SECCIÓN DE EXTRACTOS DE REVISTAS

FUENTES DE ERROR EN LA COLANGIOGRAFÍA OPERATORIA.
CUSTER, M. D. y Clore, J. N. Arch. of Surg. 100: 664, junio 1970.

Aseguran los autores que aunque la colangiografía operatoria es sin duda un medio útil y generalmente aceptado para evaluar la vía biliar, existen potenciales errores técnicos o de interpretación. Estos incluyen 1) burbujas dentro del material radio-opaco inyectado, 2) posición impropia del paciente en relación con la fuente radiológica (superimposición del tracto¹ biliar con la columna vertebral), 3) estrechez fisiológica de la porción distal de la vía biliar, 4) confusión entre obstrucción funcional y orgánica y 5) inclinación de parte del Cirujano a despreciar evidencia suministrada.

Manifiestan que estos errores pueden mejorar 1) llenado con antelación el conjunto de inyección con el material radioopaco (jeringa unida al correspondiente tubo) o efectuando la inyección con aguja insertada en la jeringa en la base de tubo en T ocluida con pinza en su extremo distal, todo con objeto de evitar las burbujas, 2) rotación de la mesa de operaciones 15° a la derecha para colocar la vía biliar alejada de la columna vertebral, 3) adecuada interpretación del estrechamiento normal de la parte final de tracto biliar, 4) aceptación de la presencia de espasmo como un factor obstructivo subsiguiente a la coledocotomía y 5) persistencia de repetición de estudio radiológico hasta que se obtenga una delineación completa.

(Dr. S. R. Z.)

CONCENTRACIONES DE ZINC DURANTE LA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS. HENZEL, J. H., DeWeese, M. S. y Lichti, E. L. Arch. or Surg. 100: 349, abril 1970.

Los autores determinan las concentraciones de zinc en el suero, en los eritrocitos y los niveles de zinc urinario en las 24 horas en individuos normales. Hacen iguales investigaciones en pacientes que sufren operaciones mayores, en los que tienen quemaduras cutáneas, en la piel y tejidos de granulación de los que exhiben una cicatrización retardada. Su propio extracto es el siguiente:

Las pérdidas urinarias de zinc fueron determinadas en pacientes durante la reducción terapéutica de peso por obesidad, después de operaciones mayores y después de quemaduras severas. Zincuria acumulativa fue observada en los tres grupos de pacientes y su magnitud fue proporcional con la severidad y duración del trastorno metabólico o traumatismo. Esto fue acompañado por reducción de los niveles de zinc en el suero, eritrocitos y piel. Biopsias subsiguientes de piel y de tejido de granulación fueron analizadas por contenido zíncico en otros pacientes con heridas en período de cicatrización, algunos de ellos con suficiencia o otros con insuficiencia del zinc. Todos los pacientes demostraron acumulación preferencial del zinc en las heridas cicatrizantes después de la administración de zinc exógeno. Los pacientes con reservas biológicas normales o casi normales de zinc demostraron aumento de la excreción urinaria de zinc poco tiempo después de su administración. A la inversa, los pacientes que inicialmente tenían una deficiencia de zinc tuvieron un largo intervalo para que el zinc administrado manifestara un aumento en la zincuria durante el cual los niveles séricos se aumentaron hasta límites normales. También se observó que las heridas en cicatrización secuestraron el zinc administrado a pesar de las pérdidas urinarias post-traumática y de la disponibilidad biológica subnormal.

La deficiencia de zinc fue identificada en 16 pacientes que fueron objeto de estudio por cicatrización perturbada. El suplemento adicional de zinc a la dieta de tales pacientes resultó en mejoría clínica de la cicatrización y concomitantemente; ocurrió con aumento de la concentración de zinc en el epitelio y en el tejido de granulación de las heridas.

(Dr. S. R. Z.)

UNA REVISIÓN CRÍTICA DE 425 PACIENTES CON HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR. HALMAGYI. A. F. Surg.; **Gynec. & Obst.** 130: 419, marzo 1970.

El sangrado del tracto digestivo superior permanece como un serio problema médico y quirúrgico. El reconocimiento de la lesión causante de la hemorragia puede ser obvia; más a menudo se llega solo al diagnóstico con dificultad y, ocasionalmente, nunca se establece.

De la revisión de 425 casos ocurridos en 6*4 años en el St. Michael's Hospital de Toronto, Canadá, extrae las siguientes conclusiones:

El sangrado fue 3 veces más frecuente en el hombre que en la mujer, siendo la mayoría de los pacientes de edad media.

La mitad de los pacientes tuvieron síntomas de la lesión **responsable del** sangrado por un período mayor de un año. Un tercio no tuvo síntomas o lo tuvo por un período menor de un mes previo a la hemorragia.

Tres cuartas partes de los pacientes tuvieron hemorragia mayor o masiva.

El mejor índice de la efectividad del tratamiento fue la mejoría clínica del paciente. Si el sangrado continua las transfusiones como único tratamiento no están justificadas. Se recomienda operación quirúrgica temprana.

Frecuentemente, repetidas determinaciones de hematocrito y de hemoglobina fueron de ayuda en el manejo de estos pacientes. La presión venosa central y la excreción urinaria por hora fueron particularmente útiles durante el tratamiento.

Las transfusiones sanguíneas deben ser dadas de acuerdo con la necesidad de cada paciente, determinadas por el examen clínico y guiada por unas pocas determinaciones laboratoriales. La transfusión rápida es inocua cuando se necesita, con la condición de que el paciente sea cuidadosamente vigilado. Estas transfusiones deben darse lentamente cuando el paciente ha tenido pérdidas hemáticas durante un considerable período. Esto evitará la sobre-expansión del volumen sanguíneo y la descompensación cardíaca.

Con cuidadosa selección de los pacientes el tratamiento quirúrgico puede aconsejarse después del primer episodio de sangramiento. No hay base para la actitud de "esperar y ver" para todos los pacientes.

La presencia de enfermedades asociadas se encontró frecuentemente y tuvo un efecto significativo en la mortalidad y morbilidad.

Frecuentemente requiere reconocimiento y tratamiento antes de que la lesión responsable se diagnostique. El dolor usualmente está ausente y aún el sangrado no es visible en los primeros estadios. En esta serie los anticoagulantes fueron las únicas drogas definitivamente incriminadas en la precipitación de la hemorragia.

La radiología fue útil en el 60% en la **determinación** de la causa. El examen **endoscópico** mostró poco valor.

La úlcera péptica fue la fuente más común de hemorragia; sin embargo, una amplia variedad de lesiones pueden ser causantes de la hemorragia. El tamaño de la úlcera tuvo poca importancia. El tratamiento médico dio mayor

mortalidad que el quirúrgico. La incidencia de sangrado recurrente es mayor con el tratamiento médico. Siempre que sea posible es aconsejable evitar las operaciones de emergencia que demostraron una mortalidad de 20%.

La intervención quirúrgica durante la primera admisión para tratamiento de la hemorragia no tiene mayor riesgo que la operación que se efectúa en una subsecuente admisión. Si otras indicaciones están presentes durante la admisión en que fue tratada la hemorragia la operación debe ser recomendada. Alivio prolongado de síntomas y la prevención de recurrencias hemorrágicas tuvieron un mayor porcentaje en los pacientes tratados quirúrgicamente.

Los pacientes tratados simultáneamente por un Internista y un Cirujano desde el comienzo de la hemorragia recibieron el mejor cuidado.

(Dr. S. R. Z.)

IRRIGACIÓN PERITONEAL DIAGNOSTICA: UNA TÉCNICA SIMPLE Y CONFIABLE. GIVETTA, J. M., Williams, M. C. y Richie, R. E. Surg. 67: 874, mayo 1970.

Desde hace tiempo se ha deseado tener un medio para diagnosticar hemoperitoneo en un paciente comatoso, con múltiples lesiones o que es difícil de evaluar. Los autores combinan la simple e imprecisa técnica de punción aspiradora del peritoneo con el lavado peritoneal.

La técnica que proponen implica el uso de cánulas plásticas con agujas-guías metálicas que son comercialmente obtenibles y disponibles en todo cuarto de emergencia. La piel la preparan con alcohol y anestesia local; insertan dos agujas Nos. 14 o 16 en cualquier sitio por fuera del borde externo de los rectos, distantes entre sí; en el momento de la inserción debe estarse efectuando la inyección de solución salina para evitar lesión del intestino; se retiran las agujas-guías; si al efectuar la aspiración no se obtiene sangre se infunde solución salina normal o de Ringer por el sistema de venoclisis conectada a una de las cánulas hasta que hay salida espontánea de líquido por la otra cánula; para facilitar la difusión y mezcla el paciente debe ser rotado hacia uno y otro lado; la infusión se limita a 1.000 cc. pues la salida de líquido principia con cantidades menores. El carácter del líquido obtenido indica la presencia o ausencia de sangre, bilis, contenido intestinal o de otro líquido anormal. Esta misma técnica puede utilizarse para obtener líquido peritoneal en pancreatitis, infarto mesentérico y peritonitis.

Basan su informe en la experiencia obtenida en 50 pacientes en los que la aspiración simple fue negativa. En 13 de ellos el líquido de lavado salió teñido de sangre, por lo que fueron laparotomizados comprobándose lesiones en tal acto; en 37 la irrigación fue negativa (líquido claro) no requiriendo operación exploratoria posterior.

Como agregado aseguran que tal técnica ha sido utilizada posteriormente en lesionados bélicos (Vietnam) en que no se tenía ayuda radiológica o laboratorial.

(Dr. S. R. Z.)

CIRUGÍA PARA ULCERA DUODENAL. RESULTADO CON 5 DIFERENTES PROCEDIMIENTOS. MASÓN, M. C. y Clark, C. G., C. M. M. 37: 605, junio 197CL

404 pacientes fueron tratados quirúrgicamente de su úlcera duodenal; 43 murieron de causas diferentes de la úlcera y 1 no fue seguido postoperatoriamente. De los 360 restantes 282 eran hombres. Todos fueron operados en el Aberdeen Royal Infirmary y se les siguió por 10 años.

En los años iniciales se consideró a la gastroenterostomía como la operación de elección para la estenosis pilórica establecida pero fue abandonada en 1961. La gastrectomía parcial (Polya) se discontinuó en 1962 dado que la vagotomía y gastroenterostomía parecían mostrar ventaja. Solo un número limitado fue tratado por vagotomía y antrectomía y en ellos se usó Biliroth I. Los resultados fueron calificados así:

- a) Excelentes: ausencia de síntomas.
- b) Buenos: síntomas de disfunción alimentaria, vómitos biliosos, diarrea, molestos pero no incapacitantes.
- c) Pobres: Iguales síntomas que los anteriores pero en forma severa, iguales o peores que la sintomatología original.
- d) Recurrencia definitiva: probada por operación posterior o por estudios radiológicos o gastroscópicos.
- e) Recurrencia sospechada: basado en terreno clínico.
- f) Recurrencia auto-limitada: síntomas sugestivos de recurrencia pero que cede espontáneamente.

Los resultados de los 5 tipos de operaciones se dan en la siguiente tabla:

Clasificación	Gastro-enteros-tomía		Gastrec-tomía parcial		Vagotomía y antrec-tomía		Vagotomía y gastroen-teroestomía		Vagotomía y piloro-plastia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Excelente	14	56	29	58	13	56.5	99	60	52	53.5
Buena	4	16	10	20	4	17	34	20.5	23	23.5
Pobre	1	6	6	12	5	21.5	18	18	10	10
Recurr. Def.	6	24	4	8	1	4	6	3.5	3	3
Recurr. Sosp.	—	—	1	2	—	—	7	4	9	9
Recurr. Curad.	2	8	—	—	—	—	4	2	4	4
Total	25	—	50	—	23	—	164	—	97	—

Como conclusiones se extraen:

1) Los resultados finales, incluyendo las categorías excelente y buena, mostraron poca diferencia entre sí.

2) La incidencia de la recurrencia probada fue alta en la gastrectomía parcial tipo Polya. La baja incidencia después de vagotomía y drenaje es alentadora pero debe ser vista con cuidado porque la ulceración puede desarrollarse en un período tardío después de esta operación.

Los cambios progresivos en política operatoria en la presente serie estuvo basada en el hecho que la gastrectomía parcial con gastroyeyunostomía tenía gran número de complicaciones tardías que sería deseable evitar y en que la cirugía conservadora, principalmente vagotomía y drenaje, necesitaban mejor análisis.

Los autores creen que a la altura d: su informe la gastrectomía parcial puede soportar menos críticas que las otras operaciones y que la vagotomía con drenaje tiene la crítica de conllevar operaciones secundarias por complicaciones postoperatorias, incluyendo hernias hiatales; algunos autores sostienen contra la vagotomía la diarrea postoperatoria.

Consideran que los resultados indican que no se ha logrado mayor ventaja con la cirugía conservadora. Sin embargo, desde otro punto de vista no se ha encontrado mayor desventaja y hay que esperar los resultados nutricionales y estudios metabólicos para establecer comparaciones.

(Dr, S. R. Z.)

DESBALANCES ELECTROLÍTICOS EN CONDUCTOS ILEALES.
GUTIÉRREZ, J. Acta Méd. Cost. 13: 15, enero-abril 1970.

Las experiencias obtenidas en pacientes con **ureterosigmoidostomías** se caracterizaban por azotemia, acidosis hiperclorémica e hiperkalemia. Se determinó que el colon no solo absorbía cloruros sino **hidrógeno** y amoníaco, formado éste por la acción bacteriana sobre la urea. Siendo el amoníaco un donador de H⁺ al pH sanguíneo, producía acidosis.

El segmento ileal aislado del conducto digestivo produce poca amoníaco después de "lavada" la poca flora que contiene; sin embargo, absorbe H⁺ y cloruros.

El potasio excretado por la orina no es reabsorbido en el intestino.

En la era do **ureterosigmoidostomía** se demostró que estas alteraciones químicas no ocurrían generalmente en pacientes con función renal normal y sí en pacientes cuando ésta ya estaba comprometida manifestándose por pérdida de base no regulada, excreción de ácido y reabsorción de cloruros; estos datos han sido confirmados.

Con el advenimiento de los conductos ileales se informó en el inicio que los pacientes no **desarrollaban** acidosis hiperclorémicas. Más tarde hubo información de que algunos sí la desarrollaban y que se llevaba a cabo con mayor rapidez que en el colon.

Informa 57 casos de pacientes sometidos a conductos ideales y correlaciona **los** cambios electrolíticos postoperatorios y la función renal preoperatoria. 5 pacientes con función renal normal preoperatoria desarrollaron acidosis hiperclorémica pero en 4 de ellos hubo complicación renal documentada (cálculos coraliformes bilaterales, insuficiencia renal, ectasia ureteral bilateral) y en 1 tuvo varios episodios de pielonefritis aguda. El 57% de los pacientes con trastornos electrolíticos preoperatorios tuvieron electrolitos normales en el postoperatorio con mejoría radiográfica pielocalicial.

Concluye que la evidencia sugiere que la derivación urinaria por medio del conducto **ileal** en pacientes con electrolitos y pruebas de función renal normales en el período preoperatorio no causa deterioro en estos parámetros que puedan atribuirse únicamente al contacto de orina con la mucosa entérica.

(Dr. S. R. Z.)

PREPARACIÓN PREOPERATORIA **DEL** PACIENTE ICTÉRICO. Una revisión de la práctica actual.

WHITCOMB, F. F., Trey, C. y Braasch, J. W. The Surg. Clin. of N. A. 50. 663, junio 1970.

El diagnóstico preciso de la causa de la ictericia puede ser establecido por medio de una cuidadosa historia y adecuado examen físico y por el uso de varias pruebas bioquímicas, rontgenogramas y otros procedimientos especiales. Ocasionalmente, sin embargo, para llegar a un diagnóstico definitivo se impone la laparotomía y cuando se llega a tal decisión el paciente debe ser preparado para tal procedimiento.

Los autores analizan las colestasis intrahepáticas (hepatitis colestásica, colestasis de la hepatitis alcohólica, la colestasis por drogas, etc.), la coelitis asociada con anemia hemolítica y la obstrucción biliar extrahepática. Dedicaron un capítulo al diagnóstico de ictericia médica y quirúrgica.

Aseguran que el principal objetivo de la preparación preoperatoria es prevenir descompensación hepatocelular, evitar complicaciones hemorrágicas y combatir la infección. Las funciones cardiopulmonar, renal y endocrina deben ser

evaluadas y apropiadamente tratadas cuando haya indicación. Si hay anemia o trombocitopenia la causa debe considerarse y tratarse. El paciente debe estar hidratado y en un estado de equilibrio electrolítico. Sí hay evidencia de infección apropiada terapéutica antibiótica debe ser comenzada. El paciente debe estar en condición óptima de nutrición y debe usarse una dieta agradable con alto valor calórico, proteico y de carbohidratos, con suplementos vitamínicos que incluirán vitamina C. En las obstrucciones crónicas con acolia y esteatorrea debe darse una dieta baja en grasa, uso de triglicéridos de cadena media y restitución de vitaminas solubles en grasa y calcio. Si hay daño hepático con edema y ascitis hay que restringir el sodio y usar diuréticos; la administración intravenosa de albúmina humana pobre en sal puede reducir el edema y la ascitis; sí se han efectuado paracentesis hay que reemplazar la proteína perdida por vía intravenosa. Los fenómenos hemorrágicos son comunes en el icterico; la administración parenteral de vitamina K (20 mgs. diarios) se aconseja a todo paciente con hipoprotrombinemia; la falta de respuesta a esta terapéutica es manifestación de disfunción hepatocelular seria. Debe usarse un anestésico diferente al halotano si se ha tenido una exposición previa al mismo. En pacientes con severa hipertensión portal, descompensación hepática y encefalopatía en quienes está indicada una intervención salvadora debe efectuarse una investigación de los factores agravantes de ellas. La función renal necesita ser evaluada por la determinación de los niveles de creatinina y las estimaciones electrolíticas del sodio y potasio son valiosas en la temprana detección de los efectos renales de la insuficiencia hepática; si ocurre hipokalemia y alta excreción urinaria de potasio es necesario adecuado suplemento de potasio, aún cuando los niveles de creatinina se estén elevando. El manejo postoperatorio es similar al enunciado.

Aseguran que la ictericia es raramente una emergencia quirúrgica y que la espera de 3 a 4 semanas no alterará el pronóstico. En casos de hepatitis viral no diagnosticados la laparotomía ha demostrado tener una mortalidad del 10% y con una elevada incidencia de complicaciones postoperatorias. A su vez, la obstrucción prolongada de la vía común a la que no se da los beneficios de la cirugía puede causar daño irreversible del hígado. Aconsejan cuidadoso estudio por 3 o 4 semanas y si al final de ellas no se encuentra el mecanismo responsable de la ictericia y coexiste elevación progresiva de bilirrubina y de fosfatasa alcalina, consideran indicado proceder a una colangiografía transparetohepática y si el resultado es positivo por obstrucción postparenquimatosa proceder a la intervención quirúrgica.

(Dr. S. R. Z.)

EL SÍNDROME DEL RESTORÁN CHINO. *El Día Médico*. 33: 1002 junio 1970

En "Medicina de Actualidad" de esa publicación se asevera que Kwok describió un curioso síndrome: "Cada vez que como en un restorán chino padezco extraños trastornos que aparecen habitualmente 15 a 20 minutos después del comienzo de la comida y duran 2 horas interrumpidamente. Un dolor en el cuello que se extiende a los brazos y al dorso, una sensación de agotamiento general y palpitaciones, son las principales manifestaciones de este síndrome". A raíz de esto aparecieron numerosas comunicaciones señalando trastornos similares, agregando sensación de tensión en los masetelos y temporales, enrojecimiento de la cara, sudores profusos y sensación de quemadura y peso en el tórax. A veces las manifestaciones son tan intensas que se ha pensado en infarto del miocardio.

Se barajaron varias etiopatogenias (alergia, hipernatremia con hipokalemia tisular, neurotoxinas alimentarias). *Los Médicos del A. Einstein College of Medid-*

ne demostraron que este síndrome era debido al L-glut amato de sodio contenido, un condimento muy utilizado, no solo para mejorar el gusto de los platos chinos, sino también **del** tomate y ciertos brebajes. La dosis que podría provocar los síntomas variaron entre 1.5 a 12 gms.

(Dr. S. R. Z.)

TUMORES MALIGNOS DEL OVARIO. HAZRA, T. A. Obst. and Gynec. 36: 144, julio 1970.

Los datos que suministran en su revisión se basan en 316 pacientes del Hospital Marie Curie de Londres, diagnosticados como cáncer del ovario en un lapso que va de enero 1928 a diciembre 1961.

La edad promedio fue de 48,5 años y la incidencia máxima ocurrió en la sexta década. La paridad se registró en 306 y el 20,5% eran solteras. Todas tuvieron su menarquía entre los 13-15 años. Sólo en 10 pacientes hubo irregularidad menstrual; el 31% eran premenopáusicas y el 68% postmenopáusicas. No hubo síntoma patognomónico de carcinoma ovárico; el 75% se presentó dentro de los 6 primeros meses del inicio de los síntomas; el síntoma más común fue dolor abdominal y/o crecimiento del abdomen. El 6,6% no tuvo diagnóstico histológico; no hubo correlación entre el diagnóstico anatomopatológico y la edad de la paciente; en el 37,8% hubo participación de ambos ovarios y cuando fue unilateral no hubo predominio por ningún lado. Los diagnósticos histológicos fueron: quístico en el 55,3% (cistoadenocarcinoma seroso 156, cistoadenocarcinoma pseudomucinoso 17 y medular 2), sólido en el 31,3% (adenocarcinoma 86, carcinoma anaplásico 13) y otros en el 14,4% (tumor de células granulosas 11, sarcoma 3, disgerminoma 2, teratoma maligno 2, carcinoma de células escamosas 3, no especificado 21). Las pacientes fueron clasificadas usando el criterio recomendado por el Comité de Cáncer de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Solo en 3 casos no se efectuó exploración quirúrgica. Da tabla de los varios procedimientos quirúrgicos empleados y el tratamiento radiológico recibido. Se obtuvo una sobrevida *de* 3 años en el 40% y de 32,5% a los 5 años; la extensión de la enfermedad al iniciarse el tratamiento tuvo una definitiva participación en el pronóstico. Concluye el informante manifestando que los tumores malignos del ovario constituyen el 5% de los cánceres ginecológicos. Da 25 referencias.

(Dr. S. R. Z.)