

SECCION DE PREGUNTAS

Por medio de esta sección se dará respuesta a los problemas médicos que los colegas tengan en su práctica diaria. Sus preguntas puede dirigirlas al Secretario del Consejo Editorial, Apartado Postal N° 810, quien hará que las contestaciones sean evacuadas por el profesional más adecuado. La persistencia de esta sección será regida por el uso que de ella se haga.

¿ES EL LASIX (FUROSEMID) EL MEJOR DIURETICO?

Pregunta efectuada por Médico de San Pedro Sula.

RESPUESTA: En realidad no hay "un mejor diurético" sino que la utilidad de los diferentes diuréticos depende del caso clínico en que se usan y en la forma de utilizarse.

El Lasix es un diurético nuevo y potente que actúa en la porción ascendente del asa de Henle, de acción rápida y que produce una diuresis abundante.

Personalmente creo que se debe de utilizar en pacientes en los cuales se necesita una diuresis rápida o en aquellos casos refractarios al uso de otro tipo de diuréticos. No creo que sea conveniente utilizarlo en edemas leves, donde otros diuréticos menos potentes, como lo son las tiazidas, dan buenos resultados.

Dr. Rafael Zelaya

¿QUE CONDUCTA TERAPEUTICA DEBE SEGUIRSE ANTE UNA COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA ASINTOMATICA?

Pregunta efectuada por Médico de Comayagua.

RESPUESTA: Los cálculos vesiculares pueden existir sin exteriorizarse en síntomas, constituyendo lo que se ha dado en llamar "vesículas silenciosas". La existencia de éstas se ha efectuado: 1) radiológicamente, por cálculos espontáneamente radio-opacos en una placa simple de abdomen o por colecistografía indicada como parte de un examen médico general, 2) palpación de ellos en una laparotomía dirigida a otra patología y 3) por descubrimiento necrópsico en individuos que durante su vida no revelaron padecimiento vesicular. Muchos de estos pacientes sí tienen síntomas pero son mínimos y esporádicos y no aparatosos. Bockus calcula que un 25 a un 40% de las litiasis vesiculares son silentes.

Permanece como asunto en controversia la decisión de operar o de tratar conservadoramente a estos casos. Sin embargo, el consenso favorece a la colecistectomía en razón de que el 50% de los pacientes tratados medicamente tienen que ser intervenidos por la aparición de complicaciones y estas últimas son más frecuentes en los casos que se conoce la existencia de cálculos durante un período mayor de 5 años y, también, en el grupo de pacientes jóvenes.

Se ha intentado hacer diferencia terapéutica en los casos de cálculo vesicular único y en los de vesícula con múltiples cálculos, en el sentido que en el primer grupo la amenaza de complicaciones es menor. No obstante, las investigaciones de Arianoff demostraron que en el grupo de cálculo solitario hubo un 37% de complicaciones y que en el de cálculos múltiples solo hubo complicación ulterior en el 13%. Ello demuestra que la indicación quirúrgica es valedera en ambos casos.

Las complicaciones a que puede dar origen no son diferentes a las que acompañan a la colecistitis crónica sintomática: colecistitis aguda obstructiva (especialmente peligrosa en sujetos añosos en donde suele ser de tipo fulminante), hidropesía vesicular, cólicos biliares, enclavamiento de un cálculo migratorio en la vía biliar principal, ictericia obstructiva, insuficiencia hepática, colangitis ascendente. Aunque de menor impacto, puede mencionarse la amenaza del desarrollo de un cáncer de la vesícula ya que es conocida la concurrencia de ambas patologías, por lo que se invoca que los cálculos son un estímulo crónico para el surgimiento de cáncer vesicular.

Dados los hechos anteriores, nuestra opinión personal es que, ante la comprobación de "vesícula calculosa silenciosa", debe efectuarse la colecistectomía en el período de ausencia de complicaciones y previendo, por tanto, el actuar en condiciones de urgencia sin la adecuada valorización de la condición general del paciente y sin el tiempo para poder corregir evidentes alteraciones generales.

Nadie puede predecir el futuro curso de las colecistitis crónicas asintomáticas y, por otro lado, la colecistectomía efectuada en condiciones óptimas tiene una baja mortalidad (1%) y la misma se acrecenta cuando surgen complicaciones preoperatorias.

Dr. Silvio R. Zúñiga

¿CUAL SERIA EL ANESTESICO DE ELECCION PARA UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA HEPATICA QUE TUVIERA QUE SER INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE?

Pregunta de Médico de La Ceiba.

RESPUESTA: Es esta una de las situaciones más difíciles en el campo de la Anestesiología, sin embargo, se pueden hacer las siguientes consideraciones:

Deben de evitarse los Tiobarbitúricos (Pentotal, Surital) que son metabolizados primariamente por el hígado.

Se ha dicho que los hidrocarburos halogenados como el Halothane (Fluothane) tienen hepatotoxicidad. Aunque el Comité Nacional de Estudios del Halothane de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de N. A. no encontró evidencia para comprobarlo, creo que en este caso debe de evitarse.

El Ciclopropano se acompaña de disminución importante del riego visceral y aumento de la resistencia vascular en el hígado. Algunos lo usan con mucha reserva.

El Metoxifluorano (Pentrane) se dice que no altera en grado importante la función hepática. Esto no está comprobado. Algunos centros hospitalarios de mucho prestigio lo indican en esta situación.

En los últimos años dos productos de uso intravenoso parecen haber contribuido con sus cualidades en el problema que nos ocupa y son: el Gamma-Hidroxibutirato de Sodio (Gam-OH) que es un hidroxí-ácido graso muy simple que no tiene ningún efecto tóxico para el hígado y el Neuroleptoanalgésico conocido con el nombre comercial de Thalamonal, a quien tampoco se la atribuyen efectos depresivos sobre el hepatocito.

Estos dos productos pueden combinarse entre sí o asociarse al Oxido Nitroso que es uno de los gases más inocuos, para balancear la anestesia.

En fin, cualquier técnica que haya sido seleccionada debe de tener un denominador común: evitar la hipercapnia, la hipoxia y la hipotensión.

Dr. Justo Manuel Echeverría

EXTRACTOS DE REVISTAS

NUEVO ENFOQUE PARA EL TRATAMIENTO DEL SUFRIMIENTO FETAL AGUDO INTRAPARTO

CALDEYRO-BARCIA, R. Magaña, J. M.; Castillo, J. B.; Méndez-Bauer, C.; Pose, S. V., Escarcena, L., Casacuberta, C.; Bustos, J. R. y Gussi, G.
Arch. de Gin. y Obst. (Uruguay) 24:15 - Abril-Agosto 1969.

El sufrimiento fetal agudo intraparto es un estado producido por una marcada disminución en los intercambios metabólicos entre el feto y la madre. El factor principal que causa dicho estado son las contracciones uterinas de parto que comprimiendo los vasos maternos reducen el flujo de sangre materna a través del espacio intervelloso. En algunos casos las contracciones uterinas también comprimen los vasos umbilicales disminuyendo el flujo de sangre por las vellosidades coriales. Por ambos mecanismos se disminuyen los intercambios feto-maternos, resultando hipoxemia, hipercapnia, acidosis y otros disturbios homeostáticos del feto. La medida del pH, PO₂, pCO₂ y déficit de base de micromuestras de sangre fetal (método de Saling) hace posible el diagnóstico precoz del sufrimiento fetal intraparto. Este diagnóstico también se puede hacer vigilando la aparición de cambios típicos en la FCF.

Hecho el diagnóstico del sufrimiento fetal, la terapéutica habitualmente indicada es la administración de oxígeno y glucosa a la madre, y de no obtenerse ninguna mejoría, terminar el parto lo más rápidamente posible, ya sea por operación cesárea o por vía vaginal, de acuerdo a las condiciones obstétricas de cada caso.

Los resultados obtenidos con este método clásico no son siempre buenos, ya que frecuentemente los recién nacidos están deprimidos, tienen un índice de Apgar bajo, una marcada acidosis, y pueden requerir reanimación, intubación traqueal y respiración artificial, inyecciones intravenosas de bicarbonato o TRIS. Muchos niños a pesar de este tratamiento mueren, o si sobreviven, muestran complicaciones pulmonares o daño permanente en el sistema nervioso.

Basados en la fisiopatología de las causas de este estado, hemos usado recientemente un nuevo enfoque para el tratamiento del sufrimiento fetal. En este trabajo informamos sobre los resultados preliminares obtenidos. Las bases para este nuevo enfoque terapéutico consisten en:

- 1) La inhibición de las contracciones uterinas. Dicha inhibición aumenta el flujo de sangre a través de la placenta y por consiguiente, el intercambio metabólico entre el feto y la madre. Por este mecanismo se corrigen progresivamente los disturbios en la homeostasis fetal.

- 2) La postergación del parto hasta haber obtenido en el feto el restablecimiento de una homeostasis normal. Se supone que si el feto está completamente recuperado "in utero", estará en buenas condiciones al nacer, con un índice de Apgar alto, y no requerirá resucitación.

La droga empleada para inhibir las contracciones uterinas es la Orciprenalina (Alupent R fabricada por Boehringer Ingelheim). Su fórmula es 1 (3-5 Dihidroxifenil) 2 isopropil mino etanol. Es un derivado de la epinefrina (adrenalina) en el cual un radical isopropil ha sustituido a un H del grupo amino, y los dos hidroxilos del grupo fenil están en posiciones 3 y 5 en lugar de 3 y 4. Estos cambios de estructura aumentan los efectos estimulantes sobre los receptores beta adrenérgicos. El trabajo contiene 25 referencias bibliográficas.

(Dr. A. Z. L.)

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS: GAMMAGRAFIA HEPATICA.
GOTTSCHALK, A. — J. A. M. A. 200: 630, mayo 1967

Asegura el autor que a consecuencia de que el hígado tiene variadas funciones es relativamente fácil encontrar trazadores que se acumulen en él. Sin embargo, una cuidadosa consideración de la estructura y fisiología hepática acoplada al estado actual de instrumentación nuclear conducen a la conclusión que el hígado, en muchos aspectos, es el órgano más difícil de investigar bien por este medio. El objetivo de esta comunicación es discutir la potencia y la debilidad de la gammagrafía hepática con el objeto que se obtenga el máximo de beneficio para el paciente.

El procedimiento suministra la configuración, tamaño y localización intra-abdominal del hígado. Se usa, asimismo, para demostrar enfermedad hepática focal (metástasis, tumor primario o abscesos). En adición, puede ser de ayuda para localizar un lugar apropiado para efectuar una biopsia hepática y puede ser útil para observar un régimen terapéutico cuando existen lesiones hepáticas.

AGENTES.—El hígado tiene una casi igual distribución de las células poligonales (60%) y reticuloendoteliales (40%).

El primer agente que se utilizó fue el Rosa de Bengala Sódica I 131, que es extraído de la corriente sanguínea por las células poligonales; éste, lo mismo que el iodipamido sódico I 131, requiere 30 a 60 minutos para obtener un máximo de acumulación en el hígado; tiene el inconveniente que es excretado por el sistema biliar cuando se está acumulando, lo que puede causar dificultades de interpretación. Sin embargo, esta eventualidad puede utilizarse para el diagnóstico de ictericia obstructiva extrahepática.

Un segundo grupo de agentes está compuesto de materiales coloidales de un calibre de 0.1 a 1 micra, los que son fagocitados por las células de Kupffer del sistema reticuloendotelial. El 80 o 90% va al hígado, el 5 o 10% va al bazo y el resto a la médula ósea; permanece indefinidamente en el hígado a menos que el coloide contenga alguna sustancia digerible, como albúmina sérica humana. El más popular de estos coloides es el Au 198. Desde 1964 se usa ampliamente el tecnecio (Tc) 99 m, que es un coloide sulfurado y cree el autor que es el agente ideal porque suministra altos conteos y produce un mínimo de irradiación al paciente.

Otro agente es el molibdeno 99, que a veces se puede concentrar en los hepatomas en mayor grado que en los tejidos hepáticos vecinos y, consecuentemente, por ello tiene una potencial aplicación terapéutica.

PROBLEMAS FISIOLÓGICOS Y TÉCNICOS.—Si solo se desea investigar el tamaño y la forma del hígado, virtualmente cualquier técnica de gammagrafía es satisfactoria.

Cuando se investiga la posibilidad de un absceso subfrénico o intrahepático es imperativo conocer la relación del límite superior del hígado con el diafragma; esto se logra correlacionando la gammagrafía con una radiografía simple de la misma región o haciendo simultáneamente una gammagrafía pulmonar y una hepática.

Muchas pruebas se efectúan para evaluar la posibilidad de una enfermedad hepática focal, ya que los agentes empleados no son fijados uniformemente, lo que da por resultado que la zona enferma aparece como una área fría rodeada de un mar de radioactividad. Sin embargo, cuando la lesión tiene menos de una pulgada de diámetro es virtualmente imposible de detectar.

Una característica del hígado complica la prueba: el órgano está en constante movimiento por la motilidad del diafragma y esto degrada los resultados.

Finalmente, la masa del hígado es muy gruesa para ser examinada por medio de una sola proyección; en general, es dificultoso examinar un espesor de tejido mayor de 4 pulgadas de grueso y si tal es hace solo se puede esperar descubrir una lesión gruesa.

En suma, con los instrumentos actualmente disponibles es posible detectar lesiones mayores de 1 pulgada, si ellas están situadas adecuadamente y, además, estas limitaciones se acrecentan por la respiración.

EXAMEN ÓPTIMO.—El autor asegura que en la Universidad de Chicago utilizan el tenectio 99 m y la cámara Anger. Con la dosis usual de 3 me los conteos alcanzan hasta 500.000 por minuto y, ya que la gammagrafía hepática requiere solo 400.000 conteos, es posible obtener una adecuada exposición en menos de un 1 minuto. Se ordena que el paciente retenga la respiración en expiración y se efectúa la exposición hasta que el paciente necesite respirar nuevamente; se repite una serie de estas exposiciones (2 o 3). Se toman vistas anteriores, posteriores y laterales.

Cuando se trata de localizar metástasis lo ideal será utilizar un agente que se fije en ellas en lugar de hacerlo en el tejido hepático normal. Cuando esto se logre será posible mejorar el diagnóstico, sin importar cuan pequeñas sean las metástasis si se concentran en cantidades significantes de material radioactivo.

INTERPRETACIÓN.—En la somera discusión de la interpretación, el autor afirma que lo más importante es la variación de la configuración normal del órgano; recuerda que una simple variación anatómica de la fisura transversa de la cara inferior y que aloja el hilio hepático puede dar lugar a que se mal interprete como una masa.

Una lesión focal representa un área fría pero no hay manera de diferenciar su etiología a no ser con la ayuda de la clínica; por ejemplo, si un paciente tiene un carcinoma en determinado órgano y la gammagrafía demuestra una zona fría en el lóbulo derecho, la suposición de la existencia de una metástasis cancerosa en dicho lóbulo es buena pero la lesión puede, asimismo, ser un absceso.

Finalmente, ciertas enfermedades tienen una apariencia característica y el mejor ejemplo es la cirrosis cuando se usa un agente coloidal; en este caso hay una captación irregular que le da a la gammagrafía una "apariencia moteada" y además, mayor cantidad del isótopo se fija en el sistema reticuloendotelial de la médula ósea y del bazo, estando este último agrandado.

Termina su artículo dando sumario, suministrando los nombres comerciales de las drogas usadas y exponiendo 6 referencias.

(Dr. S. R. Z.)

Concluyen que sus resultados demuestran la superioridad de los efectos a largo plazo de la gastrectomía subtotal para la enfermedad ulcerosa. Creen que una operación que denerva el tracto biliar y todo el intestino hasta la porción media de colon transversal es indeseable. Opinan que si se persiste en tal operación debe efectuarse la denervación gástrica selectiva para aminorar los efectos colaterales de la vagotomía total. Finalizan enfatizando que la gastrectomía subtotal es el mejor método de tratamiento para la enfermedad ulcerosa intratable médicamente y predicen que en 10 o 15 años la vagotomía va a ser abandonada.

(Dr. S. R. Z.)

LA VAGOTONIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA DEL DUODENO.—SUIFFET, W. R. y Castiglioni B., J. C.
Rev. Cir. Uruguay 38: 142 julio-diciembre 1968

Los autores comienzan su trabajo aseverando que "no existe la operación ideal para la úlcera de duodeno". Recuerdan que la operación clásica ha sido la gastrectomía subtotal 75% que reduce la masa celular parietal ácidosecretante. Sin embargo, en los últimos 25 años ha surgido la denervación vagal del estómago asociada a drenaje del mismo; informan su mecanismo de acción, sus más amplias indicaciones, su elección cuando el quimismo gástrico basal y con estímulo demuestran que existe vagotonía.

Informan su experiencia en 30 casos selectivos (22 hombres y 8 mujeres) en los que practicaron, fuera de la vagotonía, 21 piloroplastias, 7 gastroyeyunostomías y 2 antrectomías. El análisis de esta serie los lleva a las siguientes conclusiones: 1) ausencia de mortalidad; 2) mínima morbilidad; 3) baja incidencia y escasa jerarquía de secuelas funcionales; 4) eficacia en la reducción de la secreción de HCl. Hay 20 referencias y al final una discusión del trabajo.

(Dr. S. R. Z.)

TRATAMIENTO DE METASTASIS PULMONAR AISLADA.
HOLMES SELLORS, T. Brit. Med. Journ. 2:253, mayo 1970.

El autor hace un análisis de 108 casos de cáncer secundario del pulmón en los que la cirugía fue considerada justificada. 86 tenían su origen en un carcinoma de otra parte del cuerpo y 22 tenían el foco primario en un sarcoma de huesos, partes blandas o de la sinovía. Se practicó neumonectomía en 13 casos, lobectomía en 42, escisión local en 41 y remoción incompleta en 12. Subsiguiente irradiación y quimioterapia se dio en 50%.

Se anotó el intervalo entre la remoción del tumor primario y el apareamiento de la metástasis pulmonar y, además, la supervivencia siguiente a la operación pulmonar. Hubo casos en que se creyó que la neoplasia pulmonar era primitiva por desconocerse la existencia del tumor primario e inicialmente fue tratado como tal.

De los sarcomas el más frecuente se originó en hueso, hubo un promedio de 2 años entre la remoción del foco original y un promedio de supervivencia de 2½ años. Los más frecuentes de los carcinomas fueron, en orden descendente, el originado en riñón, colon recto y de mama, con un intervalo a 3 a 6 años

y con sobrevida de 2 años en todos ellos. El autor da una tabla completa de estos datos.

En la discusión del tema da explicación porque puede existir una metástasis única en pulmón y no encontrarse múltiples implantaciones, tanto en las implantaciones venosas como linfáticas (reacción inflamatoria alrededor de la metástasis que la hace abortar, inmunidad celular).

El autor opina que frente al problema de una metástasis única en el pulmón debe considerarse su remoción quirúrgica, sujeta esta decisión al estado de salud del paciente. Manifiesta que se podría argüir que la quimioterapia ejercería su efecto en otras metástasis potenciales clínicas no reconocidas pero en otras observaciones hay poco buen suceso prolongado tanto con quimio como con radioterapia.

Concluye que la lección que hay que extraer es que porque aparezca una lesión metastásica en el pulmón no significa que el médico deba permanecer pasivo en la asunción de que mayores contratiempos sobrevendrán.

(Dr. S. R. Z.)

UN NUEVO METODO PARA EVITAR LA COLOSTOMIA EN OBSTRUCCIONES DEL COLON DEBIDAS A CARCINOMA NO OPERABLE.
SANZ, C. Amer. Journ. of Proct. 21: 127, abril 1970.

Cuando un paciente tiene un cuadro de obstrucción mecánica por un tumor maligno del colon o del recto superior y es imposible todo intento de cirugía radical por existencia de metástasis puede recurrirse a dos procedimientos paliativos: resección de la zona estenosada con anastomosis término-terminal o simple colostomía definitiva. La primera decisión es azarosa por las malas condiciones habituales del paciente y la segunda, aunque es muy bien tolerada, implica un lapso para que el paciente se adapte a ella.

El autor cree haber hallado la operación que da resultados satisfactorios en tales condiciones y ella consiste en agrandar el lumen intestinal estenosado por el crecimiento del tumor por medio de fulguración a través de una incisión longitudinal del intestino a nivel del estrechamiento, no seguida de colografía sino de la aplicación de un parche constituido por ileum en su lado seroso y conservando su continuidad. Asegura que la técnica es simple, rápida y segura con un curso postoperatorio más corto y una fácil y regular defecación que ocurre prontamente. Repite que usa esta técnica para resolver la obstrucción mecánica en casos sin esperanza y con corto tiempo de sobrevida.

El autor da casuística, describe la técnica operatoria y hace discusión de asunto. Da 16 referencias.

(Dr. S. R. Z.)

EL MANEJO DEL EMPIEMA PLEURAL DESPUES DE HERIDAS TORACICAS.—LEVITSKY, S., Annable, C. A. y Thomas, P. A.
Journ. of Thoracic and Cardiovasc. Surg. 59: 630, mayo 1970.

Aseguran los autores que a pesar del avance en el tratamiento de las heridas del tórax, el empiema post-traumático continúa siendo problema para el Cirujano Militar y alcanzó un porcentaje de 25 a 30 en las Guerras Mundial I, Mundial II y en el inicio de la de Corea. Su tratamiento ha sido controversial entre los méritos del drenaje cerrado y del abierto y, más recientemente, con la aplicación de torocotomía formal temprana.

Analizan el material ingresado al Servicio Torácico de Vietnam de los cuales 25 desarrollaron empiema pleural postraumático. Informan que al ingreso, después de la corrección del choque hipovolémico, 17 fueron tratados inmediatamente con toracostomía para corregir el hemoneumotórax y 8 fueron toracotomizados formalmente para controlar la hemorragia intratorácica o el escape considerable de aire. Todos recibieron penicilina, estreptomicina y cloranfenicol preoperatoriamente. El empiema fue reconocido 4 a 49 días después del traumatismo (promedio 16,7 días); en 13 hubo fístula broncopulmonar. La flora microbiana detectada tuvo igual número de casos para las infecciones monomicrobianas que para las mixtas (predominaron la estafilococo y la pseudomona).

Sumarizan sus experiencias así:

1.—La toracotomía temprana dirigida hacia la eliminación del espacio pleural infectado no redujo la morbilidad; en los 6 pacientes así tratados (toracotomía temprana y decorticación) fue necesario utilizar drenaje pleural continuo y, además, desarrollaron empiema recurrente.

2.—El establecimiento último de drenaje abierto del espacio pleural (por tubo o por toracostomía costal) fue necesario en 19 pacientes (76%). Todos fueron rehabilitados y exhospitalizados con heridas sanas. No hubo necesidad de torocoplastia.

(Dr. S. R. Z.)

COMPLICACIONES TORACICAS POR ABSCESO HEPATICO AMIBIANO.
CORDERO, O. y Rivera, E. Anuario de Actualización en Medicina-
Fascículo Neumología. I. M. S. S. 2: 9, 1970.

Aseguran los autores que en su medio la amibiasis intestinal en gran número de enfermos se complica con abscesos hepáticos y éstos, por vecindad, pueden hacer participar a órganos torácicos. El agente llega al hígado por circulación porta; al pulmón llega a través del sistema linfático o siguiendo los plexos hemorroidales y las venas suprahepáticas.

La complicación pleuropulmonar derecha es más frecuente que la izquierda (96%). La apertura del absceso hepático hacia tórax (74%) ocurrió a bronquios (40%), a pleura (21%), a pleura y bronquios (16%) y a pericardio (0.3%).

Los autores dan la sintomatología del absceso hepático y, luego, la sintomatología de cada una de las complicaciones torácicas. A continuación informan de las aportaciones radiológicas y laboratoriales.

Manifiestan que la complicación de drenaje bronquial es la de mejor pronóstico; cuando se abre a pleura el pronóstico es grave por la insuficiencia respiratoria e intoxicación por reabsorción del material necrótico. La ruptura a pericardio es de pronóstico malo.

En lo referente a tratamiento manifiestan que la asociación emetina y cloroquina les ha dado resultados satisfactorios. Manifiestan que han utilizado el sulfato de aminosidina en sustitución de la emetina con muy buenos resultados (500 mgm. cada 12 horas por vía intramuscular hasta obtener remisión del cuadro clínico, continuando posteriormente con 500 mgm. cada 24 horas); aseguran que tiene también acción sobre la infección agregada, que es menos tóxica que la emetina, su inyección no es dolorosa, que su uso puede prolongarse sin interrupción hasta lograr curación y puede usarse por vía parenteral, oral y local.

El tratamiento quirúrgico de la complicación pleural debe ser tratado por pleurotomía cerrada pero a veces es necesaria la decorticación pulmonar. Ante la presencia de pericarditis debe efectuarse la punción pericárdica y después de confirmación efectuar sin pérdida de tiempo la pericardiotomía y drenaje adecuado del absceso hepático. Finalizan su informe dando 25 referencias bibliográficas.

(Dr. S. R. Z.)

DETECCION DE NEOPLASIA HEPATICA.—GAMMAGRAFIA HEPATICA COMBINADA CON ESTUDIOS DE FUNCIONAMIENTO DEL HIGADO. WILSON, F. E., Prston, D. F. y Overholt, E. L. J.A.M.A. 209: 676, agosto 1969.

Aseguran los informantes que entre los muchos procedimientos disponibles para detectar neoplasia hepática, la gammagrafía y las pruebas de funcionamiento del hígado son las menos costosas y ofrecen un riesgo mínimo para el paciente. La punción-biopsia tiene una positividad que va del 64 al 74% y sus complicaciones no son raras. La angiografía tiene un 90% de acierto pero en el 20% de los casos negativos existe una neoplasia hepática. La peritoneoscopia es útil para descubrir metástasis hepáticas implantadas en la superficie del hígado (70%). Aún la laparatomía sólo tiene un 85% de certeza por el pequeño tamaño de la metástasis o por su profunda implantación.

La fosfatasa alcalina sérica es anormal en el 78 a 87% de los pacientes con neoplasia hepática. La retención de la bromosulfoftaleína es anormal en el 86% de ellos. Aunque altamente sensitivas, les falta especificidad ya que sus resultados son anormales en una amplia variedad de enfermedades hepáticas.

La gammagrafía hepática con oro Au 198 revela zona o zonas frías hasta en el 90% de los pacientes con neoplasia hepática. Los errores nacen en pacientes con severa cirrosis.

En la revisión que efectúan de 69 pacientes del Hospital General de Fitzsimmons la gammagrafía fue precisa en el 78% y la fosfatasa alcalina sérica en el 80% en el descubrimiento de neoplasia hepática, pero cuando se usaron combinados los resultados el acierto ascendió al 93%. Cuando ambos estudios fueron normales, en el 40% de ellos la neoplasia estaba presente. Informan del método que emplearon, los resultados y finalizan con una discusión. Dan 11 referencias bibliográficas.

(Dr. S. R. Z.)