

# — Extractos De Revistas —

## PROBLEMAS Y POSIBILIDADES DEL HOMOTRASPLANTE DE ÓRGANOS DIGESTIVOS

*Dr. BEK EISEMAN. Gastroenterology Vol. 49. N 5. Noviembre 1965.*

El apasionante problema del trasplante de órganos que está ocupando **mucho** lugar en la bibliografía médica mundial, es abordado esta vez por un cirujano del Centro Médico de la Universidad de **Kentucky**.

Se ha enfocado la atención sobre las posibilidades de trasplante de órganos en el aparato digestivo, en vista del amplio uso que en los últimos 3 años se ha hecho de estos procedimientos en el riñón. "Si funciona para el tracto urinario, ¿por qué no para el tubo digestivo y anexos?". El problema fundamental consiste en obtener una "Coexistencia pacífica" entre el injerto y el huésped. Y para lograr que éste acepte a aquél, es preciso que las respuestas inmunológicas del huésped sean suprimidas o, al menos reducidas hasta el punto en que se evita el rechazo al órgano foráneo, pero se mantengan las defensas contra invasiones menos importantes, como bacterias y virus.

*Esófago.* —Este tubo fisiológicamente poco importante, ya ha sido sustituido parcial o totalmente por fragmentos de intestino .sin problemas.

*Estómago.* —Poca atención se ha prestado aquí al asunto, debido a que el estómago puede ser resecaado parcial o totalmente, sin que su ausencia comprometa la **vida** del paciente.

*Intestino delgado.* —Técnicamente se considera factible reemplazar la totalidad del intestino y de lograrse, el tratamiento de un síndrome de malabsorción irreversible sería una de las indicaciones absolutas. Experimentalmente. Se ha observado que el trasplante del intestino se ve complicado por trastornos metabólicos intensos; ha persistido por meses la absorción deficiente de las grasas, el tránsito muy acelerado con disnea consecutiva lo cual se interpreta como una parálisis de las vellosidades por la denervación existente. La reaparición de las funciones intestinales se relaciona con el nuevo crecimiento de los linfáticos.

*Colon.* —Después de una colectomía total por enfermedad no neoplásica. **por** ejemplo la colitis ulcerosa inespecífica, el reemplazo será posible cuando se logre suprimir la reacción inmunológica. Que en este caso puede compararse a la observada en algunos casos en que se ha sustituido el riñón afecto de glomerulonefritis.

*Páncreas.*—Este ha sido uno de los más difíciles de trasplantar, a pesar de que se ha intentado repetidamente en animales, con miras al tratamiento de la diabetes. Hasta ahora, no se conoce el medio de lograrse vencer la compatibilidad genética entre huésped y donador.

*Hígado.*—Este es el principal objeto de estudios e investigaciones técnica-mente se considera factible en animales y en humanos. Se ha observado una notable capacidad del perro huésped para mantener un injerto incluso después de la

supresión gradual de la terapia inmuno supresiva. Este probablemente representa una situación de los mecanismos inmunológicos del huésped por el enorme volumen del órgano injertado. Hasta la fecha, hay nueve casos reportados de trasplante de hígado en el hombre. La mayor supervivencia ha sido de veintitrés días.

(Dr. H. Q.)

FIJACIÓN PERIFÉRICA POR TORNILLOS MÚLTIPLES  
EN LAS FRACTURAS DEL CUELLO DEL FÉMUR:  
INMEDIATO APOYO DEL MIEMBRO

*W. Minor Deyerle, M. D.—Clinical Orthopaedics and Related Research N° 39, March-April, 1965. Lippincott.*

El autor presenta 64 casos tratados con esta técnica de tornillos de 1/8" de diámetro, con rosca solamente en la extremidad distal en una longitud aproximada de 1", de varias longitudes para acomodarlos a los requerimientos de cada caso, suplementados con una placa ancha, agujereada que se coloca en la cara externa del fémur, por debajo del trocánter y sirve de punto de apoyo a los tornillos, el número de estos varía según los casos entre 5 y 12. La reducción se hace a cielo abierto y debe quedar en valgus de 140°, su posición se comprueba por Rayos X, no deber perforar la cortical de la cabeza femoral, se disponen en la periferia del cuello, formando un círculo, lo que da una mayor estabilidad que la fijación central. La deambulacion en cuatro puntos de apoyo, con muletas o andador se hace inmediatamente, oscilando entre 3 y 15 días, o sea un promedio de 8 días. Con este procedimiento se acelera la reparación ósea y se disminuye el riesgo de necrosis avascular. Se controlaron por 1 a 5 años (promedio 30 meses) 40 de los 64 casos. Se comprobó una disminucion franca en la incidencia de la falta de union.

(Dr. A. B. M.)

EFFECTOS DE LA OSTEOTOMÍA INTERTROCANTERICA EN  
ARTICULACIÓN DE LA CADERA

*Carlos E. Ottotenghi, M. D., Miguel F. Napolitano, M. D., Edgar Frigeno, M. D., y Nora Bloise de Napolitano, M. D. —Clinical Orthopaedics and Related Research, N. 39 March-April, 1965.*

Los factores que causan osteoartritis primara son desconocidos y por tanto es difícil determinar el mecanismo de reparación. Al parecer es factor muy importante la deficiencia de la vascularización así como las contracturas musculares temporales o permanentes. Es obvia la reversibilidad de la osteoartritis y de las lesiones necróticas de la cadera después de la osteotomía intertrocantérica, esto sugiere la existencia de importantes factores biológicos que controlan estos procesos. Las reacciones bioquímicas y químicas causadas por la formación de callo y por el bloqueo metafisario causado por la osteotomía intertrocantérica pueden ser la causa de una revascularización activa "reajusta vascular" de Trueta. Simultáneamente la osteotomía tiende a cambiar la mecánica de la articulación desplazando la distribución de la presión en las superficies articulares. Los autores hacen énfasis en que los cambios favorables son evidentes y se han observado tanto en la osteoartritis como en la necrosis de la articulación de la cadera cuando se ha practicado una osteotomía intertrocantérica y en que se deben no solamente al mejoramiento del factor mecánico sino también a importantes cambios biológicos en la circulación.

(Dr. A. B. M.)

### AGENTES CONTRACEPTIVOS ORALES Y EL MANEJO DE PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE

*Perloth, M.G., Marver, H.S. y Tschudy, D. P. -- J.A.M.A. 194.135 Diciembre, 1965.*

Aseguran los informantes que entre las mujeres con **Porfiria** Aguda Intermitente existe un pequeño grupo cuyas manifestaciones clínicas son precipitadas por las menstruaciones o el embarazo. En tres casos estudiados por ellos, el uso cíclico de agentes progestacionales orales fue aparentemente beneficioso para prevenir la aparición de los síntomas. La administración individual de andrógenos, estrógenos o de una preparación progestínica demostró el mismo efecto protector. Esto sugiere, dicen los autores, que la inhibición de la secreción **gonadotropínica**, con la estabilización de la producción esteroide ovárica endógena a un nivel bajo, puede ser el mecanismo efectivo. El uso de progestínicos está ocasionalmente asociado con signos y síntomas de hepatotoxicidad. Tales efectos **constituyen** la principal limitación en el uso de estas drogas pero pueden ser aminorados por el uso alternado de preparaciones y por una dosificación menor.

(Dr. S. R. Z.)

### ANESTESIA REGIONAL POR RUTA INTRAVENOSA

*Hamilton H., W., Slater, E. M. y Bell, H. M.: J.A.M.A. 194:127:1 Diciembre 1965.*

Los informantes comparan el uso de tres agentes anestésicos locales (Clorhidrato de lidocaína, clorhidrato de clorprocaína y prilocaína) utilizados por vía intravenosa para producir anestesia regional en las extremidades aisladas del sistema circulatorio por medio de un torniquete. La clorprocaína produjo tromboflebitis en 4 de 51 pacientes. Aunque la prilocaína dio excelente anestesia su uso debe ser reservado hasta que se obtengan mayores datos sobre la producción de metahemoglobinemia. Tomando en cuenta la efectividad y la seguridad parece que la lidocaína es la droga de elección hasta el momento. En la experiencia de los autores y de acuerdo con la literatura disponible, 1,5 mg. /kg. de clorhidrato de lidocaína son preferibles a la dosis de 3 mg. /kg. Esta dosis resultó en una excelente anestesia regional en 60 de 66 pacientes cuando se inyectó después de un período de isquemia de 20 minutos obtenido con el uso de un torniquete arterial.

(Dr. S. R. Z.)

### EFFECTOS DE LA ESTIMULACIÓN DEL VAGO EN LA SECRECIÓN DE BILLS EN LOS HUMANOS

*Baldwin, J., Heer, W., Albo, R..., Peloso, O., Ruby, L. y Silen, IV. The Amer. Jour. of Surg. 111:66. Enero 1966.*

Los autores estudian el efecto derivado del estímulo del vago por medio de la hipoglicemia inducida por la insulina y, asimismo, los resultados del uso de la atropina en un total de 9 pacientes colecistectomizados y con drenaje del colédoco con un tubo en T cuyo extremo distal puede ser inflable a la manera de una sonda de Foley para poder obtener una derivación total ya que al dilatarse ocluye el orificio del tubo en T.

La administración de insulina produjo coleresis abundante que casi pudo ser completamente abolida por la administración simultánea de atropina. Esta respuesta no es causada por la secretina endógena o por la colecistoquinina.

Sugieren los autores que la denervación vagal del árbol biliar puede predisponer al desarrollo de coleditiasis, no solo por causar estasis en la vesícula sino también porque altera el flujo de la bilis.

(Dr. S. R. Z.)

#### ANGIOGRAFIA. VERTEBRAL ^RANSOMATIGA DE LA VENA AZGIOS EN EL DIAGNOSTICO DE LOS SÍNDROMES PORTALES HIPERTENSIVOS

(*Transomatic vertebral angiography of the azygos vein in the diagnosis of portal hipertensión' syndr ornes*). Maropzzi, G. Messinetti, S. *Angiology*. 16:739:65.

Los autores hacen estudios del sistema azigos, mediante la inyección de medio de contraste en el interior del cuerpo de la primera vértebra lumbar. Se refieren a la técnica transcotal usada preferentemente hasta el momento para visualizar el sistema azigos y consideran que en muchas circunstancias el método por ellos preconizado puede ofrecer ventajas. El cuadro radiológico patológico consistiría en azigos tortuosa y dilatada y regurgitación en la parte proximal de las venas intercostales. Estos cambios serían, debidos al aumento del flujo sanguíneo del hígado a causa de bloqueo intra o extrahéptico en el sistema venoso porta.

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

#### ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA DE LAS EXTREMIDADES, CON ESPECIAL REFERENCIA A LA ENFERMEDAD DE BUERGER

(*Occlusive arterial disease in extremities mith s pedal reference to Buerger's disease*). Ishikawa, K-Kawase, S.-Mishima, Y. *Angiology*. 13:398:65.

El estudio, efectuado en el Japón tiene por objeto discutir sobre si efectivamente la enfermedad de Buerger debe o no considerarse como una entidad especial, independiente de la arterioesclerosis obliterante. Los autores analizan los estudios de 360 casos de oclusión arterial crónica, con la investigación anatomopatológica efectuada en 37 casos de miembros amputados. Encontraron, que para ellos, en el Japón la arteriosclerosis obliterante era relativamente rara y que por el contrario la tromboangitis obliterante representaba los dos tercios de sus casos. Hallaron lesiones características en las arterias principales por debajo de la rodilla y del codo, con evidencia de flebitis migratoria en muchos casos. En cinco casos observaron estado de inflamación arterial aguda en las arterias radiales.

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

#### CLÍNICA Y EXPERIMENTACIÓN DEL INJERTO DE PERITONEO EN CIRUGÍA ARTERIAL

Vásquez, M. J. Barreda, C. Benedeto, A. di-Ortiz, A. Tula, J. C. Vales, O. *La Prensa Médica Argentina*. —52:1039:65.

Los autores hacen mención de los distintos métodos existentes, para hacer cirugía arterial reconstructiva tanto en los casos de arteriopatías obstructivas como en los de trauma arterial. Consideran que aún no se ha llegado a técnicas ni materiales ideales para la reconstrucción, sobre todo cuando se trata de casos de arterioesclerosis obliterante. Ellos han empleado tanto en casos humanos como en experimentación, peritoneo, sobre todo para colocar parches después de tromboendarterectomía; aparentemente con muy buenos resultados. Sugieren la posibilidad de > usar tubos de peritoneo para injertos totales o by-pass. Los estudios anatomopatológicos efectuados cuándo se ha' implantado peritoneo en una arteria demuestran que existe continuidad entre arteria e injerto sin necrosis de este último.

(Dr. J. G. M. GJ)