

## BOLETIN BIBLIOGRAFICO

### MEDICINA

Dr. Armando Pérez-Monteverde S.

TRASMISION DE CATARRO POR RINOVIRUS DE MANO A MANO. J. M. Gwaltney Jr., P. B. Moskalski, J. O. Hendley. *Annals of Int. Med.* 88:463-467, 1978.

Se transmitieron Rinovirus de voluntarios (donantes) infectados experimentalmente a recipientes susceptibles y se comparó la eficiencia de contagio por contacto de mano a mano con el contagio por partículas grandes y pequeñas. La transmisión de la infección fue muy efectiva por la ruta de la mano: 11 de 11 exposiciones a contacto de mano iniciaron infección comparado con 1 de 12 contactos con partículas aerosoles grandes ( $P < 0,005$ ) y ninguna de 10 exposiciones a partículas aerosoles pequeñas ( $P < 0,005$ ).

Se aislaron Rinovirus en 9 de 18 (50%) exudados nasales, 28 de 43 (65%) lavados de manos y 7 de 18 (39%) muestras de saliva de donantes.

Estos hallazgos mantienen el concepto de que el contacto con la mano y la auto-inoculación puede ser una importante ruta natural de transmisión para los Rinovirus.

BYPASS YEYUNOILEAL PARA OBESIDAD MORBIDA. J. D. Halverson, L. Wise, M. F. Wazna, W. F. Ballinger. *Amer. J. of Med.* 64:461-475. Marzo 1978.

101 pacientes con obesidad mórbida fueron escogidos cuidadosamente para bypass yeyunoileal y fueron controlados muy de cerca por un período medio de 32 meses. Aunque no hubo muertes operatorias, 3% de los pacientes murieron en el post-operatorio de insuficiencia hepática o sus complicaciones. Un cuarto paciente murió de embolismo pulmonar después de ser reoperado y un quinto paciente murió caquéctico con diarrea severa después de pérdida excesiva de peso.

19% de los pacientes necesitaron restitución de la continuidad intestinal (Reversión) la mayoría ya sea por insuficiencia hepática o trastornos hidroelectrolíticos tardíos. Todos menos dos sobrevivieron la reversión y se encuentran en buenas condiciones a pesar de aumento masivo de peso.

58% de los pacientes tuvieron complicaciones mayores necesitando reoperación mayor (Reversión, Colectomía o reoperación de eventración) o problemas potencialmente críticos (insuficiencia hepática, Fibrosis hepática o Calculos urinarios).

Como ha sido descrito en otras series, se vieron trastornos electrolíticos y de vitaminas, la hipovitaminosis D ocurrió en varios pacientes pero con mejoría en la mayoría de los pacientes.

Debido a la alta rata de complicaciones y reversiones nosotros creemos que el Bypass yeyunoileal debe ser reservado para pacientes con obesidad mórbida en los cuales sus vidas estén en peligro inminente por la obesidad o sus secuelas.

DETECCION DE CANCER PROSTATICO POR RADIO INMUNOANALISIS EN FASE SOLIDA DE FOSFATASA ACIDA PROSTTICA EN SUERO. A. G. Foti, F. Cooper, H. Herschman, R. R. Malvaez. New Eng. J. of Med. 297:1357-1361, 1977.

Comparamos nuestro Radioinmunoanálisis con el método enzimático Standart para fosfatasa ácida prostática en el diagnóstico de CA prostático. Se estudiaron por ambos métodos los Sueros de 50 controles, 113 pacientes con CA prostático, 36 con hiperplasia prostática benigna, 83 con otros cánceres, 20 con desordenes gastrointestinales y 28 con prostatectomías totales. Cuando se estableció el límite superior de lo normal en 8.0 nonogramos por mililitro ((media± 4DS.) el radioinmunoanálisis diagnosticó CA prostático en 33,79,71 y 92% de pacientes con estadios I, II, III, y IV de la enfermedad.

En contraste, el método enzimático detectó elevaciones de la enzima en el suero de 12, 15, 29 y 60% respectivamente. No se detectaron resultados falsos positivos por ninguno de los dos métodos en controles normales pero el Radioinmunoanálisis fue positivo en 2 pacientes con hiperplasia benigna, en un paciente después de prostatectomía total, en 9 pacientes con otros cánceres y en uno del grupo con desordenes gastrointestinales.

En contraste al método enzimático, el Radioinmunoanálisis distinguió sobre la mitad de los casos con CA prostático intracapsular.

ALIVIO DEL PRURITO UREMICO CON FOTOTERAPIA ULTRAVIOLETA. B. A. Gilchrest, J. V. Rowe, R. S. Brown, T. I. Steinman, K. A. Arndt. N: Engl: J: Med: 297:136-138,1977

Estudiamos el efecto de la Fototerapia Ultravioleta en 18 pacientes adultos en hemodialisis con prurito severo persistente. Los pacientes fueron asignados a una de dos fuentes luminosas. El grupo experimental recibió luz solar convencional en dosis crecientes. El grupo control recibió exposiciones similares en tiempo e intensidad, de luz ultravioleta de onda larga. Todos los pacientes recibieron 8 exposiciones a toda la superficie de la piel durante 4 semanas. 9 de 10 pacientes en el grupo que recibió luz solar, reportaron gran disminución del prurito en oposición a 2 de 8 en el grupo placebo ( $P < 0.01$ ). De aquellos que respondieron a la luz de espectro solar, la mejoría ocurrió entre la 2ª y 3ª semanas de tratamiento. El único efecto secundario fue quemadura suave de sol. La respuesta a Fototerapia no se afectó por la presencia de Hiperparatiroidismo secundario.

La Fototerapia Ultravioleta es un tratamiento seguro, conveniente, económico y eficaz del prurito Urémico.

UNA NUEVA TECNICA DE PROTESIS INTERNA PARA LA INTUBACION NO QUIRURGICA DE LAS VIAS BILIARES EN ICTERICIA OBSTRUCTIVA DE ORIGEN MALIGNO. Fleming Burchart, M.D. S. G. O. 146: 76, Enero 1978.

Todas las técnicas existentes hasta ahora para conseguir la intubación de las vías biliares en caso de tumores inoperables requieren maniobras quirúrgicas técnicamente difíciles y usualmente seguidas de una alta incidencia de complicaciones.

El método reportado consiste en una colangiografía trans-hepática percutánea bajo anestesia local bajo control fluoroscópico; una vez cateterizado un conducto biliar intra-hepático se introduce un alambre guía flexible el cual se manipula hasta pasar más allá de la obstrucción; el catéter de colangiografía se retira dejando el alambre guía a través del cual se introduce la prótesis interna (la cual es un cateter de polietileno polihoradado de 15 cmts. de largo y dos milímetros de diámetro) la cual se avanza pasando más allá de la obstrucción empujada por un introductor de 30 cmts. del mismo material.

La prótesis se avanza hasta que el extremo distal está mucho más allá de la obstrucción, frecuentemente en el duodeno, y el extremo proximal por encima, entonces se retira el alambre guía y el introductor se conecta a una bolsa de drenaje para descomprimir el árbol biliar.

El funcionamiento de la prótesis se controla con determinaciones de bilirrubina y fosfatasa alcalina y con radiografías simples del abdomen. Los autores reportan 19 pacientes, en doce se estableció un drenaje biliar permanente y en siete, temporal.

Estos siete pacientes fueron sometidos posteriormente a tratamiento definitivo quirúrgico, mientras que en los doce primeros, la laparatomía reveló la imposibilidad de un tratamiento quirúrgico por lo cual la prótesis interna constituyó el único tratamiento utilizado.

USO DE LA EXCLUSION PILORICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES DUODENALES GRAVES. G. Dennis Vaughan, III, MD, O. H. Frazier, MD, David L. Mattox, MD, Frederick F. Petmecky, MD, George L. Jordan, MD, Houston, Texas. American Journal of Surgery 134: 785, Diciembre 1977.

La mortalidad de las lesiones duodenales es muy alta debido a las fístulas cuyo contenido líquido tiene abundantes enzimas, e impiden totalmente la utilización de la vía oral para alimentación. Se han diseñado numerosas técnicas para sellar quirúrgicamente una lesión duodenal, los resultados son variables y frecuentemente fútiles.

La técnica aquí descrita es sencilla, efectiva y reversible; consiste en practicar una gastrotomía en el sitio donde habitualmente se hace para la gastroenteroanastomosis y a través de esa insición se cierra el píloro con suturas de catgut crómico y posteriormente se practica una gastroyeyunostomía por la insición previamente establecida.

Nuestros casos pueden ser divididos en tres grupos: en el primero, las lesiones podían ser tratadas con sutura primaria duodenal, en estos casos la mortalidad fue baja; en el segundo, se utilizó la técnica descrita de Exclusión Pilórica y gastroyeyunostomía en la cual la mortalidad fue mucho menor que la esperada; y, la tercera, casos en que las lesiones eran tan extremadamente graves que se consideró necesario practicar una pancreáticodudenectomía, en este grupo la mortalidad fue la usual.

El segundo grupo incluye 75 pacientes en los cuales se practicó el método que se reporta en este artículo encontrando una incidencia de fístula del 5% con una mortalidad del 19% en contraposición a lo reportado en la literatura (fístula 25%, mortalidad 50%).

## O B S T E T R I C I A Y G I N E C O L O G I A

**Dr. Leopoldo Cárdenas Conde**

MONITOREO FETAL ANTEPARTO DE REPOSO. Nochison, D. J., Turbeville J. S., Terry, J. Petie, R. H. y Lundy, L. Obstet. Gynecol. 51: 419, 1978.

La evaluación anteparto del feto mediante el monitoreo de la frecuencia cardíaca fue estudiada durante un año utilizando la prueba de reposo como método de despistaje primario de insuficiencia placentaria.

Se practicaron 812 pruebas en 421 pacientes. Además en el manejo de estos casos se utilizaron otras pruebas de laboratorio (estriol urinario en 24 horas) ecosonografía y análisis bioquímico del líquido amniótico.

Las pruebas de monitoreo de reposo con un patrón no reactivo fueron seguidas de una prueba de ocitocina.

Los resultados de este estudio sugieren que la obtención de un patrón reactivo refleja bienestar fetal. En 594 pruebas reactivas (75.5%), de una población de alto riesgo, no hubo mortalidad perinatal. Cuando el patrón obtenido no es reactivo (23.8% de los casos), debe procederse a una prueba de ocitocina; en este estudio se obtuvieron siguiendo esta metodología 74.3% de pruebas de ocitocina negativa, 6.4% positivas y 13.9% sospechosas.

En este estudio no hubo ninguna muerte perinatal. En todos los casos en que se obtuvo ya sea un patrón reactivo o una prueba de ocitocina negativa (407 fetos), el índice de Agar a los 5 minutos fue menor de 7 e n solo 8 casos, y en cada uno de ellos hubo una etiología intra-parto que explicara ésto.

El uso de esta prueba de reposo condujo a la identificación de todos los fetos en peligro, y de aquellos en buenas condiciones que no requieren la administración de ocitocina para determinar bienestar fetal.

En nuestra experiencia, esta prueba es confiable, barata, conveniente y un procedimiento rápido que puede utilizarse en un mayor número de pacientes en contraste con la prueba de ocitocina, la cual debe usarse solamente en aquellos casos en que se haya obtenido un patrón no reactivo en el monitoreo de reposo.

DETERMINACION DE EFICACIA CONTRACEPTIVA MEDIANTE TEST POST-COITAL. UN NUEVO AGENTE ANICONCEPTIVO VAGINAL. Brehm, H. y Albrecht, I. *Fertil. Steril.* 29: 144, 1978.

Un nuevo método contraceptivo vaginal que ofrece la facilidad de uso sin ninguno de los efectos fisiológicos potencialmente peligrosos de anticoncepción hormonal fue sometido a pruebas directas in vivo de su eficacia mediante la inmovilización de espermatozoides y prevención de su entrada al canal cervical.

El nuevo contraceptivo intravaginal (Encare Oval) es un pequeño ovoide de 2.8 cms. x 1.4 cms., conteniendo Nonoxynol 9, como espermicida; es fácilmente insertado en la vagina sin necesidad de aplicadores especiales; ofrece protección mediante la formación efervescente de espuma que se dispersa sobre el orificio y canal cervical.

En este estudio no se encontraron espermatozoides móviles en ninguno de los 44 casos, en las muestras obtenidas de la vagina, el orificio externo o el canal cervical inmediatamente después de las relaciones sexuales; más aún, en ningún caso se encontraron espermatozoides, ni siquiera inmóviles en el canal endocervical. Por contraste, el examen de 30 muestras obtenidas con el uso de otro agente contraceptivo utilizado como control, reveló espermatozoides móviles en el canal cervical en 9 casos.

Este nuevo agente contraceptivo vaginal fue encontrado sumamente efectivo en la prevención de embarazos.

ECOSONOGRAFIA DE TIEMPO REAL EN OBSTETRICIA. Anderson, S. A. *Obstet. Gynecol.* 51: 284, 1978.

Se practicaron 354 ecosonografías de tiempo real (equipo ADR) en mujeres embarazadas, por diversas indicaciones. La localización placentaria fue satisfactoriamente obtenida en 173 de 174 casos. La estimación de edad gestacional mediante la medición del diámetro biparietal ( $\pm 2$  semanas) fue correcta en el 89% de los casos. El diagnóstico de viabilidad fetal en 32 casos entre el 2º y 3º trimestre fue absoluto en todos los casos. Se hizo un diagnóstico correcto en 52 de 57 pacientes con amenaza de aborto del 1º trimestre.

La principal desventaja del método en este estudio fue una calidad inferior de imágenes, y se sugiere un sistema de grabación mediante video-tape con el objeto de almacenar información.