

57

VOLUMEN XVI

centro médico

órgano de la sociedad médica
del hospital privado
"centro médico de caracas"

- OSTEOTOMIA ALTA DE TIBIA.
COMUNICACION PRELIMINAR
Dres. Federico Fernandez Palazzi, Jesús M. Mayora P.
y Delfín Machado
- CIRUGIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO. ESTUDIO
COMPARATIVO DE DOS SERIES 1957-70 Y 1971-75
Dres. Leopoldo Briceño Iragorry, Gastón Calcaño L.,
Rafael E. Galarraga y Juan Rodríguez Yánez
- FIJACIONES ESPINALES CERVICALES MEDIANTE
EL USO DE PROTESIS DE ACRILICO
Dr. Abraham Krivoy O.
- ALERGIA POR COLORANTES ARTIFICIALES
EN EL NIÑO

Carlos Mijares



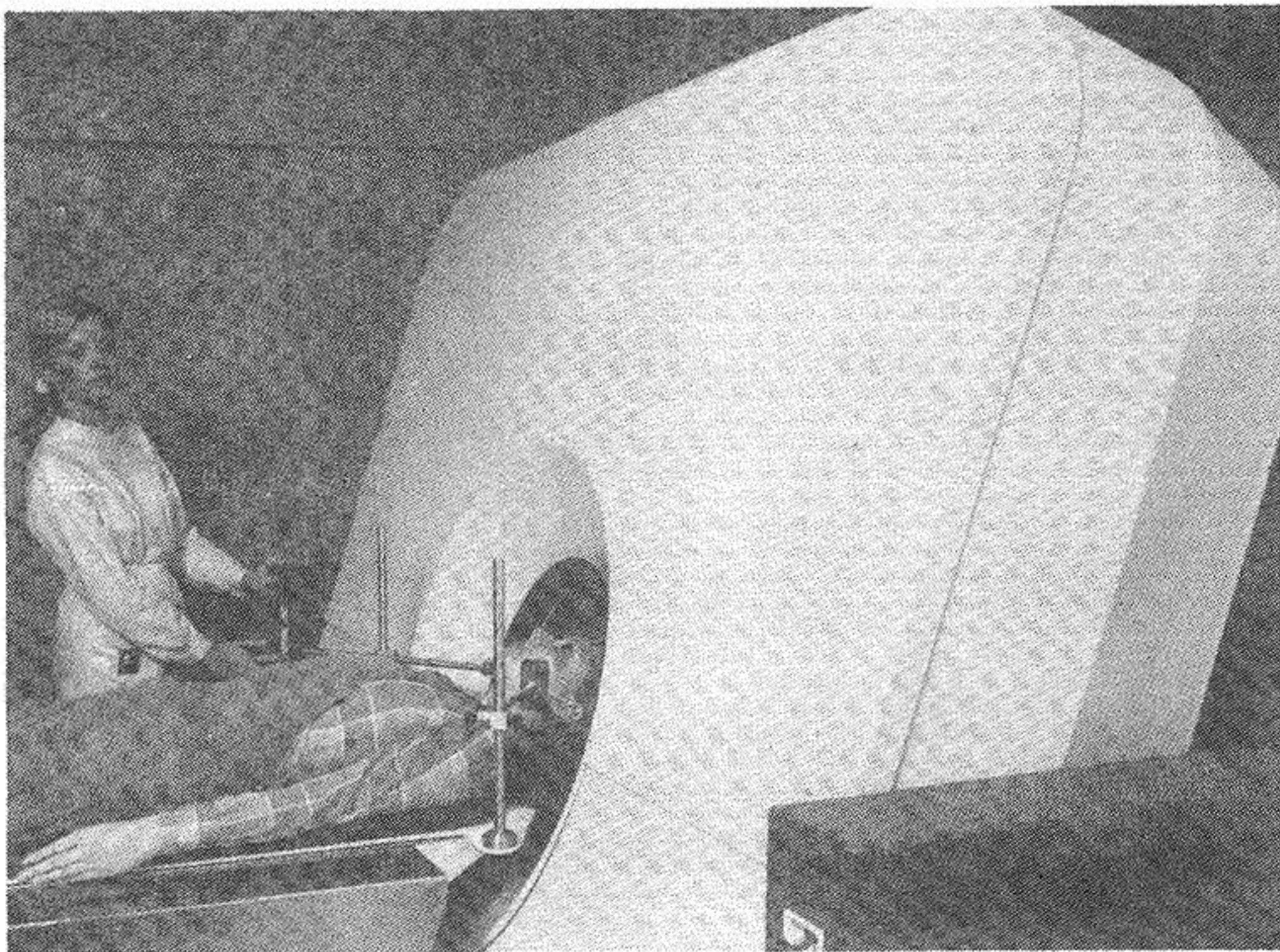
MAYO

1977

SUMARIO COMPLETO EN LA PRIMERA PAGINA

SIEMENS

Técnica radiológica avanzada: Tomografía Axial Computada

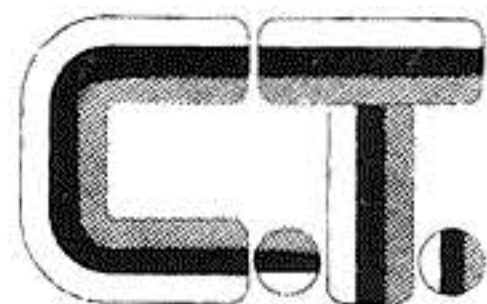


DELTA - SCAN 50 Fast-scan
para exámenes de cuerpo entero.
Tiempo de barrido: 18 seg.
Low noise scan: 45 seg.
Espesores variables: 8 mm y 13 mm.
Matriz 256 x 256, adquisición
y reconstrucción.
Programas para evaluación

detallada y cuantitativa.
Para informaciones más detalladas
favor dirigirse a:

Siemens S.A.
Avda. Principal Los Ruices
Apartado 3616, Caracas.
Teléfono: 34 85 31. ext. 381.

**Siemens, su
colaborador experto en**





57 Vol. XVI

CUERPO DIRECTIVO:

Director-Jefe de Redacción:
Dr. Federico Fernandez
Palazzi

Director-Honorario:
Dr. Rafael Campo Moreno

Administrador-Editor:
Francisco Solé Pujol

Comité de Redacción:
Dres. Jaime Plaza Castés
Armando Pérez
Monteverde
José Francisco
David Márquez
Mercedes Aure Tulene

Asesor-Administrativo:
Dr. Jorge Soto Rivera

**JUNTA DIRECTIVA
DE LA SOCIEDAD
MEDICA:**

Presidente:
Dr. Israel Montes de Oca

Vice-Presidente:
Dr. Guillermo Tovar

Secretario:
Dr. Víctor Baquero A.

Tesorero:
Dr. Luis Arturo Ayala

Vocal:
Dr. Pedro Eguí Medina

Dirección:
Centro Médico de Caracas,
Plaza del Estanque,
San Bernardino, Caracas
Teléfono: 52.22.22
(cuarenta líneas)

Frecuencia, reparto y canje:
Se publica cada cuatro
meses: ENERO, MAYO y
SEPTIEMBRE de cada año.
Se reparte gratuitamente.
Solicitamos canjes con toda
revista o publicaciones
periódicas de ciencias mé-
dicas, cualquiera que sea
el idioma en que esté
impresa.

Impreso en Venezuela por:
Di-Gráfica GOMEZ
Telf. 561.6799 - Caracas

Vol. XVI No. 57 - Mayo 1977

centro médico

VOL. XVI No. 57 — MAYO 1977

PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD MEDICA
DEL HOSPITAL PRIVADO
"CENTRO MEDICO DE CARACAS"

Esta Revista substituyó al anterior Organó Científico Divulgativo
de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de
Caracas", que se tituló:

PUBLICACIONES *del* CENTRO MEDICO *de* CARACAS

y del cual se publicaron 18 números hasta Junio de 1963

S U M A R I O

- Osteotomía Alta de Tibia. Comunicación Preliminar
Dres. Federico Fernández Palazzi, Jesús M. Mayora P.
y Delfín Machado 57
- Cirugía de Labio y Paladar Hendido. Estudio
Comparativo de dos Series 1957-70 y 1971-75
Dres. Leopoldo Briceño Iragorry, Gastón Calcaño L.,
Rafael E. Galarraga y Juan Rodríguez Yáñez 65
- Fijaciones Espinales Cervicales
Mediante el Uso de Prótesis de Acrílico
Dr. Abraham Krivoy O. 71
- Alergia por Colorantes Artificiales en el Niño
Carlos Mijares 81
- Boletín Bibliográfico
Dr. Leopoldo Cárdenas Conde 87
- Boletín Informativo 91

ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION
VENEZOLANA
DE HOSPITALES



AMERICAN
HOSPITAL
ASSOCIATION



INTERNATIONAL
HOSPITAL
FEDERATION



MD-LAB, C. A.

MATERIAL MEDICO y DE LABORATORIO

Distribuidores Autorizados de:

KENDALL (Productos Hospitalarios)

3M (División de Productos Médicos)

 **TERUMO**

Prolongación Av. Principal de La Carlota, entre Av. Fco. de Miranda
y Av. Rómulo Gallegos, Local No. 2 - Anexo al Colegio Madre Emilia
Los Dos Caminos, Caracas
Teléfono: 35.45.14

NORMAS PARA PUBLICACION EN LA REVISTA CENTRO MEDICO

Información para los autores:

La Revista "Centro Médico" se edita tres veces al año (enero, mayo y septiembre). Les invitamos a participar en ella mediante la remisión de trabajos clínicos, de laboratorio, socio-económicos, culturales e históricos afines con la medicina.

El propósito del Comité de Redacción consiste en publicar:

1. **Artículos de fondo**, no divulgados en otras revistas excepto en caso de consentimiento por el Director y por la revista original.
2. **Revisiones bibliográficas.**
3. **Presentación de casos clínicos.**
4. **Editoriales** de interés general o relacionados con lo publicado en la Revista.
5. **Noticias, información y cartas** dirigidas al Comité de Redacción.

I n s t r u c c i o n e s :

El original y un duplicado escrito a máquina y a doble espacio en papel tipo carta, con la inclusión de referencias y anexos (cuadros, figura y/o fotografías) deben ser entregados a la Dirección de la Revista.

1. Artículos de fondo.

- 1.1. Se catalogarán como tales: trabajos de investigación clínica, contribuciones originales, symposia, mesas redondas, coloquios, técnicas, métodos de interés clínico, etc.
- 1.2. Cada contribución no deberá excederse de 14 páginas incluyendo las referencias y el resumen. Este último debe constar de un máximo de 100 palabras incluyendo el método, resultados y conclusiones. No se aceptarán más de 6 anexos (figuras, cuadros y fotografías).
- 1.3. La primera página del trabajo debe contener el título, subtítulo (si tiene), autores, cargo principal que desempeñan los autores, Hospital donde se realizó el trabajo y agradecimientos.
- 1.4. Las referencias deben ser citadas en forma consecutiva en el texto como números encerrados en paréntesis, en la misma línea de escritura. Al final del artículo las referencias deben ser señaladas según el orden numérico en que fueron citadas. El estilo debe ser igual al que sigue el Index Medicus incluyendo: Apellidos e iniciales de autores, título del artículo, nombre de la revista en abreviación (ciudad), número del volumen, primera página y año. Las referencias de libro serán: autor(es), título, capítulo, editorial, lugar, año y página(s). Cada cuadro, figura y fotografía debe tener especificado al reverso: Título, nombre de autores, de anexo y leyendas.
- 1.5. El autor sufragará los gastos de publicación de las fotos en color.

2. Revisiones Bibliográficas:

- 2.1. Se publicarán estudios críticos de experiencias o conceptos, trabajos prácticos y didácticos que sirvan de guía en la práctica clínica, particularmente en aquellos campos que han demostrado un gran progreso en los últimos cinco años.
- 2.2. Las revisiones deben seguir los mismos parámetros de publicación, pero no deben excederse de 8 páginas con todo su contenido. No será necesario el resumen.

3. Presentación de casos clínicos: Se publicarán únicamente casos de particular interés seguidos de una revisión corta del problema. Se dará preferencia a aquellos casos con comprobación anatomopatológica. El resumen del caso debe ser sucinto, aportando únicamente los datos positivos y negativos pertinentes. No se aceptarán más de 8 páginas incluyendo: presentación, fotografías, revisión y referencias bibliográficas.

4. **Editoriales:** Se aceptarán ensayos de opinión, y tópicos recientes preferiblemente relacionados con artículos originales publicados en la revista o trabajos importantes en la práctica, la ciencia y cultura de la medicina. Los editoriales serán escritos por investigadores y especialistas seleccionados por el Comité de Redacción de la revista.
5. **Noticias médicas y cartas:** Al final de cada número se publicarán anuncios sobre Congresos, Cursos, Simposia y otros eventos de interés general así como cartas dirigidas al Comité de Redacción.

Manuscritos: Deben ser dirigidos al:

Dr. Federico Fernandez Palazzi
Director Revista "Centro Médico"
Sociedad Médica
Centro Médico de Caracas
Plaza El Estanque
San Bernardino. Caracas 101.

Los editores no serán responsables por las opiniones individuales expresadas por los autores de los trabajos aceptados.

El Comité de Redacción se reservará el derecho de seleccionar las publicaciones de acuerdo con criterios estrictamente científicos.

ESPECIFICO
para su paciente
HOSPITALIZADO

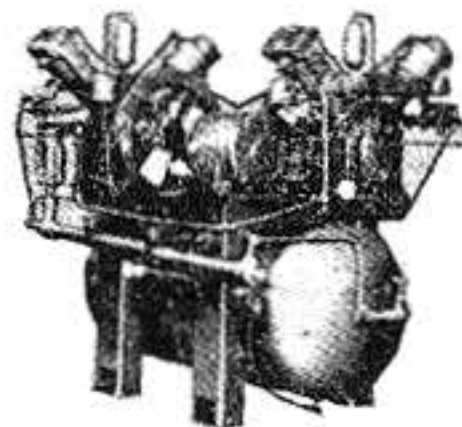
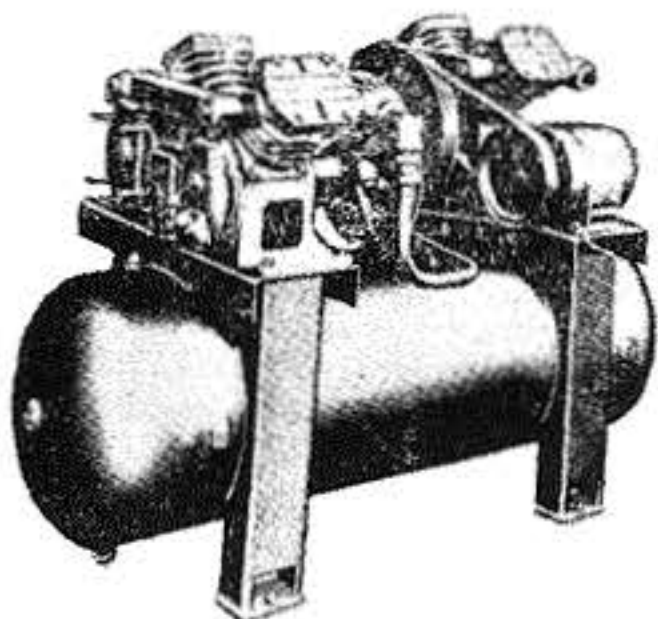
Penthiorexyl
(AMPICILINA)

Parenteral
125 - 250 y 500 mg

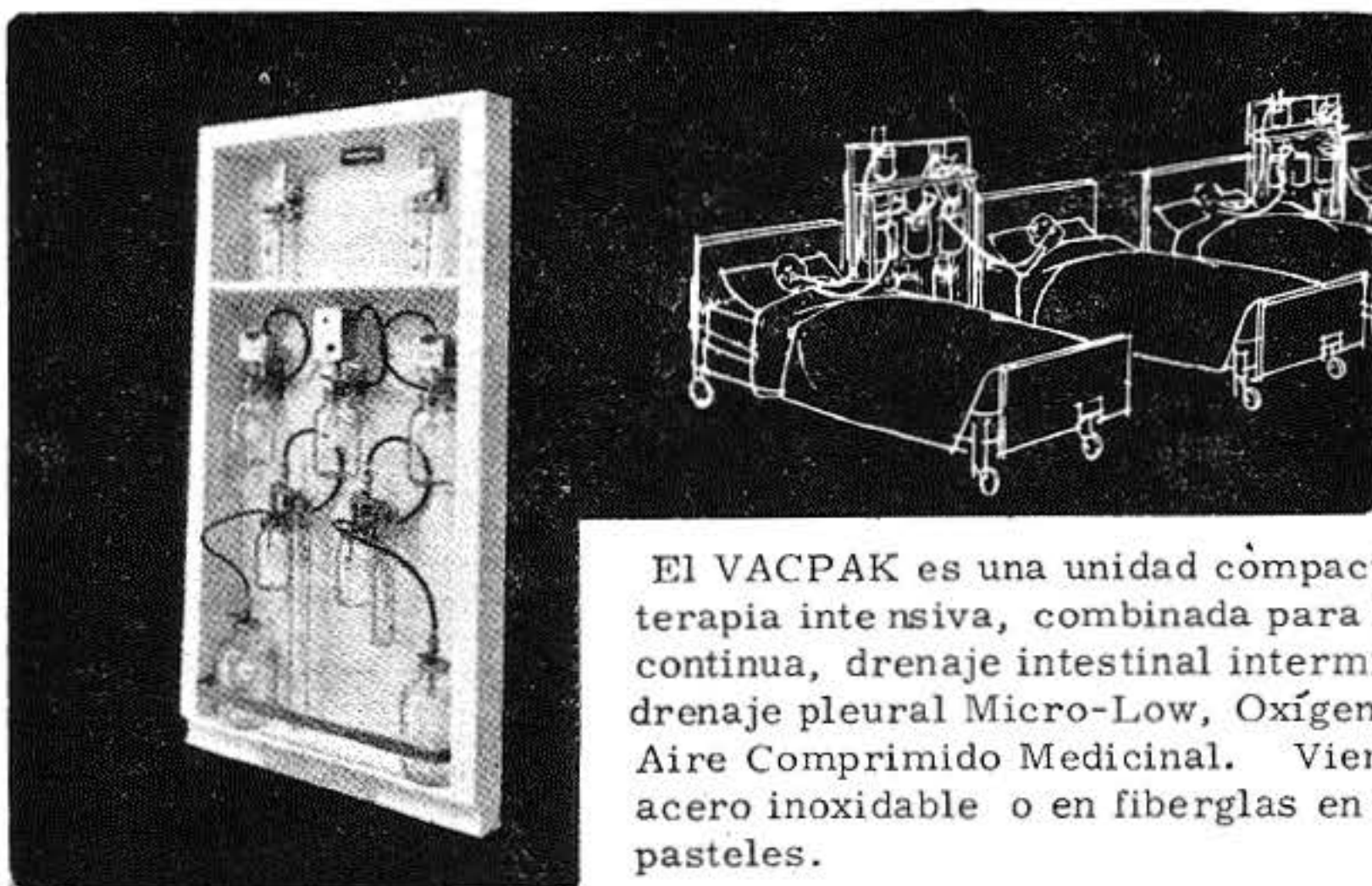


GIV

SERVICIOS MEDICINALES



Las bombas de Vacío para los distintos servicios de Succión y los compresores para Aire Comprimido Medicinal libre de aceite NCG-Chemetron, mejoran con eficiencia los sistemas centralizados, en las Clínicas y Hospitales. Ensamblados y probados en la fábrica, ofrecen fácil instalación y mayor economía..



El VACPAK es una unidad compacta para terapia intensiva, combinada para Succión continua, drenaje intestinal intermitente, drenaje pleural Micro-Low, Oxígeno y Aire Comprimido Medicinal. Viene en acero inoxidable o en fiberglas en colores pasteles.

GIV C.A. GASES INDUSTRIALES DE VENEZUELA Servicios Medicinales

Caracas: Edificio Trío 1er. piso Plaza Sur Altamira - Telfs. 33.53.81/83 - 33.60.38

Maracalbo - Valencia - Maracay - Barquisimeto - Puerto Ordaz - Pto. Fijo - San José de Guanipa.

Apartado 61.148 Caracas Pto. La Cruz

Osteotomía Alta de Tibia

Comunicación Preliminar

Por: Dr. Federico Fernández Palazzi
Dr. Jesús M. Mayora P.**
Dr. Delfín Machado**

INTRODUCCION:

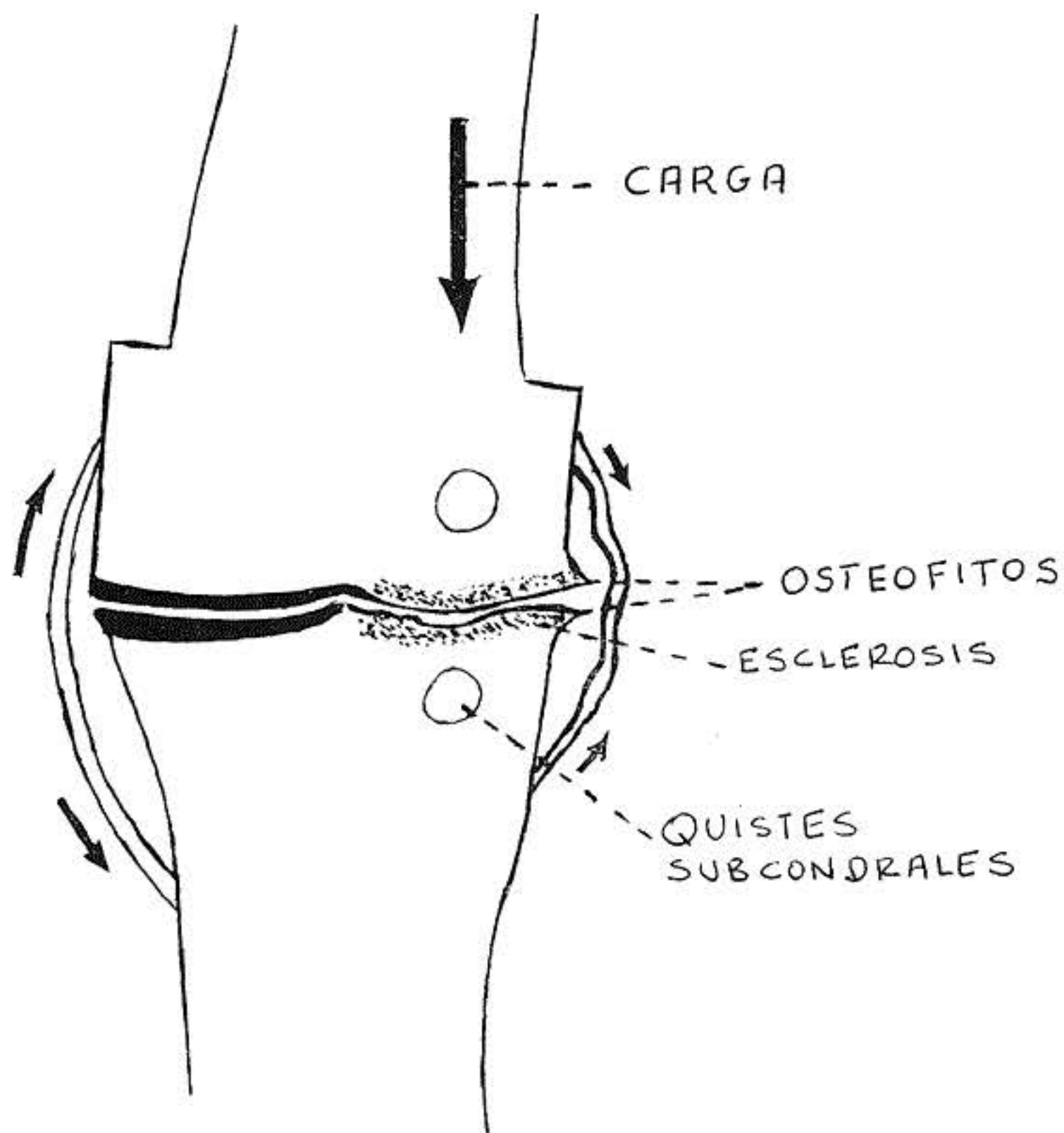
En la etiología de la artritis degenerativa, a nivel de la articulación de la rodilla intervienen múltiples factores y una de las causas que aceleran su aparición está condicionada por el apoyo anormal y la consiguiente distribución anormal de las fuerzas de las cargas del peso del cuerpo.

En la figura número 1, tomado de Coventry, observamos una rodilla en varo. Se aprecia el desplazamiento de la carga hacia el compartimiento interno, produciendo desgaste del cartilago articular, formación de osteofitos, esclerosis subcondral, y formación de quistes. En la osteoartritis aparece un círculo vicioso: la deformidad conduce a la degeneración del cartilago y pérdida del hueso subcondral, esto a su vez se traduce por una mayor deformidad y así sucesivamente. Basados en el conocimiento de dicho problema, proponemos practicar la osteotomía alta de la tibia, no sólo para corregir la deformidad y mejorar los síntomas sino como tratamiento profiláctico del desarrollo de esta. En los casos donde exista deformidad articular severa, con compromiso de ambos compartimientos, el resultado de la intervención, aunque proporciona mejoría, no es el deseado. Actualmente están en boja, las artroplastias totales o parciales, lo cual probablemente determine un cambio en las indicaciones de tipo de intervención, pero mientras esto ocurra la osteotomía alta de la tibia, permanecerá como un procedimiento confiable, en el tratamiento de la artritis degenerativa, y de las deformidades en valgo o varo de la rodilla, sin alteración osteoartrítica.

* Instructor de la Cátedra de Traumatología y Ortopedia H.U.C. Miembro del Departamento de Cirugía del Centro Médico.

** Residente de post grado de Traumatología. H.U.C.
Cátedra de Cirugía Ortopédica de Traumatología
Escuela de Medicina Luis Razetti
Hospital Universitario de Caracas
Universidad Central de Venezuela.

* Trabajo leído en el Tercer Congreso Venezolano de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Maracay Septiembre de 1975.



EVALUACION PRE-OPERATORIA

- a) El miembro afectado debe encontrarse en buenas condiciones desde el punto de vista vascular, de no ser así, la cirugía no es factible.
- b) En cuanto al grado de deformidad articular, sabemos que cuando ésta es mayor, la posibilidad de buenos resultados disminuye. En pacientes con deformidad mayores de 20 grados con inclinación de la interlínea articular, mayor de 10 grados del plano horizontal, sólo se logra beneficios con la realización de una osteotomía baja del fémur.
- c) Es muy importante la evaluación del compartimiento articular no afecto por la sobre-carga, el cual se debe encontrar en buenas condiciones. Aunque no tenemos métodos de certeza para asegurar la integridad del mismo, nos conformamos con la ausencia radiológica de desgaste del cartílago y ausencias de alteraciones del hueso subcondral. Como estudios radiológicos previos, son indispensables radiografías anteroposterior y de perfil de la rodilla con el apoyo del peso del cuerpo (ambas rodillas).

INDICACIONES

1. Deformidades en valgo o varo mayores de 5 grados. En los casos de varo, además como profiláctico del desarrollo de una artrosis de la rodilla.

2. Rodilla portadora de una artritis, de cualquier etiología, con cualquiera de las dos deformidades.

CONTRA-INDICACIONES

1. En los pacientes afectos de problemas vasculares del miembro, en especial de tipo arterial.

2. Rodillas con grandes destrucciones articulares.

MEDICION RADIOLOGICA

1. Ambas rodillas, en proyección anteroposterior, con el paciente de pie, en placas grandes (33 X 45).

2. Localizamos el centro de la diafisis tibial y femoral y lo marcamos con un punto.

3. A nivel de la rodilla tomamos un punto situado en el centro de la escotadura intercondilea, unimos los puntos obtenidos, mediante líneas trazadas a través de los mismos y medimos el ángulo obtenido por el cruce de estas para establecer la longitud de la base de la cuña a extraer. Actuamos como sigue:

Medimos el ángulo de desviación en cada una de las rodillas.

La magnitud de la cuña será el ángulo de desviación, más 5° de sobrecorrección, menos el valgo fisiológico. Si la desviación es varo la cuña será el ángulo de desviación más 5° de valgo fisiológico, más 5° de sobrecorrección. Esta última es necesaria para poder lograr la transferencia de la carga al compartimiento sano. Se ha establecido que cada grado equivale a 1 m.m.

TECNICA QUIRURGICA

1. Abordaje por incisión horizontal, infra-rotuliana.

2. Separación de la articulación tibioperónea superior, en caso de deformidades en varo, teniendo sumo cuidado, con el ciático popliteo externo.

3. Disección del sitio de inserción del tendón rotuliano.

4. Separación de las partes blandas del extremo superior de la tibia.

5. Osteotomía horizontal, en extremo superior de la tibia, 2 cms. por debajo del platillo tibial, por encima de la inserción del tendón rotuliano, paralela a la superficie articular.

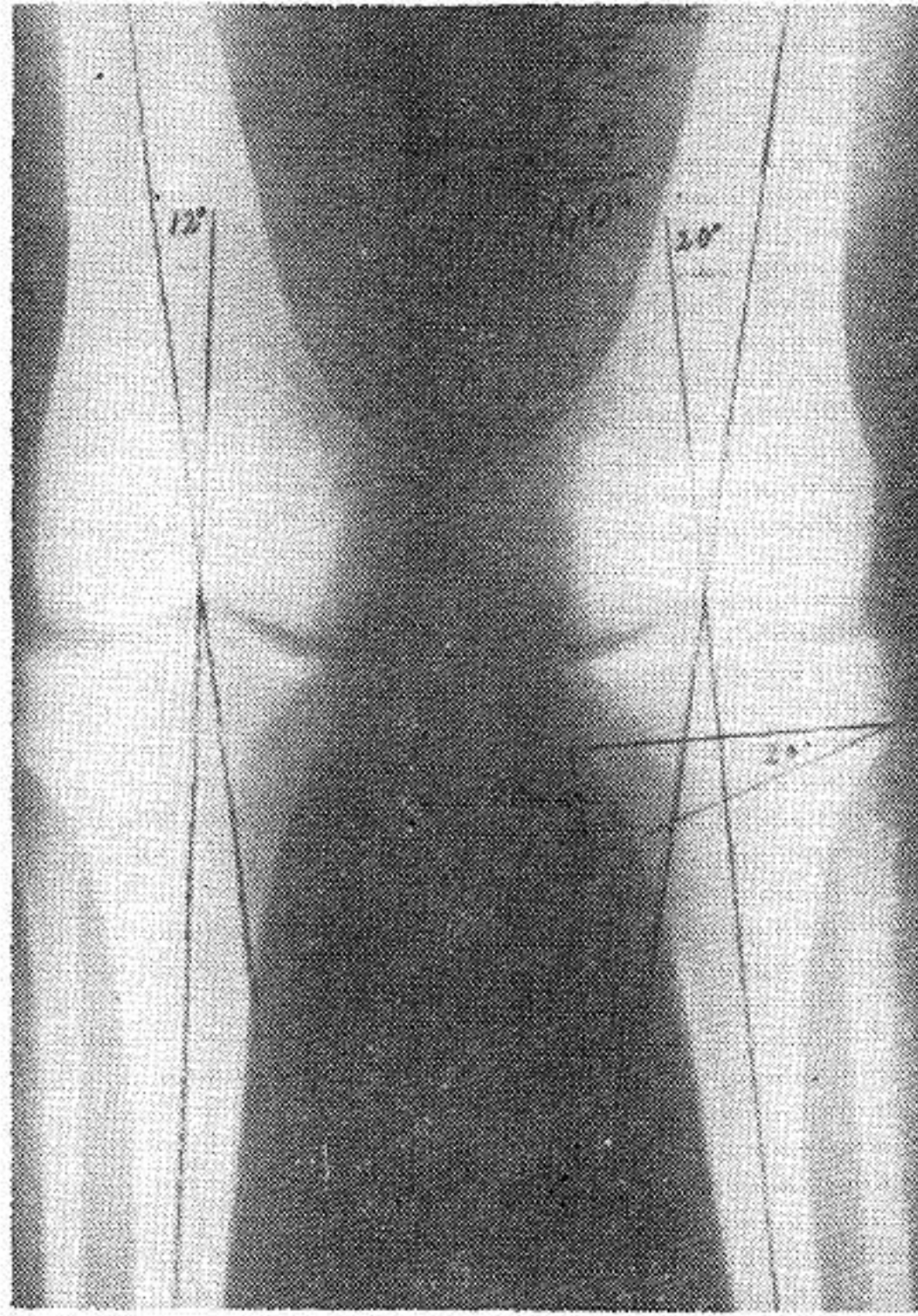
6. Medición de la base de la cuña, procediendo luego a la osteotomía oblicua, por debajo de la anterior. Extracción de la cuña. Es conveniente, tratar sólo de debilitar la cortical situada en el vértice de la cuña, para tener mayor estabilidad.

7. Cierre de la osteotomía, fijación con dos grapas. Actualmente estamos usando la grapa de Coventry, en número de dos o más.

8. Cierre por plano, y colocación de un tubo de yeso.

9. Autorización de la marcha a la semana.

10. Yeso hasta la consolidación de la osteotomía, entre 2 y 3 meses.



Radiografía demostrando las líneas para calcular la base de la cuña, y la ubicación de la osteotomía.

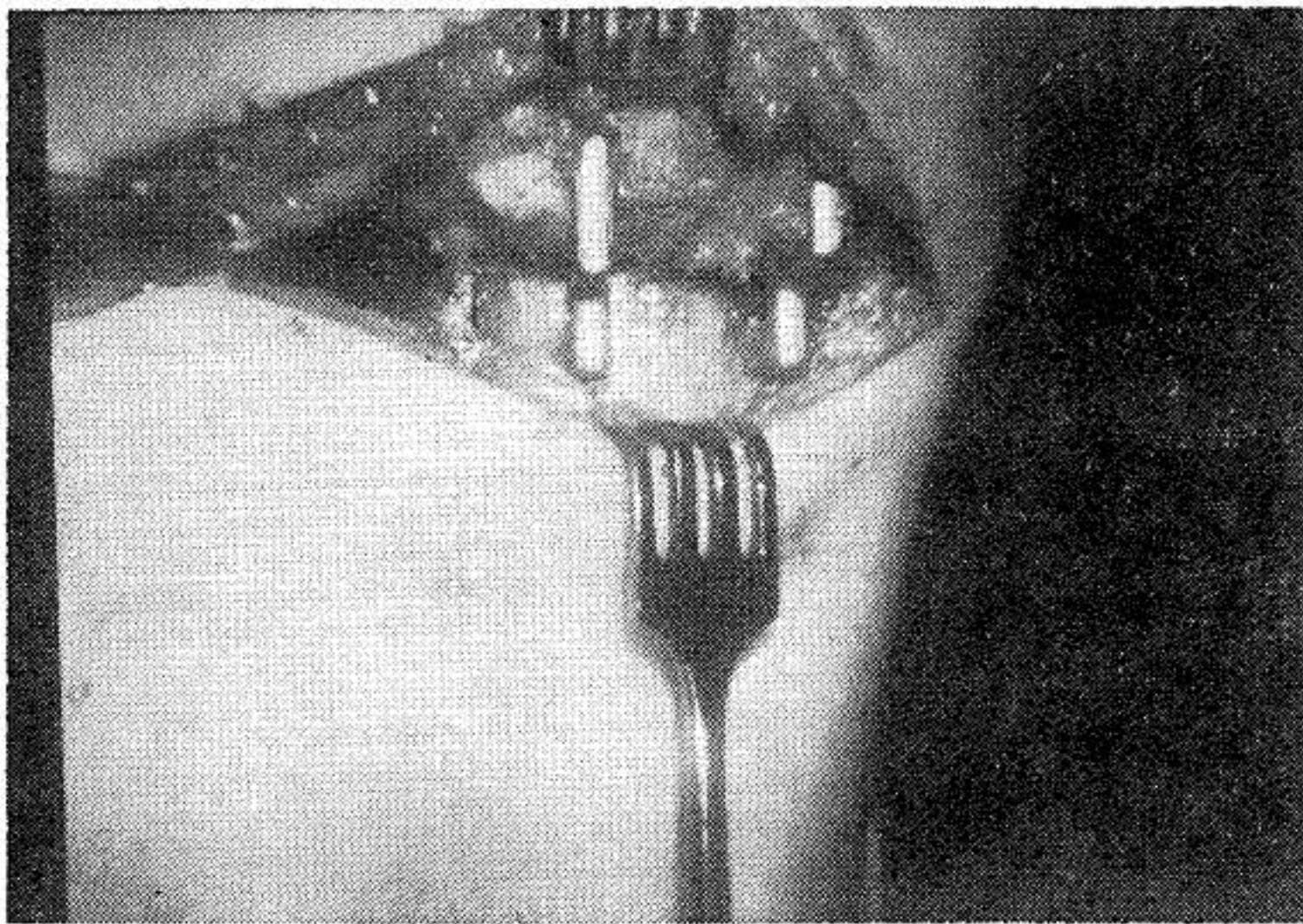
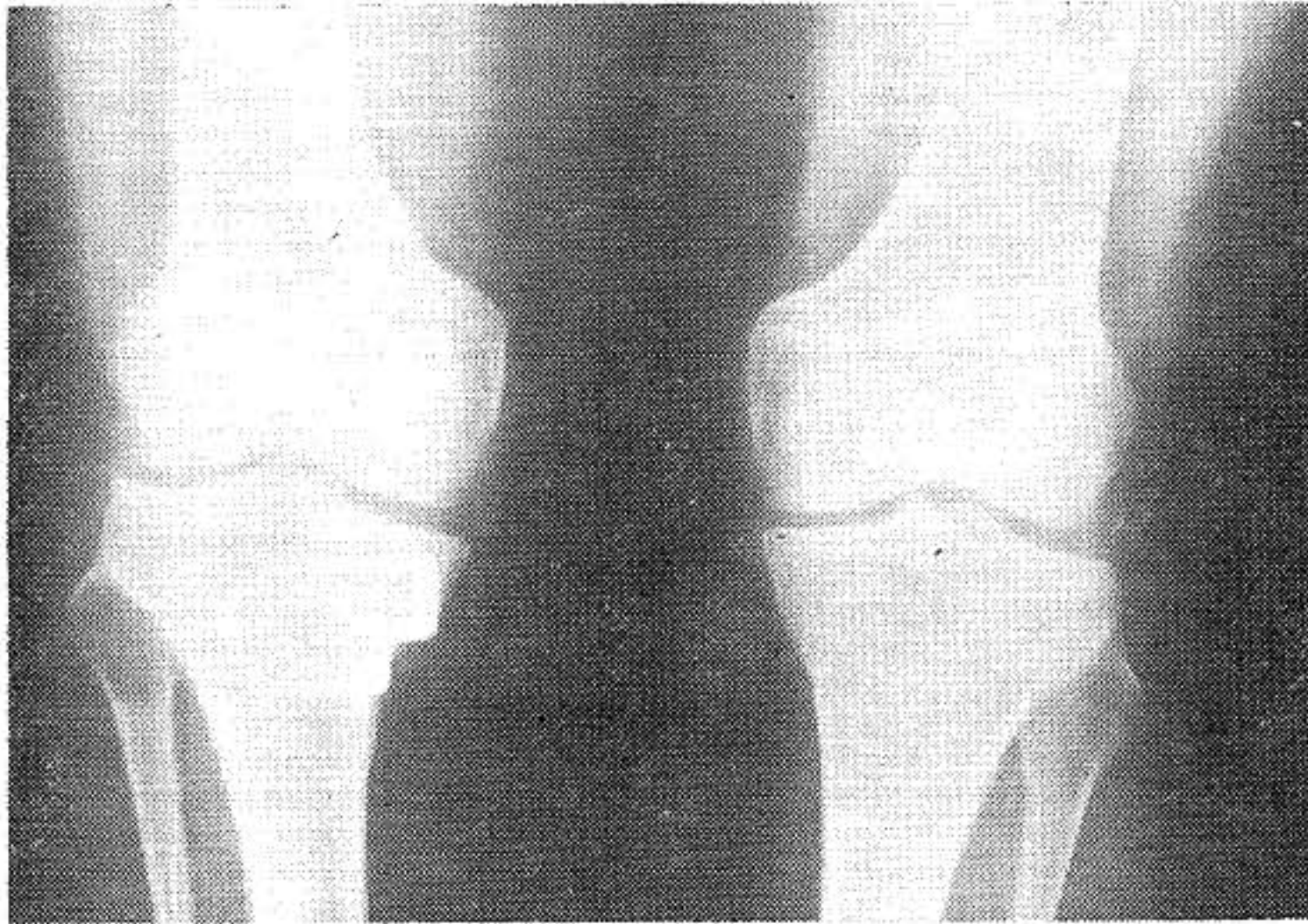


Foto operatoria. Observese la osteotomía cerrada tras extirpar la cuña y fijada con dos grapas de Coventry.



Radiografía postoperatoria de una osteotomía varizante, fijada con grapa de Coventry.

MATERIAL

Se intervinieron un total de 27 pacientes con un total de 31 rodillas intervenidas

15 con deformidad en valgo

16 con deformidad en varo.

EDAD

Máxima	80 años
Mínima	8 años
Promedio	27 años

SEXO

Femenino	16
Masculino	11

ETIOLOGIA

	Nº de casos
Ostecartritis	5
Secuela de polio	4
Post traumática	9
Congénita	5

Enf de Blount	2
Raquitismo	1
Osteocondrosis	1

TIPO DE INTERVENCION

Osteotomía alta de tibia

	Nº de casos
1. Con resección de peroné	12
2. Resección de peroné más cuña del mismo	10
3. Sin resección de peroné	9

Tiempo de inmovilización

Máximo	24	semanas
Mínimo	5	semanas
Promedio	13	semanas

EVALUACION DE LOS RESULTADOS: según parámetros tomados de Coventry.

Bueno	{	Dolor aliviado
		Noventa grados o más de flexión
		Regreso al trabajo.
Regular	{	Molestias articulares
		Limitación de los movimientos
		Puede trabajar
Malo	-	Dolor persistente.

SEGUN ESTOS PARAMETROS

	Nº de Casos
Buenos	19
Regulares	7
Malos	5

COMPLICACIONES

	Nº Casos
Parálisis del ciático popliteo externo	2
Deshicencia de la herida e infección	1
Recidiva de la deformidad	2
Hidrartrrosis	1
Osteomielitis	1
Grapa intra articular	1
Muerte	2

Las causas de muerte fueron, en un caso infarto miocárdico, en otro gangrena gaseosa.

CONCLUSIONES

1. La osteotomía alta de la tibia es una intervención que utilizada en los casos donde está indicada da buenos resultados. 61,2% en nuestra casuística.

2. No tuvimos ningún caso de pseudo-artrosis, sólo un retardo de consolidación.

3. Debe realizarse, una evaluación pre-operatoria minuciosa del paciente, para evitar complicaciones.

4. Debemos seguirnos por una técnica operatoria uniforme, para tener un criterio objetivo de los resultados, que es lo que estamos haciendo actualmente en nuestro servicio y que será motivo de una comunicación posterior.

5. En el presente trabajo se evaluaron 27 pacientes intervenidos en la Cátedra de Ortopedia y Traumatología del Hospital Universitario de Caracas, en el lapso comprendido entre los años de 1962 a 1973.

BIBLIOGRAFIA

- 1 AHLBERG, A.; SCHAM, S.; and UNANDER-SCHARIN, L.; Osteotomy in Degenerative Rheumatoid Arthritis of the knee joint. *Acta Orthop. Scandinavica*. 39; 379-386, 1968.
- 2 BAUER, G. C. H.; INSBALL, JOHN; and KOSHINO, TOMIHISA: Tibial osteotomy in Gonarthrosis. *J. BONE and JOINT*; 51-A: 1545-1563, Dec. 1969.
- 3 COVENTRY, M. B.; Osteotomy of the Upper Portion of the Tibia for Degenerative Arthritis of the Kneec. A. Preliminary Report. *J. Bone and Joint Surg.*; 47-: 964-990. July 1965.
- 4 COVENTRY, M. B.; Stepped Staple for Upper Tibial Osteotomy. *J. Bone and Joint Surg.*, 51-A: 1011, July 1969.
- 5 COVENTRY, M. B. Osteotomy about the Knee for Degenerative and Rheumatoid Arthritis/ *J. Bone and surg.*, 55-A: 23-48, Jan 1973.

MANUFACTURING SURGICAL DRESSINGS, C. A. S U D R E C A

F A B R I C A N T E S D E G A S A Q U I R U R G I C A

- * **DETECTO-RAY** ESTERILES Y NO ESTERILES
 ESPONJAS PARA CIRUGIA

- * **POST-OP** ESPONJAS ABSORBENTES
 ESTERILES PARA CAMBIO DE CURAS

- * **GAUZE-SPONGES** GASA PRECORTADA ESTERIL Y NO ESTERIL,
 EN TODOS SUS TAMAÑOS PARA CIRUGIA

Apartado 51.123 — Sabana Grande

Caracas 105 - Venezuela

Cirugía de Labio y Paladar Hendido

Estudio Comparativo de dos Series 1957-70 y 1971-75

Dres. Leopoldo Briceño Iragorry
Gastón Calcaño L.
Rafael E. Galarraga
Juan Rodríguez Yáñez

CIRUGIA DEL LABIO Y PALADAR HENDIDO

La incidencia de esta malformación en nuestro país es comparable a la de otros países del orbe, 1 por cada 1.104 nacimientos.

Después que uno de nosotros realizó estudios especializados en la materia, hemos adoptado en el Servicio la concepción moderna para el estudio y tratamiento de los niños afectados de Hendidura Labio y/o Palatina. Con el ánimo de valorar los resultados de esta nueva política, hemos realizado este trabajo.

MATERIAL Y METODOS

Se estudia la casuística del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario de Caracas entre los años 1957 y 1975. En este lapso hemos visto 234 niños afectados de esta malformación; este grupo se ha dividido en dos, para realizar el estudio comparativo de los dos enfoques.

En el período comprendido entre 1957-1970 (grupo A), se estudiaron 158 niños, (67.5%) a los cuales indiscriminadamente se les aplicaron técnicas quirúrgicas que salieron a la luz pública a comienzo de este siglo. El otro (grupo B), de niños comprende los años 1971-1975, un total de 76 (32.5%) sobre los cuales se utilizaron técnicas modernas, individualizadas al tipo de malformación, bajo una visión funcional y estéticos. Esta puede resumirse en los siguientes postulados:

— En Hendiduras Labiales sin hipoplasia aplicamos las técnicas de Millard o Rose.

En Hendiduras Labiales simples con Hipoplasia, el procedimiento de Millard con la reciente modificación de Ortiz Monasterios (1).

Hospital Universitario de Caracas
Cátedra de Clínica Quirúrgica Pediátrica.

— En Hendiduras Labiales totales, preferimos la técnica de Tennison porque reconstruye la simuosidades normales de la línea cutáneo mucosa y el arco de cupido obtiene su forma natural.

— En Hendiduras Labiales bilaterales incompletas, recomendamos la técnica De Millard.

— En Hendiduras Labiales Bilaterales totales, la técnica de Veau III (Cronin) da los mejores resultados practicándola en 1-o-2 tiempos dependiendo de la rotación de la premaxila.

— En Hendidura Palatina, usamos básicamente la técnica de Von Langenbech, con la modificación de Warren y Dieffembach.

— Cuando el paladar es corto, realizamos retroposición del mismo, según los procedimientos de Wardill o Dorrance.

— De acuerdo con el foniatra, o por los resultados del estudio Radiográfico funcional del paladar, indicamos la construcción de Colgajos Faríngeos de base superior.

— Es difícil hacer una selección definitiva y exclusiva dada la ingeniosidad de cada incisión, ya que los mejores resultados se obtienen asociados en gran parte al arte y experiencia de cada Cirujano, en los procdimientos a los que está habituado.

RESULTADOS

Los casos del primer período fueron reagrupados según la clasificación adoptada por el subcomité de Fisuras de paladar de la Confederación Internacional de Cirugía Plástica reunida en París en 1963, para poderla comparar al segundo grupo.

GRUPO I. Hendiduras o Fisuras del labio y/o Alveolo. Uni o Bilaterales (Paladar Primario).

GRUPO II. Hendiduras o Fisuras del labio, Alveolo y paladar Uni o Bilaterales (Paladar Primario y Secundario).

GRUPO III. Hendiduras o Fisuras del paladar blando y/o duro (Paladar Secundario).

GRUPO. Hendiduras o Fisuras raras (este último grupo no está incluido en el trabajo).

Según esta clasificación en el grupo A (1957-1970) encontramos:

Grupos	No casos	%
I	27	16,9
II	87	55,0
III	44	27,8
	<hr/>	<hr/>
	158	99,7

TABLA N° 1

Mientras que el período B (1971-1975). ✓

Grupos	No casos	%
I	11	14,4
II	43	56,5
III	22	28,9
	<hr/> 76	<hr/> 99,8

TABLA N° 2

En cuanto al tipo de lesión.

Grupo	Tipo de Lesión	A		B	
		N°	%	N°	%
I	H. Labial Izquierda	10	6,3	6	7,8
I	H. Labial Derecha	12	7,6	1	1,3
I	H. Labial Bilateral	5	3,1	4	5,2
II	H. Labio Palatina Izq.	42	26,5	22	28,9
II	H. Labio Palatina Dcha.	17	10,7	15	19,7
III	H. Palatina	44	27,8	22	28,9
Total:		158	99,7	76	99,6

Con respecto al sexo y tipo de lesión, encontramos que la Hendidura Palatina izquierda (grupo II) es más frecuente en varones y la Hendidura Palatina (grupo III) en las hembras, relación que se conserva en ambas series.

En la tabla 3 se evidencia que la incidencia de los diversos tipos de lesión es visiblemente igual en los dos grupos estudiados.

CIRUGIA DEL LABIO

En el (grupo A) se practicaron un total de 105 Queiloplastias con evolución satisfactoria en 77 (73,42%) en contraste con el (grupo B) donde de 51 operaciones 50 (98%) fueron exitosas.

GRUPO A

Técnica	Casos	Evolución satisfactoria	Mala
Veau	69	50 (72,4)	19 (27,6)
Veau	19	15 (73,9)	4 (21,1)
Tennison	9	7 (77,7)	2 (22,3)
Millard	3	3 (100)	— — —
Otros	5	2 (40)	3 (60%)
Total:	105	77	28

GRUPO B

Tennison	21	20 (95,)	1 (4,6)
Millard	13	13 (100)	— — —
Veau III	10	10 (100)	— — —
Otros	7	7 (100)	— — —
Total:	21	50	1

Tabla 4 — Nota: Los números entre paréntesis representan los porcentajes al total de cada técnica.

Del (grupo A) se reoperaron 11 niños, así como el único fracaso del grupo (B).

La evolución es considerada satisfactoria desde el punto de vista estético y funcional tanto labio como ala nasal.

CIRUGIA DEL PALADAR

En el (grupo A) se realizaron un total de 110 intervenciones primarias sobre el paladar con evolución satisfactoria en 66 casos (60%); por el contrario sobre 61 operaciones (grupo B), el resultado fue satisfactorio en 49 (80,3%). Es de aclarar que 3 casos esperan aún la intervención por no tener la edad satisfactoria.

GRUPO A

Técnica	Casos	Evolución satisfactoria	Mala
Veau	54	28 (51,8)	26 (48,2)
Langembeck	39	25 (64,1)	14 (35,9)
Duhamel	12	9 (75)	3 (25)
Estafilorrafias	5	4 (80)	1 (20)
Total:	110	66	44

GRUPO B

Warren - Dieffenbach			
Langenbech	49	37 (76,6)	12 (24,4)
Wardill	6	6 (100)	— — —
Estafilonafías	5	5 (100)	— — —
Dorrance	1	1 (100)	
Total:	<u>61</u>	<u>49</u>	<u>12</u>

Colgajo faríngeo	Casos	Evolución satisfactoria	Mala
	9	9 (100)	— — —

Tabla N° 5. Nota: Los números entre paréntesis representan los porcentajes referentes al total de cada técnica.

En Cirugía del paladar consideramos evolución satisfactoria:

Ausencia de Fistulas, buena motilidad del Velo y un grado mínimo de insuficiencia Velo Palatina, así como un lenguaje o articulación de la palabra lo más adecuado posible. Esta es la razón de utilizar técnicas de alargamiento y Colgajo Faríngeo no realizados en el primer grupo.

RESUMEN

Con la utilización de las técnicas modernas y su adecuación a cada caso particular, hemos mejorado nuestros resultados en el tratamiento de las Hendiduras del labio y/o paladar.

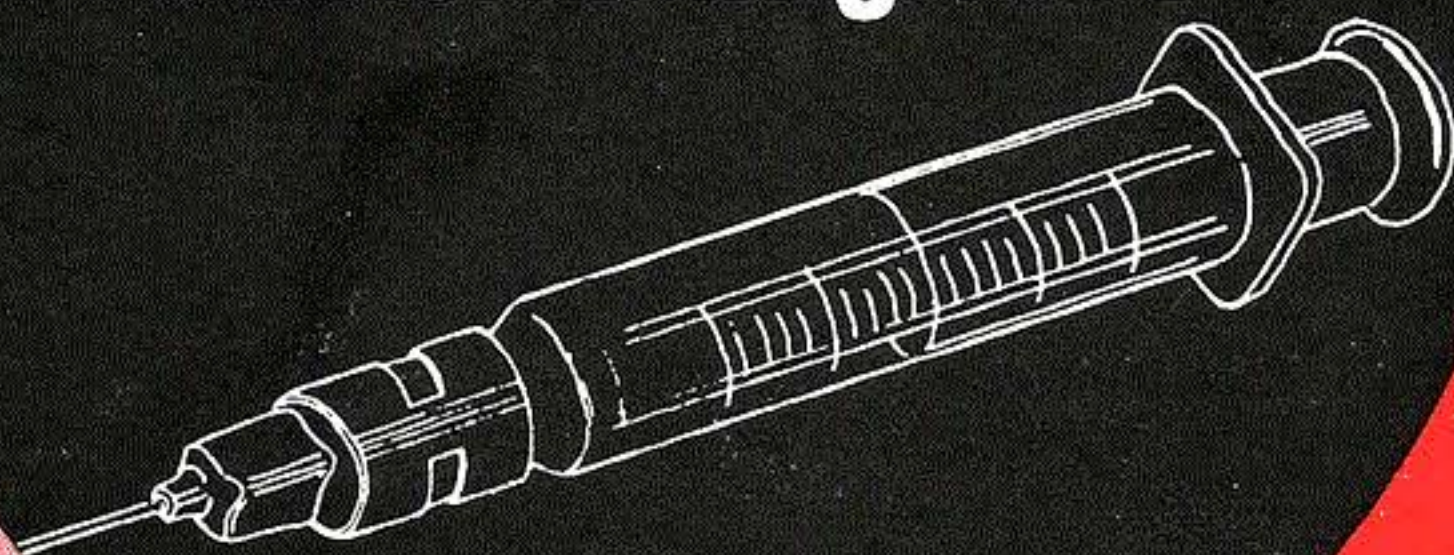
Actualmente obtenemos 98% de resultados satisfactorios contra la cifra anterior de 73,42% en Queiloplastias.

De igual forma en Cirugía del paladar los resultados han mejorado de un 60% al porcentaje actual de 80,3%.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ORTIZ, M. y Cols. Delayed Treatment of Patients with Cleft Lip-and Palate Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. 8: 109, 1974.
- 2 BRICEÑO IRAGORRY h., L.: Cirugía del labio y paladar hendido. Tesis. U.C.V. 1972.

**el antibiótico
de primera
elección aun en
infecciones
bacterianas graves**



GENTALYN

- cuando los patógenos causantes no han sido identificados
- cuando existe o se sospecha una infección bacteriana mixta
- cuando se ha desarrollado resistencia a otros antibióticos

espectro de actividad "único" que abarca la mayoría de las bacterias grampositivas y gramnegativas, inclusive: estafilococos resistentes, klebsiella, *E. coli*, pseudomonas y proteus (índol + e índol-).

Gentalyn*
Inyectable

(gentamicina 40 mg/cm³)

GAR(1) 5127/70)



SCHERING DE VENEZUELA, S. A.
Prolongación Calle Vargas 2a. Transversal Boleíta
Norte, Dtto. Sucre, Edo. Miranda, Caracas, Venezuela

Gentalyn
Pediátrico

(gentamicina 10 mg/cm³)

*Marca de fábrica



Lo asesoramos en su problema de seguros

LA COORDINADORA S. R. L.

Sociedad de Corretaje de Seguros

Fundada en 1945

Inscrita en el Ministerio de Fomento bajo el No. 9

DIRECTORES, CAPITAL

Y

PERSONAL VENEZOLANO

EN

UNA EMPRESA VENEZOLANA

AL SERVICIO

DE

V E N E Z U E L A

O F I C I N A S :

Santa Capilla a Mijares - Edificio San Mauricio

Piso 1º - Caracas

Telfs.: 81.51.71 (Serial) - Telex: 21600

S U C U R S A L :

Región Centro Occidental

Centro Comercial Negra Susana - Piso 2º - Ofic. 15

Barquisimeto, Edo. Lara - Telf.: 23.878

Autorizada esta publicación por la Superintendencia de Seguros
bajo el No. 2736



NUEVO

Canestén®

Antimicótico de amplio espectro con acción fungicida y tricomonocida

**Extermina hongos
¡t todos!***

*actúa en todas las dermatomycosis provocadas por dermatofitos, levaduras, mohos y otros hongos.

es fungicida

penetra hasta el estrato germinativo

depura a fondo el área contaminada por los hongos
sin causar efectos secundarios

**Dan testimonio las proporciones de los resultados
curativos obtenidos, de 90 a 95%**

Canestén crema - Canestén solución

Composición: 100 g de crema/solución
contienen 1 g de bis-fenil-(2-cloro-fenil)-
1-imidazolil-metano

Dosificación: Aplicar la crema/solución
en capa delgada 2 a 3 veces por día y
hacerla penetrar frotando. Una vez
desaparecidos los síntomas, la fisiología
de la piel y la localización de los hongos

hacen aconsejable continuar con las
aplicaciones unos 15 días más.

Presentación: Tubo con 20 g de crema.
Frasco de plástico con 20 ml de solución



Bayer
Alemania

Fijaciones Espinales Cervicales Mediante el Uso de Prótesis de Acrílico *

Dr. Abraham Krivoy O.**

INTRODUCCION

Spence⁸ popularizó el uso terapéutico del metilmetacrilato desde 1947 con resultados satisfactorios. Scoville⁷ en 1967 lo utilizó de reemplazo de cuerpos vertebrales en la columna cervical con metástasis. Nagashima⁵ publica 5 casos de agenesia de la odontoides con resultado satisfactorio.

La difusión de la utilización del acrílico es cada día mayor a pesar de los inconvenientes que se han venido acumulando tanto en el campo clínico y experimental. Entre ellas, neoplasias reportadas en ratas, pero que en 24 años de experiencia humana no se ha demostrado.⁶

Dado que uno de los factores que caracterizan el desarrollo de la humanidad en los últimos años, lo constituye la elevada velocidad, los accidentes que derivan de este factor son de la mayor importancia y complejidad y la incidencia de ello en la columna cervical va quedando demostrada por las recientes estadísticas.¹

Entre las indicaciones sugeridas para el uso del material acrílico se mencionan las siguientes:³

1. Cuando se requiere una movilización precoz del enfermo.
2. Cuando existen laminectomías muy amplias y el lecho óseo está muy disminuido.
3. Cuando la estabilidad de la columna está muy comprometida, por la patología en sí (metástasis, fracturas).
4. Cuando existen dudas de que el injerto autógeno no es garantizable.

* Trabajo realizado en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas y presentado en sus "Segundas Jornadas Científicas", del 24 al 27 de noviembre de 1976 en el IE SA, Caracas.

** Profesor Titular de Clínica Neurológica de la U.C.V. Servicio de Neurocirugía del Hospital J. M. de Los Ríos y Centro Médico.

TECNICA QUIRURGICA

En estricto sentido deberá adaptarse, la técnica a cada caso individualmente.

En términos generales hay casos, de acuerdo con la clínica, que requieren decompresión previa a la fijación y otros, como los nuestros, que no fue necesario.

La tracción previa en la región cervical para buen alineamiento, es requisito, si no en todos, en la mayoría de los casos.

La duración de la tracción, para la decisión quirúrgica es variable y va de horas a días según la necesidad de cada paciente.

La intubación endotraqueal deberá hacerse bajo tracción y bajo estricto control de la posición de cabeza y cuello, para prevenir cualquier movimiento inadecuado del mismo.

En posición prona y bajo tracción, se expone la columna cervical y según la patología, como en uno de nuestros casos, se expone el occipital también.

En casos de luxaciones-fracturas, es recomendable pasar el alambre debajo de la lámina correspondiente, de modo que el progresivo desplazamiento sea detenido consistentemente. En este caso, unos surcos realizados en dichas láminas con la pinza de Kerrison, facilita la operación. El alambre es de acero inoxidable 18 u otro que se adecúe a cada patología; cuando se usa desde el occipital, se descien- de hacia las láminas lujadas. Otro alambre suele usarse entre las espinosas, cuando estas no han sido eliminadas para la decompresiva de la médula.

Hoppenstein utiliza en todos los tiempos malla de acero inoxidable y no lo combina con alambre ya que las posibles diferencias que pueden existir en su composición química llegaría a efectos electrolíticos indeseables que haría fracasar la intervención.

Antes de la ubicación y colocación de los alambres o mallas de acero, la laminectomía exploratoria se realiza, cuando está indicada, así como la apertura de la duramadre o no.

En niños, el acrílico se usa menos ya que sus huesos se halla en crecimiento por lo que se usa más injerto de costillas o de caderas fijadas mediante alambre.⁴

Una vez preparado el lecho, la fijación de alambre o malla de acero inoxidable, se protege la duramadre con gelfoam, para evitar el efecto exotérmico del acrílico que puede dañar las estructuras neurológicas. Además del gelfoam durante el tiempo del fraguado del metil-metacrilato, se irá irrigando el campo quirúrgico, después de vaciado el acrílico con grandes y permanentes cantidades de suero frío, para minimizar la citada reacción exotérmica.

El acrílico en su forma líquida, se adapta adecuadamente a las formas irregulares de su continente, llenando todas las anfractuosidades, surcos, grietas, promon- torios, produciendo una fijación realmente efectiva.

Se eliminan los excesos de gelfoam y acrílico que puedan haber quedado y es muy importante el cierre de los planos musculares por planos, que cubra en forma adecuada el acrílico.

He aquí nuestros casos:

Caso I.—L. J. G. femenino, de 6 años de edad que consultó el 23-11-73, para evaluación neurológica debido a subluxación cervical. Procede de embarazo simple a término, parto distócico de nalgas con maniobras de extracción y cianosis neonatal por 5 días. Sufrió caída a la hora del parto. Hematoma del esternocleido mastoideo izquierdo al nacimiento. La evolución inmediata mostró reflejo de succión incompetente, llanto débil; mantuvo la cabeza a los 11 meses. Eruptivas en la infancia. Trauma occipital con vómitos en julio de 1973. Presenta cuadriparesia a predominio de miembros superiores, más el derecho, con abolición de los movimientos finos, distales de los dedos. El examen físico, además de las características arriba anotadas mostró buen control esfinteriano desde el año de edad; T.A.: 95/65; pulso: 104/min.; resp.: 16/min. C.C. máx.: 52 cms. El examen mental y lenguaje se presenta muy adecuado para la edad del paciente. La auscultación ocular, cefálica y carotídea: negativas, carótidas laten bien. Sensibilidad: hipoestesia correspondiente a metamerra C6 izquierda. Pares craneanos: normales y en el resto de la motilidad se halló: espasticidad en miembros inferiores; no se siente sola, aunque se mantiene sentida si la colocan. Reflejos: O.T.: +++/4; Babinski bilateral. La marcha espontánea no existe. Se practicó radio simple de cráneo, normal; E.E.G.: adecuado a la edad, excepto discreta irritabilidad cortical. EMG.: lesión de neurona motora inferior en miembros superiores y lesión de neurona superior en miembros inferiores, a predominio del derecho y del superior izquierdo. La radio simple de columna cervical señaló desplazamiento antero posterior de la 5ª vértebra cervical y del disco intervertebral subyacente; con alteraciones de la 3ª y 4ª vértebras. El 26-11-73 se practicó mielograma cervical: punción lumbar con presión inicial 90 mm. de agua; sin bloqueo a las maniobras de Queckenstedt-Stookey; se inyectaron 3 cc. de Miodil. El mielograma mostró el desplazamiento de la 5ª vértebra hacia atrás conjuntamente con el disco subyacente; no se observó bloqueo en el resto del canal, pero si la columna cervical muy inestable al intensificador de imagen. L.C.R.: Cel. 1/mm³ linfocitos; proteínas; 12/mgrs.%; Pandy: negativo; Cloruros: 118 mEq/lt.; glucosa: 66 mgrs.%.

Debido al poco progreso motor, y los déficits existentes se decidió practicar una fijación con alambres y acrílico (21-10-74) desde C2-C6. En posición prona y bajo anestesia general con intubación endotraqueal se practicó incisión mediana desde la región occipital hasta C6. Se separaron los planos musculares. Expuestas las vértebras se practicaron pequeños surcos en las láminas para el pasaje del alambre. Se fijaron las espinosas C6-C5 y se pasó por debajo de las láminas C4-C3 para "suspenderlo", fijándose luego a la espinosa C2 anudándose allí el alambre. Se aseguró la hemostasia, se colocó gelfoam. Se vació el acrílico en forma semilíquida, se moldeó adecuadamente sobre el lecho vertebral, cubriendo las estructuras de alambre y las apófisis espinosas. Se lavó abundantemente con suero frío mientras el acrílico fraguaba. Luego se cerraron 3 planos musculares, aponeurosis, celular subcutáneo y piel con puntos separados de seda negra.

La evolución post-operatoria ha sido satisfactoria ya que bajo la dirección del equipo rehabilitador del Hospital Ortopédico Infantil, se desplaza sola con andadera. Su último control fue el 22-5-75, observándose la mejoría y una radiografía de control muestra las vértebras con las modificaciones iniciales, sin empeoramiento de las mismas.

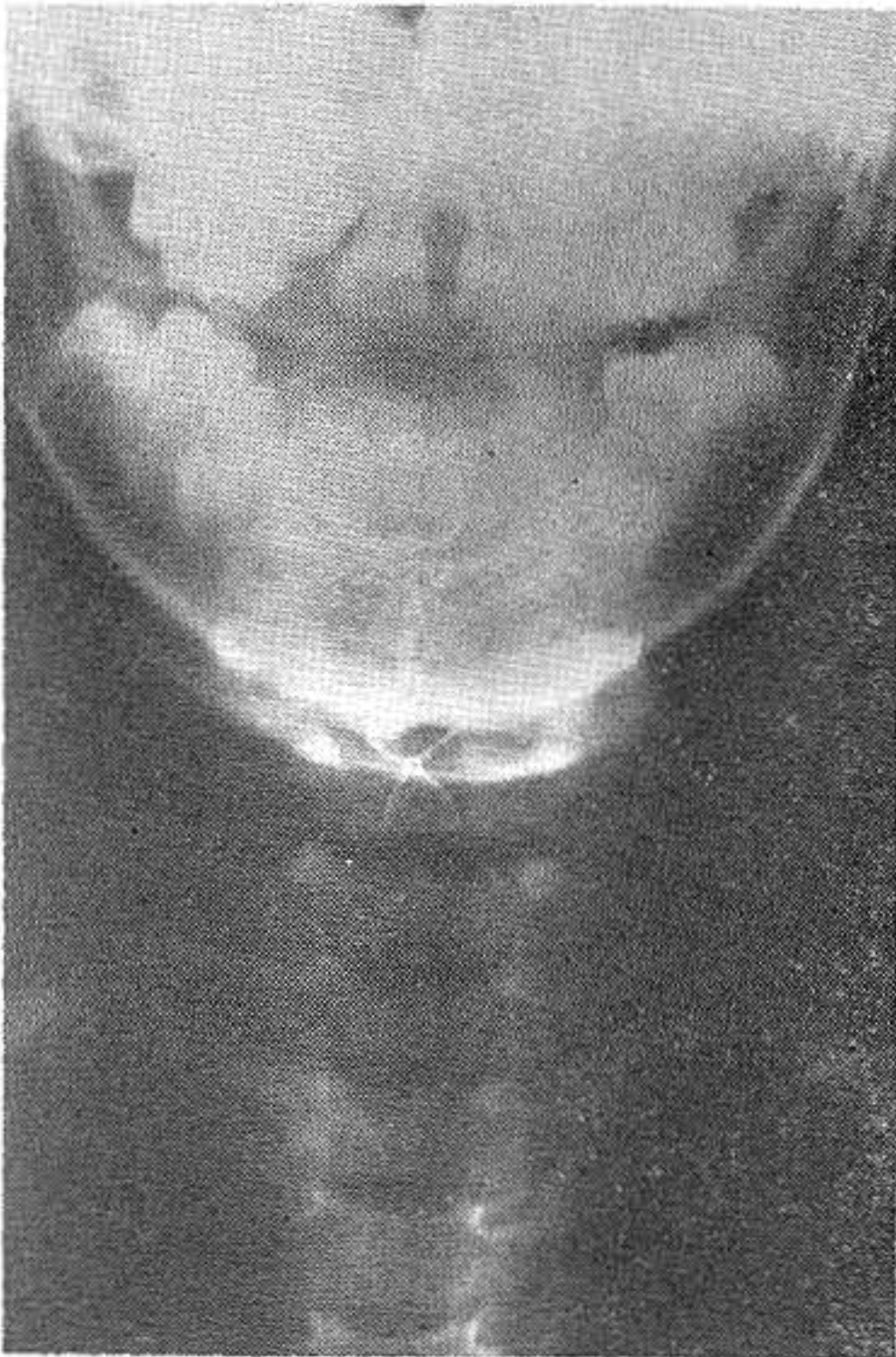


Fig. 1.- Caso I.- L. G. de 6 años de edad con trauma obstétrico, cuadriparresia. Se halló subluxación de la 5ª vértebra cervical y del disco subyacente sin compresión medular crónica, pero con gran inestabilidad de dicha vértebra. La radiografía de columna lateral simple post-operatoria, muestra la fijación de alambre que se realizó desde la apófisis espinosa C2, pasando luego por debajo de las láminas C3-C4 y fijando las espinosas C5-C6, encima de lo cual se vertió el acrílico para formar una barra única que estabilizó la casi totalidad de la columna cervical y que por la radiotransparencia no se visualiza a los rayos X.

Fig. 2.- Caso I.- L. G. Proyección anteroposterior de la columna cervical post-operatoria. En este sentido, se halla alineado y se observa el esqueleto de alambre que en los círculos amplios rodea las apofisis espinosas superiores C2 y las inferiores C5-C6 y los ovalos pequeños intermedios de C3-C4 corresponde al pasaje del alambre por debajo de dichas láminas, como se observó en la foto anterior.



Caso II.— M. P. femenino, de 28 años de edad, natural de Caracas, que consultó el 27-6-75 en clínica privada por limitación de la motilidad en miembros superiores. Antecedentes, caída de 3 metros de altura por intento de autoeliminación por brote psicótico, en mayo de 1975. Estuvo hospitalizada una semana y notó limitación de los movimientos del cuello y de los cuatro miembros con sensación de miembros inferiores rígidos. Antecedentes: frenocomiales de cura de sueño. Examen físico: TAC.: 90/70; pulso: 80/min.; resp.: 20/min. Sensibilidad: conservada. Pares craneanos: normales. Motilidad Actitud de inclinación de la cabeza a la derecha y rotación posterior. Limitación antálgica de los movimientos del cuello. Fuerza grado 4+ en los miembros, mano derecha: 15 kgrs.: mano izquierda: 0. Hiperreflexia O.T.; no se halló Babinski. La radio simple columna (28-6-75) no mostraron ningún desplazamiento, buena alineación vertebral. E.E.G.: actividad lenta focal derecha. Ecograma: normal. Pruebas de Psico-organicidad: mostraron un Raven inferior al término medio, índice de ansiedad alto (30) y alteración viso espaciales en el Bender. Se indicó rehabilitación y fisioterapia y nueva radiografía cervical en 3 meses. El 12-9-75 se halló a la radiografía desplazamiento intenso de C1 sobre C2 debido a fractura de la base de la odontoides sin aumento del déficit neurológico por lo que se indicó hospitalización de inmediato; se colocó compás de Aristizábal en cama de Striker y se comenzó la tracción gradual comenzando con 4 kilos; se colocaba 1/2 kilo diario. Se alcanzó alineación estacionaria el 24-9-75 y se intervino el 30-9-75 en cama de Striker. **Operación:** se practicó una incisión mediana desde la protuberancia occipital a C3. Se separaron los planos musculares. Se observó ruptura del ligamento amarillo entre C1-C2. Existía inestabilidad de la vértebra 2 y angulación del ligamento occipito-atloideo. Se practicaron 2 agujeros de trepano occipital, 1 cm. de la línea media y por encima del agujero magno. Se pasó alambre grueso, se retorció a su salida y cada rama se pasó por debajo de cada lámina de C1, fijándose a su salida con el alambre que venía del occipital. De allí se descendió a las apofisis C2 y C3, las cuales se rodearon con el alambre previo labrado de un canalito en su base para mayor fijación del alambre. Se colocó gelfoam en el lecho óseo de las láminas y se vació el acrílico en estado semi-líquido. Se moldeó el plástico desde los agujeros de trépano del occipital hasta C3, cubriendo el esqueleto de alambre en su totalidad y todas las láminas expuestas con sus apofisi espinosas. Cuando comenzó la reacción exotérmica se irrigó abundante y continuamente con suero frío hasta la finalización del fraguado. Se cerraron los diferentes planos con puntos separados de seda negra. En el post-operatorio inmediato se retiró la tracción cervical y se colocó en cama clínica habitual. La evolución post-operatorio ha sido excelente y los controles radiológicos practicados muestran inalterabilidad de la fijación inicial quirúrgica. Clínicamente al inicio se observó marcada limitación de todos los movimientos del cuello el 6-2-76; pero en su último control 9-4-76 hay mejoría notable de la motilidad cervical excepto la rotación a la izquierda.

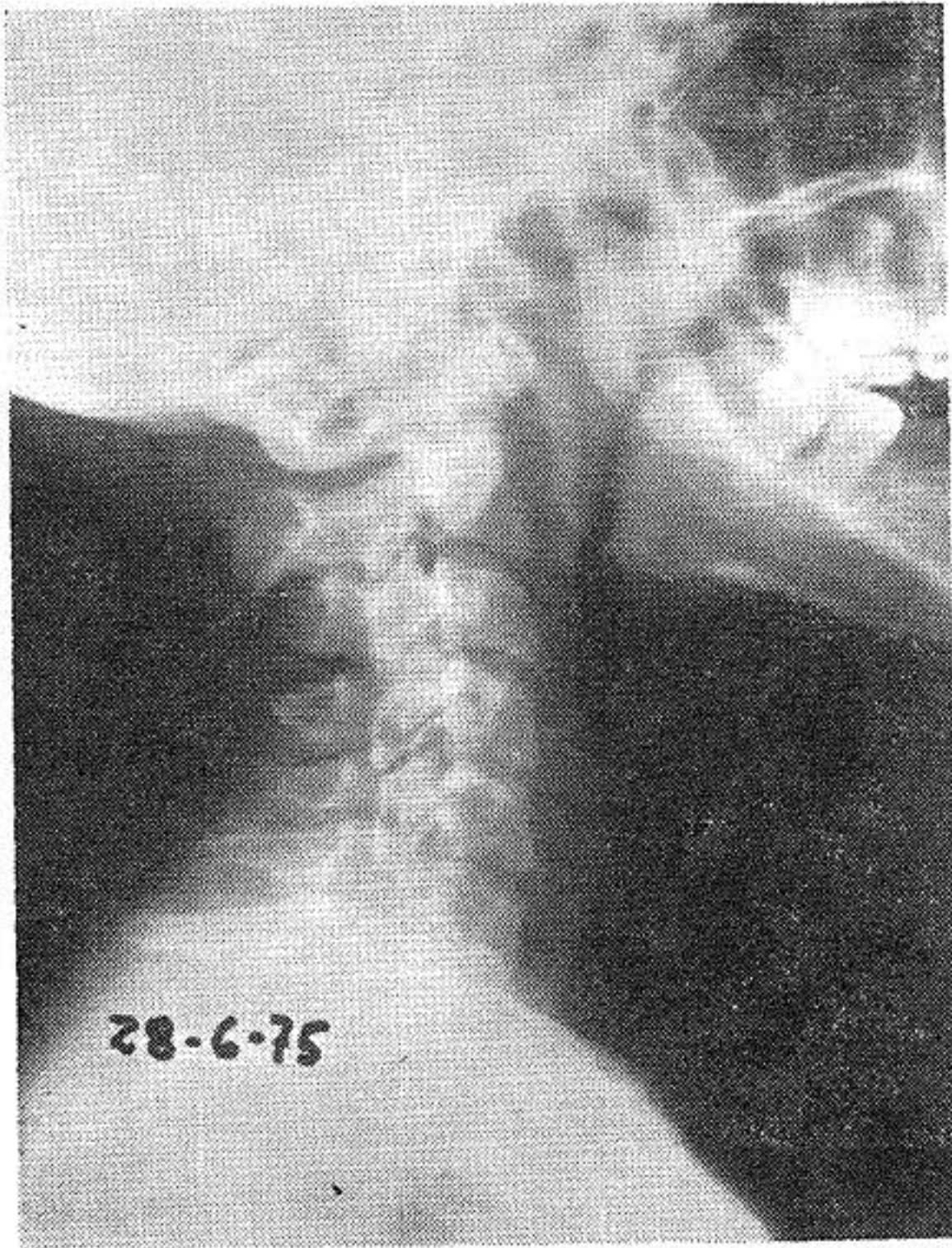


Fig. 3.- Caso II.- M. P. de 28 años de edad que consultó por cuadriparesia y limitación de movilidad cervical por caída de cabeza de 3 mts. de altura, un mes atrás. La radio simple de columna (28-6-75) mostró buen alineamiento de la misma. Se recomendó control radiológico en 3 meses.

Fig. 4.- Caso II.- La radiografía simple de control (12-9-75) 3 meses después mostró fractura de odontoide en su base con luxación del atlas hacia adelante sin exacerbación de la clínica.

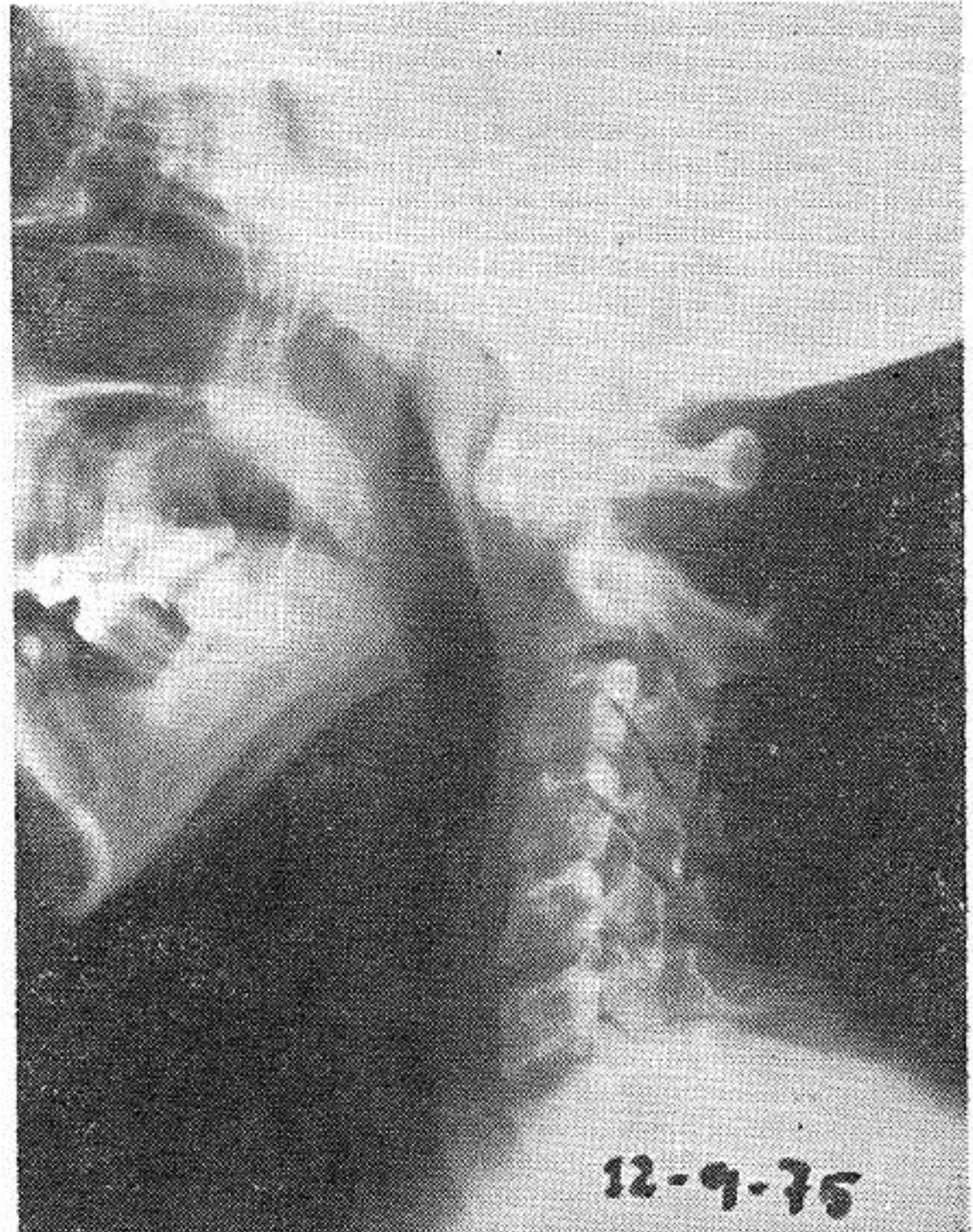


Fig. 5.- Caso II.- Tomografía anteroposterior de columna cervical (12-9-75) donde se observa la fractura de la base de la odontoides con luxación de las masas laterales a la izquierda.

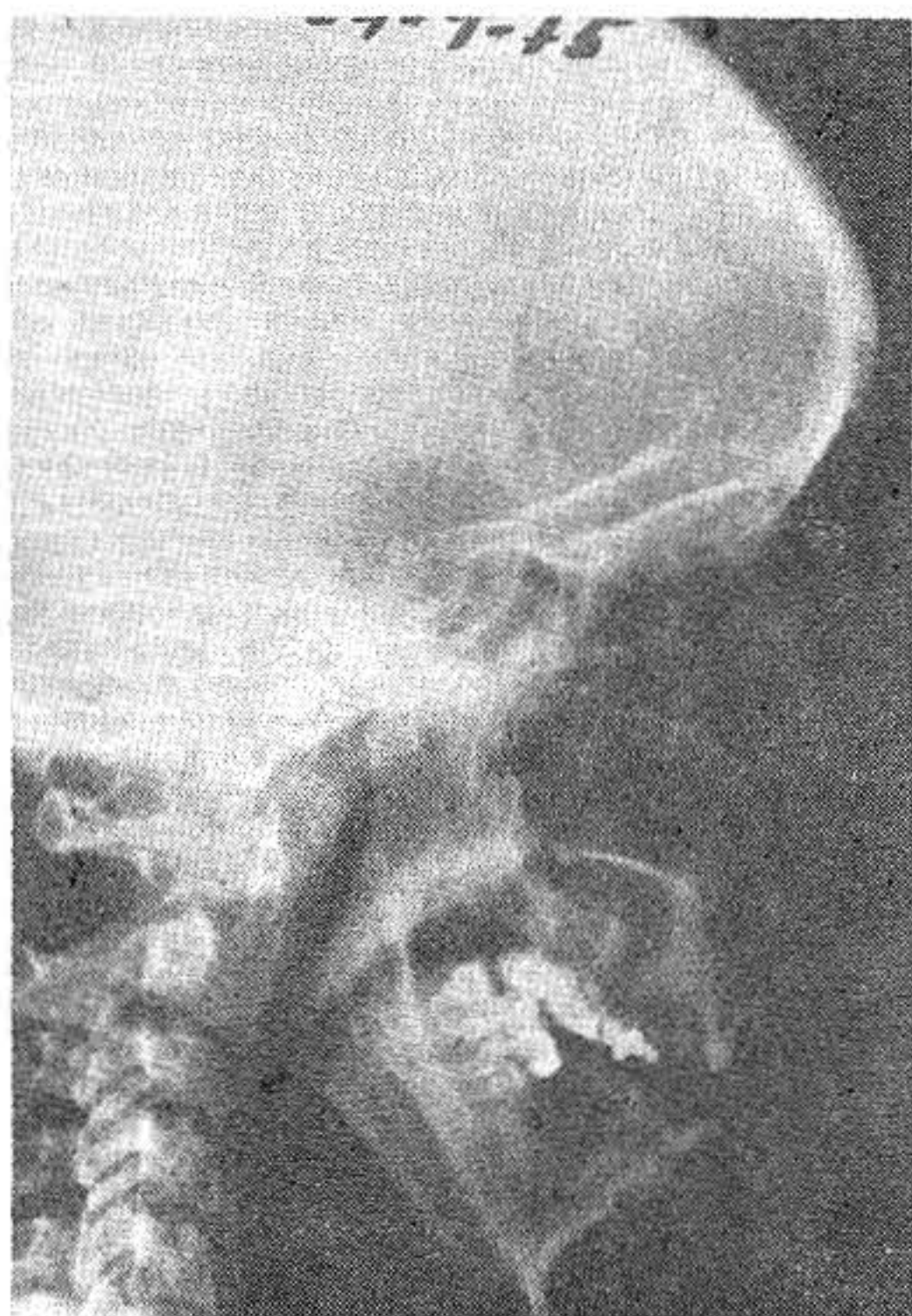
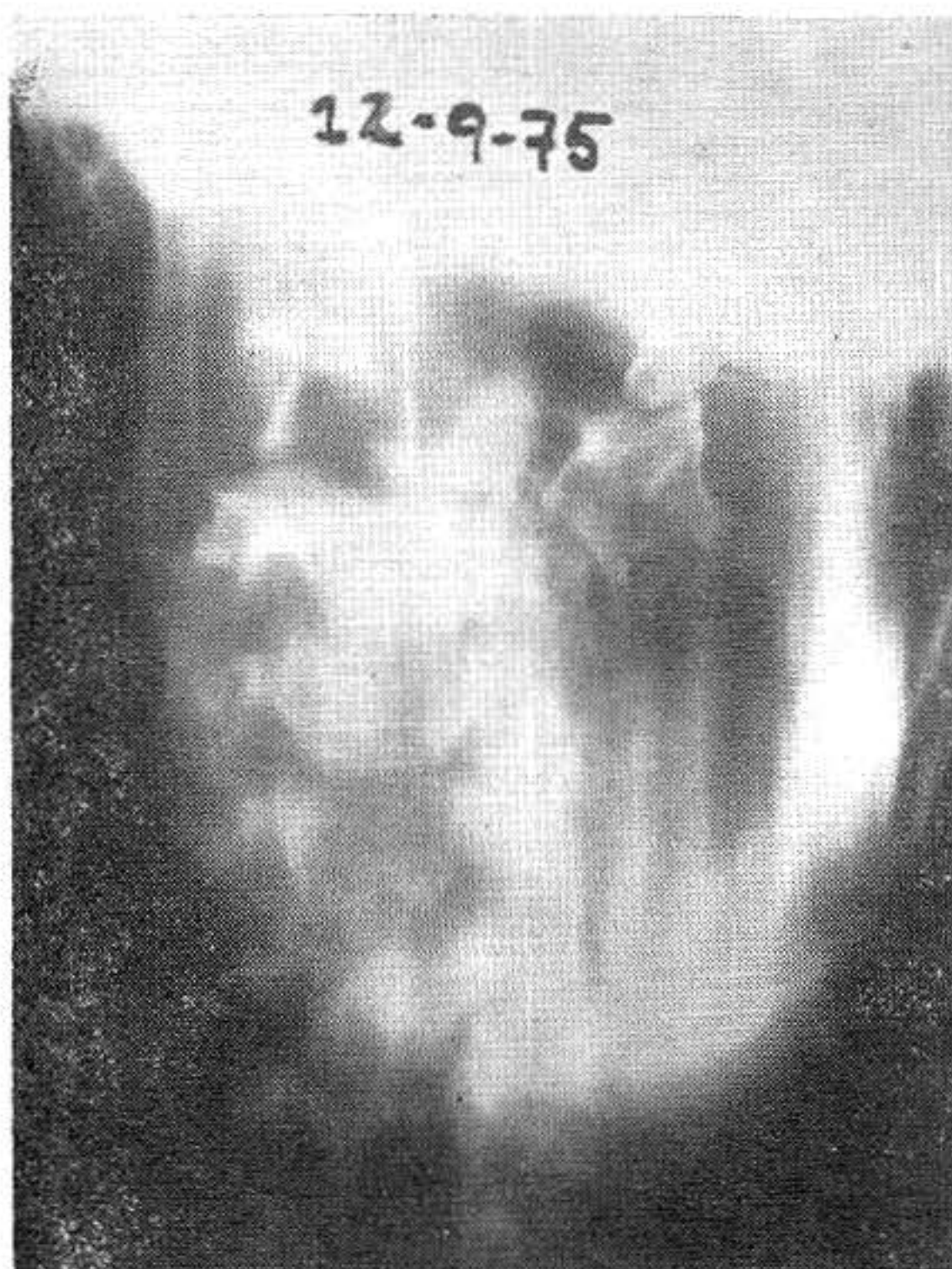
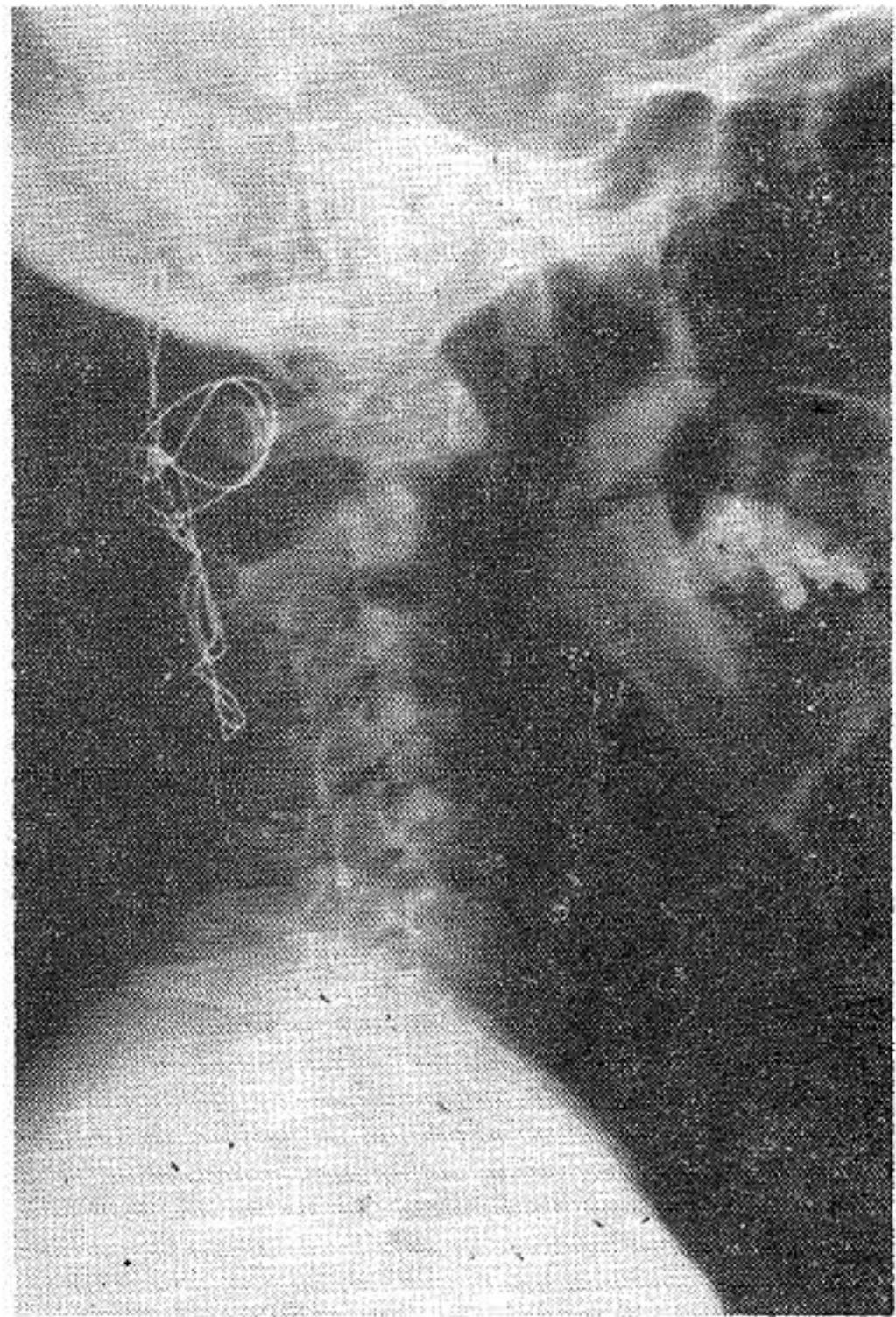


Fig. 6.- Caso II.- La tracción mediante compás de Aristizabal en cama de Striker redujo para el 24-9-75 la fractura luxación en la forma que se observa en la radio lateral, donde en su parte superior se observa el compás de tracción.

Fig. 7.- Caso II.- Control post-operatorio del 5-2-76, cuatro meses después, permite observar el alineamiento sin cambios alcanzados en la tracción cervical y el esqueleto de alambres que pasa por el occipital, pasa por debajo de la lamina de C1 y se fija luego en las apófisis espinosas de C2 y C3. Existe solo ligera limitación del movimiento de rotación cervical a la izquierda.



COMENTARIOS FINALES

En el primer caso, un trauma cervical de probable origen obstétrico, con protrusión anterior de C5 y del disco intervertebral subyacente, mostraba una cuadriparesia de poca tendencia a la mejoría, la mielografía que no mostró bloqueo, pero si la protrusión y la inestabilidad fueron los factores que aconsejaron la fijación cervical. Si bien es cierto que en niños lo recomendable es el propio injerto óseo, también es cierto que el tiempo de reposo para una criatura y a veces la necesidad de eliminar el injerto, por crecimiento de la criatura es más laborioso con hueso, que con el acrílico, ya que este no se adhiere a los huesos.

El segundo caso, si encuentra amplia justificación del uso del acrílico por dos razones: a) la gravedad del desplazamiento; b) personalidad post-psicótica. Por ello, una estabilización inmediata con incorporación a las 24 horas prevenían las recaídas de alteraciones de conducta.

La prótesis tiene como función, además de provocar la fijación deseada, de transmitir las cargas, sus líneas de fuerza desde el límite superior sano, al inferior sano, a través de la barra fabricada con acrílico y alambre, no modificando, en nada la zona patológica; por el contrario, facilitando su fijación, mientras cura, o se cicatriza. De modo que debe tenerse en mente, que la barra de acrílico estructurada debe "saltar" desde una vértebra o más, completamente sana, por encima de la patología, hasta la otra u otras vértebras sanas inmediatamente por debajo de la patología, para que cumpla su función; de lo contrario, la fractura o dislocación del acrílico, es lo que suele ocurrir.

En la experiencia de Hoppenstein,² los acrílicos suelen aflojarse a los 3 meses por lo que él recomienda simultáneamente con el acrílico, la fusión ósea, de modo que cuando ello ocurra, la fusión ósea tome su puesto y esto debe ser particularmente importante para las zonas lumbares y dorsales, sometidas a mayor carga.

CONCLUSION

La utilización del material acrílico en las fijaciones inmediatas de la columna cervical, en patologías de diferentes etiologías presenta indicaciones precisas y ventajas como: movilización post-operatoria inmediata, la limitación de los movimientos cervicales son mínimos, el acrílico se adapta a todas las anfractuosidades del lecho, no se une al hueso por lo que su eliminación ulterior, si ello fuera necesario por cualquier circunstancia (fractura, dislocación, etc.) no suele ser laborioso, no se requiere ninguna prótesis externa (yeso, collarín) en los post-operatorios y disminuye notablemente las complicaciones de cualquier post-operatorio prolongado. El buen juicio del neurocirujano y la experiencia previa son factores decisivos en el éxito de este tipo de intervención.

RESUMEN

Se presentan dos casos de patología vertebral cervical traumática, los cuales fueron sometidos a fijaciones inmediatas con el uso de acrílico y esqueleto de alambre.

Se hacen comentarios acerca de las bondades del método y sus contraindicaciones.

SUMMARY

Two patients with traumatic pathology of the cervical spinal and immediate spinal stabilization using acrylic prosthesis and wire fixation were presented.

Comments about the advantages and contraindications of these methods were made.

BIBLIOGRAFIA

- 1 CASTILLO, R.; KRIVOY, A.; MOGOLLON, A.; CARVALLO, E.; BRAUN, P.; KRIVOY, S.; JASPE, L.; ROJAS, V.; CHACIN, R.; ECHEVERRIA, P. y SUBERO, A.: Traumatismos de columna vertebral (coloquio). Boletín del Hospital Universitario de Caracas. (7) 10, 184-204. Enero de 1975.
- 2 HOPPENSTEIN, R.: Immediate spinal stabilization using an acrylic prosthesis. Bulletin of the Hospital for Joint Diseases. (XXXIII) 1, April 1972, 66/75.
- 3 KAUFFMANN, E. A.: Uso del acrílico antopolimerizante (metal metacrilato) en fusiones de la columna cérvico-toracolumbar. Neurocirugía México. (II) 1, 59-67, marzo 1972.
- 4 Mc WHORTER, J. M.; ALEXANDER, E. Jr.; DAVIS, C. H. Jr. and KELLY, D. L. Jr.: Posterior cervical fusión in children. Journal of Neurosurgery. (45) 2, 211/215. August. 1976.
- 5 NAGASHIMA, CH.: Atlanto-axial dislocation due to agenesis of the os odontoideum or odontoid. J. Neurosurg. (33) 3, part 1, 270/280, September 1970.
- 6 OPPENHEIMER, B. S.; OPPENHEIMER, E. T. and STOUT, A. P.: Further studies of polymers as carcinogenic agents in animals. Cancer Res. 15: 333-338, 1955.
- 7 SCOVILE, W. B.; PALMER, A. I. H.; SAMBRA, Q. and CHONG, G.: The use of acrylic plastic for vertebral replacement or fixation in metastatic disease of the spine. Technical note. J. Neurosurg. 27: 274-279, 1967.
- 8 SPENCE, W. T.: Form fitting plastic cranioplasty. J. Neurosurg. 11: 219-225, 1954.

DOTACION

MEDICA

COMPañIA ANONIMA
Capital Bs. 2.000.000

Instrumentos Quirúrgicos

Equipos de Rayos X

Productos Químicos

Mobiliario Clínico

Av. Cagigal, Residencias Danubio - San Bernardino, Caracas

TELEFONO: 52.13.66 (serial)

Cables: Domedica

Alergia por Colorantes Artificiales en el Niño

*Por Carjos Mijares

Los colorantes artificiales se usan en medicina en forma líquida o sólida, con el objeto de identificar y diferenciar la posología entre los medicamentos. También se usan en la industria de alimentos para colorearlos, identificarlos, darles sabor y forma. Se usan igualmente, en la preparación de cosméticos.

En un principio, se usaron colorantes vegetales, pero estos son inestables y pierden su uniformidad con el tiempo. Esto ha hecho que la mayoría de los fabricantes usen colorantes químicos, los cuales derivan del carbón de hulla. Entre ellos se conocen: el Rojo N 2; Rojo N 3; Rojo N 4; Azul N 1; Azul N 2; Violeta N 1; Verde N 3; Amarillo N 3; Amarillo N 5 y Amarillo N 6 (Friedelman y Martens, 1975).

Desde 1948 se comenzó a notar la aparición de hipersensibilidad alérgica producida por colorantes artificiales (Lockey, 1948), quien publicó 4 casos de urticaria y 3 de asma.¹ De allí en adelante, se han publicado una serie de trabajos, indicando, que estos colorantes pueden producir reacciones alérgicas diversas, tales como: asma, urticaria, edema angioneurótico, prurito, erupciones fijas por drogas, púrpura no trombocitopénica y anafilaxia.^{1 2} Además, Feingold en 1974 presentó un trabajo ante el Colegio Americano de Alergistas, en París, donde incriminaba a los colorantes artificiales la aparición de hiperactividad de trastornos de conducta en el niño.³

Entre los colorantes artificiales, el más conocido como causante de alergia, es la tartrazina o Amarillo N 5, la cual es la sal trisódica del 3-carboxi-5-hidroxi-1-sulfofenilaxopirazole, de color amarillo-naranja-brillante.

Ingerida por la vía oral, la tartrazina es metabolizada en el tracto gastrointestinal y eliminada como ácido sulfanílico en 48 horas.⁴

El colorante rojo o amaranto (Amaranth), presente en gran número de jarabes antialérgicos y antitusígenos, es causa frecuente de reacciones alérgicas (Speer, comunicación personal 1974).

* Pediatra Alergólogo del Departamento de Pediatría.

El objeto de la presente comunicación es hacer una revisión de la literatura y presentar 3 casos de alergia por colorantes artificiales en el niño.

CASO CLINICO N° 1. ECZEMA ALERGICO

M. T. de 22 meses de edad, con antecedentes normales, consultó por presentar eczema generalizado de 16 meses de evolución. El eczema se hacía manifiesto tras la ingestión de leche de vaca, queso, mantequilla, Cerelac (R), jugo de naranja, Pepsicola (R), gelatina, carne de res y chupetas coloreadas. La lesión no se acompañaba de prurito, pero sí dejaba una zona de depigmentación en los períodos de mejoría. El Liolactil (R) agravaba el eczema. Otros agravantes eran: el kerosene, Valsol (R), amoníaco, ceniza, cloro y Sanpix (R). Al lado del eczema alérgico, la niña presentaba reacción local a la picadura de insectos, dolor abdominal, constipación y distensión abdominal. Durante los primeros meses de la vida tuvo cólicos de 2 meses de duración, constipación persistente y eczema. Había tenido amibiasis, tratada con Diodoquín y Emetina. Su evaluación alergológica descubrió sensibilidad al hongo cefalosporium (3 cruces, prueba del escarificado) y pruebas intradérmicas positivas a polen de grama y polen de árboles (2 cruces cada una). Las pruebas cutáneas para hongos mixtos y polvo doméstico fueron negativas, pero sí produjeron exacerbación del eczema en el brazo donde se aplicaron. El tratamiento consistió en control ambiental, dieta de eliminación, sintomático y específico. La dieta de eliminación incluyó: leche de vaca y derivados lácteos, chocolate y bebidas con cola, cítricos, tomate, maíz, cereales, huevo y colorantes artificiales. Una lista de más de 16 medicamentos muchos de ellos a base de colorantes artificiales, fue suspendida inmediatamente. En un período de 4 semanas se empezó a observar mejoría, la cual desapareció cuando se probó a darle gelatina, chupetas, carne de res e Histiacil Infantil (R). Posteriormente, la niña fue capaz de tolerar la carne de res y los otros alimentos excluidos, no así los colorantes. Actualmente, la paciente se encuentra bien y sana. Los síntomas digestivos remitieron también.

CASO CLINICO N° 2. RINITIS ALERGICA

R. H. de 9 años, sufriendo de asma y rinitis alérgica desde los 10 meses de edad. Tratado con medicación sintomática sin mejoría. Otros síntomas que presentaba el niño eran: constipación, resfriados frecuentes, conjuntivitis, bronquitis, tensión nerviosa, y fatiga, dolores en piernas y brazos y sudoración. Medicamentos que le producían asma: aceite de hígado de bacalao, Calcibronat (R), y Ferronicum (R). Olores e irritantes que le agravaban el asma: humo de cigarrillo, pintura, laca, perfumes, talco, tiza, salsas y humo del escape de automóviles. Otros desencadenantes y agravantes: la humedad, el calor y la tensión nerviosa. Alimentos que le producían asma: naranja, helados, chocolate, bebidas con cola, colores artificiales de Koolade (R), mostaza, tortas y pescado. Las pruebas cutáneas demostraron 3 cruces para polvo doméstico y 1 cruz para hongos mixtos, caspa de perro, caspa de gato y polen de grama. El paciente fue puesto en una dieta de eliminación que excluyó: leche de vaca y derivados, chocolate y colas, cítricos, huevo, pescado y colorantes artificiales. Al mismo tiempo se inició desensibilización con Duo (mezcla de hongos y polvo doméstico). La dieta de prueba se hizo por 3 semanas, al cabo de las cuales se regresaron los alimentos, con 3 días de intervalo para cada uno. A través de esta dieta se pudo comprobar que el paciente era alérgico a la leche de vaca, chocolate y colas, huevo, pescado y colorantes artificiales. El Koolade (R) se administró en tres oportunidades diferentes, y en todas ellas el niño presentó

asma, que desapareció al suspender el alimento en cuestión. Actualmente el niño se encuentra bien. No ha vuelto a presentar asma desde entonces. Sigue su programa de desensibilización.

CASO CLINICO N° 3. ASMA Y EDEMA ANGIONEUROTICO

N. O. de 4 años, varón, consultó por asma y edema angioneurótico de 8 meses de evolución. Al interrogatorio, la madre informó que el niño presentaba asma y edema de los labios al comer apio, papas, Koolade (R) y Big Big (R). El Koolade (R) le producía, además, vómitos, y mareos. El cuadro clínico general incluía: asma, tensión nerviosa, edema angioneurótico, cefalea, enuresis y sudoración. El cuadro asmático se exacerbaba por el llanto y la humedad. Irritantes que agravaban el cuadro de asma eran: humo de cigarrillo, Teca (R), talco, pintura, laca, insecticidas. Las pruebas cutáneas demostraron: 2 cruces para polvo doméstico y 1 cruz para hongos, caspa de perro, polen de grama y 2 cruces para polen de árboles. El niño fue puesto en una dieta de eliminación por 3 semanas, la cual excluía: leche de vaca, chocolate y bebidas con cola, cítricos, huevo, cereales y colorantes artificiales. Al cabo de las 3 semanas de prueba, el niño toleró los alimentos arriba mencionados, con excepción de los colorantes artificiales, los cuales, al serle ofrecidos de nuevo, le causaban asma y edema de los labios. Debido a eso, los colorantes fueron excluidos definitivamente, con lo cual, el paciente mejoró notablemente.

DISCUSION

Fue Lockey^{1 2} el primero en reportar en 1948, 4 casos de urticaria y 3 de asma, producidos por colorantes artificiales. Mi profesor, el Dr. Speer, de la Universidad de Kansas, llamó la atención sobre estos alérgenos en 1958.⁵ Speer and Dockhorn en 1975,⁶ publicaron lo siguiente: los colorantes artificiales, tienen que estar presentes en apreciables cantidades, para poder causar síntomas. Ellos están presentes en: bebidas carbonatadas, jugos para el desayuno, posicles y el Koolade (R). La gelatina contiene colorantes en poca cantidad, mientras que los antibióticos en jarabe, son gran fuente de ellos. Los refrescos sin colorantes son: Sprite (R), Seven Up (R), Ginger Ale (R), frescolitas y Dr. Pepper (R). De acuerdo con Speer, si el colorante existe en poca cantidad, como en el caso de la gelatina, es improbable que sea mayor causa de problemas.

Lockey en 1959⁷ llamó la atención sobre el amarillo N 5 y tartrazina, presente en tabletas conteniendo esteroides, y causante de urticaria en pacientes adultos. En 1964, Klevansky y colaboradores⁸ reportaron un caso de erupción fija por drogas, en un adulto que había tomado un medicamento que contenía Roja N 2, Rojo N 4 y tartrazina. En 1967, Chafee y Settipane,⁹ reportaron un caso de asma recurrente, después de tomar un antiasmático conteniendo tartrazina. Feingold en 1968,¹⁰ publicó un caso de urticaria por vitaminas masticables, y, urticaria y edema angioneurótico por tartrazina en Provera (R) y Provest (R). Más aún, Lockey, de nuevo en 1969,¹¹ reportó 6 casos de urticaria producida por colorantes artificiales en alimentos y drogas. Un caso de purpura no trombocitopénica fue reportado por Griep en 1970,¹² causado por la tartrazina. Lockey en 1971,¹³ volvió a publicar casos de reacción alérgica por vitaminas coloreadas, antitusígenos coloreados y alimentos conteniendo Verde N 3. En 1972, Juhlin y colaboradores¹⁴ publicaron casos de hipersensibilidad a la tartrazina: 4 casos con urticaria y edema; otro con

urticaria y asma, y todavía otro, con urticaria y rinitis. Nuevos casos de purpura no trombocitopénica fueron reportados por Michaelsson en 1974,¹⁵ causados por Rojo Carmín, tartrazina y amarillo N 6. Por último, Feingold,³ sugirió la asociación entre estos colorantes y trastornos de conducta en el niño.

Existe una relación muy estrecha entre los colorantes artificiales y la aspirina.^{14 16 17} Muchos de los trabajos publicados hasta la fecha, reflejan esta asociación.

La verdadera incidencia de la alergia por colorantes artificiales, se desconoce. Esto se debe, a que no todos los casos se reportan, porque no se piensa en los colorantes artificiales como causa de enfermedades alérgicas. Se cree, que el paciente que más reacciona al colorantes es aquel que ya tiene una diátesis alérgica, y que muchos casos de alergia atribuidos a otros alérgenos, son en realidad, sensibilidad producida por colorantes químicos.

Ha sido tal la recopilación de casos, que los fabricantes han tenido que eliminar los colorantes de muchos preparados. Tal es el caso del Marax (R), el cual viene ahora con y sin colorante. El Marax (R) que se expende en Venezuela es incoloro.

Son innumerables las drogas que contienen colorantes en su preparación. Igualmente, infinidad de alimentos son preparados a base de colorantes. En cosmología, existe una verdadera gama, capaces de producir dermatitis de contacto en pacientes susceptibles a estos compuestos.

Si pensamos en la gran cantidad de colorantes artificiales usados por el público hoy en día, comprenderemos la importancia de la alergia por colorantes.

El diagnóstico, la recopilación de casos y el tratamiento, dependerán en mucho, de que recordemos esta posibilidad cuando evaluemos el niño alérgico. El interrogatorio a los padres es crucial; y las dietas de eliminación son decisivas en el diagnóstico y tratamiento, como se pudo observar a los 3 casos presentados.

Si algún medicamento, alimento o cosmético enferma o empeora a su paciente, piense en su composición, pero piense también en los colorantes artificiales, si es que los contiene.

SUMMARY

Hypersensitivity to tartrazine and other dyes is not uncommon in children.

Artificial colors are present in drugs, foods and cosmetics. Cough medicines, antibiotics and antiallergic preparations contain them in appreciable amounts.

These dyes have been implicated in a number of allergic reactions including asthma, urticaria, angio-edema, pruritus, fixed drug eruptions, non-thrombocytopenic vascular purpura and anaphylaxis. Recently, hyperactivity and learning disorders of children have been associated with hypersensitivity to coal tar dyes.

Three cases of artificial colors allergy in children, are presented. A review of the literature follows.

REFERENCIAS

- 1 LOCKEY S.: Allergic reactions due to FD&C dyes used as coloring and identifying agents in various medications. Bull Lancaster Gen Hosp, Sept. 1958.
- 2 LOCKEY S.: Allergic reactions due to Dyes in foods, presented at the Pennsylvania Allergy Society Fall Meeting, 1948.
- 3 FOINGOLD B.: Presented at the American College of Allergists, Paris, France, April 1974.
- 4 Jones R et al: The metabolism and excretion of tartrazine in the rat, rabbit and man. Fd Cosmet Toxicol 2: 477, 1964.
- 5 SPEAR F.: "Food Allergens", in Speer F (Ed): The Allergic Child, pp. 1106-137, New York: Harper and Row, 1963.
- 6 SEER and DOCKHORN "Allergy and Immunology in Childhood" pp. 402, Thomas, 1973.
- 7 LOCKEY S.: Allergic reactions due to FD&C Yellow N 5 tartrazine, an aniline dye used as a coloring and identifying agent in various steroids. Ann Allergy 17: 719, 1959.
- 8 KLEVANSKY H.; KINSLEY H.J.: Fixed drug eruptions caused by dyes. South Afr Med J 38: 216, 1964.
- 9 CHAFEE F. H.; SETTIPANE G. A.: Asthma caused by FD&C approved dyes. J. Allerg Clin Immun 40: 65, 1967.
- 10 FEINGOLD B. F.: Recognition of food additives as a cause of symptoms of allergy. Ann Allergy 26: 309, 1968.
- 11 LOCKEY, S.: Chronic urticaria and generalized urticaria due to FD&C dye 5 present in food and drugs as a coloring agent. Scientific Exhibit, Hidden Allergens, AMA Annual Meeting, New York, July, 1969.
- 12 CRIEP L. H.: Allergic vascular purpura. J. Allerg Clin Immun 48:7, 1971.
- 13 LECKEY S.: Reactions to hiddens agents in foods, beverages, and drugs. Ann Allergy 29:461, 1971.
- 14 JUHLIN L.; MICHAELSSON G.; ZETTERSTROM O.: Urticaria and Asthma induced by food and drug additives in patents with aspirin sensivity. J. Aller Clin Immun 50: 92, 1972.
- 15 MICHAELSSON G.; PETTERSSON L.; JUHLIN L.: Purpura caused by food and drug additives. Arch Derm 109: 49, 1974.
- 16 SMITH A. P.: Response of aspirin —allergic patients to challenge by some analgesics in common uso. Brit Med J. 29: 494, 1971.
- 17 YUNGINGER J. W.; O. CONNEL E. J.; LEGAN G. B.: Aspirin induced asthma in children. J. Pediat 82: 218, 1974.

EN 7½ MINUTOS
DURANTE LAS 24 HORAS DEL DIA

EL LABORATORIO DEL  CENTRO MEDICO DE CARACAS

LE OFRECE ENTRE LAS ESPECIALIDADES

AMON - GT - HBDH - LLDH - MG - PCHE *

Y OTRAS 23 PRUEBAS MAS
DE LA QUIMICA SANGUINEA Y DE ORINA

CON LA AYUDA DEL



DUPONT DE VENEZUELA C. A.

Edif. General de Seguros - Piso 7 - Chacao

TELEFONO 92.73.22

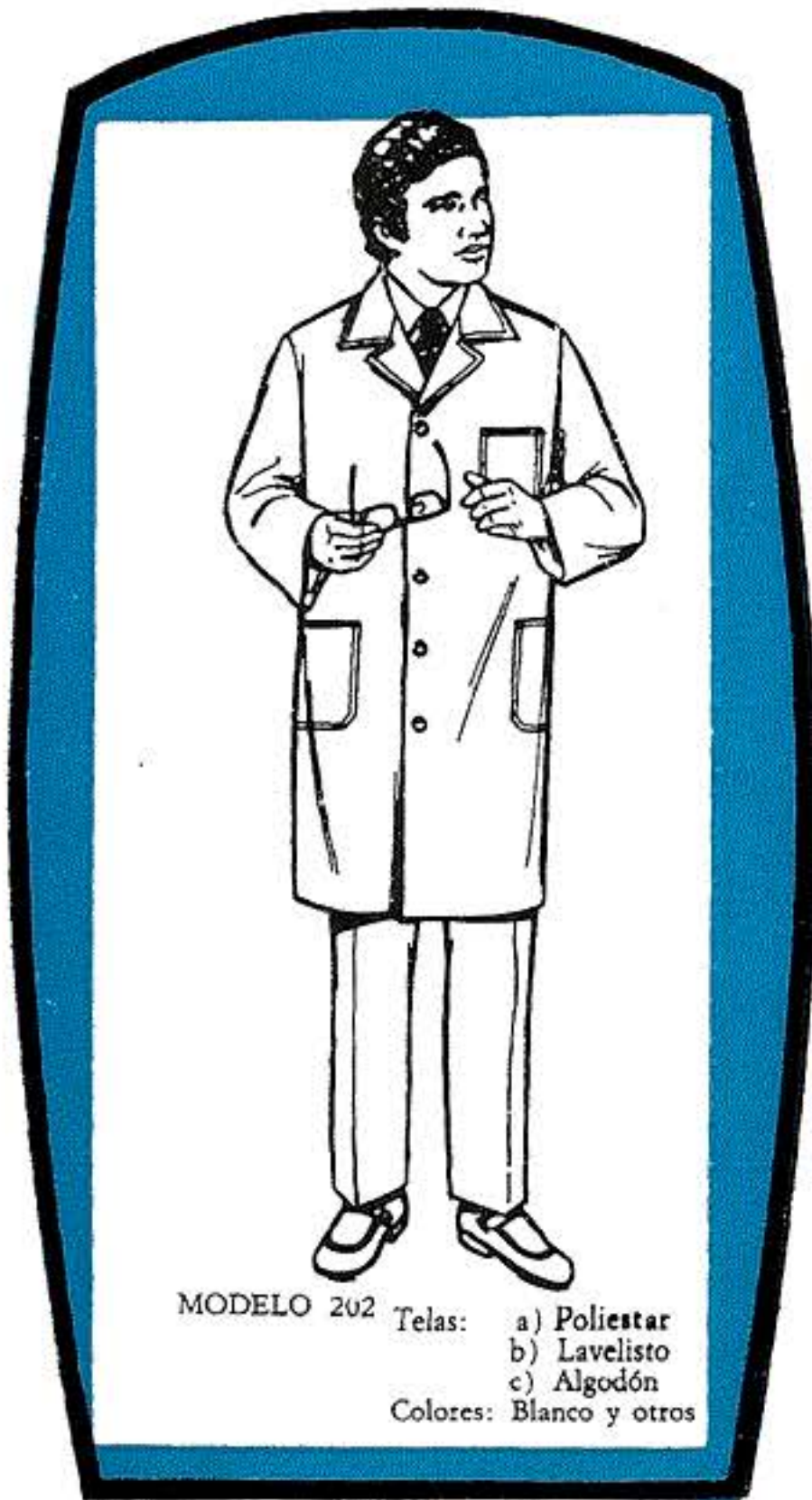
* Códigos:

AMON	—	Amonio
GT	—	8 Glutamil Transferasa
HBDH	—	Dehidrogenasa α Hidroxibutirato
LLDH	—	Dehidrogenasa Láctica del Hígado
MG	—	Magnesio
PCHE	—	Pseudocolinesterasa

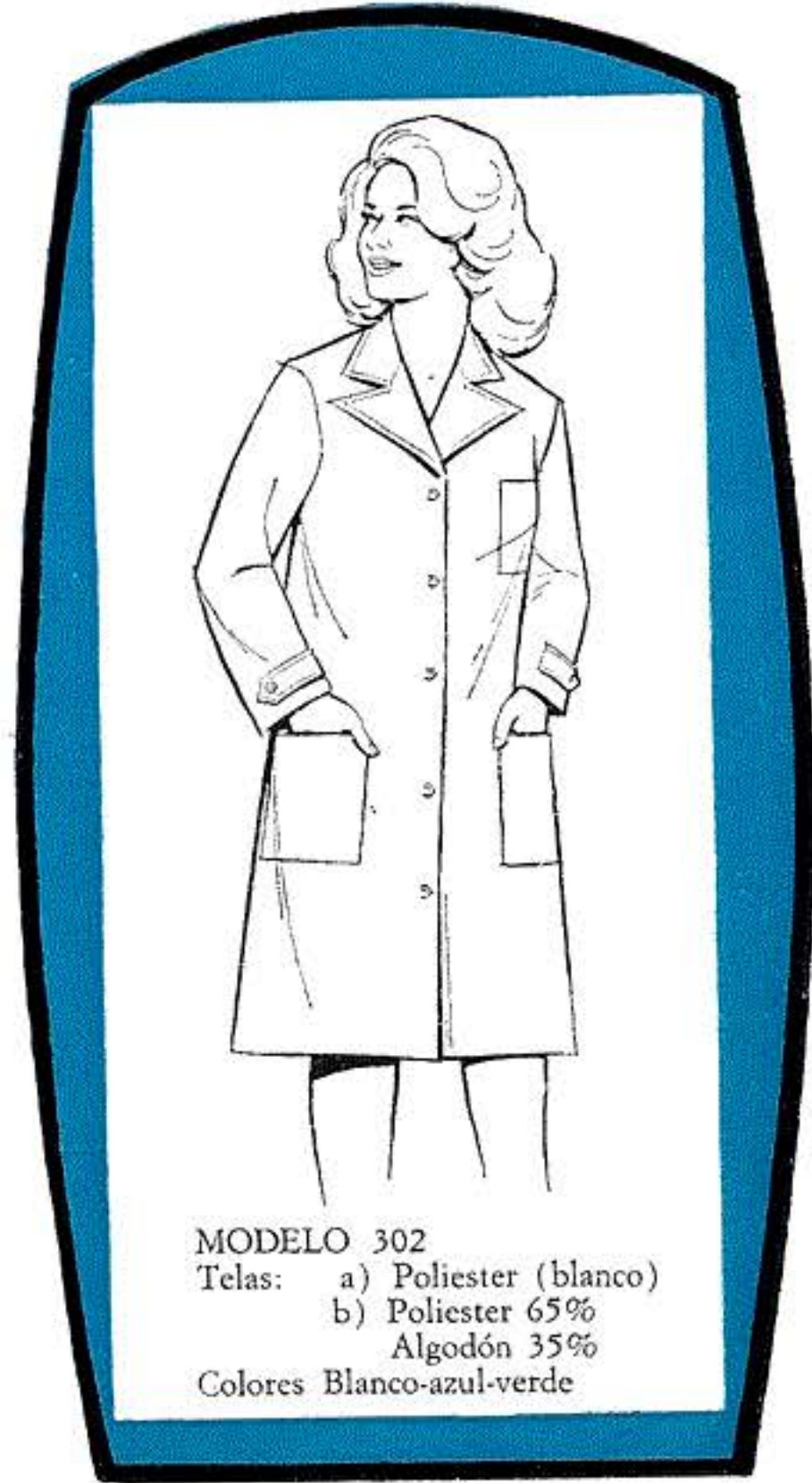


**FABRICA DE LENCERIA
Y UNIFORMES**

**TODO PARA CLINICAS
Y HOSPITALES**



MODELO 202 Telas: a) Poliestar
b) Lavelisto
c) Algodón
Colores: Blanco y otros



MODELO 302
Telas: a) Poliester (blanco)
b) Poliester 65%
Algodón 35%
Colores Blanco-azul-verde

EN EL ESTE:
Centro Av Libertador
Av. Libertador, Esq. Negrín
La Florida - Telf. 72.35.56

EN EL CENTRO:
Pele el Ojo a Peligro
Edif. Golden
Telfs.: 572.78.13 - 572.47.54

S A S T R E R I A

“La Elegancia” S. r. l.

Marca Registrada

S O L O H A Y U N A

GRAN SURTIDO DE ROPA HECHA
DE LAS MEJORES MARCAS

Afiliados a:

“CAPCIMIDE” “COOPETRAJARDIN” A.S.O.G.O.M.A.

Av Baralt, Miranda a Maderero, Edif. Miranda No. 806, Local A
TELEFONO 41 26 27
Caracas - Venezuela

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 cromóforos 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. Frohlich 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.

**C.A. La Electricidad
de Caracas**  **C.A. Luz Eléctrica
de Venezuela**

"Dos empresas privadas venezolanas al servicio de usted"

**DESDE UNA
INCUBADORA
HASTA UN
PERICRANEAL**

- INCUBADORAS "ISOLETTE"
- LAMPARAS "OLYMPIC"
PARA FOTOTERAPIA
- SISTEMA UNITEST
- CAMARAS "OXYHOOD"
- NEBULIZADORES
- CUNAS (BASSINETS)
- BOMBAS "HOLTER"
- RESPIRADORES
- OXIMETROS
- RESUCITADORES
- EQUIPOS DE INFUSION
- EQUIPOS PERICRANEALES
- INMOVILIZADORES PARA
CIRCUNCISION
- INFANTOMETROS
- MESAS PARA HIDRATACION
- MESAS PEDIATRICAS
- INCUBADORAS
TRANSPORTABLES
- EQUIPOS PARA
CATETERIZACION DE
VASOS UMBILICALES
- DISPOSITIVOS "VAPOJETTE"
- ESTERILIZADORES,
REFRIGERADORAS Y
DEMÁS EQUIPOS PARA
SALAS DE FORMULAS



**TENEMOS LA
SOLUCION DE
SUS
REQUERIMIENTOS**

EN

P E D I A T R I A

COLIMODIO S. A.

ESTE 2 Y SUR 21, No. 148 - APARTADO
1053 — CARACAS — TELEX: 21.529
TELEGRAMAS Y CABLES "COLIMODIO"
TELEFONO: 571.3511

Suministros Médicos C. A.

- APARATOS E INSTRUMENTOS MEDICO-QUIRURGICOS
- MOBILIARIO PARA MEDICOS, CLINICAS Y HOSPITALES
- MATERIAL DESECHABLE
- DISTRIBUIDORES DE LOS ACCESORIOS PARA RAYOS X DE LAS MARCAS HALSEY Y WOLF
- PELICULAS RADIOGRAFICAS Y QUIMICOS "KODAK", REPUESTOS Y SERVICIO TECNICO

Avenida Sorocaima, Edificio Los Andes, Local 1-A
Teléfonos: 52.02.82 - 51.55.82
San Bernardino - Caracas

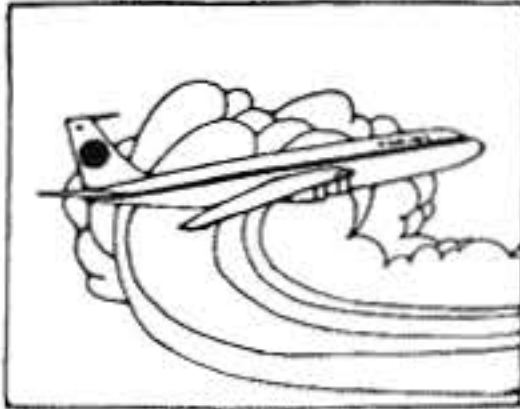
**CAFETERIA Y FUENTE DE SODA
DEL HOSPITAL PRIVADO
CENTRO MEDICO DE CARACAS**

Abierto desde las 7 a. m. hasta las 11 p. m.
todos los días
inclusive Sábados, Domingos y Feriados

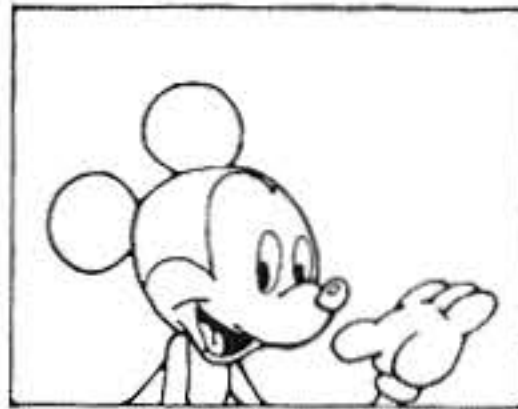
TELEFONOS:
52.09.19 (Directo) y 52.22.22 - Extensión 156

Contratista Responsable:
HERMANN PERGER

En Florida todo es nuevo bajo el sol.



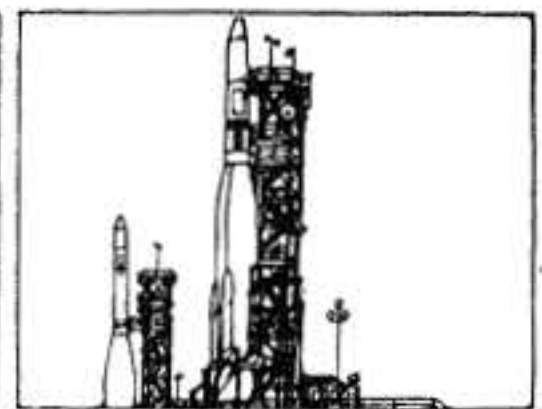
Lo llevaremos sin escala a Miami.



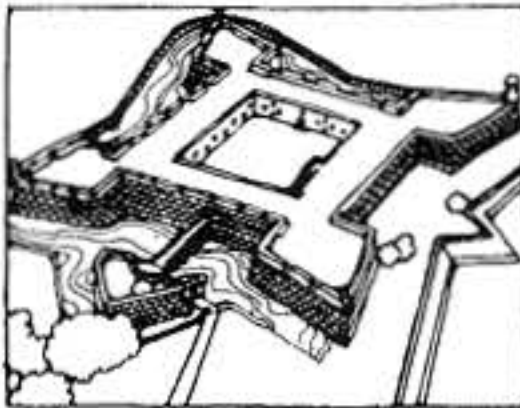
Cerca está Walt Disney World.



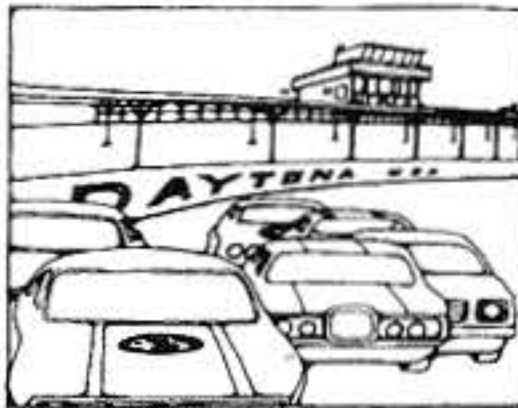
Hay planes para todo gusto y edad.



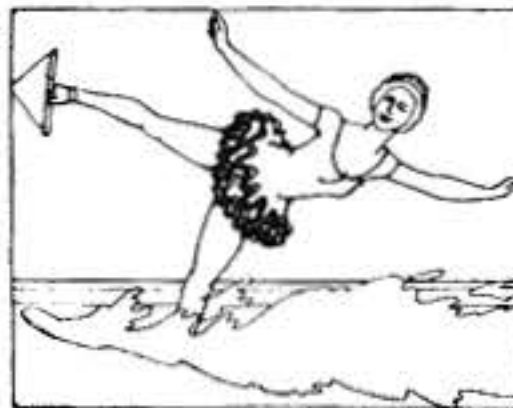
Asómese al futuro en cabo Cañaveral.



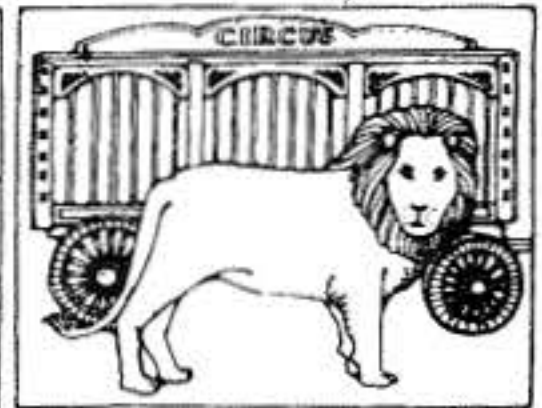
Y al pasado en San Agustín.



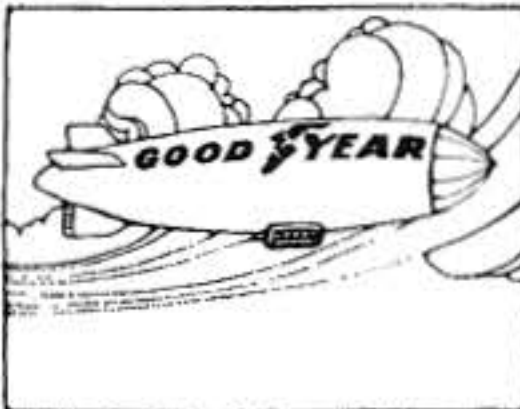
Vea carreras en Daytona.



Sirenas en Cypress Gardens.



Circo en Sarasota.



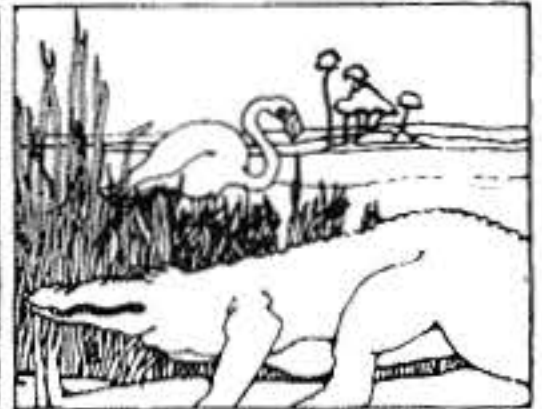
Mire Florida desde otro ángulo.



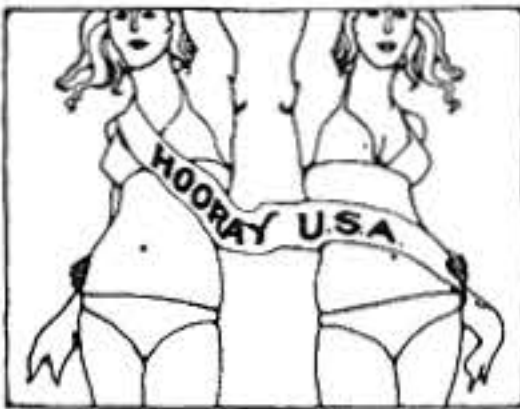
Desde otro nivel.



Descubra nuevas playas en el golfo de México.



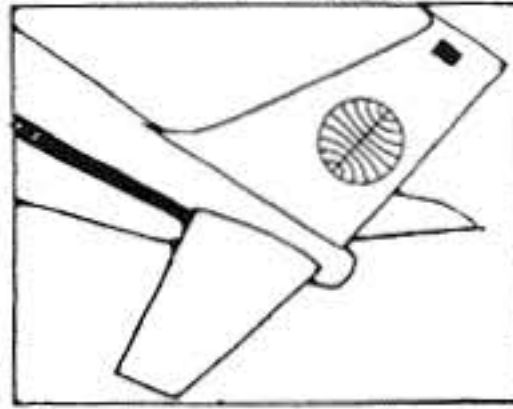
Vaya de safari al Parque Everglades.



Y en Miami "Hooray USA"



Florida un Estado de Diversión. Venga a Florida y vea lo que más pueda.



Y vuelva directamente desde Miami.



Pague en 12 meses!
EXTRA! Exposición Internacional de las Flores, Mayo 20 al 24.
*VT-14-1789

PAN AM
La experiencia hace la diferencia.

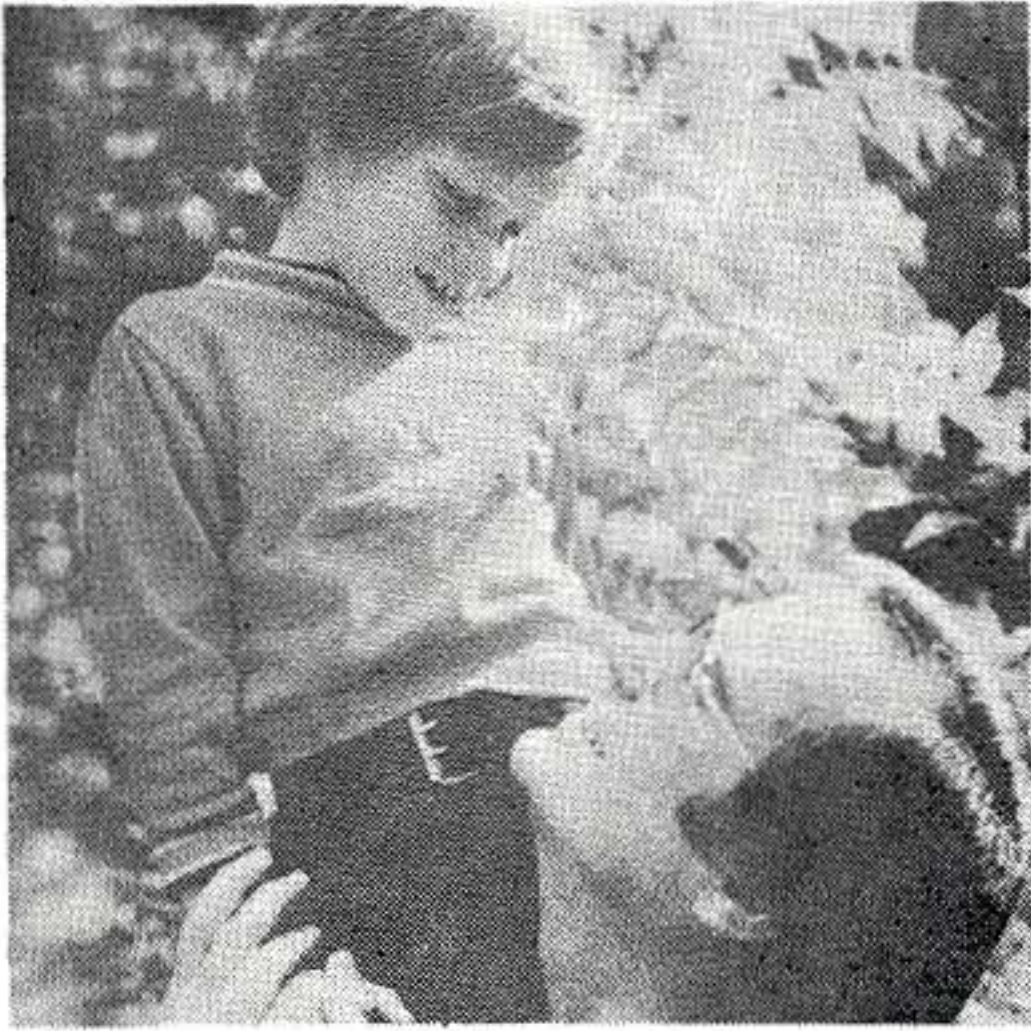
Puente Urapal y Avenida Urdaneta Telf. 55.81.01. También oficinas en La Habana, Valencia, Barquisimeto, Puerto La Cruz y Puerto Ordaz

*de acuerdo a las nuevas disposiciones

© Walt Disney Productions

PROLENE*

SUTURA MONOFILAMENTO NO ABSORBIBLE



SEGURO

- Mantiene su fuerza tensil a través del período de cicatrización y aún más
- Excelente sutura cuando una aproximación prolongada es requerida
- Seguridad cuando el objeto es una recuperación rápida.

INERTE

- Más inerte que el acero inoxidable, sin intersticios que permitan el crecimiento de bacterias.
- Perfectamente tolerada en áreas infectadas.
- Es repelente a la sangre, evitando la coagulación intravascular; no se debilita por las enzimas tisulares.

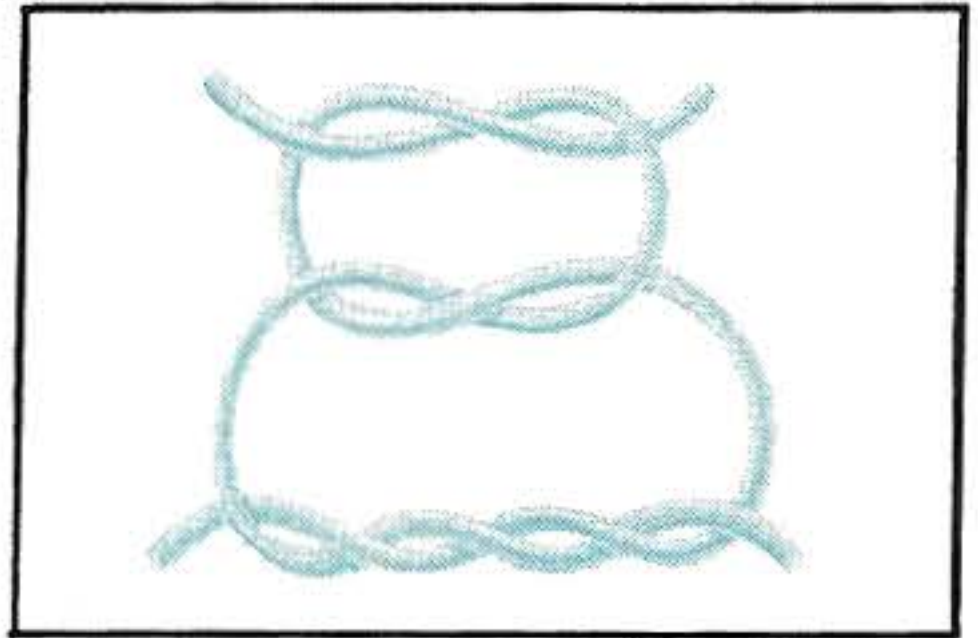
SU COLOR AZUL
BRILLANTE ES
ALTAMENTE VISIBLE

Disponible en una gran variedad de combinaciones agujas/suturas para Cirugía Cardiovascular, Cirugía General Gastrointestinal, Ortopedia y Cirugía Plástica.

• Marca Registrada

SUAVE

- Suave al colocar, suave al retirar.
- Es tan suave que no daña los pequeños y delicados vasos.
- Flexible, sin embargo sujeta los nudos con firmeza.



Al igual que con otras suturas sintéticas, para obtener seguridad en los nudos, es necesario emplear la técnica quirúrgica normal de nudos cuadrados planos, con nudos adicionales cuando así los requieran las circunstancias quirúrgicas y la experiencia del cirujano.

ETHICON*

DIVISION DE

Johnson & Johnson de Venezuela, S.A

TELEFONO: 32.48.11 (8 LINEAS)
APARTADO 60349 CARACAS, 106