bromuro de pancuronio,

ventilación mecánica y manejo quirúrgico de la puerta de entrada de la infección. La mortalidad fue del 50%, influenciada ampliamente por las complicaciones respiratorias especialmente infecciosas (7 pacientes) y la aparición de disautonomía (7 pacientes con hipertensión arterial y arritmias cardíacas usualmente mortales).

MUÑOZ M., VERGARA I., ROSSELLI A., De RIOS L.P. y J. MARTINEZ (DEPARTAMENTOS DE MEDICINA Y DE CIRUGIA). ACTA MED. COL. 9: 89-98, 1984. *Tratamiento médico de los abscesos cerebrales.*

Presentamos cuatro pacientes de sexo masculino entre los 18 y 61 años de edad, con abscesos cerebrales únicos y múltiples de curso agudo o subagudo, los cuales fueron tratados médicamente. El diagnóstico inicial y el seguimiento de la evolución de las lesiones se hizo por medio de Tomografía Computadorizada (TC); todos fueron controlados estrechamente en su evolución clínica y se evitó el uso de esteroides en cuanto fue posible; dos recibieron tratamiento con penicilina-cloranfenicol-metronidazol, uno con penicilina-metronidazol y uno con penicilina-cloranfenicol, todos por períodos de 4 a 8 semanas. Se asoció fenitoína en todos para el control o prevención de convulsiones. Los 4 pacientes evolucionaron hacia la curación clínica y radiológica, sin secuelas, hasta el punto que todos regresaron a su ocupación habitual. Basados en el buen curso de los casos presentados y en informes recientes relativos a la curación médica de abscesos cerebrales en pacientes de alto riesgo quirúrgico, concluimos que el tratamiento médico de los abscesos cerebrales puede ser suficiente siempre y cuando la elección antibiótica sea adecuada incluyendo agentes activos contra gérmenes anaerobios, y se pueda llevar un seguimiento estrecho tanto clínico como radiológico (TC). Se debe evitar el

uso de esteroides ya que parecen inhibir la respuesta celular del huésped, necesaria para la resolución definitiva del proceso inflamatorio. El tratamiento quirúrgico debe reservarse para los abscesos de localización potencialmente peligrosa o para situaciones de inminente descompensación de la dinámica craneana.

REYES-LEAL, B. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9:204-205, 1984. *Hipotiroidismo congénito en Colombia.*

Es de conocimiento general que el Hipotiroidismo Congénito (HC) representa la causa más frecuente de retardo mental en el ser humano. Por ser un problema tratable, gracias a la suplencia tiroidea precoz, se crea la necesidad de un diagnóstico oportuno. Tal diagnóstico está basado actualmente en la dosificación, al quinto día del nacimiento, de la hormona tirotrópica hipofisaria (TSH). Por esta razón en los países desarrollados tal dosificación se hace sistemáticamente en todo recién nacido. La frecuencia hallada se sitúa alrededor de un hipotiroideo por cada 4.000 recién nacidos.

El problema se plantea sin embargo en una dimensión completamente diferente en los países en los cuales el bocio y el HC (o cretinismo endémico) existen en forma endémica como es el caso de los países del área andina. Así, durante una investigación llevada a cabo por la Sociedad Colombiana de Endocrinología en la región de Guaduas (1957-58) se encontró que 20 sujetos por cada 1.000 presentaba las características físicas y mentales del cretinismo endémico; Fierro-Benítez y Stanbury encontraron en los Andes Ecuatorianos 144 cretinos en 116 familias. Se trata pues de un enorme problema de salud pública, posiblemente el más grave que se presenta en Colombia, cuyo diagnóstico y manejo precoz debe constituirse en un acto obligatorio.

No es el caso discutir el por qué existe en Colombia una endemia de bocio y su relación con el HC; todos sabemos que desde la colonia llamó la atención de científicos locales y visitantes la existencia de bocio y existen múltiples estudios sobre el tema revisados por Antonio Ucrós en su trabajo "Consideraciones Histórico endémicas del coto en Colombia". Entre los visitantes la obra más importante fue desarrollada por el botánico francés Boussingault quien propuso, desde 1830, la yodificación de la sal; en su tercera memoria dice: "Al viajar por la Nueva Granada sorprende por cierto el encontrar tanto número de cotos o papeas que padecen los habitantes de muchas provincias. El que las recorre admira la hermosura y variedad de las producciones de la naturaleza, y sufre sin embargo considerando al hombre atacado por una enfermedad repugnante, a la cual acompaña muchas veces y como consecuencia inmediata la imbecilidad". Es difícil dar una imagen más clara de la realidad. La Sociedad Colombiana de Endocrinología publicó en el primer número de su revista (diciembre 1965) el escrito de Vicente Gil de Tejada, "Memoria sobre las causas, naturaleza y curación de los cotos en Santa Fé de Bogotá", publicado originalmente en 1797. Todos sabemos que la sal se ha venido yodando en Colombia desde hace casi treinta años y ello ha traído una disminución en la frecuencia del coto (y probablemente del HC), el cual persiste en aproximadamente un 25% de la población. Las razones para ello han venido siendo estudiadas, en particular por el grupo de Eduardo Gaitán en Cali, en busca de sustancias bociógenas principalmente en el agua.

Desde fines de 1980 y hasta Marzo de 1982, gracias a la colaboración de Colciencias y del Departamento de Investigaciones del Ministerio de Salud, las secciones de Endocrinología y Neonatología de la Universidad Nacional llevaron

a cabo un estudio en 1.021 recién nacidos tanto desde el punto de vista clínico como mediante las dosificaciones de TSH y T4 Neonatales (TSH-NN y T4-NN). La historia clínica empleada incluyó los signos y síntomas clásicamente atribuidos al hipotiroidismo, en un esfuerzo por establecer alguna relación entre clínica y laboratorio. Consideramos los siguientes síntomas y signos: ictericia, fontanelas grandes (anterior mayor de 30 mm de diámetro y posterior mayor de 10 mm), peso excesivo al nacer (más de 3.500 g en niños y más de 3.400 en niñas); piel seca, cartílago nasal deprimido, hipotonía muscular, macroglosia, actividad disminuida, dificultad en la alimentación y constipación. Dividimos clínicamente los recién nacidos según el número de síntomas o signos anormales, desde aquellos que presentaban uno solo hasta aquellos que presentaban 5 ó 6 (Tabla 1).

Por otra parte, a partir de las dosificaciones de TSH-NN y T4-NN, se establecieron los valores normales considerando anormales aquellos que se situaban fuera de dos desviaciones estándar del promedio.

El promedio de TSH-NN fue de 5.3 uU/ml y la desviación estándar de 2.2 uU/ml; el promedio de T4-NN fue de 60.2 ng/ml y la desviación estándar de 12.4 ng/ml.

Teniendo en cuenta que se trata de un informe preliminar, con muy pocos niños estudiados (existen estudios que ya pasan el millón de neonatos), consideramos como anormales los TSH, por encima de 12 uU/ml tres desviaciones estándar y para T4, menos de 36 ng/ml.

Siguiendo estos criterios se encontraron 19 muestras (10 niños, 9 niñas) (procesadas en duplicado) con TSH superiores a 12 uU/ml, lo cual daría un porcentaje aproximado de 2% y 56 valores de T4 por debajo de 36 ng/ml, lo cual daría un

porcentaje de 7.5%. Sin embargo en otros países se han fijado valores de TSH para "llamamiento" (recall), que van de 20 uU.ml a 50 uU.ml. En nuestro grupo, encontramos 6 niños con valores de TSH de 50, 190, 160, 160, 100 y 47 uU.ml.; los T4 de estos niños en su orden eran de 32, 28, 34, 28, 75 y 45 ng.ml. Es decir que en cuatro de los seis casos coincidían un TSH muy elevado con un T4 bajo. En ese momento decidimos buscar esos niños, que representan el 0.57% de los examinados (5.7 por mil) y nos encontramos con informaciones falsas acerca de sus direcciones, pudiendo localizar sólo dos de los seis casos de dos meses; en ese momento el diagnóstico era obvio y la apariencia hipotiroidea muy evidente.

No fue posible establecer ninguna relación entre el examen físico practicado al nacer y los resultados de TSH o T4. Así, el niño que presentaba 5 síntomas o signos tenía un TSH de 3 u U.ml y un T4 de 90 ng.ml, los tres pacientes con 4 síntomas o signos tenían TSH de 5,8, 7,5 y 7,0 uU.ml y T4 de 34 y 55 ng.ml (en un caso no fue practicado). El paciente con 6 síntomas y signos era un caso de Trisomía 21.

Este estudio lo está continuando el grupo de Neonatología de la Universidad Nacional en asociación con otras facultades de medicina del país; hasta la fecha de este informe se han procesado alrededor de 30.000 muestras; los resultados obtenidos serán el objeto de una comunicación posterior.

CHALEM, F. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9:213-214, 1984. *Artritis reumatoidea*. *Introducción*.

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica difusa del tejido conectivo, de etiología desconocida, caracterizada primordialmente por lesiones inflamatorias articulares. Su cuadro clí-

nico tiene grandes variaciones, generalmente es una poliartritis periférica simétrica, pero puede ser monoarticular y frecuentemente estar acompañada de manifestaciones extraarticulares.

La prevalencia de AR definida, de acuerdo con la mayoría de los estudios publicados, es de 1% para caucásicos mayores de 18 años. La enfermedad es más frecuente en la mujer, alcanzando para todas las edades una cifra de dos a tres veces mayor. Se presenta en todos los climas y razas, pero se han encontrado algunas variaciones de prevalencia en dos tribus indígenas norteamericanas en los estados de Washington y Minnesota con cifras de 3.4% y 5.3% respectivamente, en la isla de Kinmen de China de 0.3% y en negros rurales de Sudáfrica de 0.1%.

La AR constituye cerca del 25% de los pacientes vistos en una consulta especializada. En un análisis de 200 pacientes nuevos con AR clásica o definida del adulto, atendidos en la Fundación Instituto de Reumatología e Inmunología, se encontró un predominio del sexo femenino en una proporción del 4.5 por 1 explicado por la menor afluencia de hombres a esta institución, ya que estos tienen mayor protección de las entidades de seguridad social. Sin embargo esta proporción fue de 5 por 1 antes de los 49 años y 3 por 1 después de esta edad.

La edad de comienzo osciló entre los 17 y los 79 años, con una mayor frecuencia entre los 30 y los 49, que representan el 53% de los casos. Estas cifras no difieren de las informadas en otros países.

Como es habitual, la iniciación de la enfermedad fue insidiosa en la mayoría de los casos, el curso fue progresivo o sostenido en el 83%, siendo intermitente o episódico en el 14.5% y con remisiones prolongadas en el 2.5%. Los antecedentes familiares de AR fueron claros en 4% y dudosos en 10%.

Los módulos subcutáneos se encontraron en el 16% de los casos, frecuencia menor a la encontrada generalmente de 20 a 25%. El factor reumatoideo IgM, determinado por el método del latex, fue de 1/80 o más en el 71.4% de los pacientes; este dato sugiere una mayor frecuencia de factor reumatoideo oculto o de AR seronegativa.

Las articulaciones más frecuentemente comprometidas fueron las metacarpofalángicas (92.5%), muñecas (87%), interfalángicas proximales (86.5%), rodillas (79.5%) y codos (71%). Las deformidades más frecuentes fueron la desviación cubital (24%), dedos en cuello de cisne (19.5%) y hallux valgus (16.5%).

Todos los pacientes recibieron alguno de los antiinflamatorios no esteroideos y alguna de las drogas de segunda línea o inductoras de remisión; se administraron sales de oro a 118 (59%) y penicilamina a 65 (32.5%).

Tanto para la elección del tipo de droga a emplear y su dosis, como para juzgar el resultado obtenido con ella, es importante determinar la actividad de la enfermedad. Para valorarla existen tres aspectos fundamentales: la inflamación, los cambios estructurales y la capacidad funcional.

La inflamación se cuantifica por la hinchazón articular, el dolor y el número de articulaciones comprometidas teniendo en cuenta el tamaño de éstas; por la disfunción; debilidad muscular, fatiga, rigidez matinal y eritrosedimentación acelerada.

Los cambios estructurales se determinan especialmente por estudios radiológicos, siendo la mayoría de ellos irreversibles y en este caso el objetivo del tratamiento es el de detener su progresión.

Para determinar la capacidad funcional se sigue utilizando la clasificación de Steinbrocker de 1949 (Tabla 1).

**Tabla 1.** *Clases funcionales ARA.*

**CLASE I – COMPLETA**

Capacidad normal para todas las labores sin restricción.

**CLASE II – ADECUADA**

Para actividades normales, a pesar de molestias o movilidad limitada de una o más articulaciones.

**CLASE III – LIMITADA**

Únicamente puede desempeñar algunas actividades básicas cotidianas.

**CLASE IV – INCAPACITADO**

Reducido al lecho o a la silla de ruedas; poco o ningún cuidado personal.

Por lo general las clases I y II son reversibles con el tratamiento médico, mientras que las III y IV obedecen frecuentemente a cambios estructurales, que requieren otras medidas terapéuticas.

MUÑOZ C., M., VERGARA G., I., MORILLO Q., A., y C. TORO (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9:333-340, 1984. Síndrome de Shy Dragger. *Atrofia multisistémica del sistema nervioso.*

**INFORME DE UN CASO**

Se presenta el estudio clínico, farmacológico y electrofisiológico de un varón de 59 años con hipotensión ortostática severa de año y medio de evolución, acompañada por síntomas del sistema nervioso tanto central como periférico: impotencia, anhidrosis "en parches", déficit sensitivo superficial y profundo, temblor de tipo cerebeloso y preservación de las funciones mentales.

La sintomatología se acentuó en forma progresiva e incapacitante durante los años de observación. Esta condición corresponde al síndrome de Shy-Dragger o atrofia multisistémica del sistema nervioso, una entidad de rara ocurrencia caracterizada por degeneración neuronal en los ganglios autónomos, núcleos del

tallo cerebral, células de Purkinje, núcleos grises basales y por lesiones cordoneales espinales de causa desconocida.

El diagnóstico diferencial del síndrome de Shy Drager con otras formas de hipotensión ortostática (mal ajuste postural y formas secundarias), que ocurren con mayor frecuencia, es de importancia terapéutica y pronóstica.

CAMACHO D., A\* y G. BERNAL H. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). *Púrpura trombocitopénica idiopática y esplenectomía*. ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 24, 1984.

El objetivo de la presente comunicación es informar sobre la respuesta, evolución complicaciones y pronóstico de 28 pacientes esplenectomizados con diagnóstico de Púrpura Trombocitopénica Idiopática. 24 (85,71%) fueron sometidos a cirugía en los últimos tres años.

El diagnóstico hematológico se hizo en base al cuadro clínico que en todos mostró equimosis y petequias, y el laboratorio, trombocitopenia importante, mielograma con hiperplasia megacariocítica, T. de protombina, T.P.T., Fibrinógeno, dentro de los límites normales. Además, pruebas complementarias inmunológicas como dosificación de inmunoglobulinas, Complemento C3 y C4 y anticuerpos antinúcleo.

El grupo lo conforman 20 mujeres (71,42%) y 8 hombres (28,57%). Las edades oscilaron entre los 20 y los 60 años. 16 (57,14%) están entre los 20 y los 30 años y 8 (28,57%) entre los 30 y 40 años. La respuesta a la Esplenectomía fue favorable en 21 pacientes (75%) y desfavorable en 7 (25%), 5 mujeres y 2 hombres. Del grupo de 20 mujeres respondieron 15 (75%) y de los 8 hombres, 6 (75%). No hubo complicación en el post-operatorio inmediato.

Tres mujeres (10,71%) han presentado tendencia a infección (infección urinaria, verrugas persistentes y TBC). En dos de ellas se encontró discreta disminución en el porcentaje de linfocitos T y de fagocitosis. No hay variación significativa en la dosificación de Inmunoglobulina y de las fracciones C3 y C4 del complemento.

Del grupo de 7 sin respuesta quienes se encuentran bajo tratamiento inmunosupresor, a 4 (3 mujeres y 1 hombre) el rastreo con glóbulos rojos marcados con Tc99 es sugestivo de la presencia de bazo aberrantes.

CAMACHO, A. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 24, 1984. *Trastornos hemorrágicos congénitos y fenómenos trombóticos, hemofilia e infarto. Hipofibrinogenemia y trombosis distal*.

Se describen situaciones no usuales de dos pacientes con trastornos hemorrágicos congénitos y fenómenos trombóticos.

El primer caso corresponde a una mujer nulípara de 30 años de edad con diagnóstico de Hipofibrinogenemia congénita – El diagnóstico se hizo en base a la tendencia hemorrágica exagerada ante discreto traumatismos y paraclínicamente el T. de Protombina, T.P.T., T. de Trombina, fibrinógeno y retracción del coágulo, anormales–. La concentración de Fibrinógeno oscila entre 10 y 30 mg% (VN: 200-400 mg%). La inmunodifusión con antifibrinógeno es anormal, lo mismo el estudio de Agregación Plaquetaria. Dos hermanos padecen el mismo defecto hemostático. En los últimos meses presenta trombosis distal en dedos del pie derecho, que ha condicionado la amputación de uno de ellos. Se han descrito pero no son frecuentes episodios de tromboembolismo en Hipofibrinogene-

mia, pero más raros aún cuadros de trombosis periférica.

El segundo caso se refiere a un hombre de 48 años quien padece Hemofilia A., diagnosticada desde la infancia. El diagnóstico paraclínico se fundamentó en T.P.T. prolongado y bajos niveles de Factor VIII.T. de Sangría, T. de Protombina, recuento de plaquetas y agregación plaquetaria, dentro de límites normales. Fue hospitalizado por dolor súbito precordial; E.K.G., con imágenes de infarto agudo del miocardio anteroseptal y elevación de las enzimas C.P.K. y D.H.L. Evolucionó satisfactoriamente bajo opiáceos y vasodilatadores.

No por el hecho de ser Hemofílico posee mecanismos "especiales de defensa" a nivel de función plaquetaria o de endotelio vascular que participan en mecanismos desencadenantes de infarto, pero tampoco son frecuentes estos episodios en pacientes Hemofílicos adultos bajo nuestro control.

REYES L., B. y E. BERNAL (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup) 30, 1984. *La medida del TSH plasmático después de TRH EV en el diagnóstico del hipotiroidismo subclínico.*

La noción de que la función tiroidea puede ser normal (eutiroidismo), baja (Hipotiroidismo) o elevada (Hipertiroidismo), debe ser modificada. El déficit de función es variable, desde total, como en la Agenesia Tiroidea, hasta clínicamente imperceptible, como es el caso en la mayoría de los bocios endémicos. Es decir que existen grados de Hipotiroidismo.

Hemos llevado a cabo dosificaciones de T4 total, captación de I131, gamagrafía Tiroidea y medidas de TSH basal y 30 minutos después de administración iv de 200  $\mu$ g de TRH, en 35 estudiantes, como

grupo control y 313 pacientes en los cuales se sospechó déficit en la función Tiroidea. Los controles presentaron valores de TSH basal de  $5.8 \text{ uUI/ml} \pm 1.7$ , semejantes en hombres y mujeres; después de TRH los hombres presentaron un incremento a  $21.5 \pm 5.8 \text{ uUI/ml}$  y las mujeres a  $32.5 \pm 6.6 \text{ uUI/ml}$ . A partir de estos datos estamos considerando como valores normales, menos de 10 uUI/ml en condiciones basales tanto en hombres como en mujeres, 30 uUI/ml y 40 uUI/ml en hombres y mujeres respectivamente después de TRH. De los 313 pacientes estudiados, 28 presentaron niveles elevados tanto basales como después de TRH, y 78 valores elevados solamente después de TRH; estos 106 pacientes representan el 33 p. 100 de los estudiados. Los niveles de T4 estuvieron bajos (considerando valores normales de 4.5 a 12 mcg. dl) en 17 pacientes lo cual representa un 5 p. 100 del total.

La dosificación de T4 permite por lo tanto establecer el diagnóstico de hipofunción tiroidea en un cierto número de casos, posiblemente los más severos; sin embargo, en un número mucho mayor de pacientes se encuentra dentro de límites normales. Nos parece por lo tanto indispensable medir TSH basal y sobre todo después de TRH, cuando se trata de estudiar un paciente en el cual se sospecha una función tiroidea disminuida.

REYES-LEAL, B. y G. LASTRA (DEPARTAMENTO DE MEDICINA) ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 30, 1984. *La determinación del umbral inicial renal de reabsorción de fosfato (UIRP) en el estudio de la litiasis renal cálcica.*

Dentro del grupo de hipótesis planteadas sobre el origen de la llamada Hiper calciuria absorptiva, la que nos ha parecido más lógica es la pérdida renal de fosfato; a partir de este trastorno, el descenso de los niveles plasmáticos de fosfato causaría un aumento de la  $1,25 \text{ (OH) } 2$



D3, responsable de la hiperabsorción intestinal de Calcio. Es por lo tanto necesario precisar cuáles pacientes, dentro del grupo de Hipercalciuria idiopática, presentan realmente una "fuga renal de fosfato", es decir un UIRP bajo.

Se hicieron infusiones de fosfato y depuraciones de creatinina y fosfato en 11 sujetos normales, y 33 pacientes con Hipercalciuria idiopática. Los UIRP obtenidos en los sujetos control mediante las infusiones de fosfato fueron de  $2,81 \pm 0,36$ , mientras que los derivados del nomograma de Bijvoet fueron de  $3,16 \pm 0,4$  en los 33 pacientes, 18 presentaron UIRP bajo. Los resultados obtenidos han permitido:

- Clasificar los pacientes en los que tienen UIRP bajo y aquellos que lo tienen normal, y
- Comprobar que las técnicas para la determinación del UIRP basadas en las depuraciones de fosfato y creatinina y derivadas del nomograma de Bijvoet dan cifras más altas que las obtenidas mediante infusiones de fosfato.

BARRERA, J.R. y F. GARCIA (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 31, 1984. *Lupus eritematoso sistémico - análisis prospectivo.*

Se presentan 31 casos de LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, diagnosticados de acuerdo a los criterios revisados en 1982, por la "American Rheumatism Association", estudiados en el Hospital San Juan de Dios en un análisis prospectivo de 15 meses.

Se destacan las formas de presentación clínica y se correlacionan con hallazgos paraclínicos. Se encontró Artritis en 74.1%, Eritema facial en 70.9%, Linfopenia en 25%, convulsiones en 16,1%, Derrame pleural en 10.1%.

Se practicaron estudios para anticuerpos antinucleares a todos los pacientes algunos de ellos con técnicas de cultivos celulares.

En siete casos se estudió la presencia de Antígenos Nucleares extraíbles y en seis casos Anti DNA con técnicas de Crithidia Lucilae.

El porcentaje de positividad de los ANA fué de 83.8%.

Se encontró Hipocomplementemia en 67.7% de casos.

Se pudo estudiar material de Biopsia Renal en 12 oportunidades, presentándose una mayor frecuencia de glomerulonefritis mesangial (41.8%). En tanto la creatinina estuvo anormal en 4 de los 31 (12.9%).

La infección fue causa de morbilidad importante (38.7%).

Durante el período de estudio la mortalidad global fue de 12.9%.

Se concluye: El LUPUS, tiene un amplio compromiso de sistemas, los anticuerpos antinucleares son métodos diagnósticos indispensables, la hipocomplementemia debería incluirse como método diagnóstico.

Las cifras de creatinina no son un método fidedigno del compromiso renal y es superada ampliamente por la Biopsia.

REVOLLO, A., MOLINA, T., LOPEZ, C., SILVA, E., CARREÑO, A., VALDERRAMA, S. y D. QUINTERO (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 37, 1984. *Anticuerpos contra antígenos HLA en pacientes de varios centros de diálisis.*

Se estudiaron receptores potenciales para trasplante renal de cinco centros de

diálisis fueron estudiados para determinar anticuerpos dirigidos contra antígenos HLA, su perpetuidad, porcentaje y niveles de reactividad. Cincuenta y tres pacientes fueron estudiados con una variación del tiempo de diálisis de 4 a 50 meses con tres sesiones semanales, edades entre treinta y cuarenta y nueve años y con variadas causas etiológicas de enfermedad renal. Todos los pacientes habían sido transfundidos con una frecuencia de una transfusión mensual a cuatro anuales. Las pruebas fueron realizadas en el laboratorio de histocompatibilidad de la Unidad Renal de la Caja Nacional de Previsión utilizando la reacción de la linfocitotoxicidad mediada por el complemento de conejo a temperatura de laboratorio con la inclusión citoplasmática de azul tripan como medida de la muerte celular. Muestras de suero, colectadas antes de la diálisis fueron probadas contra un panel de linfocitos de 20 donantes voluntarios tomados al azar y el porcentaje de reactividad de cada suero calculado del número de linfocitos sobre los cuales hubo efecto citotóxico. La especificidad del anticuerpo fue deducida del tipo HLA conocido en los linfocitos del donante; 11 antígenos de la clase A y 16 de la clase B sirvieron para esta clasificación. Los títulos fueron determinados por la dilución del suero que mató 50% o más de linfocitos. Fue además necesario determinar actividad anti HLA en busca de auto-anticuerpos no dirigidos contra HLA. Los anticuerpos HLA fueron positivos en 7 de 53 pacientes estudiados (13.2%) y estuvieron dirigidos de preferencia contra antígenos HLA comúnmente observados en la población (A 1, 2, 9, 28 - B 5, 15, 16, 35). En ningún paciente se observó auto-anticuerpos no dirigidos contra HLA y se dedujo que las previas transfusiones fueron el estímulo inmunogénico. Dos pacientes tuvieron títulos altos (1/20) y tres títulos bajos (1/8); uno estuvo dirigido para un antígeno y los restantes para más de dos. Ya que los trasplantes exitosos comienzan a ob-

servarse en pacientes con anticuerpos dirigidos contra uno o dos antígenos HLA con la remoción y producción de anticuerpos, una atención mayor tendrá que derivarse en ellos por este futuro promisorio.

REVOLLO, A., CARREÑO, A., QUINTERO, D. y H. DE PATAQUIVA (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 37, 1984. *Microscopía de contraste de fase en la identificación del origen de la hematuria.*

Sedimentos de orina fresca de treinta y cuatro pacientes fueron examinados para investigar origen de la hematuria usando un microscopio Karl Zeiss Jena, equipado en iluminación positiva de contraste de fase, cámara fotográfica y observados a 1.600 y 2.000 aumentos.

Anomalía congénita (Enfermedad poli-quística) fue diagnosticada en cuatro pacientes; nefrolitiasis en dos; lesiones tumorales benignas y malignas (carcinoma renal y vejiga) en ocho. Necrosis tubular aguda en dos. Enfermedad glomerular fue diagnosticada en dieciocho pacientes, confirmados por la biopsia renal y variando entre los cambios mínimos a riñón terminal así: Nefritis proliferativa cinco, nefritis post-infecciosa dos, nefritis rápidamente progresiva cuatro y membranosa dos. El filtrado glomerular y la proteinuria variaron de la normalidad al deterioro total y de proteinuria leve a severa.

Doce tipos de alteración morfológicas de la membrana celular (dismorfismo) fueron observados en todos los pacientes con enfermedades glomerulares en una proporción mayor del 80% de las células observadas por campo microscópico. Esta alteración consistió en engrosamiento, lobulación, gemación, condensación, espículas, diana e interrupción, siendo la primera la más frecuente observada (85%). Por el contrario las células

rojas encontradas en la orina como resultado de lesiones en la pelvis renal y vejiga, no mostraron las variaciones morfológicas vistas antes.

Los hallazgos observados en los eritrocitos confirman la utilidad de este procedimiento en la investigación de la orina de pacientes con hematuria para evitar procedimientos urológicos y radiológicos en aquellos afectados con enfermedad glomerular.

RONDON H., H. y R. VARGAS B. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 42, 1984. *Estudio de morbilidad y mortalidad en el servicio de Medicina Interna (Hospital San Juan de Dios).*

El propósito de este trabajo es el de conocer las características demográficas de los usuarios del Servicio de Medicina Interna y establecer la morbilidad por paciente que incluye las variadas patologías que lo afectan; registrar la magnitud y las causas principales de mortalidad.

Se llevó a cabo en el servicio de Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios de Bogotá y comprende 512 pacientes hospitalizados entre Junio y Octubre de 1982; 284 hombres y 228 mujeres con edades entre 10 y 90 años. El 67% provienen de D.E. de Bogotá, los demás del resto del país. El 45,5% residen en la zona sur occidental de la ciudad. Casi la totalidad pertenecen a un sector socioeconómico bajo, sub-empleado, con grado de escolaridad nulo o primario estacionario. El 76% ingresó por el servicio de urgencias. Se encontraron 171 entidades nosológicas con distinta denominación, lo cual constituye un valioso aporte en la educación médica. La mortalidad general fue del 14,25%.

El presente estudio fija las bases para el registro permanente de morbilidad y mortalidad en el Departamento de Me-

dicina y es punto de partida para estudios futuros.

VERGARA, I., ROSSELLI, A., TORO, G., PEREZ, G. y M. MUÑOZ (DEPARTAMENTO DE MEDICINA) ACTA MED. COL. 9: (Sup.), 43, 1984. *Panencefalitis esclerosante subaguda (PEESA) y embarazo.*

PEESA es una forma de infección viral lenta del Sistema Nervioso Central (SNC) causada por el virus del sarampión modificado que predomina entre los 7 y 12 años de edad. Informamos del desarrollo de PEESA en tres mujeres en edades entre los 18 y 23 años en el curso de la cual se presentaron 4 embarazos, tres de ellos con producto sano. El diagnóstico fue hecho sobre base clínica, del EEG y de la evolución característicos y en uno de los casos confirmada histopatológicamente. Dos pacientes mostraron elevados títulos antisarampión en suero y LCR con una relación indicativa de producción de anticuerpos en el SNC y aumento de IgG en el LCR. Todas presentaron un largo período de latencia.

El caso No. 1 con 18 años hizo un curso de 24 meses evolucionando a la demencia (etapa IV); durante ese período hizo dos embarazos: uno no evaluado por nosotros del cual tenemos informes de supervivencia aparentemente normal a los 17 meses de edad y otro que hemos seguido hasta los 6 meses de edad sin alteración neurológica.

El caso No. 2, mujer de 20 años con una gestación de 31 semanas la cual terminó con muerte intrauterina y maceramiento lo que hizo imposible el estudio histopatológico del feto. La paciente falleció por sepsis al 7o. día del puerperio; se comprobó PEESA en la necropsia. El caso No. 3 con 23 años, desarrolló PEESA en el 4o. mes de gestación y tiene un producto sano, tampoco evaluado directamente por nosotros, pero que permane-

ce sano en apariencia a los 6 meses de edad. La paciente está en etapa IV a los 12 meses de evolución.

La PEESA en adultos es muy poco frecuente; hay sólo 3 casos previos informados con embarazos coexistentes; en los hijos de estas pacientes ha podido excluirse alteración neurológica por infección viral hasta los 14 meses. Los títulos de sarampión en uno de estos cayeron progresivamente en 6 meses, comportamiento compatible con transferencia pasiva transplacentaria de anticuerpos específicos. Los casos referidos en la literatura y al menos tres hijos sanos en dos de nuestras pacientes sostienen la hipótesis de ausencia de infección transplacentaria por el virus de PEESA.

PEREZ, G., VERGARA, I., P. DE RIOS, L. y G. TORO (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 43, 1984. *Esclerosis lateral amiotrófica en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, 1962-1982.*

Dentro de las enfermedades motoneuronales la ELA es la más frecuente con una prevalencia de 3/100.000 habitantes. En Colombia no tenemos datos epidemiológicos. Hemos estudiado en 20 años 47 pacientes con ELA de quienes describimos las principales características clínicas. El criterio selectivo fue la presencia de paresia y atrofia muscular progresivas y fasciculaciones en diversos grupos musculares y/o compromiso bulbar característico.

32 Pacientes fueron hombres (68%), 15 mujeres (32%) con una proporción 2:1 y edad promedio general de 43.3 años con un promedio menor para las mujeres (36 años). La mayor incidencia ocurrió entre la 4a. y 6a. décadas de la vida y sólo en dos pacientes se presentó antes de los 18 años y un promedio de evolución de 27.5 meses. El cuadro clínico se caracterizó por paresia en 42 pacientes (89%)

con predominio de la cuadriparesia en 30 (64%) y espasticidad en 38 (88%) con hiperreflexia simétrica. Las fasciculaciones espontáneas se apreciaron en 33 (70%). El compromiso de pares se demostró en 38 pacientes (88%) con hiperreflexia simétrica. Las fasciculaciones espontáneas se apreciaron en 33 (70%). El compromiso de pares se demostró en 38 pacientes (81%) siendo IX-X y XI los más frecuentemente afectados. La biopsia muscular demostró atrofia neurogénica en las 26 realizadas. Los estudios electromiográficos demostraron fibrilaciones y fasciculaciones en el 65% de los pacientes. 4 Casos fueron de presentación bulbar. 3 Pacientes fallecieron en el hospital y se revisan sus hallazgos histopatológicos.

Se presentan 47 casos de ELA, 45 del tipo clásico esporádico; llama la atención la temprana edad de comienzo especialmente en las mujeres; la proporción de sexos y los hallazgos clínicos coincidieron con los informados en revisiones similares. 2 Casos correspondieron a la variante clásica juvenil. No se apreciaron manifestaciones demenciales ni parkinsonismo en estos pacientes. El tratamiento es sintomático.

Los elementos clínicos y electromiográficos permiten realizar el diagnóstico en la mayoría de los casos. Por las características clínicas de la enfermedad y la alta procedencia rural (2/3 partes) de los pacientes no fue posible realizar un seguimiento adecuado.

ROSSELLI, A., ROSSELLI, M., e I. VERGARA (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 43, 1984. *Aspectos topográficos en el síndrome de hemi-inatención.*

La hemi-inatención se define como la ausencia de respuestas de orientación a los estímulos presentados en el lado contralateral a una lesión cerebral, no explica-

ble por daño motor o sensorial. Se manifiesta por extinción sensorial multimodal, negligencia hemiespacial hemiaquinesia, hemiasomatognosia, anosognosia y eventualmente somatoparafenía. Estos fenómenos no siempre se presentan juntos, ni tienen una correspondencia con el sitio y localización de la lesión y pueden asociarse con otros síndromes según el hemisferio afectado.

Clásicamente se relaciona con lesiones del lóbulo parietal derecho, pero recientemente se ha reconocido en lesiones frontales, límbicas, talámica y mesencefálicas. Se estudiaron 11 pacientes con hemi-inatención 5 con lesiones del hemisferio izquierdo, 3 del derecho, 2 bilaterales y uno pronto-mesencefálica. La causa fue ACV en 10 pacientes (5 por hemorragia intraparenquimatosa, 4 por infarto isquémico y 1 causado por arteritis lúpica) y en uno, un glioma frontal bilateral. Todas las lesiones se demostraron por TC.

Clínicamente todos los pacientes presentaron extinción multimodal. La hemiaquinesia, hemiasomatognosia y anosognosia se observaron indistintamente en lesiones corticales y subcorticales, derechas o izquierdas. En dos casos se observó somatoparafenía. Es llamativo que uno de los pacientes con extinción sensorial y anosognosia tenía una lesión hemorrágica en el puente sin alteraciones hemisféricas y que en un caso de somatoparafenía la lesión era del hemisferio izquierdo con compromiso talámico. La negligencia espacial se presentó únicamente con lesiones parietales. En general la hemi-inatención fué más fugaz que los otros síndromes asociados. Hemos encontrado que la hemi-inatención, a diferencia de los conceptos clásicos, tiene un carácter inespecífico y transitorio explicable por alteración en la distribución especial de la atención dirigida, causada por lesiones unilaterales derechas o izquierdas del sistema atencional retículo-

talámico-cortical y que sus características varían según el nivel de la lesión y el hemisferio afectado.

CAMPOS, J.\*, SOLANO, J. y B. De SOLANO (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 49, 1984. *Polipectomía endoscópica en el colon.*

Se describe la técnica de la polipectomía endoscópica durante colonoscopia, practicada en 30 ocasiones en el Centro Médico de los Andes, y en la Clínica de Marly de Bogotá, en 16 hombres y 11 mujeres con edades que oscilaron entre los 25 y los 80 años. Se analizan los hallazgos macroscópicos e histológicos, haciendo énfasis en que esta técnica se ha constituido en el procedimiento de elección en esta patología, a pesar de las limitaciones y eventuales complicaciones que igualmente se discuten. Se presenta como tratamiento definitivo en aquellos casos de cáncer limitado al pólipo, sin compromiso del pedículo.

VERGARA, I., ROSSELLI, A., LORENZANA, P., PEREZ, G. y M. MUÑOZ (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 61, 1984. *Hemorragia pónica primaria. Estudio de 4 casos no fatales.*

Se presenta el estudio de 4 pacientes con hemorragias pónicas primarias; dos de ellos de 49 y 51 años con lesiones atribuibles a hipertensión arterial sistémica y dos de 23 y 37 años en quienes se sospechó una Malformación arteriovenosa (MAV) después de excluir vasculopatía y trastorno primario de la coagulación. Todas las lesiones fueron demostradas por Tomografía Computadorizada (TC) y los pacientes sobrevivieron al acceso agudo con morbilidad moderada (actividades básicas cotidianas sin ayuda). Con base en los hallazgos clínicos se sospechó la localización topográfica y la extensión probable de las lesiones lo cual, al corre-

lacionarse con las imágenes TC permitieron ubicar las mismas en esquemas de cortes transversales del tallo cerebral. El trastorno oculomotor de uno de los pacientes se precisó por medio de Electrooculograma (EOG).

En la actualidad se admite que las hemorragias del puente tienen una alta mortalidad a corto plazo; con la introducción del TC en el diagnóstico y estudio sistemático de la enfermedad cerebrovascular, se reconocen cada vez con mayor frecuencia, casos de hemorragias pónicas no fatales con un grado aceptable de recuperación funcional como lo corroboran los 4 casos del presente informe. El pronóstico correlaciona bien con el nivel de conciencia una vez estabilizada la progresión del proceso el cual a su vez depende de la extensión del compromiso al segmento ponto-mesencefálico; los signos de disfunción del aparato oculomotor son de particular utilidad para precisar la extensión topográfica de la lesión. La diferenciación temprana de los ACV hemorrágicos de los oclusivos del tallo cerebral, es crítica para la selección del tratamiento tanto inmediato como a largo plazo; los pacientes jóvenes no hipertensos merecen estudio conducido a establecer la posibilidad de MAV.

VARGAS B., R. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 67, 1984. *Paludismo en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, 1982-1984.*

El paludismo constituye en Colombia un problema de primer orden tanto médico como epidemiológico, agravado por la presencia de cepas de *P. falciparum* resistente a la cloroquina y a otros antimaláricos. Por otra parte la poca información existente principalmente en el personal médico parece ser el reflejo del olvido que hay a nivel universitario y hospitalario, de que Colombia es por excelencia un país tropical y los conociemien-

tos que se transmiten al respecto son escasos y no tienen vigencia.

Se presentan 69 casos de paludismo confirmados por gota gruesa, vistos entre Marzo y Junio de 1982 y 1984 respectivamente. 63,7% causados por *P. falciparum*, 24,6% por *P. vivax* y 11,5% infecciones mixtas. 7.2% fueron inducidas por transfusión.

El 70% al ingreso presentó severa anemia e hipotensión; 14,5% parasitemias severas con promedio de  $419.420/\text{mm}^3$ , 26,6% parasitemia grave promedio de  $45.625/\text{mm}^3$ , los demás entre leve y moderada. La encefalopatía ocurrió en 8 casos; 5 presentaron insuficiencia renal; 8 compromiso hepático severo; 5 eran gestantes de 10, 18, 18, 30 y 32 semanas respectivamente. Se presentó resistencia a la cloroquina en 15 pacientes de 44 con *P. falciparum* la cual fue demostrada in vivo, la mayoría procedente del Guaviare donde ya se ha demostrado la resistencia. La mortalidad fue del 2,8% y no fue debida a encefalopatía.

Se discuten los aspectos clínicos, epidemiológicos y de diagnóstico; se hace un análisis de algunos aspectos de la resistencia observada y del comportamiento de la malaria en los últimos 13 años. Se hace énfasis sobre los riesgos de la malaria inducida por transfusión.

VARGAS B., R. y F. RONDON H. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 67, 1984. *Amebiasis fatal en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Informe de 98 casos.*

A pesar del adelanto de los medios de diagnóstico y tratamiento, la amebiasis constituye un grave problema médico y epidemiológico en Colombia.

En el presente estudio se revisan los aspectos fisiopatológicos actuales y se in-

forman 98 casos de amebiasis fatal ocurridos entre 1956 y 1982. Predominó el sexo masculino con 68,4%, 31,6% del sexo femenino. 58,8% presentaban localización extraintestinal. En la mayoría el tiempo de evolución fue de 20 días con un curso clínico que progresó en forma rápida a la muerte.

El 41,8% murió por complicación intestinal; 15,3% por enfermedad hepática (absceso sin ruptura); 22,4% drenaron a cavidad abdominal; 12% murió por compromiso pulmonar y 7,1% en el pos-drenaje quirúrgico; dos tenían absceso cerebral y uno múltiples en el pulmón; uno falleció por intoxicación con emetina. La perforación intestinal con severa colitis necrotizante ocurrió en 21 pacientes. La peritonitis de todas las causas fue mortal en 44,9%. Las lesiones múltiples en todo el colon ocurrieron en 54%, recto y sigmoide en 11%, ciego y colon ascendente en 8%, ceco apendicular e ileo terminal en el 4%, transverso y descendente 3%. El 60% de los abscesos hepáticos eran únicos; 63% del lóbulo derecho, 12,5% del izquierdo y 24,5% comprometía ambos lóbulos. El peso del hígado varió de 1.200 a 4.800 g con un contenido máximo de 3.500 cc.

La distribución de las lesiones intestinales sigue la ya descrita por otros autores.

MONTOYA, F., BUITRAGO, F., FLORES, F., CANTILLO, J., RAMIREZ, A., CUPERMAN, A. y J. OSPINA (DEPARTAMENTOS DE CIRUGIA, MEDICINA Y CIENCIAS FISILOGIAS). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 68, 1984. *Puente muscular de conducción entre aurículas y ventrículos semejando el haz de Kent.*

El grave problema práctico que plantea en los hospitales generales Colombianos el costo creciente de los marcapasos para resolver el bloqueo aurículo-ventricular completo nos ha llevado a buscar soluciones alternas de tipo biológico.

Teniendo en cuenta el modelo anatómico del haz de Kent en los enfermos con síndrome WPW y la constitución histológica de este haz hemos practicado quirúrgicamente un puente de conducción en 4 perros con una técnica quirúrgica sencilla.

Los resultados sugieren que se logra conducción a través del haz artificial así formado, obteniéndose electrocardiograma del tipo WPW y taquicardias paroxísticas que semejan las observadas en el síndrome.

VARGAS B., R. y F. MONTOYA P. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 71, 1984. *Observación clínica a largo plazo del efecto de la propafenona sobre las arritmias cardíacas.*

La propafenona es un antiarrítmico de claro efecto anestésico local y estabilizador de membrana. En nuestro medio son pocos los estudios realizados para evaluar su eficacia en tratamientos prolongados.

Se presenta la observación clínica de 16 pacientes ambulatorios con trastornos del ritmo cardíaco, 15 de los cuales habían sido tratados previamente con distintas drogas antiarrítmicas, algunos hasta por un período de tiempo de tres años sin obtener un control satisfactorio de su trastorno. Las edades estaban comprendidas entre 16 y 70 años, la mayoría mujeres. Se estudió la eficacia antiarrítmica y los efectos secundarios durante un período mínimo de tres meses y máximo de 15. En todos se practicó examen clínico, ECG y análisis de laboratorio antes del tratamiento y luego cada tres meses. El control clínico inicialmente fue al 3o., 5o. u 8o. día con ECG.

En 93,75% se obtuvo una respuesta positiva prolongada con mínimos efectos secundarios. No hubo alteraciones en la conducción del estímulo ni bloqueos;

tampoco alteraciones en la fórmula leucocitaria ni en las pruebas de función hepática o renal. Una paciente enfermó de Hepatitis B que se demostró por serología HBS positiva que se negativizó un mes después, la paciente no suspendió la propafenona durante la enfermedad. Su recuperación fue normal.

Se concluye que la propafenona tiene un efecto antiarrítmico bueno durante largo tiempo con mínimos efectos secundarios y es eficaz en la prevención de las crisis paroxísticas incluido el síndrome de preexcitación W.P.W.

REVOLLO, A., CARREÑO, A., MUÑOZ, J., QUINTERO, D., DE PATAQUIVA, H. y C. CACERES (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 73, 1984. *Evaluación clínica de hemodializadores capilares.*

Los miembros de las unidades de diálisis son presionados con literatura y propaganda para usar los últimos y más eficientes filtros aparecidos en el comercio. Como ellos, nos hemos encontrado con la incertidumbre de elegirlos y de la necesidad de hacer estudio confirmativo de su efectividad. Fue así como seis mismos pacientes en programa de diálisis periódica, seleccionados, de la Unidad Renal de la Caja Nacional de Previsión, fueron dializados utilizando una máquina Cobe Centry 2, con un flujo de dializado de 570 ml/m a una presión de la cámara venosa (PCV) y del dializado de 50 y 10 mm Hg respectivamente. El flujo eléctrico estabilizado y la bomba sanguínea calibrada a 180, 225 y 280 ml/m. Los filtros utilizados CF 23-08 de 1.3 m<sup>2</sup> (membrana de cuprofan) y TAF 12, 1.2 m<sup>2</sup> (membrana de cupramonio) últimos dializadores accesibles a nosotros en el momento del estudio. Cada paciente recibió un mínimo de 6 diálisis con cada uno de estos filtros, una sola vez, como indicado por el fabricante y con procedimiento de anticoagulación estandarizado con microdosis de heparina. Las de-

puraciones de nitrógeno uréico (NU), creatinina (Cr) y cloro (Cl) fueron calculadas a intervalos regulares durante la primera hora del procedimiento usando la fórmula convencional  $D = F_s \times A - V/A$  en el laboratorio de la Sección de Nefrología del Hospital San Juan de Dios. El ultrafiltrado (U.F.) fue evaluado in vitro en un reservorio de sangre de poliglobúlicos, ajustado al hematocrito a 23% a 37°C., a un flujo sanguíneo de 200 ml/m. PCV de 0 mm. Hg y a unas presiones negativas de 100, 200 y 300 mm Hg. En estos resultados hemos encontrado diferencias significativas con los estudios in vitro en la remoción de solutos informados por los fabricantes. Ya que tradicionalmente estas pruebas se extrapolan con frecuencia a la clínica, esperamos estudios en este campo para corroborar nuestras observaciones.

PEREZ, G., VERGARA, I., ROSSELLI, A., De RIOS, L.P. y M. ROSSELLI (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 80, 1984. *Demencia por infartos múltiples.*

Durante las dos últimas décadas se ha renovado el interés en las demencias insistiendo en investigar sus causas ya que algunos de ellas son tratables. Así mismo se insiste cada día más en diferenciar la senilidad del deterioro mental y en relacionar éste con las lesiones de origen vascular hasta desechar la teoría según la cual la demencia obedecía a carencia crónica de nutrientes por arterioesclerosis. Las demencias de origen vascular sólo alcanzan al 36% de todos los casos y son la segunda causa de este síndrome después de la enfermedad de Alzheimer. Hemos seleccionado 4 casos de demencia los cuales representan el efecto de los infartos múltiples sobre las funciones intelectuales.

2 Pacientes fueron hombres y 2 mujeres.  
3 Eran mayores de 55 años y 1 de 39. En 2



existía antecedente de hipertensión arterial de larga evolución y en los otros evidencia clínica de arterioesclerosis con enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca congestiva. El cuadro clínico se instaló abruptamente en 2 pacientes (inconciencia y déficit focal) y como deterioro mental progresivo en otros 2. Todos presentaron demencia en grado variable y signos y síntomas neurológicos focales, con síndrome pseudobulbar en 1 de ellos. En 2 había antecedente claro de A.C.V. El índice isquémico fue mayor de 8 en los 4 pacientes. El L.C.R. fue normal en 3 pacientes y en 1 mostró aumento de las proteínas, las reacciones serológicas fueron negativas. La única arteriografía realizada fue sugestiva de hidrocefalia. Las lesiones parenquimatosas se representaron por imágenes hipodensas de tipo isquémico en el TAC, de tamaño variable y ubicadas en la distribución de las arterias cerebral media y anterior preferentemente, un paciente presentó dilatación ventricular y otro atrofia del cerebelo. El tratamiento se dirigió a la corrección de la enfermedad asociada. Hemos seguido ambulatoriamente 2 de estos pacientes sin observar mejoría en su demencia ni episodios nuevos de ACV. Esta forma de demencia ocurre a edad variable incluso temprana. El índice isquémico, el TAC y la clínica ayudan a diferenciarla de la enfermedad de Alzheimer, sin excluir la alta posibilidad de concurrencia de las dos entidades y de su eventual asociación con hidrocefalia normotensa.

SARMIENTO, M. y E. VARGAS (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 80, 1984. *Epidemiología del accidente cerebrovascular en el Departamento de Medicina Interna - H.S.J.D. Bogotá.*

Nuestro estudio tuvo los siguientes objetivos: Describir las características epidemiológicas del A.C.V. en nuestro servicio, cuantificar las tasas de presentación

y determinar el grado de limitación en cada uno de los diferentes tipos, precisar estado evolutivo al ingreso, ubicar desde el punto de vista funcional a los pacientes y buscar incidencia de factores de riesgo.

Se elaboró Historia Clínica a cada uno de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna; diagnosticados como A.C.V. durante el período comprendido del 1o. de junio al 31 de diciembre de 1983. El examen físico se repitió a las 24 horas de ingreso y al egreso. Durante este período hubo 768 ingresos al servicio de los cuales 46 fueron pacientes con A.C.V. (6%).

En los 52% de los casos se trataba de A.C.V. oclusivo y en el 48% hemorrágico. Hubo diagnóstico definitivo en el 52% de los casos. El 41.3% estuvo dentro del grupo menor o igual a 45 años. 56% fueron hombres y 44% mujeres.

En nuestro estudio los hombres tuvieron 50% de A.C.V. hemorrágico y las mujeres 55% oclusivo. La mayor parte ingresaron como A.C.V. establecido.

El tratamiento fue médico en el 100% de los casos y básicamente dirigido a la patología asociada. Al 33% de los pacientes con hemorragia subaracnoidea se le practicó cirugía. La tasa de mortalidad fue del 13% y en todos los casos se debió a causa no neurológica. El estado funcional al ingreso demostró que todos los pacientes requerían asistencia médica periódica y permanente de enfermedades, la ganancia funcional al egreso fue baja y en general se debió a la mejoría de la enfermedad de base. El 39% de los pacientes tenía historia de hipertensión no controlada, 13% falla cardíaca, 10% enfermedad valvular, diabetes solamente el 4%, A.I.T. en el 16% de los pacientes con trombosis y en el 8% de las embolias. A.C.V. previo en el 13% de los casos.

VERGARA, I., ROSSELLI, A. y M. ROSSELLI (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 80, 1984. *Alteración del comportamiento por lesión del hemisferio cerebral izquierdo.*

Se presenta el cuadro neurológico de un paciente de 28 años, diestro, hipertenso crónico quien sufre una extensa hemorragia intracerebral del hemisferio izquierdo que desencadena una hidrocefalia de carácter transitorio. Su sintomatología se resume en los siguientes síndromes: Horner izquierdo, hipertensión endocraneana con papiledema bilateral de grado moderado y asociado a retinopatía grado III, hemiplejía, hipoestesia y hemi-inatención derechas, afasia mixta de predominio sensorial, apraxia ideomotora, y un síndrome frontal definido por reflejo de prensión palmar y plantar, reflejo de búsqueda de los objetos y esbozo de conducta utilitaria. Cada uno de estos síndromes es definido, explicado y demostrado en el paciente en un video cassette.

Se hace énfasis en el síndrome de seguimiento manual como una conducta refleja para tomar los objetos que se mueven en su hemicampo visual izquierdo, conducta que parece continuación del reflejo de prensión manual y que antecede al síndrome de utilización descrito recientemente en pacientes con lesiones frontales. La conducta de utilización se ha definido como la tendencia del paciente para utilizar los objetos que se presentan en su campo visual sin control voluntario pero con una praxis adecuada.

Se concluye que una lesión extensa y central del hemisferio izquierdo puede desencadenar, además de afasia y hemiplejía, alteraciones de la atención y del comportamiento motor produciendo conductas regresivas consecutivas aparentemente a la lesión frontal.

CAMACHO D., A. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 9: (Sup.) 85, 1984. Hemofilia A y trapanación craneana por hematoma subdural.

Es un paciente de 28 años de edad con diagnóstico de Hemofilia A diagnosticada a la edad de 5 años, quien recibe periódicamente crioprecipitados para el control de su trastorno hemorrágico.

La dosificación de Factor VIII ha oscilado entre 5 y 15%. La agregación plaquetaria, T. de sangría, el recuento de plaquetas y el tiempo de protombina, han estado dentro de los límites normales.

Ingreso al Servicio de Urgencias en estado de coma por A.C.V. hemorrágico por formación de hematoma subdural izquierdo, confirmado por el TAC que mostró colección subdural temporoparietal, con desviación de la línea media y edema cerebral.

Recibió crioprecipitados en dosis teniendo en cuenta un nivel de Factor VIII del 10% y una concentración de más o menos 70% de actividad del mencionado Factor en cada una de las bolsas de crioprecipitado hasta lograr un control de Factor VIII a nivel del 30%. Fue llevado a Cirugía por especialistas de la Sección de Neurocirugía quienes practicaron trapanación craneana del hematoma.

La evolución inmediata en el pos-operatorio fue satisfactoria y se recuperó completamente de las secuelas neurológicas. El crioprecipitado lo recibió también durante la cirugía y durante 10 días consecutivos.

TORO, J., VALLEJO, E., CUELLAR, Z. y M. GUZMAN\* (\*DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGIA). ACTA MED. COL. 10: 145-154, 1985. *Estudios clínicos de potenciales evocados y bandas oligoclonales en esclerosis múltiple.*

Se estudiaron 30 pacientes con diagnóstico definitivo de esclerosis múltiple de acuerdo con los criterios clínicos de Schumacher. La edad de presentación de la enfermedad osciló entre los 13 y 53 años, con un predominio del 63.3% para el sexo femenino. Se utilizaron como métodos diagnósticos el cuadro clínico, en el cual predominaron como síntomas de iniciación los trastornos de equilibrio y de sensibilidad; el estudio de LCR con electroforesis de proteínas, bandas oligoclonales, índice de gammaglobulinas/proteínas totales y gammaglobulinas/albúmina. También se practicó a la totalidad de los pacientes potenciales evocados somatosensoriales, visuales y de tallo. Las cifras de positividad fueron del 89% para los potenciales somatosensoriales, del 80% para los visuales y del 44.4% para los potenciales de tallo.

REYES LEAL, B., LASTRA, G., ARDILA, E., y R. ARIAS DE ALAYON. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). ACTA MED. COL. 10: 243-244, 1985. *Estudios sobre la litiasis renal cálcica.*

La litiasis renal cálcica (LRC) es la alteración más frecuente del metabolismo mineral y representa una proporción importante de los pacientes que consultan en nuestra sección. Bases inicialmente bibliográficas y experimentos preliminares posteriores en nuestro laboratorio, nos han orientado hacia el estudio de la hipótesis que considera la pérdida renal de fosfato como la alteración inicial en la hiper calciuria absorptiva. Nuestros esfuerzos se han encaminado por lo tanto a precisar el umbral inicial de reabsorción de fosfato (UIRP) en sujetos normales y pacientes con LRC. Estudiamos también, mediante el test sugerido por Pak, la eliminación renal de calcio y los niveles en plasma de PTH. Los resultados obtenidos hasta ahora confirman la existencia de hipofosfatemia y UIRP bajo en más del 50% de los pacientes con LRC.

El manejo mediante suplemento oral de fosfato ha dado excelentes resultados.

RESTREPO, A., C. (DEPARTAMENTO DE TERAPIAS). ACTA OTORRINOLAR. CIR. CABEZA Y CUELLO 12 (2): 41-46, 1984. *El reflejo invertido en impedanciometría.*

El uso de las mediciones de la impedancia acústica ha sido objeto de numerosos estudios y su utilidad en la práctica otorinológica es bien conocida.

Los cambios en la impedancia dinámica del oído son utilizados, entre otros fines, para la obtención de los umbrales del reflejo estapedial. Se trata de un reflejo bilateral cuyo arco está formado por un receptor sensorial, un centro integrador a nivel del tronco cerebral y un mecanismo efector que produce una respuesta estapedial. Esta respuesta es detectada por un aumento en la impedancia acústica en la parte externa de la membrana timpánica y el resultado es una deflexión en sentido positivo del medidor de balance del impedanciómetro.

Con relativa frecuencia en esta medición se encuentra el denominado "reflejo invertido", el cual aparece como una deflexión del indicador de balance en sentido negativo y su interpretación constituye comúnmente un motivo de desacuerdo, puesto que sobre este fenómeno la literatura es escasa y contradictoria en cuanto a su significado clínico.

El objetivo del presente estudio fue realizar una revisión bibliográfica sobre el tema y comparar la teoría existente con los hallazgos obtenidos en la práctica audiológica.

Se estudiaron las historias clínicas de los sujetos evaluados en el Servicio de Audiología del Instituto Nacional para Sordos INSOR durante el segundo semestre de 1983 con Audiometría (Amplaid

300), Impedanciometría (Madsen ZO 73A) y examen Otorrinolaringológico. Se tomó una muestra aleatoria del 35% de la población y de ella se extrajeron aquellos que presentaron reflejo invertido en una o más frecuencias, encontrándose en un 39.8% de los casos. Se correlacionó este fenómeno con las variables tipo y grado de pérdida auditiva, compliancia estática, timpanograma, frecuencia, intensidad y forma de aparición (contralateral vs. ipsilateral) del reflejo.

En un total de 66 oídos estudiados, el fenómeno se evidenció en un alto porcentaje de casos de pérdida neurosensorial severa a profunda, con compliancia estática y timpanograma normal, siempre en forma ipsilateral con predominio de la frecuencia de 2KHz, ante una intensidad promedio de 110.16 dB y ausencia del reflejo contralateral.

Con base en los hallazgos obtenidos se sugiere la posibilidad de que el reflejo invertido se trate de una respuesta del músculo del martillo ante estímulo vibratorio y no de una respuesta estapedial ante estimulación sonora.

MUÑOZ DE H., P., BUENO, M. L. y L.I. MONCADA\* (DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGIA). BIOMEDICA 4: 14-24, 1984. *Simuliidae (Insecta: Diptera) de Colombia. IV. Clave gráfica para la identificación de los simúlidos de la región de La Calera, Cundinamarca.*

Los simúlidos pertenecen al grupo de insectos de importancia médica por estar involucrados en la transmisión de varias filarias a los humanos y a otras especies útiles para el hombre como aves, bovinos, equinos y porcinos.

Se ofrece una clave gráfica para siete especies de la familia *Simuliidae* presentes en el Río Teusacá y sus afluentes, Municipio de la Calera.

La clave considera los diferentes estadios del desarrollo: larva, pupa, adulto (macho y hembra).

GUZMAN, M.,\* De TORRES, E., De GUEVARA, M y M. SALAZAR (DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGIA). BIOMEDICA 4: 49-53, 1984. *Brote intrahospitalario de salmonelosis por Salmonella enteritidis serotipo agona.*

Se describe una epidemia de salmonelosis ocurrida en el servicio de Pediatría del Hospital Militar, la cual afectó a quince pacientes. Se concluye que fue una infección intrahospitalaria. Como agente etiológico fue plenamente identificado *Salmonella enteritidis*, serotipo *agona* con una gran multirresistencia a los antibióticos. Como origen posible del brote se demostró un portador sano, preparador de teteros en el servicio. Es, posiblemente, la primera vez que se informa *Salmonella agona* en nuestro país.

RINCON, V. y M. GUZMAN\* (DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGIA). BIOMEDICA 4: 85-90, 1984. *Bioensayo de la enterotoxina termoestable de E. coli.*

Se comprobó la producción de enterotoxina termoestable en una cepa de *E. coli*, mediante el ensayo del factor de permeabilidad en la piel del curi (*Cavia cobaya*), inyectando intracutáneamente 0,1 ml de suspensión de la cepa en solución reguladora de borato a pH 7,5 y midiendo después de una hora la intensidad y el diámetro de las manchas azules producidas en la piel, por un colorante inyectado intravenosamente. Igualmente, se probaron las suspensiones de cepas provenientes de cultivos suplementados con cistina, el sobrenadante del cultivo incubado libre de células y varias fracciones obtenidas en la purificación de la enterotoxina.

La suspensión de cepa y el sobrenadante del medio de cultivo libre de células, originan manchas azules con 6,8 y 0,4 cm de diámetro, cuyas intensidades fueron 10 y 3, respectivamente.

La suplementación del medio de cultivo con cisteína no mejoró la producción de enterotoxina según este bioensayo.

Finalmente, se encontró positivo el bioensayo para las fracciones obtenidas en la primera etapa de la purificación de la enterotoxina.

BUSTOS N., F., RODRIGUEZ T., G.\*, QUICENO P., A., MOSSOS C., N.A. y Y. de NAVAS (DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA). BIOMEDICA 4: 97-111, 1984. *Enteritis hemorrágica por adenovirus en pavos.*

Se describe por primera vez en Colombia la enteritis hemorrágica (EH), en pavos de 4 a 11 semanas de edad, mediante estudios macroscópicos, histológicos y de microscopía electrónica. Se demostró una enteritis hemorrágica severa, y esplenomegalia con inclusiones intranucleares en la mayoría de las células de la pulpa blanca esplénica y en algunos mononucleares en el intestino delgado. Las inclusiones son características; consisten de un centro eosinófilo, rodeado de cromatina densa y condensada sobre la membrana nuclear y de una estructura muy basófila y densa sobre un polo nuclear que parece corresponder a un nucleolo. Al microscopio electrónico se aprecian fases del desarrollo viral, desde un material filamentososo y amorfo hasta la formación de grandes acúmulos de viriones y cápsides de 70-80 nm de diámetro con morfología típica de adenovirus. Los viriones se demostraron fácilmente en macerados de bazo fijado en formol, teñidos negativamente con fosfotungstato de potasio; no se visualizaron en el contenido intestinal hemorrágico estudiado con el mismo método. El estudio

de microscopía de luz de bazo e intestino es suficiente para establecer el diagnóstico de esta entidad.

BERNAL R., M. y M. GUZMAN U.\* (DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGIA). BIOMEDICA 4: 112-121, 1984. (11 ref.). *El antibiograma de discos. Normalización de la técnica de Kirby-Bauer.*

Se presenta una actualización con detalles de: las características, cuidados y manejo de los discos para antibiograma; las cepas de control (con cuadro de zonas de inhibición); los antibióticos recomendados para un antibiograma; el medio de cultivo (Muller-Hinton); la preparación del inóculo; el estándar de turbidez; la siembra de la muestra; las técnicas específicas para microorganismos exigentes; la medición de los halos de inhibición; la interpretación de los resultados y su informe; las fuentes de error en el antibiograma de disco; las pruebas de susceptibilidad directa en material clínico y la utilidad epidemiológica del antibiograma.

RODRIGUEZ-TORO, G. (DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA). BIOMEDICA 5: 11-23, 1985. *El cuerpo asteroide de la esporotricosis. Especificidad y diferenciación de otras formas de asteroides.*

El análisis de 86 biopsias de esporotricosis y de biopsias de otras enfermedades granulomatosas, así como los conceptos de la literatura, permiten concluir que hay dos tipos de cuerpos asteroides: 1. Intracitoplasmáticos, situados dentro de una vacuola, en células gigantes multinucleadas de diversas enfermedades granulomatosas. Son eosinófilos y constan de radiaciones aciculares, estelares, que parten de un centro amorfo. Los ilustramos en lepra lepromatosa, sarcoidosis, paracoccidioidomicosis, labomiosis y granulomas a cuerpos extra-

ños. Son morfológicamente idénticos, inespecíficos, no ayudan a ningún diagnóstico y se originan por fagocitos de colágeno o por modificaciones del citocentro. 2. Cuerpos asteroides resultantes del fenómeno de Splendore-Hoeppli, que es una reacción antígeno-anticuerpo el más conspicuo de los cuales es el cuerpo asteroide esporotricósico (CAE), extracelular, situado en el centro del granuloma supurado y que consiste en una levadura central rodeada de espículas intensamente eosinófilas. Es pues específico, morfológicamente característico, permite el diagnóstico concluyente de la enfermedad y en nuestros casos lo observamos en el 20% de las biopsias. La referencia al CAE como una estructura inespecífica no tiene en cuenta la morfología y la patogenia involucradas en la formación de los cuerpos asteroides. En algunas micosis como aspergilosis, candidiasis sistémica, paracoccidioidomicosis, lobomicosis, granuloma tricofítico, se pueden ver imágenes asteroides alrededor de una levadura, pero la morfología general del cuadro histológico no guarda parecido alguno con la esporotricosis. Es posible ver una biopsia cuerpos asteroides de ambos tipos y el patólogo debe ser capaz de darles el significado apropiado.

RODRIGUEZ-TORO, G.\* y Y. PALENCIA (DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA) BIOMEDICA 5: 41-46, 1985 (14 fig.). *Esporotricosis. Valor diagnóstico del cuerpo asteroide.*

Un hombre de 52 años presentó lesiones costrosas, verrucosas, fisuradas, acordonadas y cicatriciales en la rodilla, pierna y pie izquierdos, de 2 años de evolución, luego de trauma contra un árbol. Clínicamente se pensó en esporotricosis y cromomicosis. El cultivo mostró un moho negro y el examen directo hifas y esporos pigmentados, por lo cual se diagnóstico cromomicosis. La biopsia no mostró levaduras carmelitas en la inflamación granulomatosa con microabscesos de la der-

mis, sino cuerpos asteroides esporotricósicos por lo cual se hicieron nuevos cultivos y biopsias. Aquellos revelaron el crecimiento del mismo moho negro y de *Sporothrix schenckii*. En los múltiples cortes seriados de todas las biopsias se vieron cuerpos asteroides esporotricósicos y nunca se demostraron en la dermis levaduras septadas, pigmentadas tan fáciles de ver en la cromomicosis. En algunos focos se observaron esporos marrones e hifas cortas pigmentadas en las costrosas. El paciente curó con el loduro de Potasio. Pensamos que el moho negro es un saprofito únicamente en las costrosas, originando una contaminación superficial sin repercusión clínica y difícilmente demostrable histopatológicamente, pero muy aparente en el cultivo. Este, en la cromomicosis, debe ir acompañado de biopsia que confirme la presencia de levaduras pigmentadas en la dermis. El cuerpo asteroide de la esporotricosis es específico y característico. Cuando se ve, debe insistirse en el cultivo del hongo, pero si ello no es posible, es indicio suficiente para instaurar el tratamiento específico.

RODRIGUEZ, G.\*, CORREDOR, A.\*, CACERES, E., CASSIANO, G., ARROYO, C., PALAU, M. T. y J. BOSHELL (DEPARTAMENTOS DE PATOLOGIA Y MICROBIOLOGIA). BIOMEDICA 5: 95-111, 1985. *Leishmaniasis difusa.*

Se presentan cuatro pacientes con leishmaniasis difusa, procedentes de cuatro regiones de Colombia, diagnosticados inicialmente mediante el estudio histopatológico. Dos casos tenían lesiones diseminadas, en una niña de 10 años y en un hombre de 80 años. Los otros dos casos, hombres de 33 y 62 años, presentaron lesiones nodulares iniciales que curaron con calor local y Glucantime. Todos tuvieron leishmaninas negativas. Se confirma que la entidad puede curar cuando no está diseminada. El calor lo-

cal fue muy útil en un caso con lesión única inicial. La inoculación al hamster con macerados de biopsias de dos de los pacientes originó prominentes "histiocitomas" en el hocico y las almohadillas plantares. En un caso no diseminado se identificó el parásito, *L. m. amazonensis* mediante isoenzimas. En el paciente de 80 años, el agente causal fue una cepa de *L. mexicana*. Ilustramos las lesiones clínicas, enfatizamos el aspecto típico de la imagen histopatológica e ilustramos y discutimos la relación leishmaniamacrófago mediante imágenes de microscopía electrónica. Las características de la enfermedad y la literatura sobre la misma se revisa ampliamente.

PLATA R., E. (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA). *MEDICINA* 6: 15-21, 1982. *Abuso del diagnóstico de amibiasis en Colombia.*

Análisis crítico sobre el diagnóstico de amibiasis en los niños particularmente.

GOMEZ-MARTINEZ, P. y M.E. PATARROYO (DEPARTAMENTOS DE CIRUGIA Y DE PATOLOGIA). *MEDICINA* (Bogotá) 8: 31-37, 1984. *Un nuevo mecanismo de defensa del aparato urinario.*

Por los resultados anteriormente obtenidos, claramente se demuestra la IgA en riñón, pelvis, uréter, vejiga, hallazgo que hasta el momento, no había sido señalado y que nos indujeron a describir estos hechos como "Un Nuevo Mecanismo de Defensa del Aparato Urinario" situado a todo lo largo de este aparato.

Creemos que muchos de los factores invocados de resistencia del aparato urinario a gérmenes patógenos, encuentran su explicación en este sistema descrito por nosotros.

El hecho de que la inmunoglobulina A se halla aumentada en los procesos in-

fecciosos del aparato urinario como por ejemplo en la pielonefritis, es una prueba más de que desempeña un papel importante en la lucha contra la infección.

Estudios recientes de Wagner en Hidelberg y comunicados personalmente a uno de nosotros (M.P.) mostraron que la gamma A secretoria de la orina tiene un poder de opsonización diez veces superior a las otras gammas globulinas lo cual viene a agregar una considerable potencia a este tipo de sistema de defensa del aparato urinario que hemos tenido el honor de presentarles.

VELASCO CH., A. y H. BARRIGA G. (DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA). *REV. COL. OBST. GINECOL.* 35: 13-35, 1984. *Mortalidad materna y perinatal en los estados hipertensivos del embarazo.*

En el grupo A se trataron 363 pacientes de las cuales el 31.96% fueron preeclámpsicas, 21.49% presentaron preeclampsia grave, inminencia de eclampsia 17.08% tuvieron eclampsia, 7.16% de pacientes presentaron E.V.H.C. con preeclampsia sobreagregada, 12.95% tuvieron E.V.H.C. con inminencia de eclampsia, 3.86 por ciento presentó E.V.H.C. con eclampsia sobreagregada y 4.68% fueron E.V.H.C. puras.

La mortalidad materna en las pacientes hipertensas, en el grupo A fue el 5.23% y en el grupo B fue el 0.26%.

Se analizaron dos grupos de pacientes sometidas a dos tipos de tratamientos en los estados hipertensivos del embarazo. El primer grupo A tratado sistemáticamente con diuréticos, barbitúricos a largo plazo y conductas espectantes para lograr mayor maduración fetal. El segundo grupo B tratado especialmente con vasodilatadores en el cual las conductas, apoyadas en una evaluación fetal más rigurosa, fue más activa e intervencionista.

En relación con el número de partos atendidos en el Instituto, la mortalidad materna en el grupo A es de 13 por 10.000 partos y en el grupo B de 0.9 por 10.000 partos.

La mortalidad por toxemia representa el 41% de la mortalidad materna total del Instituto en el grupo A de pacientes analizadas y el 4.3% en el grupo B de pacientes.

La mortalidad perinatal, se desglosa minuciosamente; en general la mortalidad perinatal total del grupo A es del 26.17% y en el grupo B es del 14.32%.

La mortalidad perinatal tiene una diferencia altamente significativa por los análisis estadísticos demostrándose que el segundo grupo de pacientes se han beneficiado por el nuevo sistema de tratamiento.

Los beneficios obtenidos no pueden imputarse a un solo parámetro de tratamiento, éstos son el resultado de la suma de todas las nuevas pautas establecidas.

LAVERDE R., E. (DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA). REV. COL. PSIQUIATR. 13: 364-393, 1984. *Psicosis post-parto y conflicto filicida*.

Se estudiaron desde el punto de vista psicossomático en un sentido amplio, 20 pacientes que presentaban Psicosis Post-Parto (PPP) y se controlaron con un número igual de pacientes del Servicio de Obstetricia, tomados al azar. Se encontraron diferencias estadísticas significativas respecto de la intensidad y expresión del conflicto filicida inconsciente e igual resultado en cuanto a la calidad de los cuidados maternos. Se estableció que la primera semana posterior al parto es el período de más alto riesgo de aparición de PPP. Otros factores de riesgo: ausencia de pareja, antecedentes de PPP y aborto provocado sólo evidenciaron una

tendencia. Los demás factores de riesgo estudiados no mostraron ninguna diferencia significativa.

LOPEZ-ESCOBAR, G., FASSLER, S. y J.F. di DOMENICO B.\* (DEPARTAMENTO DE CIRUGIA). T. M. 68 (802): 25-30, 1983. *Estreñimiento crónico por dolicosigmoide: tratamiento quirúrgico*.

Se presentan doce pacientes con estreñimiento crónico por dolicosigmoide, a quienes se les estudió y valoró clínica y radiológicamente, y después de un tratamiento médico prolongado, con pobres resultados, se aconsejó la intervención quirúrgica, practicándose resección del sigmoide redundante y continuidad colorrectal terminoterminal; no hubo morbimortalidad operatoria y los resultados de seguimiento a largo plazo, más de ocho años, fueron satisfactorios en la mayoría.

RODRIGUEZ F., E. (DEPARTAMENTO DE CIRUGIA) T. M. 68(805): 26-27, 1984. *Tratamiento de patología musculoesquelética aguda y subaguda con piroxicam*.

El piroxicam, en 27 pacientes con lesiones musculoesqueléticas agudas y subagudas, dió resultados excelentes y buenos en el 85.1% con una tolerancia excelente en el 96%. Se observó además que los pacientes colaboran mejor con el tratamiento de una sola dosis diaria.

MURCIA, A. y A. CASTRO (DEPARTAMENTO DE CIRUGIA). T. M. 69(806): 36-38, 1984. *Diclofenac sódico parenteral en el postoperatorio*.

Se evaluó la eficacia y tolerancia de la analgesia del diclofenac sódico en pacientes sometidos a cirugía electiva o de urgencias, demostrándose que posee una potente acción analgésica, además de ser bien tolerado.



SARAVIA, G., J.\* , ROJAS, C. y C. O. De RESTREPO (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). T. M. 69(810): 25-28, 1984. *Concentración inhibitoria mínima con cefoxitina.*

Determinación de la concentración inhibitoria mínima en cepas de microorganismos aerobios y anaerobios procedentes de infecciones ginecológicas, urinarias, respiratorias, septicemias, coprocultivos y de la piel.

RUEDA P., G. y H. ROCHA P. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). T. M. 70(821): 26-30, 1984. *Rifampicina en infecciones de vías respiratorias.*

Estudio sobre la eficacia terapéutica de este antibiótico, de gran actividad y espectro antibacteriano, en el tratamiento de infecciones polimicrobianas de las vías aéreas superiores e inferiores, en niños y adultos.

CASTILLO B., A. (DEPARTAMENTO DE MEDICINA). T.M. 70 (839): 27-29, 1985. *Bromuro de ipratropio en enfermedad pulmonar obstructiva crónica.*

Determinación de la eficacia y seguridad de esta sustancia anticolinérgica administrada en forma de aerosol, en 30 pacientes con limitación de flujo aéreo.