REVISION BIBLIOGRAFICA

M E D I C I N A

Dr. Armando Pérez-Monteverde S.

ENFERMEDAD METABOLICA DEL HUESO EN PACIENTES QUE RECIBEN NUTRICION PARENTERAL TOTAL POR LARGO TIEMPO. M. Shike, J. Harrison, W. Sturtridge, C. Tam P. Bobechko, G. Jones, T. Murray, K. Jeejeebhoy: Annals Int. Med. 92:343 350, 1980.

Hemos investigado prospectivamente el metabolismo del calcio y hueso en 16 pacientes que reciben Nutrición Parenteral total por periodos de 7 a 89 meses. En 12 pacientes las biopsias de hueso a los 6 y 79 meses de haberse iniciado el tratamiento, mostraron Osteomalacia. Los niveles plasmáticos de 25 Hidroxivitamina D fueron normales en todos los pacientes. 7 pacientes desarrollaron hipercalcemia y 10 tuvieron hipercalciuria con el balance negativo de calcio. El fósforo sérico fue normal y los niveles de Paratohormona normales o disminuidos. A 3 pacientes con la forma más severa de la enfermedad se le descontinuó la vitamina D de las soluciones. El calcio urinario disminuyó subsiguientemente y el calcio sérico regresó a la normalidad. 2 personas revirtieron su balance de calcio a positivo. Asi pues, los pacientes que reciben alimentación parenteral total pueden desarrollar enfermedad metabolica del hueso caracterizada por Osteomalacia, hipercalcemia, hipercalciuria y balance del calcio negativo. Esto puede ser causado por mineralización defectuosa y por aumento en la reabsorción ósea inducida por vitamina D, sus metabolitos o algún otro factor aún desconocido.

MONITORFO DEL CONTROL METABOLICO EN DIABETICOS AMBULATORIOS CON HEMOGLOBINA GLICOSILATADA. G. Boden, R. Master, S. Gordon, C. Shuman, O. Owen. Annals Int. Med. 92:357-360, 1980.

La utilidad de Hemoglobina A como un monitor del control metabolico fue estudiada en 15 diabéticos ambulatorios durante periodos de estabilidad, deterioro y mejoría en el control de los mismos. Se obtuvo una concentración media de HgbA y glicemia durante un periodo de control estable de 3 meses, obteniéndose valores de 12,6% ± y 120 = 8 mg/dl, respectivamente. 1 Semana después de descontinuar tratamiento con hipoglucemiantes orales la glicemia subió a 172 ± 23 mg/dl y HgbA subió a 14,1% ± 0,7% (D < 0 025). Reinicio de la terapia resultó en una disminución significativa en la HgbA (de 15.3% = 0,8% a 14.1% = 0,9%, P < 0,025) ocurrió 2 semanas después.

Los hallazgos muestran que la rata de formación de HgbA es considerablemente más rápida que la rata de desaparición. Así pues la HgbA va a reflejar desproporcionadamente los episodios recientes de control inadecuado. Concluimos que la HgbA, es útil para Monitorear a pacientes diabéticos ambulatorios durante períodos de estabilidad y de deterioro rápido en el control pero no es de ayuda para detectar las mejorias metabolicas rápidas.

ESTUDIO DOBLE CIEGO COMPARATIVO ENTRE LA NEFROTOXICIDAD Y LA TOXICIDAD AUDITIVA DE GENTAMICINA Y TOBRAMICINA. C. Smith, J. Lipsky, D. Laskin. D. Hellmann, D. Mellits, V. Lorgtroth, P. Lietman. New Eng J. Med 309-1106-9, 1980.

258 pacientes en sospecha de Sepsis fueron tratados con Tobramicina o Gentamicina en un estudio prospectivo y doble ciego. 146 pacientes recibieron 9 o más dosis, se les determinó creatinina sérica seriada y fueron evaluados para Nefrotoxicidad; 91 colaboraron en la Audiometría y fueron evaluados para Ototoxicidad. Se presentó Ototoxicidad en 5 de 47 (10%) que recibieron Gentamicina y 5 de 44 (11%) que recibieron Tobramicina.

Desarrollaron Nefrotoxicidad 19 de 72 (26%) que recibieron Gentamicina y 9 de 74 (12%) que recibieron Tobramicina ($P \leq 0{,}025$). La severidad de la Nefrotoxicidad no fue diferente. El aumento de creatinina fue de una media de 1.3 mg por 100 ml (114,9 umol por litro) en ambos grupos. Ambos grupos en Gentamicina y Tobramicina tenian una edad media similar y similares dosis totales, nivel sérico de Aminoglicósido y duración del tratamiento. Concluimos que la Tobramicina causa Nefrotoxicidad menos frecuente que la Gentamicina.

INSUFICIENCIA CORONARIA AGUDA. OCLUSION CORONARIA DESPUES DE EPISODIOS ISQUEMICOS INTERMITENTES. W. Neill, T. Wharton, J. Flurl-Lundeen, I. Cohen. N. Engl J. Med. 302:1157-62, 1980.

Usamos Angiografia coronaria en un estudio prospectivo de la circulación coronaria en pacientes con insuficiencia aguda. Cambios reversibles del ST-T durante el episodio agudo correspondieron anatomicamente con arterias coronarias estenosadas severamente (80 a 95% de Estenosis).

Angiogramas repetidos 4 meses más tarde mostraron oclusiones completas nuevas en 9 de 30 arterias ocluidas severamente. 8 de las nuevas oclusiones ocurrieron en arterias estrechadas severamente correlacionadas previamente con cambios del ST-T. 6 pacientes tuvieron infarto al miocardio, 5 de los cuales correspondieron con el lugar de la nueva oclusión. Estos resultados nos muestran evidencia indirecta de que el sindrome de insuficiencia coronaria aguda representa comunmente una oclusión intermitente de las arterias coronarias y un riesgo para una nueva oclusión permanente de la misma arteria. Infarto al miocardio en estos pacientes ocurrió como complicación de la nueva oclusión.

Dr. Eduardo Souchón

ESTERNOTOMIAS INFECTADAS. TRATAMIENTO CON PEDICULOS MUSCULARES. Jurkiewicz M. J., Bostwick J., Hester T. R., Bishop J. B., Craver J. Ann. of Surg. 1980; 191:738.

Se presenta la experiencia de la Universidad de Emory con Esternotomías infectadas después de operaciones cardiovasculares.

Se menciona el tratamiento de rutina para estos casos, el cual es irrigación continua con soluciones diluidas de Neomicina y Yodopolivinilpirrolidona, además de antibióticos sistémicos.

De 3.239 pacientes a los cuales se les practicó una esternotomia mediana durante los años 1975-78 se infectaron 50 (1,54%). De estos pacientes 22 respondieron a drenaje de la herida, de los 28 restantes 25 fueron tratados con irrigación continua de agentes antimicrobianos y en este grupo 14 no respondieron al tratamiento.

En este grupo de 14 pacientes se utilizó rotación de injerto pediculado muscular de Pectoral mayor, también se puede usar pediculos de Recto anterior del abdomen o de Epiplón mayor. De este grupo, nueve pacientes fueron recuperados con éxito.

Se recomienda este procedimiento para rescatar pacientes que no responden a tratamiento convencional.

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DEL ESOFAGO. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN 2.400 PACIENTES. Giuli R., Gignoux M.; Ann. of Surg. 1980; 192:44.

Estudio retrospectivo de 2.400 pacientes operados por 22 equipos quirúrgicos europeos cuyos resultados fueron coordinados por los profesores J. L. Lortat-Jacob y P. Maillet, entre los años de 1970 a 1979.

Desde el punto de vista quirúrgico se encontró que en carcinomas del tercio superior hay una sobrevida razonable para este tipo de tumor a pesar de que en más del 50% existen metástasis para el momento de la operación. Para los tumores del tercio medio y tercio inferior se vio mejor sobrevida si las resecciones se llevaban hasta el cuello y por encima del arco aortico respectivamente con reemplazo intratoraccico de colon.

Las complicaciones más frecuentes fueron las fístulas, cuya mortalidad mejoró dependiendo del momento de aparición en el período post-operatorio, 93% en las que aparecieron antes del cuarto día a 41% en las que aparecieron después del décimo día.

Radioterapia pre-operatoria en general no parece mejorar el pronóstico ni la resectabilidad, así como tampoco parece reducir el número de ganglios linfáticos invadidos para el momento de la resección.

Las resecciones consideradas como paliativas fueron de gran valor para mejorar las condiciones del paciente.

La sobrevida promedio en 5 años fue de 12%.