

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

1) PREGUNTA: *¿Se clasifica la enfermedad de Boeck en las enfermedades tuberculosas?*

RESPUESTA: A causa de la evolución que puede tomar la enfermedad de Boeck hacia una tuberculosis y viceversa, y por su incidencia familiar, muchas veces sostiene aún en la actualidad que la enfermedad de Boeck o sarcoidosis debe clasificarse con las formas de la tuberculosis. Parece ser que especialmente mecanismos inmunológicos o alérgicos determinan la reacción hística preponderantemente celular *en* tanto que pasa a un segundo plano la respuesta inflamatoria exudativa al estímulo causal. Hay autores nórdicos que todavía piensan que corresponde responsabilizar a un virus aún desconocido. También algunos investigadores anglosajones se inclinan a adherirse! a esta opinión. Estamos entonces con que todavía no se ha aportado ninguna aclaración etiológica unívoca de la afección. Esta aclaración se ve dificultada por el hecho de que ocurren no sólo siembras hematógenas con participación de los ojos, de las glándulas salivales, del hígado, del bazo y de los riñones, sino que se presentan también alteraciones óseas del tipo de la osteítis quistoidea (Jungling). Lo llamativo es el carácter asintomático de la afección en sus períodos tempranos, y que se descubra a menudo sólo en exploraciones radiológicas seriadas. Son llamativos, asimismo, el curso cíclico y la cronicidad del mal juntamente con un umbral casi siempre alto de sensibilidad a la tuberculina (reacciones positivas se obtienen sólo con diluciones tuberculínicas de 1:10 ó 1:100) o aún con una tuberculinonegatividad.

Dozent Dr. W. Schaich. Sanatorium Luisenheim. Luisenheim über Müllheim/ Badén.

2* PREGUNTA: *¿Debe proseguirse la terapéutica medicamentosa antiepiléptica después del éxito terapéutico positivo?*

RESPUESTA: No es posible dar una contestación categórica a esta pregunta porque no existen estudios sistemáticos que se refieran a la duración que debe darse a una terapéutica antiepiléptica. Por experiencia se sabe que hay que tratar a los adultos durante más tiempo que a los niños antes de poder suspender los medicamentos. De un modo general también se puede expresar que, más que las epilepsias centrencefálicas, las epilepsias temporales tienden a hacer recidivas. Cualquiera que sea la edad, hasta en los casos con varios años de remisión clínica se continuará con la terapéutica mientras se demuestren en el electroencefalograma signos subclínicos de una actividad convulsiva. En el caso descrito, el que suscribe, para no correr ningún riesgo, aconsejaría mantener¹ la medicación hasta después de la pubertad tanto más que en un niño la dosis constante significa con el tiempo una reducción relativa de la dosis.

Prof. Dr. D. Janz. Clínica; Neurológica de la Universidad. Heidelberg. Cos-Str. 2.

3* PREGUNTA: *¿La tuberculosis pulmonar evolutiva en el embarazo requiere una indicación de medidas médicas especiales?*

RESPUESTA: Desde la introducción de los tuberculostáticos, la tuberculosis ha dejado de provocar el temor de antes, incluso en el embarazo. La interrupción del embarazo provoca a menudo una influencia más desfavorable en el curso evolutivo de la afección que la gestación a término. En ningún caso, la interrupción constituye un tratamiento de la tuberculosis; sólo está indicada si se advierte precozmente que la madre no estará en condiciones de compensar la sobrecarga que significa la gravidez avanzada. Las grávidas con tuberculosis evolutiva ya deberían ser hospitalizadas en los primeros días del embarazo para ser sometidas a un régimen curativo porque el riesgo de un empeoramiento del proceso específico existe especialmente al comienzo del embarazo. A lo largo de toda la gestación es necesaria una colaboración estrecha entre el tisiólogo y el tocólogo. También en el embarazo es posible instituir un tratamiento con todos los medios de que actualmente se dispone. El embarazo no constituye ninguna contraindicación de la quimioterapia ni de la cirugía, aunque se planteen intervenciones importantes sobre el pulmón. A juzgar por la experiencia personal formada en el parto de más de 500 mujeres tuberculosas en el Sanatorio de Seltersberg (Giessen) del Seguro Social Provincial de Hessen, sólo conviene variar la dirección normal del parto si el estado pulmonar no admite que la parturienta realice esfuerzos mayores. Ante tal eventualidad se acorta el período expulsivo. Además del fórceps en el estrecho inferior, se obtienen resultados excelentes con la vacuoextracción como método sumamente conservador, que sobre el fórceps ofrece ventajas tanto a la madre como al niño. El período de alumbramiento y de postpartum no difieren del de las mujeres sanas. El niño debe ser aislado de la madre inmediatamente después del parto. La vacunación con BCG es una recomendación categórica. Es necesario insistir en un tratamiento postparto suficientemente prolongado de la tuberculosis porque, lo mismo que al comienzo del embarazo, la tendencia a las exacerbaciones es marcada en el primer año después del parto. Si el tratamiento es óptimo (es condición fundamental una cooperación en buena inteligencia entre el tocólogo y el especialista tisiólogo), no habrá influencias adversas en el pronóstico en el curso de la gestación que difieran de las que por obra del destino pueden intercurrir también fuera de la gestación y que no son previsibles.

4* PREGUNTA: *¿Qué acción tienen los glucósidos y digitaloterapia en el "corazón senil normal"?*

RESPUESTA: Con referencia a la acción digitalica en el hombre y el animal, remito a dos trabajos recientemente publicados en la misma revista (Dtsch. Med. Wschr. 88 (1963)

Si con la expresión de "corazón senil normal" se denomina un corazón que se halla en proporcionalidad armónica (Spang) con los demás procesos del envejecer del organismo, la pregunta formulada merece una respuesta negativa. La biomorfosis (Bürger) del corazón que envejece se acompaña ciertamente de una merma de la capacidad funcional, pero ésta sólo se pondrá de manifiesto por sobrecargas funcionales anormales dentro de la reducción funcional global del organismo todo. Si la pregunta formulada se refiere a una intervención quirúrgica importante en la cual hay que tomar en cuenta una anestesia prolongada y una sobrecarga circulatoria considerable, se sobreentiende que una glucosidoterapia es de rigor si existen signos de una insuficiencia, *cardiaca* incipiente, pero incluso en estos casos está demás una medicación preoperatoria porque los glucósidos de breve latencia administrados por vía intravenosa hacen posible prestar apoyo oportuno al trabajo cardíaco.

Si por la expresión de "corazón senil normal" se entiende el corazón alterado por una arteriolosclerosis que suele ser frecuente (después de los 60 años de edad, en

un 90% de las personas (Linzbach), la pregunta no debe ser contestada en principio en forma negativa. Esta alteración, llamada también cardiosclerosis, se acompaña de pequeñas induraciones focales y, según las proporciones de las inclusiones conectivas y de las induraciones más groseras determinadas por una esclerosis de los vasos coronarios mayores, puede condicionar una reducción considerable de la capacidad funcional adaptativa del corazón. Los elementos de juicio son las alteraciones electrocardiográficas de la repolarización (T aplanada, isoelectrica o débilmente discordante, extrasístoles en las pruebas de carga), en unión con la cianosis y la disnea que sobrevienen ya por efecto de cargas funcionales relativamente leves. La radio-grafía no es apta para poner en evidencia este estado porque incluso el corazón senil, di hieló a la biomorfosis pura, presenta una alteración estructural con dilatación de la base y agrandamiento de las aurículas. Existen todas las variaciones intermedias entre el corazón senil "normal" y la cardiosclerosis. Si del examen previo surgen indicios de una cardiosclerosis con manifestaciones de insuficiencia por efecto de una sobrecarga, la glucosidoterapia preoperatoria tiene indicación.

Prof. Dr. H. Gillmann, 1. Medizinische Klinik der Medizinischen Akademie, Dusseldorf, Moorenstr. 5.

5* PREGUNTA: *¿Cuáles son los trastornos del niño por el paso de medicamentos a la leche materna?*

¿Cuáles son los medicamentos que no deben administrarse durante la lactancia materna por ser aptos para provocar trastornos en el lactante amamantado?

RESPUESTA: El paso a la leche materna es bien conocido en una serie de medicamentos: atropina, escopolamina, cafeína, ácido salicílico, aspirina, salvarsán, preparados de yodo, bromo y mercurio, así como numerosos antibióticos y sulfonamidas. Sin embargo, estos medicamentos, en dosificación terapéutica prudentes, no tienen repercusiones adversas en el lactante (Reuss). Impónese mayor prudencia con los preparados de morfina y con los excitocentrales, por ejemplo en el caso de la pervitina (Preissecker). También los barbitúricos pasan a la leche materna en concentraciones menores. Por ejemplo, Frensdorf observó por efecto del luminal en la dosis de 0.1 tres veces por día instituido por la epilepsia de la madre, una marcada hipersomnia del lactante que, por el efecto acumulativo de este medicamento adquirió proporciones tales que el niño prácticamente no podía ser despertado para ser puesto al pecho. Als observó un efecto favorable en el eczema de un lactante tratando a la madre con un antihistamínico. Con la dosis de 1 comprimido de Antazolín (Antistín (r) tres veces por día, retrocedió puntualmente el eczema del niño, pero se agravaba de nuevo con la suspensión de la medicación de la madre. Las opiniones divergen sobre el paso de los laxantes a la leche materna. Una parte de los autores comprobaron un efecto laxante en el niño, pero más recientemente demostraron Friebel y Walkowiak con un método sumamente sensible, que la mayoría de los laxantes vegetales como ser sena, áloe, ruibarbo y frángula, así como la antraquinona no pasan a la leche materna y que la ingestión de los preparados respectivos no originaba ninguna clase de efectos en el lactante. Está contraindicada la alimentación con leche materna de las madres que se tratan con anticoagulantes porque el anticoagulante que pasa a la leche materna, aumenta la tendencia hemorrágica del lactante. No deberían amamantar tampoco las madres que están bajo medicación de tirostáticos porque el niño corre el riesgo de desarrollar un mixedema (Imholz y Bohm Klein). Las mismas consideraciones rezan para los antidiabéticos perorales, y en términos generales la terapéutica antidiabética debería hacerse con insulina durante el embarazo y en la lactancia (Philipp).

Dr. F. Mildenstein, Stadt Krankenhaus Ost. Frauenklinik Lübeck. Ratzeburger Alee 1960.