

MONITOREO FETAL DE REPOSO EN EL PERIODO ANTE-PARTO. France Rochard, Barry S. Schifrin, Francoise Gonpil, Helene Legrand, Josette Blottiere, Claude Sureau, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 126:699, noviembre 15, 1976.

El papel del monitoreo de reposo de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) en el diagnóstico de bienestar fetal durante el período ante-parto fue estudiado en 125 pacientes de alto riesgo. Las observaciones de la FCF, variabilidad de latido a latido, y la respuesta de la FCF a los movimientos fetales (MF) y a las contracciones uterinas espontáneas (contracciones de Braxton-Hicks), durante un período de 30 minutos fueron realizadas mediante registro externo.

Se practicaron 625 pruebas entre 28 y 46 semanas de gestación. Un patrón reactivo (variabilidad mayor de 6 latidos por minuto y aceleraciones en respuesta a los MF) parece ser un indicador confiable de bienestar fetal. Todos los 51 fetos con este patrón sobrevivieron. Este grupo también tuvo la incidencia más baja de complicaciones neonatales.

Por el contrario, el grupo de fetos con patrón no reactivo (ausencia de variabilidad o aceleraciones con los MF) tuvo una mortalidad perinatal de 40%.

En 35 pacientes se encontró un patrón combinado, sin embargo, el peor resultado se observó en el grupo con más del 50% de componente no reactivo.

La presencia de bradicardia o taquicardia aisladas no pueden considerarse como signo confiable de sufrimiento fetal antes del trabajo de parto.

ANTIGENO AUSTRALIANO: REVISION DE SU IMPORTANCIA EN LA PRACTICA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. Richard R. Babb. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 126:602, noviembre 1, 1976.

El gineco-obstetra debe tener un conocimiento preciso de la determinación serológica del antígeno a hepatitis tipo B.

Cuando es positiva significa ya que el individuo es un portador asintomático o puede señalar la presencia de hepatitis sérica subclínica o evidente sintomática.

Los pacientes o el personal hospitalario con antígeno australiano positivo son potencialmente transmisores y deben tomarse las precauciones apropiadas. Los cirujanos se encuentran en riesgo elevado de contraer hepatitis B y si se exponen deben recibir gammaglobulina. Los niños nacidos de madres con antígeno australiano positivo pueden tener el mismo antígeno en su sangre y hasta desarrollar hepatitis crónica.

ESTERILIDAD DEBIDA A HIPERPROLACTINEMIA Y SU TRATAMIENTO CON ERGO-CRIPTINA. Elías Canales, Gerardo Frosbach, Jorge Soria y Arturo Zárate. Fertility and Sterility 27:1335, noviembre 1976.

La medición de Prolactina en sangre ha sido de interés especial en el diagnóstico

de trastornos hipófiso-hipotalámicos. Ha sido reportada hiperprolactinemia sin galactorrea en pacientes con adenomas cromófobos o tumores supraselares. También, en pacientes amenorreicas estériles que no han respondido a clomifeno con niveles elevados de prolactina, la administración de bromoergocriptina es seguida por ciclos ovulatorios en estas pacientes.

Se presentan 33 casos de hiperprolactinemia sin galactorrea en pacientes estériles con amenorrea secundaria; todas estas pacientes no habían respondido a clomifeno, no tenían hirsutismo ni ovarios poliquísticos, ni trastornos anatómicos de silla turca, así como función tiroidea y adrenal normal. Todos los casos eran progesterona positivos.

Se administró bromoergocriptina entre 14 y 40 días a la dosis de 1,25 mg. VO,BID. En 26 casos hubo sangramiento menstrual, ovulación documentada en 20 y embarazos en 20 pacientes; no hubo efectos secundarios.

Estos hallazgos sugieren que deben determinarse los niveles de prolactina en algunas mujeres con amenorrea e infertilidad, que pudieran ser susceptibles de tratamiento con bromoergocriptina.

ACLARATORIA

En el Nº 56, Volumen XVI de enero de 1977, de la Revista Centro Médico, el artículo sobre: QUIMIOTERAPIA EN LOS TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL publicado en dicho número, aparecen 2 autores: Dres. Israel Montes de Oca y Rafael Castillo. Por omisión involuntaria de uno de ellos (I M) no se incluyó el nombre de un tercer autor que es el Dr. Saúl Krivoy; quien originalmente colaboró en la elaboración de dicho trabajo. Sirva esta nota para pedir excusas al Dr. Saúl Krivoy por tal omisión.

Dr. Israel Montes de Oca.

Pdte. Sociedad Médica

EPIDEMIA DE SARAMPION ENTRE ADOLESCENTES: L. B. Weiner, R. M. Corwin, P. L. Nieburg, H. A. Feldman. *J. of Pediatrics* 90:17-20 Enero 1977.

Se les diagnosticó Sarampión a 147 adolescentes en edades comprendidas entre 12 y 19 años por un médico o enfermera de colegio durante Mayo 1975. Un liceo de 1.122 estudiantes aportó 131 casos de los 147 enfermos.

54 casos fueron inmunizados previamente. 19 de los 54 (35%) recibieron vacuna con virus vivo sin inmunoglobulina antisarampionosa después de 1 año de edad. El resto de 35 pacientes recibieron: Vacuna de virus muerto (1 caso), virus muerto más virus vivo (4 casos), virus vivo más inmunoglobulina sarampionosa (4 casos), virus vivo antes de 1 año de edad (4 casos), virus vivo e inmunoglobulina interrogado (4 casos), inmunoglobulina solamente por haber tenido contacto (6 casos), no vacunados pero historia previa de haber padecido Sarampión (9 casos), historia de enfermedad previa no exacta (3 casos). No se identificaron casos secundarios en las familias de los afectados.

Esta Epidemia de Sarampión entre adolescentes previamente vacunados aparentemente nos hace interrogar seriamente acerca de la duración de la protección de la Enfermedad.

VASOESPASMO CORONARIO EN ANGINA PECTORIS: A. Maseri, A. Pesola, M. Marzilli y Col. *The Lancet* 1:713-717. Abril 2, 1977.

Angiografía Coronaria fue practicada durante 34 episodios de Angina en 30 pacientes admitidos por Angina recurrente en reposo a 19 (17 con elevación de segmento S-T y 2 con depresión del segmento S-T) se les practicó Angiogramas durante ataques espontáneos y 11 (9 con elevación del segmento y 2 con depresión) durante ataque inducido por inyección IV de Maleato de Ergonovina.

Los angiogramas de control mostraron obstrucción Arterioesclerótica variable, desde vasos normales hasta enfermedad de 3 vasos severa.

Durante el ataque de Angina todos los pacientes con elevación del segmento S-T mostraron Vasoespasmo localizado a uno de los mayores vasos, con frecuencia resultando en oclusión.

Ataques con depresión del Segmento se vieron solamente en pacientes con enfermedad de doble o triple vaso y en estos los vasoespasmos generalmente afectaron las ramas coronarias sin causar oclusión completa.

En conclusión demostramos que en aquellos casos de Angina Pectoris, adecuadamente investigados, el Vasoespasmo Coronario parece ser bastante común.

SIGNIFICADO FISIOPATOLOGICO DE LA POLICITEMIA DE "STRESS" O - RELATIVA EN HIPERTENSION ESENCIAL: S. G. Chrysant, E. D. Frohlieh y col. *Amer. J. of Cardiology* 37: 1069 - 1072. Junio 1976.

14 pacientes con Hipertensión esencial (T_4 167 ± 2 sobre 106 ± 2 mmHg) fueron estudiados prospectivamente para determinar la correlación fisiopatológica con la presencia de Policitemia relativa o de "Stress". Todos los pacientes tenían un hematocrito de $53 \pm 0,4$ Vol, %, un volumen plasmático contraído en

16,2 ± 0,4 ml/cm altura y valores normales para masa roja celular y niveles plasmáticos de Eritropoietina. La viscosidad de la sangre y plasma estaba aumentada y los niveles de Renina plasmática en posición supina durante el reposo fue de 1.8 ± 0,3 ng/ml por hora. Todos los pacientes fueron tratados con Metildopa para lograr una Presión Arterial normal y las determinaciones previas fueron repetidas después de 1 a 4 semanas de tratamiento. La reducción de la TA se asoció con una expansión significativa del volumen plasmático ($P < 0,001$) y los descensos en hematocrito, viscosidad y niveles de renina fueron también significativos ($P < 0,001$). La masa celular roja y los niveles de Eritropoietina se mantuvieron sin modificación.

Por lo consiguiente la llamada Policitemia por "Stress" es una manifestación Fisiopatológica de la enfermedad hipertensiva en la cual las alteraciones hemodinámicas y reológicas son reversibles con tratamiento antihipertensivo.

Los resultados son significativos conociendo la alta prevalencia de complicaciones Cardiovasculares asociadas a la Policitemia de "Stress" y a la Hipertensión esencial con renina elevada.

EXPERIENCIA CONTINUADA CON LOS PUENTES PERITONEO-VENOSOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ASCITIS.- Levine H. H.; Whapnitt, S.; Grossber, S.; Kiney M. J. Ann. Surg. 184:574, 1976.

Ascitis es un problema clínico muy difícil de tratar, puesto que ya sea utilizando anastomosis porto-sistémicas o tratamiento médico, los resultados no son satisfactorios. Se han intentado diversos métodos para comunicar la cavidad peritoneal con el sistema venoso y permitir la re-absorción de la ascitis. La técnica presentada en este trabajo consiste en la colocación de una válvula especial y un tubo de silicón que termina en la vena cava superior; la válvula es sensible al aumento de presión producido por los movimientos diafragmáticos durante la inspiración. La diferencia de presión (mayor de 5 cms. de agua) abre la válvula e impulsa el líquido hasta la vena cava superior. Este sistema impide totalmente la entrada de sangre al sistema de tubos lo cual evita la formación de coágulos.

El trabajo incluye 278 casos de los cuales 277 tenían cirrosis alcohólica, 8 cirrosis post-necrótica, 18 cirrosis maligna y el resto otras causas de ascitis (incluyendo 5 casos de ascitis secundaria a insuficiencia renal). Ocurrieron 7 muertes: 2 por septicemia en pacientes que tenían peritonitis franca y 5 casos en que la anastomosis se practicó en pacientes con niveles muy elevados de bilirrubina y que respondieron adecuadamente, pero sucumbieron por insuficiencia hepática casi inmediatamente. Los autores hacen énfasis en que este sistema no es recomendable en pacientes con várices esofágicas sangrantes, a menos que primero se haya decomprimido el sistema portal con una anastomosis porto-sistémica.

En todos los demás pacientes los resultados fueron excelentes observándose reducción marcada del peso corporal, de la circunferencia abdominal y aumento inmediato del flujo urinario al re-absorverse la ascitis.

RECONSTRUCCION DE LA MAMA COMO PROCEDIMIENTO PRIMARIO O SECUNDARIO DESPUES DE UNA MASTECTOMIA POR CARCINOMA.- Whatt G. T. British of Surg., 63:823, 1976.

El autor reporta sus resultados con más de 200 casos de carcinoma de la glándula mamaria tratados en los últimos 8 años y en los cuales se llevaron a cabo procedimientos de reemplazo cosmético de la glándula extirpada. El autor hace énfasis en que ante cualquier duda en relación con la curabilidad de la lesión, la reconstrucción debe ser propuesta para una segunda intervención.

Es necesario especial cuidado con: técnica aséptica, hemostasia y diseño de las incisiones, preservando cuidadosamente la irrigación arterial de los colgajos.

En la serie presentada, más de la mitad fueron reconstrucciones en dos tiempos. La presencia de la prótesis no impide la utilización de radioterapia: 7 pacientes con recidiva local fueron irradiados sin que fuera necesario remover la prótesis y otros 5 han sido reintervenidos por recidiva local. El trabajo no define el período de observación para cada caso pero reporta cero mortalidad en los 200 casos tratados en los últimos 7 años.

EFECTOS DE LA INFUSION DE PENTAGASTRINA SOBRE LA MANOMETRIA GASTROESOFAGICA Y EL ESTADO DE REFLUJO ANTES Y DESPUES DE UNA ESOFAGOGASTRECTOMIA.- Moosa A. R.; Halth, W.; Good R. A.; B. Cooley G. R.; Esquiner D. B. Am. Journal of Surg. 133:23. 1977.

Es bien conocido el hecho de que, ni en el hombre ni en los primates, existe una estructura anatómica que corresponda al esfínter esofágico inferior y sin embargo en esa zona hay un esfínter funcional detectable con mediciones manométricas y que este esfínter es sensible a las inyecciones de Pentagastrina.

Mediciones de presión en ocho monos Rhesus detectaron la zona de alta presión, determinándose la existencia o no de reflujo y la respuesta a una infusión continua de Pentagastrina. A estos monos se les practicó una esófago-gastrectomía utilizando para la reconstrucción la curvatura menor del estómago con una anastomosis término-terminal por encima del diafragma.

La manometría inicial reveló una presión en la zona del esfínter esofágico inferior de alrededor de 8 mms. de agua, 5 monos sin reflujo y 3 con reflujo; en todos se observó incremento rápido de la presión del esfínter esofágico luego de la estimulación con Pentagastrina.

En la medición post-operatoria de los cinco monos que no tenían reflujo, se observó un incremento discreto de la presión basal y esta zona de alta presión apareció dentro de la zona del tubo gástrico, cualitativamente la única diferencia observada entre los estados pre y post-operatorio fue una reducción de la relajación durante la deglución. La respuesta a Pentagastrina fue similar a la notada pre-operatoriamente. Tampoco cambió el estatus de reflujo del animal.

Se puede formular entonces una hipótesis que explique estos hallazgos: Toda la musculatura gastrointestinal superior responde de la misma manera a los mismos estímulos, pero en diferentes áreas pueden haber diferencias tanto cualitativas como cuantitativas. Si el esófago es reemplazado por un delgado tubo de estómago, se observará una diferencia pequeña, desde el punto de vista cualitativo, en la respuesta a la deglución y a la estimulación química, pero no se observa una diferencia estadísticamente significativa en la respuesta absoluta y funcionalmente no hay ningún cambio. Todos los animales comieron normalmente, ganaron peso y exhibieron un estado de reflujo estable.

Los autores reportan que el reemplazo del esófago distal por un tubo delgado construido con estómago resulta en el desarrollo de un esfínter fisiológico dentro del segmento reemplazado y esta zona de alta presión es indistinguible de la que se demuestra en el estómago distal normal en relación a presión-respuesta máxima a la Pentagastrina y habilidad para prevenir el reflujo gastro-esofágico y por lo tanto concluyen que esta característica es una propiedad de todo el tracto gastrointestinal superior, siendo el esófago el órgano mejor adaptado para esta función.