

## Extractos de Revistas

USO Y LIMITACIONES DE LA PRUEBA DE HEMAGLUTINACION INDIRECTA EN EL DIAGNOSTICO DE LA AMEBIASIS INTESTINAL. HEALY, G. R.: H. L. S. 5: 174, julio 1,968.

La hemaglutinación indirecta (HAI) ha demostrado ser sensitiva, específica y de valor especial en el diagnóstico de amebiasis intestinal y extraintestinal. El antígeno se obtuvo de la *Entamoeba histolytica* cepa DKB, lavándolas varias veces, se obtiene la rotura de los organismos y esta solución es centrifugada a 8.500 r. p. m. por 30 minutos a 4° C; lo sobrenadante se liofiliza. La prueba se hace en placas de microtitulación y un suero se considera positivo cuando el título es de 1:128 o mayor.

Efectuó pruebas con sueros de pacientes con síntomas gastrointestinales y con heces positivas con *E. histolytica*, en pacientes con síntomas gastrointestinales sin positividad en las heces, en pacientes asintomáticos con y sin presencia de la ameba patógena en las heces.

El resultado de su estudio de 2 años demostró ser favorable a la HAI, obteniendo un 85% de positividad en los pacientes con amebiasis intestinal sintomática. Hubo un alto grado de negatividad en casos confirmados de colitis ulcerativa. En casos asintomáticos la positividad de la prueba fue muy baja y una prueba negativa no eliminó la existencia de infestación intestinal. Del mismo modo, si un paciente tiene un título altamente positivo no implica que tenga una amebiasis activa, si no se demuestra el parásito, pues ataques anteriores dejan una seropositividad por semanas o meses.

Suministra 11 referencias.

(Dr. S. R. Z.)

UN MÉTODO DE COLORACIÓN SELECTIVO PARA LOCALIZAR EL NERVI VAGO EN LA VAGOTOMIA. LEE, M. Pren. Méd. Argent 57: 1305 agosto 1970

Hay gran variabilidad en el número de fibras vagales que descienden al estómago; se tiene que ser muy cuidadoso y emplear una gran cantidad de tiempo buscando toda rama vagal, hasta la más delgada, pues se ha demostrado que en la vagotomía gástrica selectiva el 30% de las fibras se le pueden escapar al operador.

Asegura el autor que la utilización del azul de Icucometilene permite reconocer todas las variaciones de las ramas más pequeñas. Se trata de una solución incolora o débilmente amarillenta (panatone) que se torna rápidamente azul cuando se la expone al oxígeno de la atmósfera; por lo tanto, debe emplearse inmediatamente después de abierta la ampollita y al hacerse la operación el colorante ha de ser aplicado solamente cuando se ha disecado el peritoneo del esófago, depositándolo sobre la musculatura de éste, después de efectuada toda hemostasia; después de aplicado debe eliminarse todo excedente mediante un algodón embebido en solución salina.

(Dr. S. R. Z.)

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL MASIVA. BYRNE, J. J. y col. The Amer. J. of Surgery 120: 313 septiembre 1970

Aseguran que el tratamiento de las hemorragias gastrointestinales ha pasado por varias fases: de total abstinencia a alimentación normal, del no uso de transfusiones a la inyección masiva de las mismas con cirugía inmediata. Hoy, la

mayoría de los hospitales emplean una combinación de medidas medicoquirúrgicas, utilizándose la última si el sangrado se vuelve excesivo. Los resultados quirúrgicos han mejorado merced a procedimientos diagnósticos tales como tránsito gastrointestinal, gastroscopia, prueba del cordel y angiografía; avance de la anestesia; a la gastrotomía cuando la palpación e inspección externa no dan la causa del sangrado.

Hacen su estudio con 172 pacientes (1960-69) del Boston City Hospital, la mayoría de los cuales eran viejos; 27% eran mujeres; la mortalidad fue del 25% y la mortalidad fue mayor con la primera hemorragia comparada con cualquiera subsiguiente; la fuente de la hemorragia fue úlcera duodenal (40%), úlcera gástrica (27%), gastritis hemorrágica (21%), úlcera marginal (4%) y un 0,5% para cada uno de los siguientes: pólipos gástricos, síndrome de Mallory-Weiss, duodenitis, esofagitis péptica, diverticulitis duodenal, fistula aortoduodenal, pólipo duodenal o causa ignorada.

Los resultados demostraron que la úlcera duodenal sangrante se benefició más con gastrectomía subtotal o hemigastrectomía con vagotomía que la piloroplastia con vagotomía y ligadura del vaso sangrante. Igual resultado se obtuvo en la úlcera gástrica sangrante. Muchas de las muertes en estas úlceras sangrantes se produjo en pacientes cirróticos. Hacen diferenciaciones en la mortalidad de los casos de emergencia, de semi-emergencia y en los selectivos. En los casos que no había ninguna enfermedad coadyuvante no hubo mortalidad, sin importar el tipo de operación emprendida; en aquellos que hubo otra afección (enfermedad cardíaca arterioesclerótica, antiguo infarto de miocardio, enfermedad reumática cardíaca, insuficiencia cardíaca, hipertensión o pericarditis) la mortalidad fue de 37,9%; cuando hubo enfermedad pulmonar pre-existente (bronquitis crónica, enfisema, neumonitis) hubo un 33,8% de mortalidad; en las enfermedades genitourinarias (hipertrofia prostática, infección, glomerulonefritis) la misma subió a 37,9%; la cirrosis hepática estuvo presente con una mortalidad de 37,5%.

Sumarizan su informe asegurando que la hemorragia gastrointestinal superior puede necesitar cirugía para detener la hemorragia; que debe hacerse esfuerzo por localizar el sitio de origen y que debe eliminarse que la causa de la hemorragia sea hipertensión portal o diátesis hemorrágica; que debe intentarse mejorar el funcionamiento orgánico ya que una enfermedad previa afecta seriamente la vida; que el uso de la gastrotomía amplia ha disminuido el uso de la gastrectomía ciega; que la escisión controla la hemorragia, particularmente en la úlcera duodenal. Dan 28 referencias.

(Dr. S. R. Z.)

#### EL USO DE SULFONAMIDAS EN LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO.—PRYLES, C. V.: *Med. Clin, of N.* A. 54: 1077, septiembre 1970.

Las indicaciones generales de las sulfonamidas son pocas (uso profiláctico contra las infecciones estreptocócicas del grupo A o en combinación con otros antimicrobianos en las infecciones por nocardia, tracoma, toxoplasmosis y en otras infrecuentes y menores infecciones). Su mayor uso es el tratamiento de infecciones urinarias no complicadas ni recurrentes. Su bajo costo, su fácil administración, seguridad y alta eficacia contra un amplio espectro de patógenos urinarios son sus mejores recomendaciones.

Se puede asegurar que la sulfadiazina, la sulfamerazina y la sulfametazimi, solas o combinadas, y la sulfisoxalona han demostrado su eficacia.

Basado en experiencia su uso no va acompañado de frecuentes y meticulosos exámenes de orina y de sangre para descubrir hematuria, cilindruia ni anemia. Sin embargo, las complicaciones más serias se relacionan con el árbol urinario

(cristaluria, nefrosis tóxica y reacciones de hipersensibilidad). En su experiencia no ha encontrado toxicidad pero ha estado atento a las posibilidades de consecuencias serias; como signos de alarma están la hematuria, exantemas, escalofríos, fiebre, debilidad, vómito, ictericia, cefalea y angina; la anemia hemolítica aguda puede ocurrir en la primera semana de tratamiento y la leucopenia y la agranulocitosis en la tercera o cuarta. Contraindicación absoluta es hipersensibilidad previa.

No recomienda las de acción prolongada como sulfadimetoxina (Madribon), sulfametoxipiridazina (Kynex, Midicei) por las serias reacciones tóxicas que pueden provocar. Usa una mezcla de sulfadiazina, sulfamerazina y sulfametazona en todas las infecciones agudas iniciales de las vías urinarias en la dosis de 100 a 150 mg. por kilogramo de peso corporal y por día, dividida en 3 o 4 dosis orales; igual dosis usa para la sulfisoxala (Gantrisin). Las sensibilidades in vitro son desconfiables; los resultados in vivo no concuerdan con lo anterior; la mejor prueba es el paciente mismo. Sí a las 24-48 horas las bacterias no han sido eliminadas se requiere un atento examen urológico ya que puede haber impedimento al flujo normal por una anomalía orgánica o funcional. Sí se eliminan las bacterias se continúa el tratamiento por 10 días a 2 semanas, después de lo cual el paciente es examinado a intervalos de un mes por 3 meses y, luego, cada 3 meses; si no tiene infecciones posteriores al cabo de un año se cita cada 6 meses por un año más. La mayoría de la recurrencias ocurren a los 18 o 24 meses de la infección inicial.

El control de infecciones con sulfomanidas es efectiva en la mayoría de las infecciones causadas por organismos coliformes (*Escherichia coli*, *Paracolo-bractum*) y en algunos gram-positivos (estafilococos y estreptococos); los proteus, *Aerobacter aerogenes* y *pseudomonas* son usualmente resistentes pero en ocasiones son sensibles.

Suministra 5 referencias.

(Dr. S. R. Z.)

#### CONTRIBUCIONES DE LA CENTELLO GRAFÍA AL DIAGNOSTICO DEL CÁNCER GOTTA, H. y colñ *El Día Méd.* 66: 2093, septiembre 1970

La centellografía está vinculada al metabolismo celular. Ella y la radiografía no se sobreponen ni son competitivas. Su interés reside en la posibilidad de descubrir la existencia de tumores alojados en la intimidad de los órganos densos, de modo incruento y con absoluta inocuidad.

La objetivación centillográfica de los tumores se logra porque el radionucleido posee tropismo hacia el tejido neoplásico y no hacia el tejido circundante (área caliente) o bien, inversamente, lo tiene para el parénquima del órgano y no es captado por el tejido neoplásico (zona fría). Con fines diagnósticos los nucleidos deben ser emisores de radiaciones gamma que mediante equipos de captación y registro se objetivan sobre papel, película radiográfica o cinta magnética la imagen positiva o negativa.

El yodo es captado de modo selectivo por las metástasis tiroideas funcionantes; el estroncio se comporta de modo semejante al calcio y su afinidad al tejido óseo le otorga interés para la detección de metástasis óseas; los compuestos mercuriales muestran afinidad por el tejido normal del riñón, hígado y bazo (Neohydrin marcado con Hg197 o Hg203 y el bicloruro de mercurio radioactivo); el citrato de galio radioactivo comprueba su concentración en neoplasias de esqueleto, cerebro, metástasis en pulmón de cáncer tiroideo indiferenciado que no capta el yodo, ganglios linfáticos de la enfermedad de Hodgkin.

A veces se utilizan moléculas cuya estructura química tiene afinidad selectiva por determinado órgano y se les marcan con radioisótopos emisores gamma; tales son el rosa de bengala, la bromosulfataleína (captadas selectivamente por el hepatocito) y las partículas marcadas con macroagregados o microagregados, según su tamaño, que transportando el radionucleido se acumulan en el órgano crítico, unas veces retenido mecánicamente y otras captados selectivamente por el sistema reticuloendotelial del hígado, bazo o médula ósea.

Las situaciones particulares de distintos órganos son las siguientes: El *tiroides* es el órgano mejor explorado con radioisótopos (1131 y con Tc-99). Cuando se evidencia una zona fría se crea la interrogante de su posible naturaleza atípica (pueden ser malignos entre el 10 y 31%) o ser formaciones benignas (quistes, adenomas, etc.); mediante la administración de bicloruro de mercurio radioactivo se ha comprobado que es captado por las formaciones atípicas y no así las benignas. La detección de metástasis está subordinada a su condición de funcional (máxima para el cáncer folicular, menor para el papilar y nula para el indiferenciado); se hacen consideraciones sobre cáncer tiroideo no tratado y sobre el operado con una pretendida tiroidectomía total.

El *sistema nervioso* no ofrece afinidad selectiva para ninguno de los radioisótopos conocidos; la centellografía cerebral normal consiste en una corona periférica de radioactividad de ancho desigual (menor en la calota, máximo en la base y macizo facial); una eventual zona caliente cerebral traduce una anomalía pero su interpretación es muy difícil. Se ha utilizado la suero-albúmina marcada con yodo radioactivo, con mejores resultados en Neohydrin marcado con Hg-197 o GW-203 o mejor aún con tecnecio (Tc-99) o indio (In-113). Los tumores más definitivamente detectables son los meningiomas, los glioblastomas y las metástasis carcinomatosas. Cuando se usa la centellografía unida a la arteriografía el acierto se eleva al 94%.

La *centellografía del pulmón* comprende 3 modalidades: a) perfusión venosa usando macroagregados de suero-albúmina marcado con 1131, Tc-99 o In-113 que a modo de microémbolos se impactan en los capilares pulmonares 2) la centellografía de ventilación con nebulizaciones de los anteriores o de Au-198 o **Cr-51** que se deposita en bronquiolos y alveolos 3) centellografía orientada al diagnóstico etiológico mediante mercuriales, de preferencia bicloruro de mercurio radioactivo. Las alteraciones centellográficas del cáncer bronco-pulmonar se producen en función del compromiso que la neoplasia ejerza sobre la circulación pulmonar y sobre la luz bronquial; la **centellografía** mercurial de los pacientes con atipias pulmonares el tejido neoplásico capta el radiomercurio y las lesiones benignas son negativas, salvo en tuberculosis evolutiva y en adenomas muy vascularizados.

En el *hígado, riñones y bazo* la existencia de formaciones tumorales se manifiesta por la presencia de zonas hiporradioactivas.

La *centellografía hepática* ha venido a llenar una necesidad no satisfecha por la radiología. Sin embargo, tiene limitaciones: la tumoración debe tener un diámetro mayor de 3 cm. y una zona fría carece de significado específico.

Para la *centellografía del bazo* se utilizan los hematíes del mismo paciente que después de extraídos son envejecidos artificialmente por el calor y se marcan con Cr-51 y se inyectan, siendo secuestrado por la trama esplénica funcionante. También se utiliza el BMHP Hg-197 que fragiliza de inmediato a los hematíes con la ventaja que suministra sucesivamente la centellografía del bazo y, horas después, la centellografía renal por liberación del mercurio, que es captado por las células tubulares.

Dadas las dificultades diagnósticas clínicas y radiológicas, la *centellografía pancreática* concita particular interés. La participación del páncreas en la síntesis de las proteínas ha hecho usar un aminoácido marcado (Se-75 seleniometonina)

y el páncreas capta el 6-7% de la dosis inyectada, una concentración 8 a 9 veces mayor que la del hígado; sin embargo, la sobreposición o continuidad de los dos órganos dificulta la interpretación.

La *centelolgrajía renal* se realiza en función de la afinidad de los diuréticos mercuriales por las células tubulares, lo que determina un predominio cortical. De preferencia se usa Neohydrin marcado con Hg-197 o 203. No tiene la especificidad de la arteriografía.

En el *tejido óseo* la detención de tumores primitivos o secundarios se realiza con radioestroncio (Sr-78 y Sr-85) que se fija en el esqueleto, remediando el metabolismo del calcio. En caso de tumor óseo el centelleo se produce en el tejido osteoide reaccinal periférico. Hay experiencias favorables al uso de galio, bario y tecnecio. El calcio crea dificultades técnicas.

La *centellografía de los ganglios linfáticos* (linfografía indirecta en oposición de la linfografía directa, que es la radiológica) se obtiene por la simple inyección del nucleído en el tejido celular subcutáneo del territorio tributario del grupo ganglionar a explorar (oro coloidal Au-198 y más recientemente tecnecio coloidal). Hay experiencia en la exploración de los ganglios inguinales, ilíacos, lumboaórticos y paraesternales.

La centellografía se ha incorporado a la práctica médica como un valioso recurso complementario para el diagnóstico del cáncer primitivo o secundario. Asimismo, da información evolutiva del proceso. El panorama futuro de la Medicina Nuclear -ofrece perspectivas de alcances imprevisibles. Suministra 38 referencias.

(Dr. S. R. Z.)

LAS TETRACICLINAS.—Ory, E. M.: Med. Clinic. of. N. A. 54: 1173( septiembre 1970).

A dos décadas de la introducción de la clortetraciclina ha habido una investigación continua de variantes de fermentación y alteración química de la molécula básica; de ello han resultado análogos: oxitetraciclina (Terramicina 1950), tetraciclina (Steelin y otros, 1953), dímeti-clortetraciclina (Declomicina 1957), metaciclina (Rondomicina), doxiciclina (Vibramicina) y minociclina (aún en experimentación).

El autor suministra una tabla de sus características y hace hincapié que las diferencias radican en las posiciones del sistema naftacénico.

Desde el punto de vista *farmacológico* recuerda que son incompletamente absorbidas por el tracto gastrointestinal (casi nada por el colon) y esta propiedad contribuye a los cambios de la flora intestinal y a la irritación anal. Mayor absorción se obtiene en ayuno; se disminuye cuando se digieren con productos lácteos o productos que contengan calcio, magnesio y aluminio. Las tetraciclina se difunden por la mayoría de los líquidos y tejidos del organismo y pasa, a través de la placenta, hacia el feto; en el líquido cefalorraquídeo los niveles son inferiores que en la sangre. La diferencia de estructura influye en la concentración y duración de los niveles sanguíneos. La excreción principal se hace a nivel del riñón por simple filtración glomerular; la mayor concentración urinaria la produce el clorhidrato de tetraciclina; la excreción es modificada por insuficiencia renal, flujo urinario y su pH. Las tetraciclina se concentran en el hígado, bilis y tejidos en crecimiento (tumores y áreas de formación ósea).

Da una tabla en que se especifica el *espectro antimicrobiano*, dividiendo las infecciones en tres grupos: en el Grupo I incluyen todas las que casi siempre son sensibles a la tetraciclina (infecciones por *Pasteurella*, infecciones por *Brucella*, cólera, infecciones bacterioides, infecciones por *Mycoplasma pneumoniae*, infe-

cciones por *Rickettsias* de todo tipo, fiebre recurrente por *Borrelia novyi* y *B. recurrentis*, psitacosis, linfogranuloma venéreo, conjuntivitis de inclusión, actinomicosis); en el Grupo II los organismos responden al uso de tetraciclinas pero existen, otros antibióticos que son de primera elección (estreptococo **hemolítico**, estreptococo anaeróbico, gonococo, sífilis, tétanos, etc.); en el Grupo III se incluyen los que tienen poca sensibilidad a la tetraciclina (infecciones estafilocócicas, bacteriemias bacilares gram-negativas, meningitis, empiema, osteomielitis crónicas, etc.)

Entre los *efectos colaterales y toxicidad* mencionan las reacciones alérgicas (relativamente raras), trastornos gastrointestinales (náusea y diarrea, relativamente frecuentes), toxicidad hepática (pruebas funcionales anormales, metamorfosis grasa, especialmente al asociarse con embarazo), efectos renales (síndrome de Fanconi, diabetes insípida nefrogénica, azotemia), efectos hematológicos (anemia, neutropenia y eosinofilia), dentales (manchado, disgenesia, fluorescencia), moniliasis.

Finalmente suministra las *preparaciones comerciales y las dosis* de su administración y sus vías.

Da 50 referencias bibliográficas.

(Dr. S. R. Z.)

#### HEPATOMA: LARGA SOBREVIDA EN TUMOR DISEMINADO TRATADO CON 5-FLUOROURACIL.

RAMÍREZ, G. y col. The Amer. J. of Surg. **120**: 400, septiembre 1970

El beneficio de la cirugía se limita a los casos en que el hepatoma está localizado en uno de los lóbulos del hígado y hasta recientes años no había esperanza de cura o alivio para los casos en que el tumor tomaba todo el órgano o tenía metástasis. Informan un caso de hepatoma diseminado tratado durante 10 años con 5-fluorouracil. Fue diagnosticado mediante peritoneoscopia con biopsia dirigida y radiológicamente se comprobaron metástasis pulmonares. Se inició tratamiento con 15 mgm. por kilo de 5-fluorouracil por día y se dieron durante 5 días; nuevo examen efectuado al mes demostró mejoría del estado general, la tos había disminuido considerablemente y, por tanto se repitió el tratamiento con intervalos de un mes; hubo regresión de las lesiones pulmonares, reducción del tamaño del hígado y las pruebas de funcionamiento hepático mejoraron; 8 años después de iniciado el tratamiento fue diagnosticada una fibrilación auricular y enfermedad cardíaca arterioesclerótica; en ese tiempo desapareció la evidencia de metástasis pulmonares; continuó recibiendo el tratamiento y su última radiografía pulmonar, además de no evidenciar metástasis, demostró agrandamiento ventricular izquierdo con congestión pulmonar; el paciente murió de un ataque cardíaco, a los 10 años de haberse efectuado el diagnóstico de hepatoma multicéntrico con metástasis pulmonares. La autopsia demostró, fuera de las lesiones cardíacas, que no había evidencia microscópica de metástasis pulmonares y en el hígado no se comprobó que hubiera evidencia de carcinoma residual; sí se constataron áreas de fibrosis con calcificaciones focales.

Dan 24 referencias.

(Dr. S. R. Z.)

#### LEUCOCITOS Y NEUTROFILOS EN APENDICITIS AGUDA.

SASSO, R. D., Hanna, E. A. y Moore, D. L. The Amer. J. of Surg. **120**: 563, noviembre 1970.

Ante la falta de precisa información del significado y del número de leucocitos y neutrófilos, los autores hacen comparaciones de estos dos datos en individuos sanos y en pacientes con apendicitis aguda.

Los hallazgos en 100 sujetos sanos fueron los siguientes: el conteo de glóbulos blancos fue inferior a 5.000 por mm<sup>3</sup> en el 3%, entre 5.000 y 10.000 por mm<sup>3</sup> en el 86% y sobre 10.000 mm<sup>3</sup> en el 11%. Los neutrófilos variaron del 4 al 92% y en el 87% las personas tenían un conteo inferior a 75% de neutrófilos.

Revisaron los exámenes hematológicos de 525 pacientes con **apendicitis aguda**. Se consideraron varios factores que podrían tener influencia en el conteo de los glóbulos blancos:

- a) La *edad del paciente* no mostró variación estadística, aunque en la serie hubo poco paciente sobre los 60 años.
- b) La *duración de los síntomas* demostró una elevación progresiva del conteo, cuando se efectuaron determinaciones seriadas.
- c) el *tipo y grado de la inflamación* hizo variar este examen en la siguiente forma:
  1. los pacientes con apendicitis aguda focal (apéndices de apariencia normal con focos microscópicos diseminados de infiltrado inflamatorio) presentaron un conteo normal,
  2. en la apendicitis aguda supurativa y gangrenosa se constataron todos los grados de leucocitosis, y
  3. tendencia al aumento de la leucocitosis estuvo presente en las apendicitis perforadas.

Concluyen que la interpretación conjunta del conteo de leucocitos y de neutrófilos es más importante que la consideración aislada de cada uno de ellos y que debe correlacionarse con los hallazgos físicos del examen de los pacientes con posible apendicitis aguda. El grado de aumento refleja la severidad de la inflamación.

(Dr. S. R. Z.)

#### ERRORES CROMOSOMICOS EN HOMBRES CON CONDUCTA ANTISOCIAL.—BAKER, D. y col. J. A. M. A. 214: 869, noviembre 1970.

Un total de 876 hombres prisioneros, mentalmente enfermos o retardados fue objeto de investigación citogenética. De los 23 individuos identificados con cromosomas sexuales equivocados, siete con patrón cromosómico con 47, XYY y ocho con síndrome de Klinefelter fueron comparados. Ambos grupos mostraron alta estatura y extremidades inferiores alargadas; los hombres XYY fueron 3 pulgadas más altos que los hombres del síndrome. En contraste, a los hombres XYY los hombres del síndrome de Klinefelter uniformemente poseían testículos atrofiados y frotis bucal positivo para cromatina sexual. El acné facial, varicosidades de las piernas y desórdenes neurológicos fueron datos inconsistentes en ambos grupos. Los hombres del síndrome de Klinefelter mostraron un promedio de cociente intelectual de 80 en oposición de los hombres XYY que lo tenían de 84. Un amplio espectro de hechos criminales y psicopatología, incluyendo psicosis, fue manifiesto en ambos grupos.

(Dr. S. R. Z.)

#### COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA EN EL DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS AGUDA. CHANG, F. C The Amer. J. of Surg. 120: 57, noviembre 1970

Existiendo reservas sobre el valor de este examen en muchas instituciones el autor hace estudio en 31 pacientes que fueron admitidos con dolor en abdomen superior y en los cuales se consideró a la colecistitis aguda en el diagnóstico

diferencial. Los pacientes no tuvieron preparación previa y la prueba fue hecha en las 24 primeras horas de admisión, utilizando Cholagrafin (iodopamida metilglucamina al 52%); si las radiografías iniciales no visualizaban el sistema ductal y vesicular en la primera hora se tomaban radiografías a la 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup> horas. Estos resultados se compararon con los hallazgos quirúrgicos, autópsicos y coléscistografías orales si no se practicaba cirugía o no ocurría la muerte.

El estudio le permitió determinar la existencia de 4 patrones: 1) opacificación de la vesícula y de las vías biliares (adecuada excreción del contraste y patencia del cístico), 2) solo opacificación tardía de la vesícula, 3) solo opacificación de las vías biliares principales y 4) no visualización de la vesícula ni de las vías biliares. Los dos primeros patrones excluyen el diagnóstico de colecistitis aguda, el tercero lo asegura cuando no se visualiza al vesícula después de 4 horas de inyectado el contraste, el patrón 4 no es de ayuda en el diagnóstico.

RESULTADOS.—En el 71% de los casos se obtuvo visualización biliar (el 29% tuvo el patrón 1, el 13%, el patrón 2, el 29% el patrón 3). En los del último patrón se hizo el diagnóstico de colecistitis aguda que fue confirmado por cirugía o autopsia. En el 29% de los casos en que no se visualizaron vías biliares se comprobó que existía otra afección abdominal diferente a la colecistitis aguda pero en más de la mitad de ellos se comprobó este diagnóstico.

Suministra 5 referencias.

(Dr. S. R. Z.)

USO DE CLORURO DE TOLONIO PARA LA LOCALIZACION DE TEJIDO PARATIROTDEO.—DT GIULTO, W. y Lindenauer, M. J. A. M. A. 214: 2302, diciembre 1970.

El cloruro de tolonio (azul de toluidina O) es un colorante fenotiazínico que se concentra selectivamente en tejido paratiroideo, tejido tiroideo anormal, corazón y páncreas. Su uso en infusión en el momento de la exploración quirúrgica del cuello en casos de hiperparatiroidismo ha acortado y simplificado el procedimiento quirúrgico y, además, ha permitido identificar las glándulas paratiroides normales testantes. Trabajos preliminares con análogos del cloruro de tolonio marcados con T131 sugieren que el cloruro de tolonio puede ser usado como vehículo para la gammagrafía paratiroidea. Dan 8 referencias.

(Dr. S. R. Z.)

EVALUACIÓN CLÍNICA Y BACTERIOLOGÍA DE ANTIBIÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS SHIGELLOSIS.

Tong, M. J. y col. J. A. M. A. 21.4: 1841, diciembre 1970.

Han habido diferencias de opinión en relación con el uso de antibióticos para el tratamiento de esta enfermedad en adultos ya que ha traído como consecuencia el nacimiento de cepas resistentes a múltiples antibióticos. La terapéutica antimicrobiana se garantizaría si la duración y severidad de la shigellosis pudiera ser reducida y, más importante aún, si se pudiera eliminar completamente al portador, por razones epidemiológicas.

El resultado de su estudio fue el siguiente: Usando el trihidrato de ampicilina por vía oral se acortó considerablemente la duración de la diarrea, de los calambres abdominales y la fiebre en 30 adultos con shigellosis al ser comparado con un grupo de otros 30 que sirvieron de control.

La ampicilina efectivamente eliminó, también, las shigillas del tracto intestinal dentro de las 24-48 horas de terapéuticas, en la mayoría de los casos.

En contraste, el sulfato de kanamicina usado parenteralmente no alteró el curso clínico ni disminuyó el número de pacientes excretores de shigellas. 9 de los pacientes tratados con ampicilina y 24 del grupo control y del grupo tratado con kanamicina continuaron eliminando shigellas después de 12 días de iniciado el antibiótico.

Aunque la ampicilina acortó el curso clínico de la shigellosis, se necesita mayor estudio para determinar si se necesita más alta dosis o un curso más prolongado del antibiótico para eliminar en la convalecencia la excreción de shigellas.

Los pacientes objeto del estudio estaban en un hospital militar de Vietnam del Sur. Las dosis de ampicilina oral fueron: 1 gm. inicial y 500 mgms. cada seis horas durante 5 días.

(Dr. S. R. Z.)

#### FÍSTULAS ENTÉRICAS EXTERNAS.

KOLLMAR, G- H. The Amer. J. of Surg. 120: 620, noviembre 1970.

El autor asegura que hace el estudio porque estas fistulas tienen una alta mortalidad, una morbilidad seria y prolongada y usualmente demandan un tratamiento vigoroso.

Su estudio lo basa en 26 casos. Las fistulas aparecieron después de cirugía en 21 pacientes (muñón duodenal después de gastrectomía, dehiscencia de sutura, duodenotomía, trauma no reconocido, falla del cierre de ileostomía) y en 5 fue no operatorio (enteritis regional, ileitis no granulomatosa, perforación espontánea, perforación por arma de fuego). Su localización fue duodenal en 11, ileal en 11 y yeyunal en 4. En su etiología hubo factores contribuyentes (desnutrición, mecanismo de asa ciega en gastrectomizados). Hubo complicaciones inmediatas (absceso, hemorragia, obstrucción, peritonitis, deshidratación, trastornos electrolíticos) y remotas (neumonía, tromboembolismo). Las causas de muerte fueron choque séptico, bronconeumonía, desnutrición y sepsis en un total de 8 casos.

El manejo de este problema implica prevención, pronto reconocimiento con localización y tratamiento.

a) Enfatiza la necesidad de la *prevención* el hecho que en la serie haya habido 21 casos quirúrgicos; para reducir la incidencia de estas fistulas 1) deben colocarse suturas de tensión, 2) debe prevenirse la obstrucción del asa aferente del duodeno en la operación Billroth II, 3) si hay duda de la efectividad del cierre duodenal hay que efectuar una duodenostomía terminal o lateral con succión, 4) debe reconocerse y corregirse una circulación defectuosa y 5) la desnutrición debe corregirse antes de efectuar la anastomosis.

b) El *pronto reconocimiento* de la existencia de una fistula se basa en el apareamiento de peritonitis, inflamación de la herida, formación de absceso o existencia de exudado con contenido intestinal!. La tardanza en tal diagnóstico es responsable del progreso de la sepsis y alta mortalidad. El medio más seguro para la *localización* del origen de la fistula es la radiografía con inyección del trayecto con una solución acuosa yodada (fistulografía). Puede usarse el tránsito intestinal pero a menudo falla.

c) En lo referente a *tratamiento* la decisión inicial debe ser como controlar el problema inmediato; estos pacientes tienen grados variables y combinaciones de peritonitis, abscesos, obstrucciones, trastornos hidroelectrolíticos, anemia y maceración cutánea. Por ello aconseja el siguiente plan terapéutico:

I.—*Inmediato*: corrección del déficit hidroelectrolítico, drenaje de los posibles abscesos y control del goteo con maceración cutánea.

II.— *Urgente*: Iniciar alimentación parenteral altamente calórica, establecimiento de alimentación entérica por yeyunostomía o cateterización del asa distal y reemplazo de las pérdidas fistularias por transferencia directa.

III.— *Definitivo*: Procedimientos quirúrgicos y control de focos sépticos.

El derrame fistulario es controlado adecuadamente con bolsas de ileostomía o con la copa de Goldsmith; aconseja en segundo lugar el drenaje postural y, cuando éste falla, la inserción de un catéter en la fistula conectado a succión protegiendo la piel con medios oleosos.

Usualmente el cierre de la fistula debe ser quirúrgico. En su serie el buen suceso del cierre no operatorio fue ligeramente superior pero no estadísticamente satisfactorio.

Termina su informe haciendo consideraciones sobre tiempo de intervención quirúrgica y, finalmente, sobre la técnica quirúrgica.

(Dr. S. R. Z.)

#### MONONUCLEOSIS Y SEUDO-MONONUCLEOSIS INFECCIOSA. ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA.

CASTELLANOS, A. \V. Rev. Colomb. de Pediat. y Pueric. 25: 363, octubre 1970

El autor informa que la mononucleosis infecciosa es una infección debida a un virus con características semejantes al herpes simple y que, a su vez, es el causante de un tumor maligno llamado Linfoma de Burkitt. Da la historia de la enfermedad y manifiesta que en los Estados Unidos el agente se conoce con las siglas E. B. V. (Epstein-Barr Virus). Se pregunta ¿por qué en África en la población de color este virus produce un tumor de tipo linfosarcomatoso siempre fatal, aún después de tratamiento con los cuerpos inmunosupresores, y en otros países (blancos y negros) se presenta como una enfermedad más benigna? ¿es que se trata de un virus heterogéneo y cada tipo puede producir una enfermedad distinta?

Hay casos de mononucleosis infecciosa que cumpliendo con todos los requisitos diagnósticos no tienen *síntomas* de ninguna clase, desconociendo los factores que influyen en ésto, aunque hay evidencia de que los grupos sanguíneos pueden tener un papel preponderante. En lista por orden decreciente los síntomas más frecuentes: linfadenopatía cervical (60%), esplenomegalia (40%), astenia marcada (27%), amigdalitis aguda con o sin exudado (23%), catarro nasofaríngeo agudo (10%), febrícula prolongada por 2-3 meses (8%), fiebre elevada sin otro síntoma (14%), cefalea intensa (5%), rash morbiliforme (5%), etc.

*Hematológicamente* se constata leucocitosis (10 a 200.000 mm<sup>3</sup>), linfocitosis generalmente absoluta y presencia de virocitos en cantidad alta (células de Downey), frecuentemente mayor del 15%.

Hace resaltar la *contagiosidad* de la enfermedad por medio de la saliva.

Entre las complicaciones menciona anomalías electrocardiográficas, hepatitis, meningo-encefalitis, estomatitis aftosa, ruptura del bazo.

Las *pruebas hepáticas* se hacen anormales: fosfatasa alcalina alta (70%), la Hanger es positiva en el 80%, la bilirrubinemia se eleva en el 85%, la transaminasa oxalacética en el 40%.

Entre los *diagnósticos laboratoriales* menciona las Pruebas de Paul Bunnell, la de Davidsohn, la de Bailcy y Raffel, el Mono-test, el Mono-spot y la prueba de la inmunofluorescencia indirecta.

En cuanto a *tratamiento* divide los casos en asintomáticos y sintomáticos. Los primeros no requieren tratamiento. En los segundos hay dos maneras de pensar: a) solo recomiendan reposo físico y mental durante un tiempo variable

según la intensidad de los síntomas y b) los que aconsejan agregar a lo anterior esteroides pues alivian los síntomas y acortan la enfermedad. El autor usa Prednisona: primero y segundo día 1 mgm. por libra de peso, tercero y cuarto día 0,5 mgm. por libra de peso, quinto y sexto día 0,25 mgm. por libra de peso, séptimo y octavo día 0,125 mgm. por libra de peso; entonces descontinúa el tratamiento. Asegura que algunos pediatras emplean ACTH pero los resultados son menos evidentes; otros usan gammaglobulina pero sus resultados son discutibles.

El autor hace un resumen de esta primera parte de su trabajo: 1) La mononucleosis infecciosa en su forma activa es relativamente frecuente en Miami, Florida, E. U. A., y por cada sintomático hay muchos más asintomáticos, 2) La enfermedad tiene relación íntima con el linfoma de Burkitt, 3) Al basarse el diagnóstico en análisis laboratoriales es necesario que los técnicos estén al día en las últimas técnicas, 4) El diagnóstico diferencial debe establecerse con gran número de enfermedades (amigdalitis producida por estreptococo beta hemolítico, gingivostomatitis añosa) 5) El reposo en cama es la forma tradicional de tratamiento y el empleo de esteroides es controversial; informa en esta parte que en los E. U. A. en un 100% hay reacciones alérgicas importantes al administrar a estos pacientes Ampicilina.

Informa que el término SEUDOMONONUCLEOSIS fue creado por Vahlquist en Suecia por una epidemia de lactantes en quienes encontró linfomonocitos con células de Downey en número elevado y en quienes había síntomas y signos iguales a los que se hayan en la mononucleosis infecciosa pero en quienes la reacción del antígeno heterófilo fue negativa. Trabajos posteriores demostraron que el virus de la enfermedad con inclusión citomegálica produce en el adulto un cuadro similar a la mononucleosis infecciosa con elevadas cantidades de células atípicas linfomonocitoides y con pruebas serológicas específicas negativas. Asegura el autor que la causa más frecuente de la seudomononucleosis infecciosa es la enfermedad citomegálica con inclusión y que pocos adultos no han tenido una forma clínica o subclínica de ella ya que la enfermedad es producida por un virus muy heterogéneo. Incluye, asimismo, a la toxoplasmosis como causante de seudomononucleosis. El diagnóstico diferencial de esta última debe hacerse con la linfocitosis infecciosa aguda, la leucemia linfática, la tosferina, la listeriosis, la hipertrofia del timo, infecciones virales tales como adenovirus, infecciones subclínicas de las vías urinarias y nasofaríngeas. En lo referente a tratamiento asevera que el empleo de gammaglobulina comercial que solo contiene IgG es inefectiva y lo mismo puede decirse del uso de corticoesteroides.

Da 35 referencias bibliográficas.

(Dr. S. R. Z.)