

—:Extractos De Revistas:—

MORTALIDAD EN HEPATITIS POR SUERO HOMOLOGO

Thomas C. Chalmers, Raymond S. Koff y Geor'ge F. Grady Gastroenterology, Vol. 49. N° 1, 1965

, Los autores de los departamentos de Medicina del Hospital Lemuel Shattuck y de la Escuela de Medicina de la Universidad de Tufts, de Boston, Massachussets. comienzan enfatizando el hecho de que en esta era de sorprendentes progresos médicos, la hepatitis continúa siendo un gran reto para los médicos, ya que el progreso ha traído como consecuencia el desarrollo de varios métodos de estudio en diversos grupos de enfermedades, que implican la utilización de muestras de sangre, pruebas cutáneas, análisis bioquímicos, etc.

En los últimos años ha habido una marcada relación entre la mortalidad y la edad avanzada del paciente. De 158 casos reportados al Centro de Enfermedades transmisibles entre julio 1963 y junio 1964, todos menores de 35 años, la mortalidad fue de 6%. mientras que en otro grupo mayor de 65 años, la cifra fue de 28%.

En ausencia de un método para esterilizar la sangre, el médico debe decidir, a menudo, entre el riesgo de producir una hepatitis por una transfusión, y el que supone la enfermedad para la que la transfusión está indicada. Asimismo, deben considerarse todas aquellas circunstancias capaces de coadyuvar a aumentar el riesgo de mortalidad, además de la edad del paciente.

Los autores hacen mención de diversos reportes sobre el particular, y de la disparidad, tanto de porcentajes, como de las causas a que se atribuye la mortalidad.

Finalmente, concluyen diciendo que la marcada variabilidad en los porcentajes de mortalidad reportados, parece tener al menos cuatro explicaciones.

- 1.—Variaciones en la selección de los pacientes. La inclusión de reducido número de casos de hepatitis "leve" puede resultar en aumento del porcentaje.
- 2.—La tendencia de los médicos a reportar casos "raros". Esto puede ser el factor responsable de la incongruencia de las curvas de distribución entre los artículos publicados y las cifras de mortalidad reportadas.
- 3.—Diferencias de virulencia o de "dosis" de virus, o de ambos.
- 4.—Diferencias de susceptibilidad, incluyendo la edad, mal estado general y otros factores propios del huésped, desconocidos.

Dr. J. H. Q.

LIPOMA GÁSTRICO

PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

American Journal of Digestive Diseases. Vol. 10. N° 8. 1965

Roger W. Turkington

Los tumores benignos constituyen un 1% de todas las neoplasias del estómago, y de éstos, solo el 3% son lipomas. Sin embargo, es importante tenerlo en mente, ya que a menudo se manifiesta por hemorragia masiva, o puede simular malignidad. En 1951, Palmer encontró **sólo** 95 casos reportados en la literatura mundial. En 1958, Ramos informó 1 caso y encontró 9 en la literatura.

El autor hace la presentación de un caso y revisa 157 casos reportados hasta ahora en la bibliografía mundial. De estos el 95% eran intragástricos y del 5% restante, extragástricos. Todos se organizaron en la subserosa. Solamente el cardias I y el píloro no fueron asiento del tumor, y el 75% tenían su asiento en el antro. Solo en 7 casos había masa palpable en epigastrio. El tumor tiende a ser liso, redondo u oval, íntegramente sésil, casi siempre lobulado, con cápsula fibrosa y compuestos de células grasas maduras. Su ulceración es frecuente, con necrosis y zonas de inflamación, pero sin producir calcificaciones, como ocurre en lipomas de otras localizaciones. En ningún caso hubo indicio de degeneración maligna, ni se reportaron recidivas después de su extirpación. Siete casos coincidieron con adenocarcinoma del estómago, lo cual fue calificado como coincidencia.

Los síntomas fueron esencialmente cuatro: hemorragia, dolor abdominal, obstrucción y dispepsia. La hemorragia reportada en el 53% de los casos fue masiva en la mitad. Para que esos síntomas se produzcan, es necesario que el tumor alcance un tamaño considerable, por lo que la mayor parte de la evolución es asintomática. La obstrucción se presentó en 33% de los casos, siempre con localización cerca del píloro, y el dolor abdominal, en 37%. Los fenómenos dispépticos, por alteración de la peristalsis y el vaciamiento del estómago fue un síntoma importante en 26% de los casos.

El 18% de los casos se presentó en diabéticos, y la necromiograsa del páncreas, en un 20.5% era en pacientes con lipoma gástrico, en contraste con 5.9% en pacientes normales. el paciente tenía además un lipoma de colon; en otro había franca historia familiar de lipomatosis: uno tenía un lipoma subcutáneo, otro un lipoma lumbar y otro presentó lipomas múltiples en el duodeno.

El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue el de adenocarcinoma.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica total.

Dr. J. H. Q.

ULCERA DUODENAL SANGRANTE

COMPARACIÓN DE NUESTROS RESULTADOS EN 715 CASOS. — (Bleeding duodenal ulcers Comparison of our results in 715 cases) Palumbo, L. T. Sharpe, W. S. Surgery 58:473:1965.

El trabajo expresa la experiencia de los autores en el tratamiento quirúrgico de todos los pacientes atendidos de hemorragia por úlcera duodenal durante el lapso de 1946 a 1964. Esta revisión de 18 años abarca dos etapas distintas: en los primeros años la operación de elección era la gastrectomía parcial con resección de la úlcera y se hizo en 450 casos con hemorragia en los últimos años se hizo de preferencia, en 250 casos hemorrágicos. La antrectomía distal con vagotomía. El empleo de esta última técnica quirúrgica junto con otras medidas adicionales, ha logrado reducir la mortalidad en un 50%. En el curso de 121 casos de urgencia en los cuales en forma consecutiva se hizo la mencionada operación, la mortalidad fue de 4.1%. Se considera que el procedimiento quirúrgico señalado, con conservación de toda la capacidad del reservorio gástrico y sin retraso del vaciamiento del estómago remanente, elimina prácticamente todas las secuelas postoperatorias indeseables, de tipo gastrointestinal.

* * *

Dr. J. G. M. G.

DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA CON LA MEDICACIÓN ANTICOAGULANTE.—Soldato L. de Castro, C. M. Angiopatías. 5:15:1965.

Estudios de diversos anticoagulantes durante 10 años, en un total de 1.118 pacientes.

Drogas usadas: Liquemine. Tromexan, Sintron, Hedulín G. 25766, Pan VVarfin, Marcumar y Fibrolisina.

Obtienen buenos resultados con la heparina por vía subcutánea, lo que permite reducir el número de inyecciones ya que el efecto anticoagulante se mantiene cuando se inyecta cada 8 a 10 horas. Encontraron acción potencializadora del Salicilato de Sodio con las drogas anticoagulantes del tipo dicumarínico. La administración de Varidasa por vía intramuscular produjo después de la tercera inyección, en medio de tratamiento anticoagulante, el descenso de la concentración de protrombina al 0.9% con aparición de hemorragias severas. Se observaron accidentes trombóticos cuando se suspendió bruscamente la droga anticoagulante, y se considera que ello es debido a una prolongada inhibición de la célula hepática.

Se observó una mortalidad de 0.29% imputable al tratamiento anticoagulante.

* * *

Dr. J. G. M. G.

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA PROCIDENCIA RECTAL.—Swinton, N. W. y McKec, D. M. The Surg. Clin, of N. A. 45:657, Junio 1965.

Informan los autores que se han utilizado más de 50 procedimientos para la corrección quirúrgica de la procidencia rectal. Muchos autores creen que la lesión esencial es un prolapso acondicionado por una herma deslizante del recto a través de un defecto de la pared pélvica anterior y asociada con una pérdida de la curvatura posterior normal del recto, de lo que resulta que el recto y el recto-

signoide queden verticalmente en línea recta. Cuando aumenta la presión intra-abdominal (defecación) ocurre un efecto telescópico iniciándose la procidencia.

aseguran, asimismo, que todos los procedimientos usados (resección de signoide redundante, reparaciones perineales) tienen alta recurrencia y otros resultan en funcionamientos defectuosos: otros, finalmente, implican operaciones extensas y prolongadas que son impropios para ancianos, obesos o para los pacientes catalogados como riesgos quirúrgicos.

Invocan que el procedimiento descrito por Ripstein y que consiste en la fijación intrapélvica del recto utilizando malla de Teflon ha demostrado ser una crónica simple y un procedimiento efectivo para esta afección. Lo han utilizado en pacientes, todas mujeres de 30 a 78 años, 6 de las cuales habían tenido fracasos Quirúrgicos anteriores; el promedio de la duración del prolapso era 8 años. En su ferie solo tuvieron una complicación y fue un absceso intrapélvico secundario a lina hemorragia procedente de una vena presacra que fue controlada en el acto quirúrgico con empacamiento.

Exponen la técnica quirúrgica por ellos empleada y los cuidados postoperatorios que utilizan.

A pesar de que solo tienen 18 meses de utilizar este procedimiento sus pacientes han obtenido uniformemente buenos resultados, no solo desde un punto de vista técnico sino que también funcional.

Dr. S. R. Z.

? * *

APÉNDICE LLENO DE GAS: SIGNO RADIOLÓGICO DE APENDICITIS
AGUDA.—Killin, D. A. y Brook Jr., D. W. Ann. of Surg. 161:474, Marzo 1965.

Dicen los informantes que el diagnóstico de apendicitis aguda usualmente se establece en base de la historia clínica, de los hallazgos físicos y de los procedimientos laboratoriales de rutina. Están de acuerdo que en ciertos casos la diferencia con entre ella y otras afecciones intrabdominales agudas es difícil. Informan de un signo radiológico (apéndice lleno de gas) que puede ayudar a establecer el diagnóstico y que ellos observaron en 5 casos que la laparotomía y el estudio histológico demostró se trataba de apendicitis aguda. El informe resume los 5 casos y de las imágenes radiológicas obtenidas, la revisión de literatura por ellos efectuada revela "que este signo no se había informado antes de 1953 (Musgrove) y que el primer caso que ha sido trasladado a una revista es de 1959, lo que atestigua la creencia del fenómeno (9 en 229 apendicitis aguda). En 8 casos el estado de la afección fue el siguiente: apendicitis no gangrenosa ni perforante en 4 pacientes, gangrenosa no perforante en 3 y perforante en 1.

Creer que es posible la regurgitación de pequeñas cantidades de gas cecal hacia elapéndice normal pero en cantidades tan pequeñas que no se puede visualizar radiológicamente. Recuerdan el valor patogénico de la obstrucción mecánica delapéndice por apendicolitos con producción de apendicitis aguda supurada.

Los autores creen que la presencia de gas que distiende elapéndice en el cuadrante inferior derecho es un confiable signo de apendicitis aguda.

Dr. S. R. Z.

*IMPORTANCIA DEL QUIJÍ MISMO GÁSTRICO EN LA CIRUGÍA SE-
LECTIVA DE LA ULCERA PÉPTICA.*—Ortega Borjas, J. A. y Bozo, A. — *Q E. N.*
20: 191, Julio-Septiembre 1965.

Los autores en su introducción aseguran que el principal objetivo de] tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica es reducir la secreción acida y al mismo tiempo preservar tanto estómago como sea posible para disminuir la frecuencia de los trastornos post-gastrectomía.

Recuerdan que los procedimientos últimamente utilizados son: vagotornía más resección antral. vagotornia más drenaje adecuado y gastrectomía subtotaL Cada uno tiene un porcentaje de resultados no -satisfactorios probablemente debido a que los cirujanos tienden a aplicar un procedimiento standard para todos los casos. Creen que la escogencia del procedimiento a seguir debe estar regida por la patofisiología de cada caso.

Rememoran la fisiología de la actividad secretora gástrica con sus fases cefálica (vaga y humoral), gástrica e intestinal. Habiéndose aceptado que las células parietales son el origen de la secreción acida hay evidencias que en caso de hi-perclorhidria el estímulo humoral puede dominar en ciertos sujetos y el nervioso en otros.

Aseguran que por medio del quimismo gástrico fraccionado, utilizando la Histamina Aumentada o el Histalog. es posible diferenciar los casos en que domina la actividad vaga o aquellos en que domina la actividad hormonal.

El método de estudio consiste en coactar el contenido gástrico durante **una** hora en condiciones básicas: la siguiente hora se inicia con la inyección de His talog (50 man. vía subcutánea. La primera la consideran como índice de la actividad vagal y segunda como una medida clínica de la masa de células parietales por mecanismo hormonal.

Dan los promedios normales de ambas en hombres y mujeres y consideras que hay hiperclorhidria basET 6.3228 C (y)655células pae72 329.25 35t75 Tw tsubcutæ.3228 C 5 0 Td (298 C (y)3.5

AMEBIASIS HEPÁTICA YO SUPURADA.—Anderson, L. E.—G. E. N. 20:213, 1965.

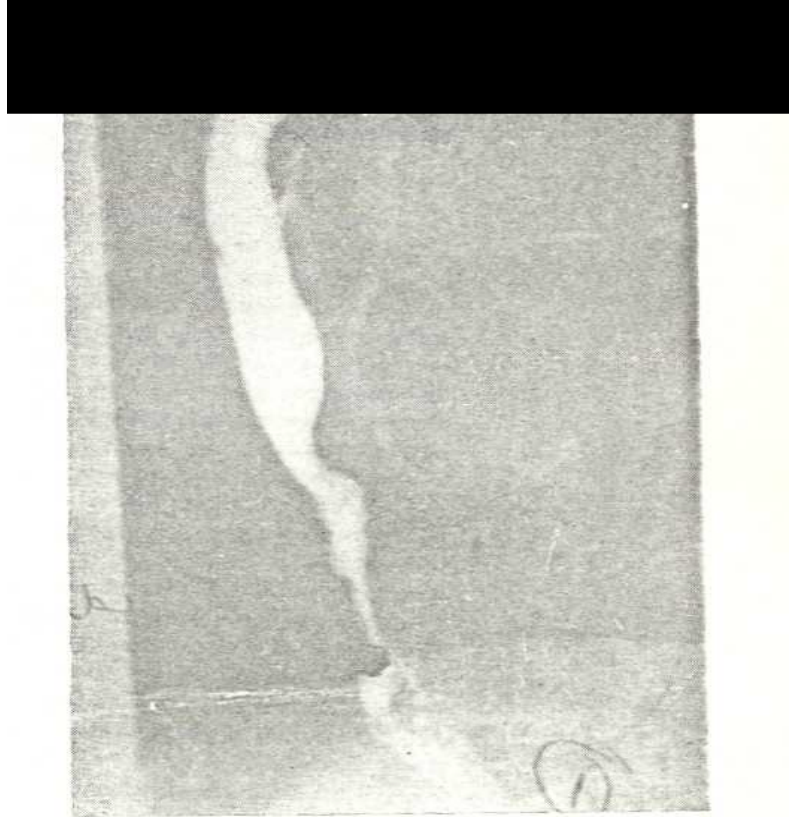
El autor hace un recuerdo etiopatológico de la Amebiasis Intestinal y de la Extraintestinal. Informa de 12 casos con "manifestaciones de toque hepático". El diagnóstico lo basa en: a) datos anamnésticos: febrícula, sensación de peso en hípicocondrino derecho con imposibilidad de decúbito sobre ese lado, diarrea en 5 casos moco y sangre en 3. anorexia. cefalea y náusea, b) hallazgos físicos: hepatomegalia moderada, dolor a la palpación del borde hepático, puñopercusión positivo dolor en marco cólico, c) datos de laboratorio: elevación de fosfatasa alcalina, aumento de la retención de B.S.P., leucocitosis, bilirrubinemias y determinación de transaminasas normales. Hanger con 3 cruces en la mitad de los casos, rareza de constatación de trofozoitos de *E. histolytica* en heces. Finalmente, informa el tratamiento usado femetina. Aralén y clorhidrato de demetilclorotetraciclina consolidado con curas alternas por 3 meses consecutivos con derivados de la oxiquinoleina y arsemcales pentavalentes). Nunca efectuó biopsia o punción evacuadora diagnóstica.

Dr. S. R. Z.

* * *

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

Dr. JORGE RIVERA



Paciente de 76 años de edad, de sexo masculino, labrador, que hace ocho años empezó a sentir dificultad para deglutir los alimentos. Al principio la disfagia era solo para alimentos sólidos, pero ha progresado paulatinamente y últimamente solamente podía deglutir líquidos, habiendo sido necesario practicaré gastrostomía para poder alimentarlo.

(Repuesta en Pág. No. 295)