

# EXTRACTOS DE REVISTAS

## **Aumento de la susceptibilidad a la criptococosis después de tratamiento con esteroides**

(Increased Susceptibility to Cryptococosis following Steroid Therapy). James L. Bennington; Seth L. Haber; and N. L. Morgenstern. *Diseases of the Ghest.* 262-263:45:64.

Es conocida la susceptibilidad a las inyecciones bacterianas, por hongos y por virus durante los tratamientos prolongados con esteroides. Los autores encontraron un paciente asmático en tratamiento prolongado por prednisona que murió de una meningitis por criptococos fulminante. Al hacer una revisión de 5.000 autopsias en los Hospitales de la Universidad de Chicago, encontraron 8 casos de criptocosis, de los cuales 5 habían recibido esteroides por lo menos varios meses ante; de su muerte.

Se hace' además la revisión de los posibles mecanismos de acción de los esteroides en la inhibición de las defensas orgánicas.

*Dr. A. F. F.*

## **Evaluación clínica de la diazoxida: Un nuevo tratamiento para la hipertensión aguda**

(Clinical Evaluation of Diazoxide: A new treatment for Acute Hyper-tensión). By Frank A. Finnerty, Jr., (MI) Nikos Kakaviatos, M. D., John Tuckman, M. D., and John Magill. *Circulation.* 203:28:63.

Siempre ha sido un problema encontrar un medicamento ideal por vía parenteral para el tratamiento de la hipertensión. En el presente trabajo se estudia la acción de la Diazoxida, medicamento que aunque químicamente es similar a la clorotiazida, produce retención de sodio. Esto es muy interesante ya que, se ha atribuido el efecto hipotensor de las tiazidas a la eliminación de sodio por la orina, lo que puede llegar a dilucidar el interesante problema de la acción de las mismas. Se hizo estudios de la mencionada droga en 46 pacientes hipertensivos, incluyendo 8 con toxemia del embarazo. Los resultados obtenidos fueron considerados excelentes por el grupo de investigadores con marcada ventaja sobre las otras drogas usadas al presente (hexametonio y derivados, hidralazina, veratrina). No se observaron efectos secundarios importantes. La dosis usada fue de 300 mgs, intravenosos que pueden ser repetidos varias veces.

*Dr. A. F. F.*

## **Acerca de la estadística quirúrgica en las intervenciones por litiasis de las vías biliares.**

**Consideraciones con base a 1639 operaciones** (Zur Operationsstatistik bei Eingriffen wegen Steinleidens' der Gallenwege. Unter Asswertung von 1639 Operationen). Kern, E. *Der Chirurg* 57: Cauderno 2. Febrero 1964.

El autor se refiere a los resultados obtenidos en la cirugía de las vías biliares en un total de 1639 operaciones en el lapso comprendido entre 1952 a 1962 en la

Clínica Quirúrgica Universitaria, bajo la dirección del Prof. Dr. H. Krauss. El estudio abarca los siguientes capítulos: a) Consideraciones estadísticas sobre el material humano de que se dispuso, b) La significación de la colangiografía directa para el planteamiento de la indicación quirúrgica, c) Discusión sobre la elección entre la esfinterectomía transduodenal y dilatación instrumental de la papila trans-coledociana. d) Conducta a seguir con el colédoco tras la coledocotomía.

Se muestra un defensor decidido de la colangiografía, la cual la practica máticamente en combinación con la manometría intraoperatoria. Agrega, sin embargo, que el procedimiento sólo llega a tener un valor verdadero cuando se hace en forma rutinaria en todos los casos.

Es partidario en general de la dilatación instrumental de la papila mediante bujías de Hegar, haciendo hincapié en que debe hacerse con delicadeza y dilatar en cada caso en relación con el tipo de colédoco. Cuando se tiene dudas sobre la situación de la bujía o se considera que pueda existir el peligro de hacer una falsa vía, procede al control transduodenal, si bien él habitualmente no tiene necesidad de llevarla a cabo.

Analiza las tres posibilidades de conducta después de la coledocotomía: drenaje con tubo en T, anastomosis biliodigestiva y cierre primario del colédoco. De fiende este último procedimiento en base a los resultados obtenidos, en un total de casos de cierre primario del colédoco, que le arrojó una letalidad de solo 3,77%. Menciona la estadística de Herrington y Edwards, quienes haciendo un estudio comparativo entre el drenaje por tubo en T y el cierre primario, obtuvieron una letalidad, para los primeros de 7.7% y de 4.1% para los segundos. Considera que no es cierta la supuesta ventaja que suministraría la colocación del tubo en T, es decir, Vscenso en los primeros días del postoperatorio de la presión! en el interior de las : biliars a O, aliviando el edema de la papila. Alega a este respecto' que por el contrario, por medio del cierre primario del colédoco se consigue la restitución rápida de las condiciones tensionales y que así la papila recobra rápidamente el control vegetativo normal de sus funciones. Insiste en la necesidad de llevar a cabo una buena peritonización del colédoco cuando se hace la sutura primaria del mismo.

*Dr., J. G. M. G.*

**El tratamiento de la enfermedad oclusiva aortoiliaca y femoropoplitea combinadas por medio del injerto "by pass" esplenofemoral y axilofemoral** (The treatment of combined aortoiliac and femoropopliteal occlusive disease by splenofemoral and axillofemoral by pass grafts) Louw, J. H., Surgery. 385: 55:1964.

El autor expone el problema general que supone la arterieesclerosis obliterante avanzada, cuando existe obliteración combinada de la región aortoiliaca y de la femoropoplitea. Refiere los procedimientos a seguir habitualmente, consistentes en endarterectomía de la aorta e ilíacas por un lado y de la femoral común por otro, con miras a revascularizar la arteria femoral profunda, que como es sabido, suele permanecer indemne al proceso de obstrucción aterosclerosa. A continuación expone el grave problema que suponen aquellos enfermos, con mal estado general que están incapacitados por ello, para resistir intervenciones quirúrgicas de tal envergadura y que por otro lado se ven en peligro inminente de amputación de uno o de ambos miembros inferiores por intensa isquemia. Presenta uno de estos casos de su propia casuística, En el lado izquierdo, realizó un by pass usando injerto de vena safena interna entre la arteria esplénica y la arteria femoral profunda, después de haber llevado a cabo la endarterectomía de la femoral común hasta más allá de la emergencia de la profunda. En el lado derecho realizó un by pass del mismo material

entre la arteria axilar y la misma femoral profunda, asimismo tras endarterectomía de ia común. En ambos casos obtuvo un éxito muy alentador, evitándose la amputación de los miembros. Hace mención de otros dos casos personales similares. Se pone asimismo en evidencia la experiencia de Vetto, el cual tiene cuatro- casos favorables en los cuales llevó a cabo by pass femoro-femoral, cuando la obliteración afectaba únicamente a un lado. Por fin, declara la necesidad de seguir el curso de estos pacientes durante un lapso mayor para formarse un juicio definitivo sobre este tipo de operaciones.

*Dr. J. G. M. G.*

**Un método para el tratamiento de la tromboflebitis superficial** (A method of manging superficial thrombophlebitis). Hafner, Ch., Cranley, J. J., Krause, R. J., Strassner, E. D. *Surgery*. 201:55-64.

Los autores basan su estudio en un material de 363 extremidades pertenecientes a 324 pacientes afectos tromboflebitis superficial. La proporción de mujeres y hombres fue de 7 a 3 respectivamente. Consideran muy difícil la evaluación de los agentes antiinflamatorios por el hecho de que un 50% de estos casos evolucionan hacia la resolución espontáneamente. Afirman que la terapia anticoagulante debe reservarse para aquellos casos complicados con tromboflebitis profunda. Sostiene que el uso de agente; antibióticos no está indicado en tromboflebitis superficial no complicada y se apoyan para hacer esta aseveración tanto en los estudios bacteriológicos como en la ausencia de leucocitosis. Aproximadamente un 15% de los enfermos estudiados habían experimentado varios episodios previos de tromboflebitis superficial. Esta tendencia hacia la recurrencia suministra un elemento más hacia la intervención quirúrgica. Esta debe estar dirigida en primer lugar a prevenir la proliferación del trombo hacia el sistema profundo y puede consistir bien sea en la ligadura y sección de la vena safena o en la fleboextracción. Se recomienda siempre que sea posible la excisión de las tributarias venosas a fin de acelerar el proceso de recuperación. Finalmente se considera que el tratamiento quirúrgico, cuando está indicado, es un método terapéutico que reduce la morbilidad y el costo y la: permanencia en el hospital.

*Dr. J. G. M. G.*

**Terapia anticoagulante a largo plazo después de infarto agudo del miocardio.**

Long-Term use of anticoagulants following acute myocardial infarction). I  
Cosby, R. S., Hermán, D. M., Talbot, J. C, Mayo, M. *Angiology*. 57:15:64.

Los autores realizan un estudio comparativo a fin de intentar dilucidar sobre el éxito o no de la terapia anticoagulante después del infarto agudo del neocardio. El material humano consistió en 215 pacientes, de los cuales 153 fueron seguidos durante 12 años desde el inicio de su infarto transmural.

Los resultados del estudio demuestran que no existe una diferencia real entre el grupo tratado con anticoagulantes y el que fue sometido a tratamiento. No se produjeron muertes en el grupo tratado a partir del tercer año mientras que continuaron en el grupo tratado. No se encontró una diferencia significativa en la mortalidad durante los primeros cuatro años entre los dos grupos. El resultado favorable encontrado a partir del cuarto año es interesante pero representa un número de pacientes pequeño. Los episodios de recurrencias de insuficiencia aparecieron con las mismas frecuencias tanto en los pacientes tratados como en los no tratados. Los autores concluyen de que la diferencia en la mortalidad entre ambos grupos fue insignificante.

*Dr. J. G. M. G.*

**Ausencia bilateral del radio y de la tibia con reduplicación bilateral del cubito y del peroné.** Reporte de un caso. (Bilateral Absence of the Radius and Tibia with Bilateral Reduplication of the Ulna and Fíbula. A case Report) Laurin, C. A.; Favreau, J. C; Labelle, P., Montreal, Canadá. J of B. and Joint 46 A: 137-142 Jan. 1964.

La ausencia congénita de los huesos largos es una anomalía relativamente frecuente, la cual algunas veces es bilateral. La ausencia congénita de 4 huesos largos en un paciente, es una anomalía muy rara, pero la asociación de reduplicación de otros cuatro huesos largos es de por sí una anomalía tan rara que los autores creen que es el primer caso que se reporta.

El caso que presentan procede de una familia normal con 4 hijos anteriores normales, con antecedentes familiares sin importancia ni reportes de casos de anomalías congénitas. El embarazo y parto<sup>1</sup> fueron normales.

Las malformaciones se notaron al nacimiento y se limitaban. El sistema músculoesquelético, afectando las 4 extremidades.

El pronóstico funcional fue malo. Repetidas manipulaciones para mejorar los movimientos de los codos, muñecas y tobillos no lograron ningún éxito. A la edad de 2 años le amputaron varios dedos supernumerarios tanto en las manos como en los pies.

A los tres años circulaba usando sus cuatro extremidades (en posición de 4 patas), al mismo tiempo se le adoptaron aparatos ortopédicos para mantenerle erecto el tronco y las extremidades inferiores y ayudado de muletas se logró que caminara.

*Dr. L. S*

Tumores en huevo de tortuga. Una secuela tardía de la quinina parenteral

Turtle Egg Tumors. A Late of Parenteral Quinine) Steel, H. H. J. of Bone and Joint 46 A: 134-136 Jan. 1964.

El autor hace un estudio de las lesiones tumorales que se presentan en las personas que hace más de 25 años han recibido inyecciones de quinina, las cuales toman radiológicamente el aspecto de huevos de tortuga y llegan a formar tumores bien definidos, los cuales algunas veces presentan sintomatología que en ciertos casos puede confundir con otros cuadros clínicos cuando están localizados en los músculos de la región espinal. Menciona el caso de una señora que en 1917 recibió quinina parenteral tanto en las caderas como en las regiones para-espinales. Desde 1921 hasta 1952 fueron drenados varios abscesos y otros se abrieron espontáneamente en las caderas, luego fue a consultar por dolor en la región sacrocoxigea con irradiación hacia el miembro inferior izquierdo. El examen de su espalda reveló limitación de los movimientos, de flexión tanto laterales como anteriores. Al mismo tiempo se palparon varias masas duras en la nalza izquierda y región para-espinal de ese mismo lado.

Fueron extirpadas cinco pequeñas tumoraciones en el tejido subcutáneo más que en el muscular y que a la palpación tenían la consistencia de huevos de tortuga. Microscópicamente los nódulos tenían la apariencia de estar cubiertos por una casaca de tejido conjuntivo calcificado recubierto por una fibrosidad con un pequeño grado de reacción inflamatoria. Algunos pequeños fragmentos óseos se encontraron en la cáscara. Su contenido consistía de tejido graso necrosado.

*Dr. L. S*