

# PREGUNTAS Y RESPUESTAS

1\* PREGUNTA. —¿Qué valor objetivo puede asignarse a las inyecciones de oxígeno?

**RESPUESTA:** De las indicaciones posibles de la inyección de oxígeno, a juicio del que suscribe, sólo puede asignarse un valor terapéutico positivo a la insuflación intrarterial de oxígeno, en diferentes formas de los trastornos de la circulación arterial periférica. Acerca de las bases teóricas y la práctica se obtendrá orientación en la monografía de Scherer: Tratamiento de los trastornos de la circulación periférica con insuflaciones de oxígeno (Die Behandlung **peripherer Durchblutungsstörungen** mit der Sauerstoffinsufflation) (Berlin-Göttingen-Heidelberg 1957).

Al respecto interesa anotar, que **el efecto** terapéutico no se debe tanto al oxígeno mismo, sino más bien a la embolización gaseosa que se induce, razón por la cual se puede, con menor riesgo, conseguir lo mismo con dióxido de carbono (Schmidt y Deupmann: Dtsch. Med. Wschr. 87 (1962), 1938). Por efecto de una insuflación de gas de este género, se activa la circulación en el territorio de la arteria insuflada, se la incrementa por espacio de media a una hora, y se favorece el desarrollo de una circulación colateral. La prolongación de la distancia de la marcha que estos pacientes obtienen, así como la mejoría visibles de las gangrenas dan testimonio incontestable de la eficacia de este tratamiento.

Por otra parte, no corresponde atribuir ningún efecto específico a las inyecciones intratisulares de oxígeno que algunos autores practican, Ni tampoco a la inyección de oxígeno en la vena. Estos llamados "lavados de oxígeno" no han de ser considerados siquiera, porque se pretende anticipar la 'oxigenación de los eritrocitos en el pulmón.

En cambio, las inhalaciones de oxígeno en presencia de trastornos del transporte del oxígeno, debidos a disfunciones pulmonares, hemáticas y circulatorias, son de valor inestimable en las indicaciones correspondientes y en adecuadas dosificaciones. (Para más detalles sobre utilidad, riesgos e indicaciones de la oxígeno terapia se remite a DTsCh Med. VVscr 87 (1962), 2470 y Med. Wschr. 18 (1964) 152).

*Privatdozent Dr. R. Murtz, I. Medizinische Klinik der Medizinischen Akademie, Düsseldorf. Düorenstr. 5.*

2\* PREGUNTA. ¿Qué debe entenderse por arrastra-electrolitos? ¿Qué efecto puede esperarse de ellos en el tratamiento del infarto de miocardio?

**RESPUESTA:** Entiéndese por arrastra-electrolitos los Compuestos químicos que introducen ciertos cationes importantes para el metabolismo y la función de la célula, especialmente K y Mg., desde la sangre o el espacio extracelular "de contrabando" en la célula, haciéndolo en contra del normal gradiente intraextracelular de estos iones. En especial se piensa que algunos aminoácidos sobre todo los llamados

aminoácidos glucoplásticos como la asparagina y la arginina. en virtud de su gran afinidad celular, se desprenden de K y Mg. no tanto en la sangre, sino preponderantemente en las células y que dichos aminoácidos trasladan estos cationes rápidamente a las células. En cuanto al ácido asparagínico. a juzgar por la información que se posee, todavía no se ha aportado la prueba de tal función de arrastre.

La utilización del asparaginato de K-Mg en el infarto de miocardio, remonta a algunos estudios experimentales de Selye y de Laborit que fueron confirmados por diferentes autores y según los cuales el K y el Mg ejercen una acción protectora en presencia de las necrosis miocárdicas químicas y el asparaginato de K-Mg. normalizaría temporariamente las alteraciones patológicas que se manifiestan en el electrocardiograma, después de la ligadura de una arteria coronaria. Los primeros ensayos de tratamiento de los infartos de miocardio del hombre, con 2 a 3 g/día de asparaginato de K-Mg. administrados en forma de goteo intravenoso, han sido efectuados en diferentes centros y, al parecer, han dado resultados favorables. Se afirma que es posible ejercer una influencia positiva especialmente en los sistemas del dolor y del shock y que retroceden más rápidamente las alteraciones patológicas del electrocardiograma y los aumentos de las transaminasas.

Con todo, la cantidad de 'observaciones reunidas hasta ahora, es demasiado reducida para autorizar una opinión bien fundada.

*Prof. Dr. D. Michel, Stiftsklinik Augustinum,  
München, Gondrcllplatz.*

3\* PREGUNTA: ¿Qué información pronostica puede darse sobre la base del título de antistreptolisina en la fiebre reumática u otras infecciones estreptocócicas?

RESPUESTA: Cualquier infección estreptococia, hasta una banal, puede acompañarse de un aumento temporario del título de antistreptolisina. Son de valor diagnóstico sólo los títulos de más de 640 U. Se puede recurrir a la determinación del título de antistreptolisina especialmente para el diagnóstico de la fiebre reumática, de la glomerulonefritis aguda y de la escarlatina si transcurre sin exantema; además, para deslindar las cardiopatías reumáticas de las no reumáticas, y como indicio de la etiología reumática de un eritema nudoso. La reacción es de utilidad diagnóstica sobre todo, en la forma evolutiva subaguda de la fiebre reumática, que en su cuadro clínico resulta a menudo difícil de diferenciar del período precoz de la poliartritis crónica verdadera.

Con carácter restrictivo se impone expresar que la reacción de antistreptolisina no es un signo patognomónico específico. En más de 10% de los diferentes materiales casuísticos, se encontraron aumentos del título, también en la poliartritis crónica, en el reumatoide, en la cirrosis hepática, en la tuberculosis y en la sarcoidosis. Pero en estos casos no se trata siempre de aumentos auténticos del título de antistreptolisina, sino también de reacciones positivas inespecíficas, por ejemplo debidas a la neutralización de la estreptolisina añadida al suero del paciente por acción de ciertos lipoproteídos.

El sólo aumento del título de antistreptolisina debe ser utilizado con reserva para prejuzgar respecto a procesos alérgohiperérgicos.

En una afección que por su cuadro clínico impresiona al comienzo como poliartritis crónica incipiente, pero que no se acompaña de factor reumático demostrable con técnica serológica (más de la mitad de la poliartritis crónicas verdaderas se mantienen seronegativas en el primer año de enfermedad), un aumento del título de-

antistreptolisina puede ser interpretado como signo pronóstico favorable. En cambio, cuando ha precedido una fiebre reumática Aguda o subaguda, un título todavía alto de antistreptolisina, o nuevamente alto, ha de considerarse un signo pronóstico desfavorable y un indicio de que el paciente todavía se halla en peligro de una recidiva inminente.

4\* PREGUNTA: Digitaloterapia de los pacientes de más de 60 años de edad, también sin signos de insuficiencia cardíaca.

**RESPUESTA:** Como una insuficiencia cardíaca que no ha sido provocada por acontecimientos definibles en el tiempo, con ser un infarto, una arritmia grave, una miocarditis o una sobreexigencia física inadecuada, se hace manifiesta con relativa lentitud, resulta casi siempre imposible determinar con perfecta exactitud el momento en que debiera iniciarse un tratamiento medicamentoso. Por lo mismo, la intención de tratar en lo posible precozmente una presunta insuficiencia cardíaca incipiente, motiva a veces una glucosidoterapia en algunos pacientes entrados en años sin haberse demostrado la existencia de una insuficiencia cardíaca. Como una contraprueba no es factible, a la postre no se puede afirmar si este tratamiento ha sido realmente necesario. En la situación planteada en la consulta que se refiere a pacientes de más de 60 años, en los que por efecto de la cardiosclerosis progresiva existe una marcada reducción de la capacidad funcional miocárdica, que es difícil de diferenciar de la que ocasiona una fisiosclerosis normal, la indicación de una digitaloterapia dirigida, puede establecerse únicamente sobre la base de antecedentes muy exactos y de un diagnóstico hecho con pulcritud.

El diagnóstico debe incluir exploraciones con pruebas de carga, porque sólo de esta manera se puede averiguar la adaptación funcional del corazón, en comparación con la reducción correspondiente a la edad.

En presencia de cualquier sollicitación funcional adicional, debida a condiciones exógenas o infecciones, so debería ser liberal con la indicación de los glucósidos. Por otra parte, su uso rutinario no tiene asidero en opinión del que suscribe.

*Prof. Dr. H. Gilmann, Medizinische Klinik der Stadt. Krankenanstalten. Ludwigshafen a Rhein.*

5\* PREGUNTA. ¿Puede instalarse una hipertensión en los amputados? ¿Existe una relación entre la presión arterial y la talla o la masa del cuerpo?

**RESPUESTA:** La cuestión de si en los amputados —la consulta se refiere seguramente a los amputados de piernas— se instala una hipertensión, ha sido discutida a fondo en la revista "Der medizinische Sachverständige" 52 (1956). 25 con consideración de la bibliografía científica más importante. Las conclusiones a que se llegó en dicho trabajo han merecido amplia aceptación general y se toman en cuenta también en los informes periciales.

Las estadísticas demuestran que una mayor incidencia de hipertensión no puede ser aprobada en los amputados de pierna en comparación con la población normal. No obstante, en algunos contados casos individuales, en circunstancias especiales, en el estado de amputación de pierna, se puede admitir un factor de manifestación en una predisposición endógena de una hipertensión esencial, el que juega prematuramente y determina fundamentalmente la enfermedad hipertensiva en su curso ulterior, si: 1) no se demuestra una estigmatización hereditaria de hipertensión o de angiosclerosis precoz; 2) antes de la amputación faltaba una labilidad vegetativa con propensión a la hipertensión; 3) en estrecha relación cronológica don graves com-

**plicaciones muñonales** (supuraciones muñonales crónicas, especialmente osteomielitis muñonal; neuralgias muñonales graves, prolongadas, perturbadoras del reposo nocturno, sobre la base de neuromas de amputación), en una edad singularmente **juvenil**, se instala una hipertensión preludada por un estado crónico de excitación simpática con cara pálida, espasmos de los vasos del fondo de ojo, acusada tendencia a sudores, taquicardia.

El efecto **hemodinámico** de la pérdida de una gran extremidad, no juega ningún papel en la patogenia de la hipertensión; el organismo sano está capacitado para adaptarse a las condiciones circulatorias cambiadas después de la amputación, sin que **haya** repercusiones en la circulación global. Tampoco existe ninguna correlación causal entre la hipertensión y la masa corporal o la talla. Por otra parte, los individuos de constitución pícnica, presentan cierta afinidad biológica a afecciones del metabolismo y del sistema cardiovascular, es decir a la obesidad, la hipertensión, la diabetes sacarina y la angiosclerosis.

*Prof. Dr. A. Sturm, Medizinische und Nervenklinik der Städtischen Krankenanstalten. Wuppertal-Barmen, Heusnestr. 40.*

*(Tomado de "Medicina Alemana").*