

EXTRACTOS DE REVISTAS

LA PRUEBA DE JIRGL EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ICTERICIA
(*The Jirgl Test in the Diferential Diagnosis of Jaundice*) Rosental, W.S. y Douvres, P. A-
Am. Jour. Dig. Dis. 10:800 Abril, 1965.

Frecuentemente, las múltiples pruebas de funcionamiento hepático no resuelven si una ictericia es médica o quirúrgica. En 1957 y de manera fortuita Jirgl observó que ocurría floculación en el suero de 45 de un grupo de 47 pacientes con ictericia obstructiva extrahepática si S3 utilizaba una técnica especial. Posteriormente, utilizando dicha técnica se obtuvo un 10-11% de falsas positivas en ictericias parenquimatosas y un 813% de falsas negativas en ictericias obstructivas.

Los autores dan la técnica, su lectura y su probable mecanismo de acción. Finalmente, evalúan la prueba efectuándola en 70 pacientes de los cuales 7 tenían ictericia obstructiva extrahepática, 47 ictericia parenquimatosas y 16 fueron controles. El resultado fue positivo en los 7 primeros casos (100%), ninguno de los controles fue positivo pero en los que tenían ictericia parenquimatosas hubo 14 casos positivos (29.8% falsos positivos).

Concluyen que la prueba tiene significación sólo cuando el resultado es negativo, lo que indica que la ictericia es hepatocelular; una reacción positiva tiene escaso valor ya que casi el 30% da un resultado falso (hepatitis viral, cirrosis, etc.)

(Dr. S. R. Z.)

BIOPSIA PANCREÁTICA EN EL DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME DE ZOLLINGER-ELLISON
(*Pancreatic Biopsy in the Diagnosis of Zollinger -Ellison Syndrome*) DeMuth Jr., W, E. y Smith, J. M. *Surgery* 57:791- Junio, 1965.

Los autores aseveran que la morbilidad y alta mortalidad asociada al Síndrome de Zollinger-Ellison están directamente relacionadas con la tardanza del diagnóstico. Como falta una prueba para detectar la presencia del agente humoral responsable de la hipersecreción, la única evidencia disponible es la demostración de lesiones en las células non-beta de los islotes pancreáticos (tumor, hiperplasia o neo-formación). Son necesarias operaciones drásticas (gastrectomía total con resección pancreática mayor) para controlar la extrema hipersecreción gástrica y, a menos que se tenga seguridad, la mayoría de los cirujanos justificadamente vacilan emprender una cirugía tan radical. La experiencia de los autores con 4 casos de tumores ulcerogénicos del páncreas los lleva a la conclusión que la demostración de la lesión pancreática debe efectuarse en la primera intervención para poder después, Con la confianza del informe histológico, escoger la operación debida. Aseveran que si hay sospecha de la existencia del síndrome, una apariencia macroscópica normal del páncreas no es suficiente, ya que lesiones pancreáticas elaboradoras de potentes

hormonas semejantes a la gastrina pueden no ser evidentes más que en exámenes histológicos. La frecuencia con que estas lesiones son múltiples (33%) y localizadas en el páncreas distal (66%) los hace escoger la biopsia de la cola del páncreas como sitio de elección.

Resumen las indicaciones de la biopsia así: a) altos niveles de secreción ácida nocturna; b) úlceras pépticas de situación desusada; c) rápida recurrencia de úlceras en la neoboca a pesar de la adecuada gastrectomía; d) alivio gestacional de las manifestaciones severas de úlcera péptica en mujeres jóvenes y e) coexistencia de úlcera, cálculos urinarios o tumores paratiroides por interrelaciones endocrinas.

(Dr. S. R. Z.)

MODIFICACIÓN AL PROCEDIMIENTO EN Y DE ROUX (Modification of the Roux-en Y pavec dure) Warren, K. W. The Surg. Cl. of N. A- 45:611, 1965.

La técnica en Y de Roux fue ideada con objeto de impedir el reflujo del contenido gastrointestinal hacia el sistema biliar, pancreático, gástrico o esofágico, utilizando una enteroenterostomía entre una corta asa delgada proximal y una larga asa delgada distal. Sin embargo, según el autor, una pequeña o gran cantidad del contenido gastrointestinal no sigue el camino de la entero-enterostomía y llega, por tanto, por medio del asa proximal a la vesícula, colédoco, Wirsung, estómago o esófago, según el caso. El informante asevera que por muchos años ha empleado una modificación de este procedimiento que soluciona este inconveniente: el asa proximal del yeyuno se ocluye por medio de suturas de colchonero con seda fina que toman ambas paredes del intestino. De este modo el contenido gastrointestinal se ve forzado a seguir la vía de la entero-enterostomía, pudiendo efectuarse el reflujo excepcionalmente por actividad antiperistáltica. Asegura no haber tenido complicaciones con esta modificación.

(Dr. S. R. Z.)

EVALUACIÓN DE LAS VARICES ESOFÁGICAS EN ENFERMEDAD HEPÁTICA POR MANOMETRÍA DE PULPA ESPLÉNICA, ESPLENOPORTOGRAFIA Y ESOFAGOGASTROSCOPIA (Evaluation of Esophageal Varices in Liver Disease by Splenic-Pulp Manometry, Splenopography, and Esophagogastroscopy) Green, L. et. al. Am. Jour. of Dig. Dis. 10:284 Abril 1965.

Estas pruebas fueron efectuadas en 60 pacientes con enfermedad hepática y con sospecha de hipertensión portal; las 3 pruebas fueron hechas en cada uno de los pacientes dentro de un período de 6 días y 20 de ellos estaban sangrando activamente en el momento del examen endoscópico.

La esofagoscopia demostró várices en el 90% de los estudiados. La esplenoportografía demostró circulación colateral sólo en el 50% de los casos varicosos endoscópicamente comprobados; en ningún caso la esplenoportografía reveló circulación colateral que no hubiera sido ya detectada por la endoscopia; nunca evidenció circulación colateral en los pacientes con presión de pulpa esplénica menor de 270 mm. de agua.

En 20 pacientes con sangramiento gastrointestinal superior, la altura de la presión de la pulpa esplénica fue un indicio pobre del sitio de sangramiento; 8 pacientes con hipertensión portal y várices esofágicas estaban sangrando de sitios no varicosos; 5 pacientes con hemorragia procedente de várices verificada por endoscopia no tenían circulación colateral visible por esplenoportografía,

Es evidente, concluyen, que los 3 procedimientos frecuentemente conducen a resultados divergentes. Creen que la esplenoportografía es útil para demostrar la integridad de la luz portal en tanto que la esofagogastroscofia es un mejor método para evidenciar várices esofágicas y determinar si están sangrando- Creen que la altura de la presión de la pulpa esplénica tiene poco valor para indicar el origen de hemorragias del tracto digestivo superior.

(Dr. S. R. Z.)

THE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE ASCENDING SUPERFICIAL THROMBOPHLEBITIS (EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL ASCENDENTE). Totten, H. P. *Angiology* 16:37:1965.

El autor refuta la opinión bastante extendida de la supuesta poca importancia que puedan tener las tromboflebitis superficiales ascendentes. Hace una revisión de las tendencias terapéuticas sostenidas actualmente por diversos angiólogos, que van desde el tratamiento conservador en cama con fomentos calientes y anticoagulantes; del tratamiento conservador ambulatorio hasta las indicaciones cruentas, considerando el estado patológico en referencia como una emergencia quirúrgica, como lo es la apendicitis aguda. Cabe resaltar la cita que se hace de Zollinger, en cuya estadística figura el dato de que el 10% de un total de 335 pacientes con tromboflebitis superficial tuvieron embolias pulmonares, de las cuales cinco fueron fatales. Asimismo impresionan los datos de Fjores, según los cuales en una serie de cuarenta casos, hubo un 32% propagación de la trombosis al sistema venoso y cinco casos de embolia pulmonar, de los cuales dos fueron fatales.

El autor, en vista de la revisión bibliográfica que hace y de su propia experiencia concluye que el tratamiento conservador de la tromboflebitis superficial ascendente es insatisfactorio y potencialmente peligroso. Aboga por la cirugía rápida consistente en la ligadura del cayado de la safena interna con flebectomía completa. No considera conveniente hacer la fleboextracción en presencia de tromboflebitis activa o reciente. Aconsejan la trombectomía cuando se produce la extensión al sistema profundo. Cree que existen tres razones para el tratamiento quirúrgico precoz:

1.—La extensión al sistema profundo con el peligro de embolia pulmonar, todo lo cual se previene con el acto quirúrgico.

2.—Una convalecencia rápida habitualmente sólo de días en contraposición con las semanas que requiere el tratamiento conservador.

3.—Impedir la pierna postflebítica que puede ocurrir después de ataques repetidos de tromboflebitis superficial.

(Dr. J. G. M. G.)

VASCULAR EMERGENCIAS OF THE LOWER EXTREMITY (EMERGENCIAS VASCULARES EN LA EXTREMIDAD INFERIOR) Julián, O- C. *Hunter J. A. S. Clin. A.* 45 135:1965.

En la parte correspondiente al tratamiento de la tromboflebitis, los autores exponen el criterio del tratamiento quirúrgico de la tromboflebitis femoral. Para ellos este tratamiento tiene por objeto remover el trombo y restaurar a su grado normal la circulación novosa. Consideran que ello es deseable a fin de resolver el edema, para prevenir la embolización espontánea del pulmón, para reducir a un minimum las secuelas de la insuficiencia venosa y finalmente para, evitar la extensión masiva

del proceso trombótico. En el curso de la intervención, abren la vena femoral por incisión longitudinal, extrayendo el trombo y exprimiéndole el que pueda existir en la vena ilíaca por medio de presión abdominal y succión. Usan heparina intraoperatoriamente. Afirman que los resultados obtenidos en el 80% de los casos operados, consisten en la resolución inmediata del dolor, la desaparición del edema y la restauración de la circulación venosa normal. El tratamiento quirúrgico después de los 10 días ensombrecería el pronóstico. Han tenido algunos casos de embolia pulmonar por trombo residual por lo que consideran la posibilidad de asociar la trombectomía a la ligadura de la ilíaca o de la cava.

(Dr. J. G. M. G.)

TRATAMIENTO DE LA DIARREA PRODUCIDA POR ANTIBIÓTICOS.
William H. Dearing, M. D. *Modern Treatment*. Vol. 2, N° 2, marzo, 1965. Pág. 362,

El autor, del Departamento de Medicina de la Clínica Mayo en Rochester, Minnesota, dice que la flora intestinal del hombre es susceptible de cambios por la edad, la dieta, ingestión de bacterias así como de cambios producidos por enfermedades intestinales, cirugía en el tracto digestivo y antibióticos, especialmente algunos de amplio espectro.

Los más conocidos de éstos son las tetracelinas, Neomicina, Kanamicina y combinaciones de éstos, los cuales cambian totalmente la flora intestinal por períodos de tiempo variables. El síntoma más común de estos cambios es la diarrea, la cual no siempre se relaciona con la administración de antibióticos, debido a que es frecuente el hallazgo de *Staphylococcus aureus* en las heces.

El tratamiento puede resumirse así:

- 1.—Supresión del antibiótico administrado, al cual *S. aureus* es resistente.
- 2.—Alimentar normalmente al paciente tan pronto como se pueda para normalizar la flora, lo cual ocurre a las 48 horas por término medio.
- 3.—Administrar oralmente antibióticos a los cuales *S. aureus* es sensible (eritromicina, 250-500 mgs c/6 horas).
- 4.—Aislar al paciente para prevenir la diseminación de la infección estafilocócica a otros pacientes.
- 5.—Balance hidroelectrolítico adecuado. En el caso específico de la enterocolitis pseudomembranosa con o sin *S. Aureus*, la que es mucho más grave, se aconsejan las siguientes medidas:
 - 1.—Líquidos y electrolitos parenterales para compensar las enormes pérdidas por el intestino. Pueden perderse hasta 15 litros de líquidos sólo por la diarrea,
 - 2.—Sangre, si es necesario para combatir el shock.
 - 3.—Agentes presores, si es necesario.
 - 4.—Suspender el antibiótico, y sustituirlo por el que se indique en el antibiograma,
 - 5.—Alimentarlo por boca tan pronto como sea posible.

(Dr. J. H. Q.)

TRATAMIENTO MEDICO DE LAS NEOPLASIAS PANCREÁTICAS.

Arthur P. Klotz, M. C. *Modern Treatment*, Vol. 2, N^o 3, mayo 1965, p. 498.

El autor de la Universidad de Kansas, se refiere específicamente al carcinoma de los acinos y de los conductillos pancreáticos. La única esperanza para estos pacientes es la cirugía radical precoz, pero esto casi nunca se logra en la etapa adecuada. La enfermedad rara vez supera el lapso de 6-12 meses.

Analgésicos y Narcóticos.—Deben administrarse en la dosis necesaria para calmar el dolor, ya que nada se gana con restringirlos. Sulfato de codeína, puede ser útil al principio, ayuda un poco agregar 100-200 mgs. diarios de clorpromazina. En fases más avanzadas, meperidina y morfina están indicados.

Dieta y suplementos pancreáticos.—En los pacientes con esteatorrea, signo inequívoco de insuficiencia pancreática, 3 grs. de Viokasc con cada comida pueden ayudar un poco. Si el caso amerita, pueden darse pequeñas dosis de insulina o hipo-glicemiantes orales. No hay restricciones dietéticas.

Quimioterapia.—Esta es sólo de ayuda temporal. Los mejores resultados se han observado con mostaza nitrogenada y 5 fluorouracilo. Hay una mortalidad de 5 a 10% por la droga (hemorragias gastrointestinales, manifestaciones tóxicas, etc.) Es mejor utilizarlos acompañados de esteroides y antibióticos. Respecto a 5-fluorouracilo, se recomienda una inyección rápida de 15 mgs. por Kg. de peso diario por 4 días. Si no hay signos de toxicidad, se continúa con 7.5 mgs/kg. en los días 6^o, 8^o, 10^o y 12^o. La dosis diaria no debe exceder 1 gramo. El tratamiento se hace siempre en el hospital. Las manifestaciones tóxicas son estomatitis, náusea, diarrea, ulceraciones gastrointestinales, hemorragia, leucopenia, pérdida del cabello.

(Dr. J. H. Q.)

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN TOTAL — TECUMSEH, MICHIGAN. F. H. Epstein, M. L., L. D. Ostrander, M. D., B. C. Johnson, M. D., M. W. Payne, M. D. N. S. Hayner M. D., J. B. Keller. M. P. H., F. Francis. M. D. *Departamento de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública y Departamento de Medicina Interna de la Escuela de Medicina de la, Universidad de Michigan. Ann Arbor, Michigan. Anales de Medicina Interna, junio 1965.*

Se estudió la existencia de enfermedad cardiovascular en nueve décimos (8.641 personas) de la población total de Tecumseh, Michigan, comunidad que puede considerarse como representativa por sus características económico-sociales, de las pequeñas ciudades de los Estados Unidos. Se determinó la existencia de enfermedad coronaria, hipertensiva, reumática y congénita del corazón, así como la presencia de insuficiencia cardíaca congestiva. Se establece la relación existente entre enfermedad coronaria y colesterol sérico, presión arterial, y glicemia. Se hace hincapié en la probable importancia del nivel de la glucosa sanguínea como factor contribuyente para coronariopatía. Se hace además una valoración de la obesidad y el tabaquismo en relación con cardiopatía. Este estudio es una parte de otro a largo plazo que se realiza en esta población con fines epidemiológicos.

(Dr. A. L. G.)

OXIGENACIÓN HIPERBARICA. R. E. Whalen. M. D., H. D. McIntosh, M. D. *Departamento de Medicina, Duke University Medical Center. Durham, North Caroline. Estados Unidos. America Heart Journal, Editorial, junio 1965.*

Los autores hacen una revisión detallada del desarrollo histórico de la oxi-

nación hiperbárica. Se analizan en detalle los principios y leyes de la física en los cuales se basa este procedimiento. Los diversos usos del método terapéutico son evaluados, tales como su valor en la intoxicación por monóxido de carbono, infecciones anaeróbicas, enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica, cardiopatías congénitas, enfermedades malignas y otras más en etapa experimental. Este sistema de tratamiento *es* caro y requiere personal altamente adiestrado. Se mencionan en detalle las complicaciones y posibles accidentes al emplear este tipo de oxigenación. Los autores llaman la atención sobre dos hechos importantes: Uno, la demostración de que el oxígeno puede ser transportado en la sangre físicamente disuelto en el plasma y llenar todas las necesidades de los tejidos sin necesidad de la hemoglobina, y dos, la posibilidad de que la piel y las mucosas absorban oxígeno cuando se administra en concentraciones altas, tal como se ha demostrado en recién nacidos. Se llama la atención sobre las enormes posibilidades que abre este método de tratamiento,

(Dr. A. L. G.)

SÍNDROME DEL TÚNEL CARPORADIAL (Ulnar-Tunnel Syndrome at the wrist)- Dupont C., Clovlier E. Prevost Y. Dion M. A. J. B. J. S. 474, 757, 1965.

Los autores hacen la revisión de 4 casos de neuritis compresiva del nervio radial a nivel del túnel carpeano.

Señalan como síntoma principal, dolor en la muñeca acompañado de entumecimiento, temblores y parestesias a nivel del anular y meñique. Signos y síntomas motores solamente lo reportan en un caso. Asimismo señalan que la compresión del mediano y del radial (una combinación de ambos síndromes) ocurrió en un solo paciente.

Los autores pudieron observar que el tratamiento quirúrgico (sección del ligamento anterior del carpo con la extirpación de todos los tejidos anormales (ganglioma, tromboangeítis de los vasos radiales, etc.), dieron por resultado un alivio inmediato del dolor y del temblor, pero que el retorno de la sensibilidad normal y de la fuerza muscular era gradual.

Dr. L. S. S.

FRACTURA DEL FÉMUR EN LA ENFERMEDAD DE PAGET (Fracture of the femur in Paget's disease). Nicholas J. A.; Killoran P. J. B. J. S. 474 N^o 3, 450-1965-

Los autores de este artículo concluyen de que las fracturas de la diafisis fémur en la enfermedad de Paget son peligrosas y difíciles de tratar.

Dan a conocer la experiencia de 23 casos, de los cuales 11 se supone que tuvieron buen resultado. En 3 pacientes las fracturas no pudieron nunca consolidar y nunca más volvieron a caminar. 5 murieron por haber desarrollado un sarcoma os-teogénico, de los cuales 4 de ellos murieron dentro de los primeros dos meses después de la intervención

2. En fracturas de la diafisis femoral asociada con enfermedad de Paget, siempre hay que sospechar un sarcoma y obtener una biopsia.

3. En la serie de casos que presentan, ningún paciente fue posible sacarlo de la cama tempranamente, debido a que no fue posible una fijación interna rígida en el hueso anormal de la enfermedad de Paget.

4. Las fracturas trocantéricas consolidan con menos dificultad.

Las fracturas de cuello del fémur en esta serie de casos fueron de resul-

teclados muy pobres, con una sola excepción. Las prótesis no son recomendables.

6. Las fracturas de la diáfisis femoral en la enfermedad de Paget, no consolidan con la misma rapidez que el hueso normal.

7. Los autores no recomiendan ningún método de tratamiento. Cada caso debe de ser evaluado' en particular-

Dr. L. S. S.

SITIOS DE ELECCIÓN PARA AMPUTACIONES EN LA PRACTICA MODERNA. Ernest M. Burges, M. D.³ Clinical Orthopaedics 37; 17, 64.

El objetivo primordial de la cirugía de las extremidades es la restauración funcional, por lo que el cirujano debe considerar en su verdadera perspectiva la sustitución protésica, que tan avanzada se encuentra en la actualidad. En principio deben conservarse en su mayor longitud posible ambas extremidades (sup. e inf.) preocuparse por el sitio adecuado de las cicatrices del muñón, eliminar en lo posible todas las protuberancias que puedan interferir con el correcto y confortable ajuste de las prótesis y tratamiento adecuado de vasos y nervios. El nivel de amputación es de grandísima importancia, y el sitio hay que seleccionarlo con una comprensión perfecta del resultado final que S3 desea para una buena prótesis. Este criterio debe tenerse aún en las amputaciones de emergencia, en la reamputaciones y en los casos de trastornos circulatorios. En los niños no debe olvidarse nunca el factor del crecimiento, acercándose en lo posible a los discos de crecimiento.

(Dr. A. B. M.)

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

VIENE DE LA PAG. 176

RESPUESTA AL CASO N» 1

El paciente fue operado y se encontró un plastrón apendicular situado por fuera del ciego.

RESPUESTA AL CASO N« 2 El diagnóstico

histológico fue de sarcoma osteogénico.