

# PREGUNTAS Y RESPUESTAS

1° PREGUNTA.—Tratamiento actual del nevus flammeus.

Un lactante de siete semanas de edad es portador de un nevus flammeus que ocupa un tercio del meñique derecho y cuyo tratamiento se solicita.

RESPUESTA: En los casos con angiodisplasias (nevus flammeus, nevus telangiectásico o angioneoplasias (angiomas), si es que se quiere y puede tratar, se considerarán la crioterapia, la cirugía y, principalmente, la roentgenterapia. En el caso que motiva la consulta, quedan evidentemente descartadas la cirugía y la crioterapia, de modo que quedan por comentar las posibilidades que ofrece la radioterapia. Si se trata realmente de un nevus flammeus y no de un angioma plano-tuberoso, se puede esperar con la roentgenterapia sólo una limitada regresión de los vasos hiperplásticos. Un mayor o menor efecto de blanqueo que pueda ocurrir, podrá ser atribuido en parte, a un engrasamiento radiogénico de la capa córnea. Wese a esta restricción y en vista de la controversia actual sobre si corresponde irritar en la angiohamartias (y en los angioblastomas), se puede, a la luz de los conocimientos actuales, asentir a una roentgenterapia practicada con prudencia. Al efecto se debería usar solamente calidades de rayos de 0.35 a 1 mm. de semipenetración. Las dosis unitarias deberían ser aproximadamente de 300 r. administradas con tres a cuatro semanas de intervalo, hasta 800 r, excepcionalmente hasta 1000 r (con seis a ocho semanas de intervalo). No se debería exceder la dosis total de 5000 r. El tratamiento debería iniciarse sólo después de haber tenido una conversación explicativa con los padres, los cuales deben saber que con la dosis defendida (en el nevus flammeus) una corrección completa no es posible, y que, de excederse las nombradas dosis máximas, se podrá forzar la desaparición total pero se tendrá que contar con una roentgenpoiquilodermia consecutiva.

2° PREGUNTA.—Etiología y patogenia de la hiperemesis gravídica. ¿Qué significación tienen los factores psíquicos? ¿Cuál es el tratamiento? ¿Por qué las mujeres con hiperemesis no tienen estrías?

RESPUESTA: Ha quedado demostrada con certeza, la disminución de la excreción de corticosteroides en la orina en condiciones de hiperemesis; esta excreción está aumentada en las grávidas sanas. Sin embargo, no es posible afirmar con fundamento, si la hipofunción de la corteza suprarrenal es la causa o la consecuencia de la hiperemesis. Por lo mismo, se puede prescindir de los conceptos, ya antiguos, que la hiperemesis sería una reacción del organismo materno a metabolitos fetales con acción tóxica. No hay ninguna duda que, en la patogenia de la hiperemesis gravídica, los factores psíquicos tienen a menudo una gravitación considerable. Hay muchos psiquiatras que sostienen que la hiperemesis debería interpretarse no un trastorno esencialmente psicógeno. Es ciertamente así en una parte de las pacientes con hiperemesis.

Como existen todas las variaciones intermedias entre la emesis y la hiperemesis gravídica, se debería adoptar como regla, tratar todos los casos con vómitos.

algo intensos del embarazo, con medios eficaces. Una serie de investigaciones relativamente recientes han hecho ver que no existen inconvenientes en prescribir meclozina (Bonamina. Peremesin forte) o fenotiazinas incluso en los primeros períodos del embarazo. La hiperemesis misma (demostración de acetona y ácido acético en la orina) debe ser tratada en clínica, en lo posible en una sala individual. En los casos graves (mayores pérdidas de peso, deshidratación) el tratamiento consiste principalmente en goteos. La solución consta de suero fisiológico con 5 o 10% y de glucosa y por litro 50 a 100 mgs. de Megaphen. 200 mg. de vitamina B6 y 1g. de vitamina C. La cantidad que debe infundirse debe ser de 1000 a 1800 ml. en las 24 horas y regularse por el volumen de orina que se elimina. La dieta comienza con pequeñas cantidades de leche enfriada sobre hielo. Se hacen seguir numerosas pequeñas ingestas que se dosifican como para que la paciente se quede más bien con un poco de hambre y no experimente aversión a la alimentación. Pese a todos los esfuerzos, la hiperemesis obliga en algunos casos a interrumpir el embarazo, si sobrevienen síntomas peligrosos. Incremento de la concentración de bilirrubina en el suero a más de 2 mg% signos de uremia, obnubilación del sensorio o delirios, fiebre sin causa infecciosa, hemorragias retíneas.

La ausencia de estrías en las mujeres que han pasado por una hiperemesis\* se explica probablemente con la hipofunción corticosuprarrenal. De todos modos la aparición de estrías fuera del embarazo es un síntoma típico de hiperfunción corticosuprarrenal (Enfermedad de Cushing).

*Prof. Dr. G. K. Döring.*  
Universitäts-Frauenklinik.  
München. 15. Maistr. 11.

3º PREGUNTA.—La circulación cerebral del hombre. ¿Puede ser mejorada en grado objetivo con medicamentos?

RESPUESTA: Durante muchos años se admitía que los vasos cerebrales responden a los fármacos con igual reacción que por ejemplo, los vasos de la cara. Por lo mismo, se han recomendado fármacos en gran número para tratar los trastornos de la circulación cerebral.

Ahora bien, con su método cuantitativo para medir la circulación cerebral en el hombre. Kety y Schmidt demostraron, ante la decepción de muchos, que con la inyección intravenosa o intramuscular o con el goteo intravenoso de los vasos dilatadores que se acostumbra a usar en la actualidad, no se logra ningún incremento estadísticamente significativo de la circulación cerebral. Un incremento de la circulación cerebral se obtiene solo con los goteos directos en la arteria carótida así como con la inhalación de ácido carbónico al 5%.

En los animales experimentales se demuestra que los vasos periféricos responden mucho más que los vasos cerebrales a los fármacos vasodilatadores. En efecto, después de una inyección intravenosa en dosis suficiente, se consigue generalmente una vasodilatación periférica con descenso consecutivo de la presión arterial, pero con esta medida todavía no se ha alcanzado el "umbral estímulo vasodilatador" para los vasos cerebrales. Si se aumenta la dosis, puede resultar una disminución de la circulación cerebral (Gottstein: "La circulación cerebral bajo la acción de las sustancias vasoactivas"). Es un riesgo que se da especialmente en las personas entradas en años con arterioesclerosis, cuyos vasos rígidos son capaces de compensar una hipotensión con la vasodilatación.

Por otra parte, en los pacientes con hipotensión se logra un franco incremento de la circulación cerebral; con la aplicación de sustancias vasoconstrictoras de la noradrenalina y derivados. Especialmente los arterioescleróticos ne en la edad avan/ada una estabilización de su presión arterial, en un nivel para su edad, el que varía de un paciente a otro (antecedentes, valores anteriores de la presión arterial, fondo de ojo, etc.) En los pacientes con insuficiencia cardíaca en reposo y en la prueba de carga, la digitalización permite incrementar la circulación cerebral en proporciones determinables con métodos objetivos.

*Privatdozent Dr. U. Gottstein. I.*  
Medizinische Universitätsnlinik  
Kiel, Schittenhelmstr. 12.

4° PREGUNTA.—El cirujano, con el diagnóstico radiológico de carcinoma del estómago a la vista, y trente al abdomen abierto. ¿Debe proceder a la gastrotomía para la inspección y biopsia aun en el caso de no continuarse nada tal tacto?

RESPUESTA: El diagnóstico radiológico exacto de un carcinoma del es-BUSJO. no es siempre posible. Si el radiodiagnóstico se califica de incontestable. tes posible admitir otra cosa que una marcada variación de la norma, es decir uan rigidez parietal o un defecto de relleno por un tumor de crecimiento exofitico, a menudo en combinación. Las dos cosas se reconocen en forma cierta al tacto del ámago cerrado con el abdomen abierto. Rezan iguales consideraciones para el foco de que un tumor benigno, una úlcera, un flemón del estómago se confundan fc un carcinoma. Por consiguiente, lo mismo en el carcinoma que en las enérecades eme deben tomarse en cuenta para el diagnóstico diferencial, se encontrara en el abdomen abierto un estado que no podrá pasar inadvertido al tacto.

En el carcinoma, la situación es, por regla general, más impresionante y extensa de lo que permite presumir la radiografía. Con esto se expresa implícitamente que en de un resultado paipatorio normal. la gastrotomía con fines de biopsia para el examen histológico no aportará elementos diagnósticos complementarios por el mero hecho de que no se dispone de ningún punto de referencia topográfica para elegir el lugar de la biopsia.

Por consiguiente, en las condiciones descritas, se justifica renunciar a esta explicacion adicional.

La actitud y el enjuiciamiento de la situación serán distintos si el radiodiagnostico y el resultado del tacto dejan un margen de incertidumbre.

*Prof. Dr. K. Yosschulte*

Chirurgische Universitätsklinik,  
Giessen, Klinikstr. 37.

5° PREGUNTA.—¿ Existe una "fiebre de dentición" en los lactantes:

RESPUESTA: Está tan hondamente arraigada en la creencia popular, la idea de que la erupción de los dientes de leche provoca fiebre, que será muy invalidarla. Muchos de los que se adhieren a esta creencia, olvidan a un tiem-Boque muchos dientes de leche salen sin fiebre alguna. Tampoco se considera que la erupción de los dientes permanentes, vivenciada conscientemente por cada in-pviduo. provoca a io más ocasionalmente (salvo, acaso, las muelas del juicio) breve molestias locales pero nunca fiebre.

La erupción de los dientes de leche comienza generalmente a los seis meses

de edad. En promedio, sale un diente por mes y a los tres años la dentición de los dientes se habrá completado.

La primera dentición cae en un periodo de vida en que el niño se halla particularmente expuesto y receptivo a las infecciones. La coincidencia casual, anticipable, de una infección febril con la erupción de un diente de leche motiva, forzosamente, la creencia en una "fiebre de dentición" tanto más cuanto que el niño debido a la fiebre, está un poco más sensible e intranquilo que de costumbre - y mete el puñito en la boca y presenta mayor salivación.

Con esto no pretendemos negar que las infecciones febriles de cualquier genero puedan activar la erupción de un diente de leche. Los médicos hemos de seguir la regla de averiguar las verdaderas causas de la fiebre en cada lactante febril, e instituir el tratamiento que corresponda. Resultará inútil tratar y convencer a los familiares de que la fiebre presente no tiene nada que ver con la salida de un diente: sólo nos pondría frente a rostros que reflejan incredulidad.

*Prof. Dr. E. Hoen* Kinderkrankenhaus  
Eleonorenheim, Darmstadt.

*(Tomado de "Medicina Alemana")*

## ¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

### *RESPUESTA*

El paciente fue operado y se le resecó el segmento estenosado del esófago. El estudio histológico demostró que se trataba de una esofagnitis péptica secundaria a una hernia hiatal.

*(Viene de la Pág. 290)*