

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

PREGUNTA: *¿Cuál es el tratamiento de la anorexia postoperatoria?*

RESPUESTA: En la insuficiencia renal aguda distinguimos la fase de la lesión funcional o evolutiva, o sea la fase oligúrica, y la fase poliúrica o de reparación. En el primer período están indicadas, en las situaciones de shock o de colapso circulatorio, goteos intravenosos de plasma, sangre y de soluciones de dextrano; en presencia de vómitos, la rectificación del equilibrio hidromineral. En el caso que motiva la consulta debe tenerse en cuenta que detrás de la expresión de moda de "Síndrome hepatorenal" se esconden a menudo trastornos del equilibrio hidromineral que, de pasar inadvertidos, pueden tener consecuencias deletéreas. Por ejemplo, después de las intervenciones sobre el sistema biliar, obsérvame, junto a los vómitos, etc., colapso circulatorio, hipovolemia, alcalosis hipoclorémica con déficit de potasio; en las fistulas biliares y los drenajes biliares asistimos a estados de deshidratación con acidosis y también déficit de potasio. Estos desequilibrios graves conducen a la insuficiencia tubular y deben tratarse primeramente con los goteos indicados, hasta compensar la economía hidromineral. De esta manera se reinicia casi siempre la diuresis. Si, no obstante el equilibrio de la economía hidromineral, De esta manera se reinicia casi siempre la diuresis. Si, no obstante el equilibrio de la economía hidromineral, ha sobrevenido el período anúrico, no es de ninguna utilidad instituir goteos masivos con el objeto de "cortar la anuria". Esto último resulta ahora imposible. Además, el aporte de líquido en presencia de anuria provoca lógicamente una hidremia que entraña el riesgo de que sobrevengan edema pulmonar y edema cerebral con eclamisia. Al paciente anúrico se le deben administrar en la segunda fase sólo 500 cm³ de líquido por día, además de la cantidad que eventualmente haya perdido por vómito-y diarrea, lo mejor en la forma de suero glucosado de elevada concentración; nada de cloruro de sodio ni potasio. Está indicada eventualmente una diálisis extracorporea si la anuria persiste y el nitrógeno residual continúa aumentando. Hace poco hemos tratado un paciente anúrico a continuación de una intervención sobre el sistema biliar con colecistostomía, prescindiendo de la diálisis extracorporea por más. que existieran deshidratación, acidosis e hipopotasemia; normalizado el equilibrio hidromineral con goteos convenientes., la diuresis se reinició de inmediato. Por consiguiente, la expresión de moda de "síndrome hepatorenal" no debe hacer olvidar de pensar en los trastornos de la economía hidromineral.

Prof. Dr. H. Sarre. Medizinische Universitäts-Poliklinik.
Freiburg i. Br. Hermann-Herder-Str. 6.

PREGUNTA: *¿Cómo se explica la instalación de una anuria estando la vejiga llena, en el shock, por ejemplo, después de un infarto miocárdico?*

RESPUESTA: La cuestión de si, durante o después de un shock, la función de las vías urinarias eferentes resulta trastornada, ha sido tratada a fondo por H. Eufinger (Z. Urol. 48 (1955) 401) en sus aspectos clínicos y experimentales. Este autor demostró que en los estados agudos de shock o de colapso circulatorio existe una hipertonía de las vías urinarias eferentes, pero que en los estados con evolución prolongada existe una hipotonía de estas vías. Las hipotonías con retención urinaria e hipotonía del músculo expulsor de la orina se deben a trastornos de la innervación vegetativa de los órganos urinarios. Estos pacientes son altamente receptivos a las infecciones. Estos trastornos funcionales se agravan por efecto de los alcaloides que reducen el tono.

Prof. Dr. W. Staehler, Chirurgische
Universitäts-Klinik., Tübingen,
Galwer Strasse.

PREGUNTA: *¿Qué valor tiene el sondeo de la papila de Vater?*

El sondeo de la papila de Vater es aplicable en la mayoría de los casos de coledocotomía y junto con el cierre del colédoco primario constituye el procedimiento de elección en casos no complicados. El sondeo de la papila, la papilotomía transduodenal (ambas con cierre del colédoco primario) y la coledocoduodenostomía representan procedimientos no concurrentes, sino que cada método tiene su campo de aplicación bien circunscrito. Según nuestras experiencias y resultados, no hay motivo para dudar del valor del sondeo de la papila en casos no complicados, que representan por mucho la mayoría.

Dtsch. Med. Wschr. 88 (1963), 754 y sig.
K. Krauss y E. Kern.

PREGUNTA: *¿Cuál es el resultado de la substitución vascular aloplástica?*

La substitución vascular aloplástica llenó el supuesto decisivo para el desarrollo de la cirugía vascular moderna. A base de 350 operaciones de substitución vascular aloplástica se ofrece un resumen de sus indicaciones y resultados terapéuticos más importantes, mas también de sus límites y posibilidades de complicación. Las enfermedades de oclusión arterial son hoy día objeto principal de intervenciones reconstructivas (cerca de 75%). Un establecimiento severo de la indicación es decisivo para asegurar a la plastía vascular un sitio sólido y fundamentado dentro del tratamiento total. Una intervención de plastía vascular está indicada en estenosis y oclusiones de arterias de importancia vital v. gr. de la a. carótida, renal, celfaca y mesentérica superior., así como en oclusiones todavía localizadas de las arterias grandes y medias de los miembros (horquilla aórtica, arterias de la pelvis y del muslo, a. axilaris et subclavia), siempre que exista una insuficiencia considerable de la irrigación arterial (fases II y IV) y no resulten indicaciones para la presencia de una afección sistemática de progresión rápida. Los mejores resultados del tratamiento con la substitución vascular aloplástica —se emplearon con preferencia prótesis de Dacron de punto, de poros grandes— han de esperarse en el sector aorto-ilíaco (Bypass aorto femoral; cuotas de fracasos: 4%). En cambio, para la reconstrucción de arterias medias hasta pequeñas v gr de la a femoral, poplítea y braquial, las arterias de material sintético han dado sólo poco resultado (cuota de fracasos de cerca de 30%). Aquí ocupan cada vez más el primer plano, hoy día, otros métodos operatorios especialmente la tromboarteriectomía en forma del "ringstripping" (descortezamiento a trayecto largo del cilindro de la íntima) y el transplantado autoplástico de venas. Como las dos complicaciones más importantes en la substitución vascular aloplástica han de considerarse la oclusión trombótica tardía., lo más frecuente entre los meses 6º 12º postoperatorios, y la infección de la prótesis. La oclusión tardía debe atribuirse sólo raras veces a una progresión de la enfermedad básica. Con frecuencia mucho

mayor debe atribuirse la responsabilidad a la "insuficiencia biológica" de la arteria de material sintético (pérdida de la flexibilidad por la organización progresiva de tejido conjuntivo; degeneración de la "neoíntima" en prótesis de poros estrechos, etc.) La infección de la prótesis exige casi siempre su separación (peligro de la hemorragia de anastomosis y de la infección séptica general). Acerca de las posibles complicaciones tardías, es decir, del cansancio del material de la armazón de material sintético y de la inducción tumoral (¿sarcoma de material sintético) no se pueden todavía hacer manifestaciones seguras, en vista de la cortedad del período de observación).

F. Linder, J. Vollmar y W. Schmitz
Dtsch. Med. Wschr.

88 (1963), 766 y sig.

PREGUNTA: ¿Cuál es el problema de las reacciones de vacunación después de la vacunación por deglución con virus poliomiélticos tipo I (Sabin)?

RESPUESTA: El enjuiciamiento de la correlación de una enfermedad con la inmunización oral contra la poliomiéltis es difícil. Si se puede demostrar que el virus de vacunación ha prendido, no está demostrada de ninguna manera tal correlación, sino que únicamente no es posible excluirla. A pesar de esta dificultad hemos estudiado virológicamente las infecciones gripales sobrevenidas de un modo acumulado poco después de la vacunación y no sólo afecciones con síntomas neurológicos, como se ha hecho en los Estados Unidos y en los Estados del Bloque Oriental. Se muestra que las reacciones de vacunación pueden adoptar todas las formas de una poliomiéltis, soliendo distinguirse las formas paréticas., muy raras, por una tendencia a la regresión las más de las veces completa.

H. Lennartz. Dtsch. Med. Wschr. 88 (1963) 884 y sig.

Acerca de la cuestión de las complicaciones neurológicas después de la vacunación por deglución con virus poliomiéltico tipo I (Sabin).

Después de exponer el principio de la vacunación profiláctica con virus poliomiélticos vivos debilitados, se informa primero acerca de la aparición de complicaciones neurológicas después de la aplicación de vacuna inactivada (Salk). En cuanto a las complicaciones neurológicas después de la administración de una vacuna viva hay que distinguir entre los casos, en los cuales las complicaciones han de valorarse como influencia inmediata del virus en el sistema nervioso central, y los casos, en los cuales se puede atribuir al virus sólo un efecto mediano (indirecto). Hay que conceder la posibilidad de la aparición de parestias ligeras, en general sólo fugaces, en virtud del resultado de experimentos propios en animales con virus poliomiélticos debilitados (Cox, Sabin). La aparición rara de una encefalomiéltis o de una poli-neuritis después de la administración de virus poliomiélticos vivos debilitados se relaciona probablemente con la conversión inmunológica del organismo por la vacunación por deglución.

H. Pete. Dtsch. Med. Wschr. 88 (1963) 886 y sig.

Viremia después de la vacunación profiláctica antipohomiéltica con el tipo I (Cepa de Sabin Lsc 2ab).

Después de la vacunación oral con el tipo I (Sabin) se observó en 9 de 46 vacunados una viremia entre el segundo y octavo día después de la vacunación. La generalización del virus de vacuna por vía sanguínea estaba combinada, con una excepción, con un aumento en la faringe y en el intestino o en el intestino y dio lugar las más de las veces a una estimulación de la producción de anticuerpos. Es digno de notar., que entre los vacunados se hallaban cuatro portadores de anticuerpos homólogos, cuya inmunidad humoral había sido adquirida por vía natural.

R. Siegert, G. Enders-Ruckle, J. Oehme y H. D. Waller.
Dtsch. Med. Wschr. 88 (1963), 1272 y sig.

SECCIÓN DE PREGUNTAS

MICRO-HISTORIAS

Un paciente de 16 años de edad es admitido al hospital quejándose de dolor en ambas rodillas. Refiere que hace 6 meses sufrió una ligera lesión en la rodilla izquierda mientras jugaba fútbol. La lesión respondió favorablemente a un tratamiento conservador que le fuera instituido y regresó a hacer deporte 3 semanas después. Desde esa fecha siguió bien hasta hace 2 meses en que viene sufriendo de "dolor en ambas rodillas", especialmente al subir escaleras, al examen físico se nota ligera tumoración a la altura de los tubérculos tibiales y el dolor se intensifica a la extensión cuando el paciente se hinca.

¿Cuál es su diagnóstico?

- (Nº 1) a) Genu - Valgum;
b) T. B. C. de la articulación de la rodilla;
c) Artritis Reumatoidea;
d) Enfermedad de Osgood Schletter;
e) Osteogenesis imperfecta.
- (Nº 2) En atención a la descripción anterior, la contracción de qué músculos aumenta el dolor?
a) Glúteo Máximo;
b) Glúteo Medio;
c) Cuadríceps;
d) Gastrocnemios;
e) Ninguno de los anteriores.
- (Nº 3) Suponiendo que se tratara de un Genu-Valgum, ¿cuál cree UD. que sería el hallazgo típico?
a) Angulación extrema de la rodilla;
b) Torsión interna de la tibia;
c) Desviación interna de ambos pies;
d) Pie plano y pronación de las piernas;
e) Desigualdad en ambos miembros.
- (Nº 4) Suponiendo que el diagnóstico fuera enfermedad de Osgood Schletter ¿cuál cree Ud. que sería la complicación más común?
a) Genu Recurvatum;
b) Genu Varum;
c) Anquilosis de la rodilla;
d) Falta de unión del tubérculo tibial;
e) Sarcoma de Ewing.

(Nº 5) Paciente varón de 21 años de edad, que hace 6 meses viene sufriendo de dolor y rigidez en la articulación sacro-ilíaca. Al principio el paciente inculpaba sus síntomas al colchón de su cama que lo consideraba demasiado blando, ya que

había notado que poco después de levantarse y al comenzar sus actividades el dolor desaparecía. Dice el paciente que hace un mes tuvo "lumbalgia" con irradiación ciática del dolor, el cual se intensificaba al estar mucho tiempo sentado. Al examen se nota franco espasmo en los músculos para-espinales y pérdida de la "lordosis lumbar".

¿Cuál es su diagnóstico?

- a) Demasiada blandura del colchón;
- b) Espondilitis Reumática;
- c) Marie Strumpell;
- d) Espondilitis T. B. C.
- e) Neuro-artropatía de la columna.

(Nº 6) Suponiendo que se tratara de una enfermedad de Marie Strumpell, ¿cuál de los siguientes exámenes cree Ud. que sería el de *mayor* importancia para poder establecer el diagnóstico correcto?

- a) Radiografía de la columna;
- b) Prueba de la Tuberculina;
- c) Recuento globular completo;
- d) Determinación del calcio urinario;
- e) Determinación del calcio y fósforo séricos.

(Nº 7) Suponiendo que se tratara de una enfermedad de Marie Strumpell. ¿Cuál de los siguientes exámenes cree Ud. que es el de *menos* importancia?

- a) Eritrosedimentación;
- b) Roentgenogramas;
- c) 17 Ketosteroides urinarios;
- d) Recuento de rojos y hemoglobina;
- e) Recuento de glóbulos blancos.

(Nº 8) Suponiendo que el diagnóstico está entre una espondilitis reumática y una espondilitis del tipo Marie Strumpell, ¿cuál cree Ud. que sería el *examen decisivo*?

- a) Determinación del oro coloidal sérico;
- b) Calcemia;
- c) Mielograma;
- d) Calcemia;
- e) Calciuria.

(Nº 9) Paciente de 12 años de edad es admitido en el hospital con el principal síntoma: "dolor agudo en (a pierna izquierda)". En la anamnesis encontramos que unas semanas antes de su ingreso al hospital, padeció de "fiebre escarlatina". A la exploración encontramos los siguientes síntomas: inquietud y cefalalgia, vómitos, apariencia de enfermedad aguda, taquicardia. 40 grados de temperatura y dolor agudo en la pierna izquierda. El recuento de glóbulos blancos dio 12.000. La articulación es muy dolorosa a la presión y los rayos X no demostraron ninguna anormalidad.

¿Cuáles su diagnóstico?

- a) Reumatismo Agudo;
- b) Celulitis;
- c) Osteomielitis Aguda;
- d) Tumor de Ewing;
- e) T. B. C. de la rodilla.

(Nº 10) ¿Cuál de los siguientes exámenes cree Ud. que es incompatible con el cuadro descrito?

- a) Historia de Fiebre Escarlatina;
- b) Elevación de los glóbulos blancos;
- c) Dolor agudo a la palpación;
- d) Reporte negativo de los Rayos X;
- e) Ninguno de los anteriores.

(Nº 11) ¿Cuál de las siguientes actitudes cree Ud. que es de *menos valor* en el correcto manejo del paciente?

- a) Cultivo y sensibilidad;
- b) Aspiración, _ .articulación;
- c) Temprano uso de los salicilatos;
- d) Inmovilización del miembro afecto.

(Nº 12) Si el organismo causante de la enfermedad todavía no ha sido identificado, pero ya se presume que se trata de una Osteomielitis Aguda, ¿cuál sería para Ud. la terapéutica más indicada?

- a) Penicilina;
- b) Sulfonamidas;
- c) Cloromicetina;
- d) Estreptomina;
- e) Salicilatos.

(Nº 13) Se trata de un paciente de 60 años de edad que ingresa al hospital con el único síntoma de "dolor y rigidez en la rodilla de 10 meses de duración". Al examen físico, no encontramos elevación de la temperatura ni otros síntomas constitucionales. A la exploración nos encontramos que al mover la articulación hay una sensación de *áspero y rechinante crujido*. Hay síntomas de arteriosclerosis generalizada. El informe radiológico reporta que en la articulación hay "áreas de degeneración y formación de osteofitos".

¿Cuál es su diagnóstico?

- a) Artritis Reumatoidea Primaria;
- b) Osteo-artritis;
- c) Artritis Gonocócica;
- d) Artritis T. B. C;
- e) Laceración de los meniscos.

(Nº 14) Suponiendo que el correcto diagnóstico es "Artritis Reumatoidea Primaria", ¿dónde cree Ud. que es más común esta enfermedad?

- a) En viejos arterioscleróticos;
- b) En mujeres en período de gestación;
- c) En jóvenes adolescentes;
- d) En mujeres menopáusicas;
- e) En mujeres hipertensas.

(Nº 15) Suponiendo que el diagnóstico es Osteoartritis., ¿cuál de los siguientes puntos es el menos compatible con la enfermedad?

- a) Falta de síntomas constitucionales;
- b) Cambios arterioscleróticos generalizados;
- c) Formación de osteofitos;
- d) Sensación de áspero y rechinante crujido;
- e) No historia de trauma en la articulación.

(Nº 16) Si aceptamos que se trata de una Osteoartritis. ¿Cuál cree Ud. que es el elemento anatómico que muestra los *más tempranos cambios*?

- a) Membrana sinovial;
- b) Líquido sinovial;
- c) Cartílago hialino;
- d) Corteza ósea;
- e) Cavidad medular.

(N° 17) Si se tratara de una Osteoartritis en la cual todas las medidas terapéuticas hubieren fallado., ¿cuál sería para Ud. el tratamiento quirúrgico más indicado?

- a) Escisión;
- b) Artroplastía;
- c) Osteotomía;
- d) Artrodesis;
- e) Ninguno de los anteriores.

(N° 18) Se trata de una niña de 9 años de edad quien ha estado en contacto con un caso de T. B. C. abierta y que ingresa al hospital con el diagnóstico de *Sinovitis Monoarticular*. La paciente presenta franca evidencia de pérdida de peso, al examen físico notamos que hay limitación de los movimientos de la cadera, y al caminar hay cojera. A los Rayos X NO se encuentra anomalía alguna.

¿Cuál es su diagnóstico?

- a) Histeria;
- b) Artritis Reumatoidea;
- c) Artritis Gonocócica;
- d) Osteoartritis;
- e) T. B. C. de la cadera.

(N° 19) ¿Cuál sería para Ud. la prueba de laboratorio más decisiva para el correcto diagnóstico?

- a) Química Sanguínea;
- b) Prueba del Lupus;
- c) Prueba intradérmica de Mantoux;
- d) Inoculación al cobayo del líquido de la cadera;
- e) Eritrosedimentación.

(N° 20) Si se desarrollara un absceso y el estudio de laboratorio revelara positivo por bacilos T. B. C., ¿con qué cree Ud. que aliviaría más rápidamente el dolor de la cadera?

- a) Con narcóticos;
- b) Dihidro y PAS;
- c) Tracción del miembro;
- d) Artropatía;
- e) Cheilotomía.

La clave de contestación a las preguntas anteriores es la siguiente:

(N° 1: d) (N° 2: c) (N° 3: d) (N° 4: c) (N° 5: c) (N° 6: a) (N° 7: e) (N° 8: a)
(N° 9: c) (N° 10: e) (N° 11: d) (N° 12: a) (N° 13: b) (N° 14: b) (N° 15: e)
(N° 16: c) (N° 17: d) (N° 18: e) (N° 19: d) (N° 20: c)