

EXTRACTOS DE REVISTAS

UNA CONTRIBUCIÓN A LA CLÍNICA Y TERAPIA DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO. (Ein Beitrag zur Klinik und Therapie der Pankreaspseudocyste) Der Chirurg, Koppelman, J. Cuaderno 1, pág. 19. 1965.

El autor considera necesario hacer una revisión de la literatura sobre este tema, proveniente de grandes clínicas mundiales, a propósito de dos casos propios, en vista de lo relativamente raro de la enfermedad. Considera que no deben juzgarse por igual, a pesar de su identidad clínica los pseudoquistes cuya etiología obedecen a una pancreatitis y aquellos que son consecuencia de un trauma. Desde el punto de vista terapéutico, se obtienen los mejores resultados con la pancreocistoyeyunostomía; la pancreatocistogastrostomía ofrecería resultados menos favorable y mucho menos aún el drenaje hacia el exterior. La decisión operatoria debería basarse en las relaciones anatómicas del quiste, en su relación con el conducto pancreático, en la anamnesis y otros factores. En la experiencia del autor se pudo visualizar radiológicamente sin ninguna complicación el pseudoquiste con su conducto por medio de la punción directa del quiste.

Dr. J. G. M. G.

PROBLEMAS Y COMPLICACIONES DE LA AORTOGRAFIA Y DE LA ARTERIOGRAFIA RETROGRADAS. (Hazards and complications of retrograde aortography and arteriography). Greenstane, S. M. Massell, T. B.-Heririgmari, E. C. Angiology, 16;93. 1965.

Los autores refieren diversas complicaciones observadas en el curso de procedimientos retrógrados de aorta o arteriografía, con técnica de: Seldinger, en un total de 11 casos. Estos casos incluyeron tres casos de disección y trombosis de la arteria axilar, cuatro casos de trombosis de la arteria humeral, dos casos de pseudoaneurisma de la arteria femoral, un caso de trombosis de la arteria femoral y un caso de disección subíntima y perforación de la aorta. Formas de evitarlo:

- 1.—Evaluación previa de los pulsos.
- 2.—Examen del catéter de Seldinger para eliminar cualquier defecto.
- 3.—Ejercicio de presión suave sobre el conductor para evitar la salida de sangre por el orificio arterial.
- 4.—Evitar forzar el catéter.
- 5.—Inyección primero de unos pocos centímetros cúbicos del medio de contraste para evitar disección de la íntima.
- 6.—Limitar el tiempo del examen a un máximo de una hora.
- 7.—Inyección durante el procedimiento del heparina a intervalos.

- 8.—Presión sobre el sitio de la puntura al terminar el examen durante unos 5 minutos.
- 9.—En casos de síntomas de isquemia, tratamiento antiespasmódico con inyección de procaína y heparina.

Dr. J. G. M. G.

EL PAPEL DE LAS SOLUCIONES SALINAS EN EL TRATAMIENTO DEL SHOCK OLIGUEMICO (The role of sodium Containing Solutions in the treatment of oligemic shock). Shires, T. Surg. Cl. N. A. 45:365:1965,

El autor explica los métodos que existen actualmente con el uso de isótopos radioactivos y que permiten un mejor conocimiento del fluido extracelular durante el shock hemorrágico. Se deducen conclusiones de tipo práctico en el tratamiento de este tipo de shock. Usan una solución de Ringer con Lactato, en la cantidad de 1.000 a 2.000 cc. en 45 minutos. Así es posible, ver en muchos individuos que mediante esta infusión la presión sube y permanece estable lo cual indica que la pérdida hemática no ha sido muy considerable. En otros casos, se observa por medio de la mencionada infusión que la presión subió pero no permanece estable lo cual indica que la hemorragia ha sido considerable o que continúa. Entonces está indicada la transfusión de sangre total, pero se ha ganado tiempo, colocando al paciente en mejores condiciones y la sangre se puede clasificar y cruzar sin prisas que en algunas ocasiones pueden traer como consecuencia efectos nocivos. El efecto beneficioso de la infusión rápida de solución de Ringer con Lactato ha sido comprobado en un total de 1.200 pacientes. Por otra parte con esta terapéutica, posiblemente se reduce el volumen de sangre que debe restituirse en pacientes con hipotensión de origen hemorrágico.

Dr. J. G. M. G.

EL SÍNDROME ARTERIAL OCLUSIVO DEL MIEMBRO INFERIOR Y TRATAMIENTO POR LA SIMPATICECTOMIA LUMBAR. Pomo, C, Angiología. 17:58:1965.

Revisión llevada a cabo en el Departamento de Angiología del Instituto Policlínico de Barcelona, bajo la dirección de! Prof. F. Martoreil. La casuística es de 315 simpaticectomías lumbares realizadas entre 1955 y 1963. Arterioesclerosis en 270; tromboangeitis en 37 y embolias en 8 casos. Se obtuvieron buenos resultados en 252 pacientes. No se presentó nunca gangrena como consecuencia de la intervención. Se hicieron un 8% de amputaciones mayores. La mortalidad postoperatoria fue de un 2%

En suma el autor, considera que a pesar de los avances hechos en la cirugía vascular reconstructiva, la simpaticectomía lumbar, conserva todo su valor terapéutico.

Dr. J. G. M. G.,

EMBOLIA ARTERIAL (Arterial embolism). Hardin, C. A.-Hendren, T. H.—Vascular Diseases, 2:11.1965.

Revisión de 50 pacientes no seleccionados con embolias periféricas, cuyo curso fue seguido de 1 a 13 años. La mortalidad total fue de 64% de los cuales el 40% murió durante el período de hospitalización. La frecuencia de amputación fue de 20%. La fibrilación auricular estuvo presente en el 62% de los pacientes. El 36% de los pacientes a los que se le hizo embolectomía están vivos.

Dr. J. G. M. G.

DAÑO HEPÁTICO POSTOPERATORIO: ¿ES UNA CONSECUENCIA DE LA ANESTESIA? (Postopexative liver damage is anesthesia involved?) Gingrich, T. F.—Virtue, R. W. Surgery, 57:241:1965.

Estudio que se hace con el fin de determinar la posible relación entre necrosis hepática y procedimientos anestésicos, especialmente compuestos de hidrocarbonos halogenados. La incidencia total de patología hepática severa entre los 5,562 pacientes quirúrgicos sin antecedentes de este tipo, fue de 1:4,380. Un paciente que recibió anestesia con hidrocarbonos fluorinados, entre 3,790, tuvo necrosis hepática. Usando otros agentes la incidencia de necrosis hepática fue de 1:4,064. La frecuencia de necrosis hepática en pacientes no quirúrgicos fue de 1:2,850. Los autores consideran que la frecuencia de la necrosis hepática en pacientes quirúrgicos no tiene relación con el uso de un anestésico determinado.

Dr. J. G. M. G.

TROMBOANGEITIS OBLITERANTE (Tromboangeíti obliterante) Romanó Júnior, D. Angiopatías. 4:16:1964.

Estudio hecho a base de estadísticas personal de un total de 1417 fichas de enfermos vasculares, donde encontró 45 pacientes con tromboangeítis, todos del sexo masculino. Hace hincapié en los buenos resultados de la simpaticectomía cuando esta se lleva a cabo con la debida correlación clínico-quirúrgica. Confirma el resultado positivo de la malárioriterapia y con ACTH y recalca la importancia de la supresión del fumado.

Dr. j: G. M. G.

FACTORES GENÉTICOS EN POLIPOSIS INTESTINAL

Victa A. McKusick, J.A.M.A. 182:271, 1962

El autor, del departamento de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, analiza seis variedades genéticamente diferentes de la poliposis intestinal.

1.—La poliposis colónica familiar es la más frecuente. La poliposis está limitada al colón, el cual al estar lleno se vuelve densamente ocupado de pólipos, lo cual ocasiona síntomas que sugieren una colitis crónica y tienen un alto índice de degeneración carcinomatosa. Es transmitida por un gene autosómico dominante. En su estadística, la frecuencia de la enfermedad fue de 1 en 8,300 nacimientos, lo que equivale a una frecuencia de genes de 1 en 16,000.

2.—Pólipos ocasionales del colon han sido descritos más esporádicamente. También parece ser transmitida por un gene dominante autosómico. En un sector de la población examinado, todos los miembros afectados tenían sólo este tipo de poliposis y ningún vestigio de poliposis familiar.

3.—El síndrome de Peutz-Jeghers se refiere a poliposis asociada a depósitos de melanina en la mucosa bucal y algunas veces a invaginación del intestino delgado. Los pólipos están en el colon y sangran con frecuencia. Los pólipos del intestino delgado son hamartomas (malformaciones de desarrollo que contienen vestigios en los tejidos que constituyen la pared intestinal), y no son por consiguiente ni adenomas ni tejidos premalignos. También es transmitido por un gene autosómico dominante.

4.—EL síndrome de Gardner (el único en llevar el nombre, de un genicólogo) fue descrito en una familia en que se descubrió una íntima relación entre

pólipos del colon, osteomas y tumores de partes blandas. Particularmente característicos son los osteomas de la mandíbula y de la órbita. También se encontraron quistes sebáceos y fibromas cutáneos, estos últimos más frecuentes en cicatrices quirúrgicas de la pared abdominal. El gene que se cree transmisor es diferente del de la poliposis familiar.

5.—EL síndrome de Turcot es raro. La poliposis va asociada a tumores del SNC Podría ser transmitido por un gene autosómico recesivo, pero el escaso número de casos impide hacer conclusiones.

6.—La adenomatosis endocrina múltiple se debe probablemente a un gene hereditario simple que se comporta como un autosómico dominante. Tumores de los islotes de Laugerhans, adenomas de las paratiroides, de la pituitaria o de la corteza suprarrenal se han observado. El más conocido es el síndrome de Zollinger-Ellyson. Pero solo en 1 caso se ha encontrado poliposis del colon.

Se cree que existen otras entidades genéticas asociadas con poliposis colónica, pero aún no hay conclusiones sólidas, debido a la escasez de los casos encontrados.

Dr. J. H. Q.