

BOLETIN BIBLIOGRAFICO

MEDICINA GENERAL

Dr. Jorge Murillo

ARRITMIAS CARDIACAS EN PACIENTES CON ACCIDENTES CEREBROVASCULARES.- J. Ronald Mikolich, MD et al., Georgia, Atlanta.

50% de los pacientes con accidentes cerebrovasculares presentaron contracciones ventriculares ectópicas comparados con 15% de pacientes controles. Las arritmias serias se observaron especialmente en aquellos con el accidente vascular en la circulación cerebral anterior.

JAMA, 246: 1314-1317, 1981.

HIPOTENSION ORTOSTATICA: UNA CAUSA FRECUENTE POCO CONOCIDA DE SINTOMAS EN PACIENTES CON PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL.- Alvani, D. Santos, MD et. Rochester, New York.

La hipotensión ortostática es un mecanismo poco identificado como responsable de síncope, mareos o sensación de cabeza liviana en pacientes con prolapsos de la válvula mitral. Esto se demostró al estudiar 85 pacientes con este diagnóstico encontrándose 12 de ellos con clara caída de la tensión arterial al cambiar de la posición supina a la erecta.

La sintomatología y la hipotensión se corrigió en 7 pacientes al ser tratados con beta - bloqueadores.

AM. J. MEDICINE 71: 746-750, 1981.

LEUCOCITOSIS INDUCIDA POR PREDNISONA.- Y. Shoenfeld, MD. et al., Petah Tikva, Israel.

La respuesta de los globulos blancos a la prednisona se estudio en 80 pacientes. La leucocitosis puede aparecer tan temprano como 5 horas posterior a la administración de los corticoesteroides, generalmente persiste por dos semanas y luego disminuye. Hubo gran variación individual con iguales dosis de prednisona. Los contejes pueden subir hasta 20.000 células/milímetro cúbico con pequeñas dosis de prednisona. La leucocitosis fue predominante de polimorfonucleares con eosinopenia, linfopenia.

Las desviaciones a la izquierda de más de 6 cayados con granulaciones tóxicas son raramente inducidas por esteroides y deben mantener alerta al médico para la búsqueda de otras causas tales como infección.

AM. J. MEDICINE 71: 773-778, 1981.

ENFERMEDAD PERICARDICA EN PACIENTES CON CANCER.- Marshal R. Posner, MD et. al., Boston Massachusetts.

Treinta y un pacientes con diferentes enfermedades malignas desarrollaron enfermedad pericárdica.

El 58% de los pacientes presentaron tumor invadiendo pericardio, siendo el edema facial, las arritmias cardíacas y el tamponamiento cardíaco las manifestaciones más frecuentes. 32 por ciento de los pacientes presentaron pericarditis idiopática con fiebre, frote pericárdico y mejoría con drogas antiinflamatorias no esteroideas. El resto de los pacientes (10%) presentaron pericarditis constrictiva con derrame como manifestación de pericarditis por radiación. La pericardiocentesis fue diagnóstica en 85% de los pacientes con invasión maligna al pericardio, el 15% requirió biopsia pericárdica. La evaluación sistemática de los pacientes con enfermedad pericárdica y cáncer es beneficiosa ya que el tratamiento varía de acuerdo a la etiología al igual que el pronóstico.

AM. J. MEDICINE 71: 407-413, 1981.

A N E S T E S I O L O G I A

Dr. Jesús R. Molinos Palacios

CONCEPTOS ACTUALES EN EL MANEJO ANESTESICO DE PACIENTES AMBULATORIOS.- Burton S. Epstein. MD. George Washington. Univ. Medical Center. Annual Refresher Course Lectures. 1981. A.S.A. New Orleans.

Título en Inglés. Current Concepts in the management of out patient anesthesia. Las unidades para la Cirugía Ambulatoria se han desarrollado primariamente para reducir el costo de la atención médica, para incrementar la disponibilidad de camas y para ofrecer al paciente el mismo cuidado que se le ofrece al hospitalizado sin los inconvenientes y riesgos potenciales (disrupción de la unidad familiar, infecciones cruzadas etc). Los casos deben ser seleccionados y los procedimientos operatorios estar entre los 15-90 minutos. El manejo anestésico es menos crucial que la selección del paciente y del acto operatorio. El período de recuperación es el más importante, por lo pronto la presunción de complicaciones deben tenerse en cuenta. Los pacientes que sufren de náuseas o vómitos y los que no se alivian con analgésicos orales no son candidatos ideales. Los exámenes de laboratorio básicos y algunos especializados varían de acuerdo a los hospitales y a las condiciones del paciente. A este hay que entregarle instrucciones escritas acerca del pre-operatorio, admisión y período de recuperación. Hay que enfatizar en lo siguiente: Antes de la Cirugía 1) No ingerir nada después de la media noche 2) avisar al Cirujano acerca de algún cambio en su condición física (resfriado, fiebre, etc.). Después de la Cirugía: 1) acompañarse de un adulto responsable 2) No tomar alcohol, ni ninguna medicación que no sea conocida por el Cirujano o el Anestesiólogo 3) no conducir vehículos, ni operar maquinaria compleja en 24 horas, ni tomar decisiones hasta que esté recuperado. Estas instrucciones deben ser firmadas por el paciente, ya que en algunos casos los pacientes argumentaron que no podían hablar, o no entendieron, olvidaron las instrucciones o simplemente desobedecieron las órdenes.

ANESTESIA.- La premedicación debe ser mínima: la atropina es usada con menos frecuencia salvo en la Cirugía de los músculos oculares o endoscopias o antes de la inyección de Ketamina o una segunda inyección de succinilcolina. Las dosis pequeñas de Droperidol (0.01-0.07 mg K/p) son útiles en la reducción del vómito post-operatorio. El Diazepán se asocia con amnesia y después del despertar, queda un estado de sedación; esto es indeseable en un paciente ambulatorio, pero puede ser útil en minimizar el recuerdo durante la anestesia superficial y balanceada empleada en las laparoscopias. Debe usarse 15 minutos antes de la anestesia, por vía IV, y una dosis no mayor de 0.15 mg K/gp.

Los narcóticos retardan la recuperación. Los efectos residuales de 75 mgs de Meperidina se han notado hasta 12 hs. después. Un estudio demostró que la Pentazocina-Atropina produjo una inducción quieta sin recuperación prolongada.

Cuando se pueda, la anestesia local es preferible. Todos los bloqueos son considerados; sin embargo la anestesia espinal no se usa en muchos centros debido a la hipotensión postural prolongada secundaria al bloqueo simpático; lo cual es un riesgo mayor que el dolor de cabeza.

La anestesia regional endovenosa y el bloque perineal por infiltración están indicados por sus pocas complicaciones.

La anestesia general es preferida en muchos sitios. Algunos anestesiólogos administran un antiácido oral a pacientes ambulatorios a los que se le va a practicar anestesia general debido a que se han reportado altos volúmenes de ácido fuerte estomacal en pacientes ambulatorios, mucho mayor que en los hospitalizados. La intubación endotraqueal se hace frecuentemente y debe hacerse cuando esté indicada. Para evitar la recuperación prolongada usar en dosis pequeñas el pentotal, ya que la dificultad para manejar puede durar hasta ocho horas. Es indeseable el uso de la Ketamina por su recuperación prolongada, la necesidad de un ambiente tranquilo y la posibilidad de alucinaciones.

Los agentes inhalatorios asociados con una rápida inducción y recuperación con mínimo de vómitos son el óxido nitroso, enflurano y Halotano, aunque este último ha sido limitado en algunas clínicas por el temor de inducir hipersensibilidad hepática. Esta complicación es menor en niños prepuberales. El enflurano en niños produce mayor excitación, apnea y mayor agitación e intranquilidad durante la recuperación que la producida por el Halotano.

En resumen, la combinación de Tiopental, óxido nitroso y dosis pequeñas de Fentanyl, parece ser una alternativa apropiada para añadirla a un agente volátil, ya que se reduce la necesidad de barbiturato y produce un cuso anestésico suave y durante la recuperación inmediata el paciente tiene menos dolor, reduciendo la necesidad de analgésicos. En el SURGICENTER (R) de Phoenix, Arizona, se ha usado extensamente la técnica llamada PARAMALGESIA que produce analgesia, amnesia y parálisis. El alta del cuarto de Recuperación es basado en la "street fitness" o sea la habilidad de dejar el Hospital acompañado de un adulto. La conciencia, el comportamiento racional, la ambulación no implican una recuperación completa. Pacientes que aparentan estar bien despiertos pueden caer dormidos si la droga reaparece en la circulación desde su sitio de almacenamiento. Los tests empleados clínicamente para evaluar la recuperación no son confiables y difíciles de cuantificar; mientras que el equipo de laboratorio es voluminoso

CIRUGIA GENERAL

Dr. Armando Martín Vegas

En la presente revisión, publicaremos los resúmenes de 3 artículos sobre el Pronóstico del Melanoma, proveniente del Grupo Cooperativo de la clínica de Melanoma de los Servicios de Dermatología y Cirugía del Hospital General de Massachusetts y la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard en Boston y de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York, aparecidos en *Annals of Surgery* (Enero 1982 Vol 195 No. 1), por considerarlos de gran interés para la comunidad Médica de nuestro Hospital.

Los autores de estos trabajos son: T. B. Fitzpatrick, M.D., PhD, A. J. Sabor, M.D., A. B. Cosimi, M.D., C. L. Day, M.D., A. R. Rodhes, M.D., R. A. Lew, PhD, J. Kaiser, M.D., R. A. Malt, M.D., M. C. Mihm, Jr., M.D., B. Pearson, M.S: J. Raker, M.D., and W. Wood, M.D., por el Hospital General de Massachusetts y A. W. Kopf, M.D., A. B. Ackerman, M.D., D. Backer, M.D., R. S. Bart, M.D. R. H. Blum, M.D., Mr. J. Brawn, J. C. Bytryn, M.D., P. Casson, M.D., J. Cooper, M.D., N. Dubin, PhD., R. J. Friedman, M.D., F. M. Golomb, M.D., W. R. Grier, M.D., S. R. Gumpert, M.D., M. N. Harris, P. Hennessey, M.D., M. Levin, M.D., G. Lipkin, M.D., M. Mintzis, M.D., Ms. M. Moseson, F. M. Muggia, M.D., B. S. Pasternack, PhD., A. Postel, M.D., A. Ragaz, M.D., Ms. Z. Scheiner, F. Valentine, M.D., Mr. F. Viau, y Mrs. G. Richards, por la Universidad de Nueva York.

1) FACTORES PRONOSTICOS PARA EL MELANOMA EN PACIENTES CON LESIONES ENTRE 0,76-1,69 mm DE ESPESOR.

Los autores estudiaron 14 variables para determinar su utilidad pronóstica, en 203 pacientes con melanoma estadio I y tumores primarios de 0,76-1,69 mm de espesor. Solo 2 variables, localización del tumor primario y el nivel de invasión, fueron útiles para predecir muerte por melanoma en estos pacientes. De las 12 muertes por melanoma, 11 ocurrieron en pacientes con tumores localizados en la región superior de la espalda, región posterior de brazo, cuello, y cuero cabelludo = (BANS). Solamente ha habido 1 muerte por melanoma en 136 pacientes con melanoma localizado en otras regiones (11/67 vs 1/136 $p < 0,001$ Fisher's Exact Test). De los 67 pacientes con BANS, 51 tenían lesiones nivel II o nivel III y cinco (10%) murieron por melama. Comparando estos con 6 muertes por melanoma en 16 pacientes (37,5%) con lesiones BANS nivel IV (5/51 vs 6/16), es estadísticamente significativo, $p = 0,01$.

La incidencia relativamente alta, tanto de metástasis a ganglios regionales como de muertes por melanoma en el grupo BANS, amerita un estudio sobre la posible eficacia de la disección electiva de ganglios linfáticos regionales en estos pacientes.

II) FACTORES PRONOSTICOS PARA PACIENTES CON MELANOMA ESTADIO I DE ESPESOR INTERMEDIO (1,51-3,99 mm).

Catorce variables fueron estudiadas con la finalidad de determinar su habilidad para predecir metástasis viserales u óseas en 177 pacientes con estadio I de espesor intermedio (1,51-3,99 mm). Se utilizó el análisis multivariado de Cox, obteniéndose la combinación de 4 variables que predijeron mejor la aparición de metástasis viserales u óseas en estos pacientes: 1) mitosis $> 6 \text{ mm}^2$ ($p=0,0007$), 2) Localizaciones otras que en el antebrazo o piernas ($p=0,009$), 3) Ulceraciones $> 3 \text{ mm}$ de diámetro ($p=0,004$) y 4) Lesiones satélites microscópicas ($p=0,05$). El modelo pronóstico global Chi Square fue 32,40 con 4° de libertad ($p < 10^{-5}$). Combinaciones de estas variables fueron utilizadas para separar estos pacientes entre por lo menos 2 grupos de riesgo. Los pacientes de alto riesgo tuvieron un chance mayor del 35% de desarrollar metástasis viserales en 5 años, mientras que el grupo de bajo riesgo tuvo un chance mayor del 85% de encontrarse libre de enfermedad a los 5 años. El criterio para determinar el grupo de alto riesgo fue el siguiente: 1) Mitosis $> 6 \text{ mm}^2$ en por lo menos un área del tumor, independientemente de la localización del primario o 2) Un melanoma localizado en un área distinta del antebrazo o pierna y evidencia histológica en el tumor primario de ulceración $> 3 \text{ mm}$ de diámetro o lesiones microscópicas satélites.

El grupo de bajo riesgo fue definido por 1) Mitosis $< 6 \text{ mm}^2$ y localizado en la pierna o el antebrazo, o 2) Mitosis $< 6 \text{ mm}^2$ y la ausencia en secciones histológicas del tumor primario de lesiones satélites microscópicas y ulceraciones $>$ de 3 mm de diámetro. El número de pacientes de esta serie en los que no se practicó disección electiva de ganglios regionales ($N=47$) fue probablemente demasiado pequeño para detectar algún beneficio por este procedimiento. Se determinó basándose en la rata de sobrevida en este y otros estudios, que serán necesarios aproximadamente 1.500 pacientes con melanoma estadio I de espesor intermedio en cada brazo, de una serie clínica al azar, para detectar aumentos en la rata de sobrevida relacionados con la disección electiva de ganglios regionales.

III) ANALISIS MULTIVARIADO DE LOS FACTORES PRONOSTICOS PARA PACIENTES CON MELANOMA DE ESPESOR $> 3,65 \text{ mm}$.

Catorce factores pronósticos fueron examinados en 79 pacientes con melanoma estadio I $> 3,65 \text{ mm}$ de espesor. Todos los pacientes con melanoma en las manos o los pies murieron por melanoma. Análisis multivariado de los 70 pacientes restantes demostró que la combinación de las siguientes 4 variables predijo mejor la aparición de metástasis viserales u óseas: 1) Respuesta linfocitaria mínima o casi ausente en la base del tumor, 2) Tipo histológico que no

sea el melanoma superficial diseminante, 3) Localización en el tronco, y 4) Ganglios positivos o ausencia de disección inicial de ganglios. Ulceraciones o diámetros de las ulceraciones no fueron útiles en predecir el pronóstico, por sí solas o en combinación con otras variables. Pacientes con ganglios negativos y tumores primarios en el tronco, manos, y pies no tienen mejor pronóstico que aquellos pacientes con ganglios positivos y primarios en esas localizaciones. Por el contrario, ninguno de los 16 pacientes ganglios negativos y melanomas en las extremidades (excluyendo las manos y los pies) o la cabeza y el cuello, desarrolló metástasis viserales u óseas, con una supervivencia a los 5 años libre de enfermedad del 100%.

O B S T E T R I C I A

Dr. Saúl Kizer

INCIDENCIA DE ANOMALIAS CROMOSOMICAS DE ACUERDO A DIFERENTES EDADES MATERNAS.- Hook, E. B. *Obstet. Gynecol.* 58:282, 1981.

Se hacen estimados de las incidencias de las anomalías citogenéticas clínicamente significativas en recién nacidos vivos de acuerdo con la edad materna a intervalo de 1 año y entre 15 a 49 años. El síndrome de Dow resultó la anomalía citogenética clínicamente significativa más prevalente, además las incidencias de otras anomalías asociadas con otros problemas citogenéticos también se incrementan con la edad materna y contribuye significativamente con la incidencia total de las mujeres con mayor edad. La incidencia estimada de todas las anomalías citogenéticas clínicamente significativas se incrementa de 2 por 1000 (1 por 500) en las edades maternas más jóvenes hasta 2,6 por 1000 (1 por 270) a la edad de 30; 5,6 por 1000 (1 por 180) a la edad de 35; 15,8 por 1000 (1 por 60) a la edad de 40 y 53,7 por 1000 (1 por 20) a la edad de 45.

CONTRACEPTIVOS ORALES Y ENFERMEDAD TROFOBLASTICA POSTMOLAR.- Berkowitz, R.; Goldstein, D. P.; Marean, A. R.; Bernstein, M. *Obstet. Gynec.* 58: 474, 1981.

Cien pacientes, tratadas por mola en el Centro de Enfermedades Trofoblásticas de New England, fueron seleccionadas al azar para determinar si el método contraceptivo usado después de la evacuación de la mola influencia la incidencia de enfermedad trofoblástica postmolar. Después de la evacuación 58 (58%) pacientes usaron contraceptivos orales y 42 (42%) usaron métodos de barrera (crema, condón, y/o diafragma). Se desarrolló enfermedad trofoblástica postmola en 11 (18,9%) pacientes que usaron contraceptivos orales y en 6 (14,3%) que usaron métodos de barrera ($P > 0,10$). La gonadotrofina coriónica humana se hizo negativa a las 7 semanas en las pacientes que usaron contraceptivos orales y 7,2 semanas en las que usaron métodos de barrera. Los contraceptivos orales parecen no incrementar el riesgo de tumores trofoblásticos postmola y en consecuencia pueden ser indicados después de la evacuación de la mola durante todo el tiempo en el cual se chequee la gonadotrofina.