

# 55

VOLUMEN XV

# centro médico

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

- CLOMIPRAMINA ENDOVENOSA EN LA PRACTICA  
PSIQUIATRICA  
Dr. Andrés Castañón Rodríguez
- ARTROPLASTIA METATARSOFALANGICA EN EL PIE  
REUMATICO  
Dr. Federico Fernández Palazzi
- RECOMENDACIONES EN EL ESTUDIO DE LA  
LITIASIS URINARIA COMUN  
Dr. Armando Pérez-Monteverde
- MAQUINA SELECTORA DE CELULAS  
(BANCO DE SANGRE)  
Dr. Cruz Quijada Gamboa
- REVASCULARIZACION MIOCARDICA INCOMPLETA  
Dres. Víctor Baquero, Irving Peña y Feliciano Acevedo
- BOLETIN BIBLIOGRAFICO  
Dres. Armando Pérez-Monteverde y Luis A. Ayala



PROGRAMA DE LAS SEGUNDAS JORNADAS  
CIENTIFICAS DEL HOSPITAL PRIVADO  
CENTRO MEDICO DE CARACAS

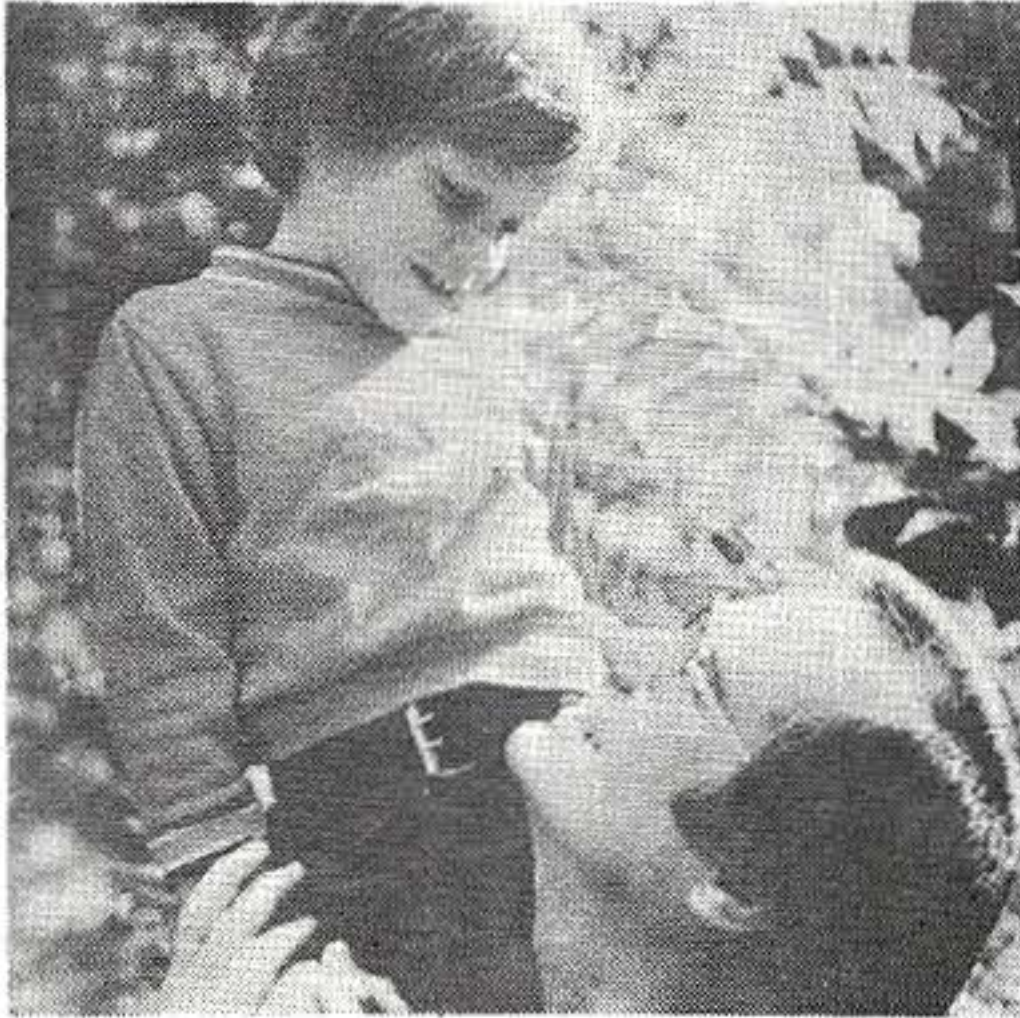
SEPTIEMBRE

1 9 7 6

SUMARIO COMPLETO EN LA PRIMERA PAGINA

# 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.

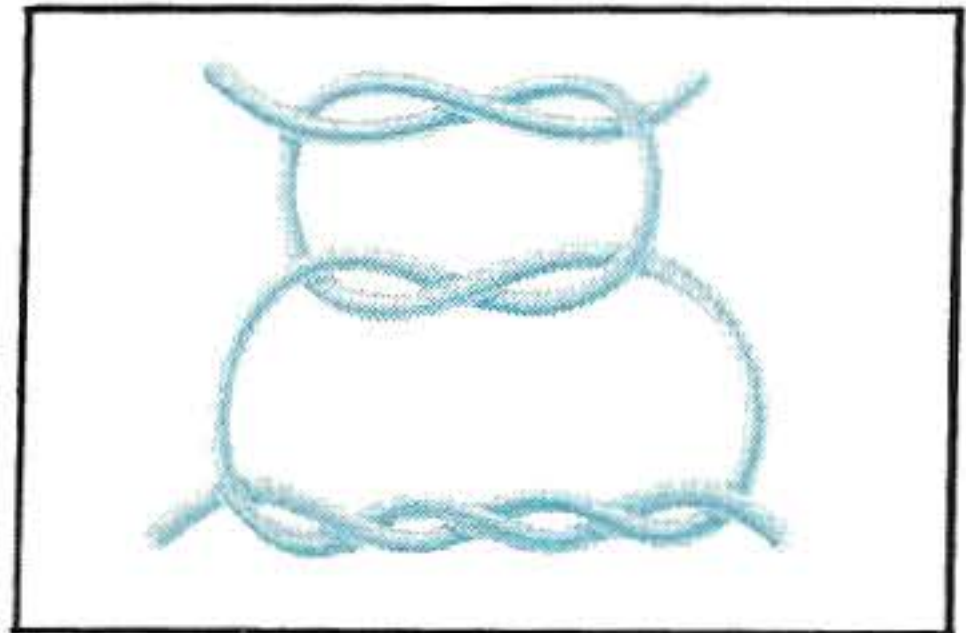
SU COLOR AZUL  
BRILLANTE ES  
ALTAMENTE VISIBLE

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



**55** Vol. XV

**CUERPO DIRECTIVO:**

**Director-Jefe de Redacción:**  
Dr. Simón Beker G.

**Director-Honorario:**  
Dr. Rafael Campo Moreno

**Administrador-Editor:**  
Francisco Solé Pujol

**Comité de Redacción:**

Dres. Jaime Plaza Castés  
Armando Pérez Monteverde  
José Francisco  
Federico Fernández Palazzi  
Mercedes Aure Tulene

**Asesor-Administrativo:**  
Dr. Jorge Soto Rivera

**JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD MEDICA:**

**Presidente:**  
Dr. Otto Rodríguez Armas

**Vice-Presidente:**  
Dr. César Castro Sánchez

**Secretario:**  
Dr. Luis Arturo Ayala

**Tesorero:**  
Dr. Héctor Padula

**Vocal:**  
Dr. Jorge Blanco León

**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 médicas, cualquiera que sea el idioma en que esté impresa.

Impreso en Venezuela por:  
Di-Gráfica GOMEZ  
Telf. 561.6799 - Caracas  
Vol. XV No. 55 - Sept. 1976

# centro médico

VOL. XV No. 55 — SEPTIEMBRE 1976

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

- Clomipramina Endovenosa en la Práctica Psiquiátrica  
Dr. Andrés Castañón Rodríguez 93
- Artroplastia Metatarsfalángica en el Pie Reumático  
Dr. Federico Fernández Palazzi 97
- Recomendaciones en el Estudio de la Litiasis Urinaria Común  
Dr. Armando Pérez-Monteverde S. 105
- Máquina Selectora de Células (Banco de Sangre)  
Dr. Cruz Quijada Gamboa 113
- Revascularización Miocárdica Incompleta  
Dres. Víctor Baquero, Irving Peña y Feliciano Acevedo 115
- Boletín Bibliográfico  
Dres. Armando Pérez-Monteverde y Luis A. Ayala 119
- Programa de las Segundas Jornadas Científicas del Hospital Privado Centro Médico de Caracas 123

ESTAMOS AFILIADOS A:



ASOCIACION  
VENEZOLANA  
DE HOSPITALES

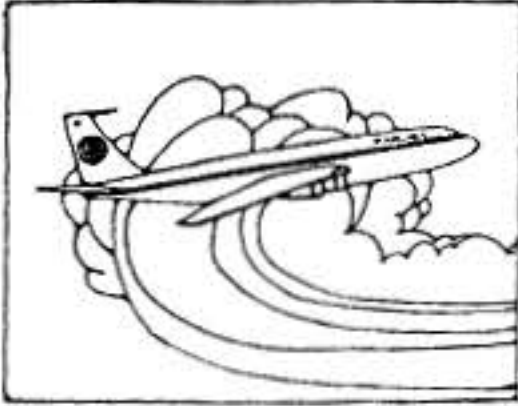


AMERICAN  
HOSPITAL  
ASSOCIATION

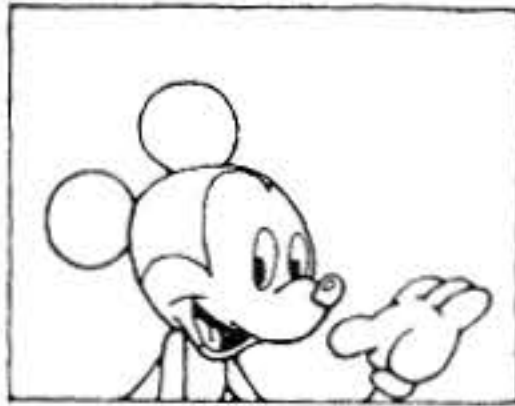


INTERNATIONAL  
HOSPITAL  
FEDERATION

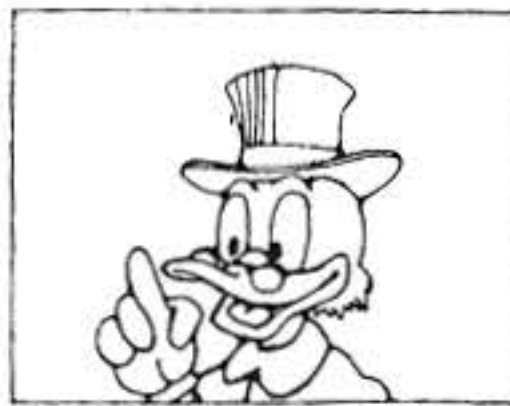
# En Florida todo es nuevo bajo el sol.



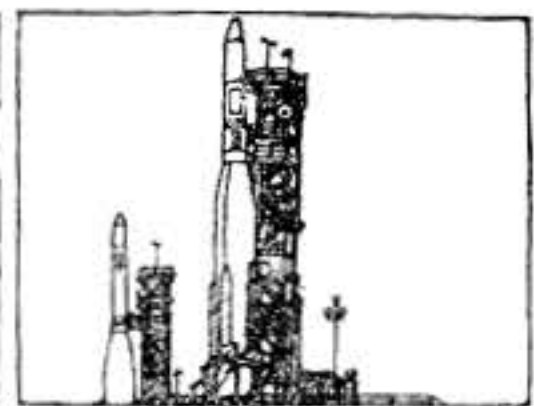
Lo llevaremos sin escala a Miami.



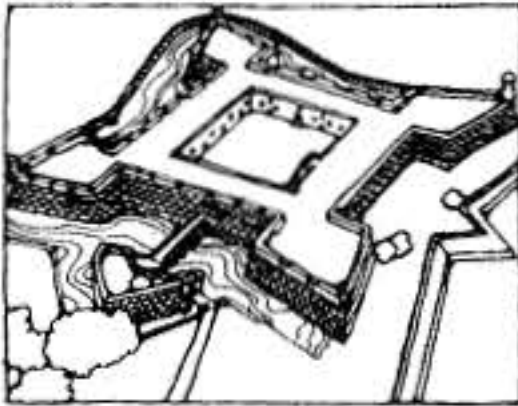
Cerca está Walt Disney World.



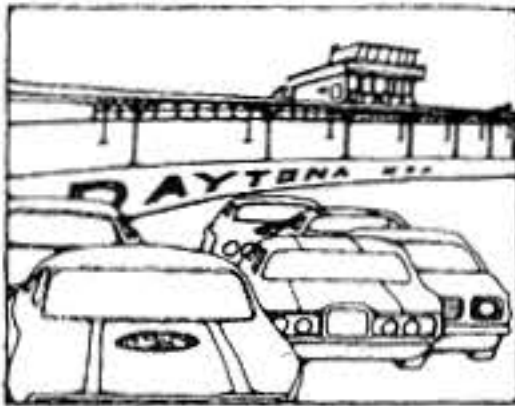
Hay planes para todo gusto y edad.



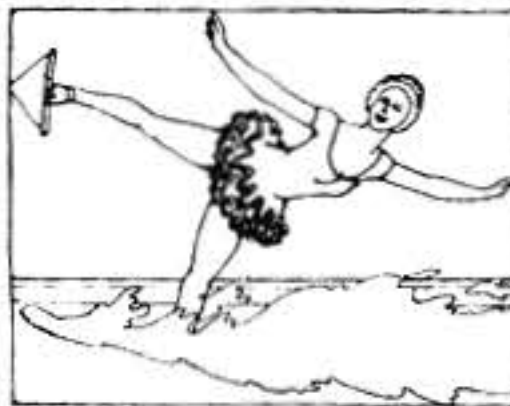
Asómese al futuro en cabo Cañaveral.



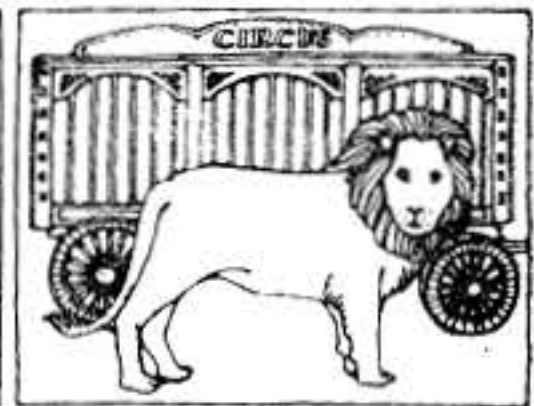
Y al pasado en San Agustín.



Vea carreras en Daytona.



Sirenas en Cypress Gardens.



Circo en Sarasota.



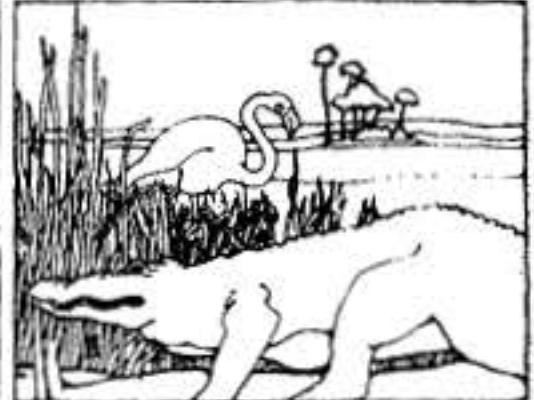
Mire Florida desde otro ángulo.



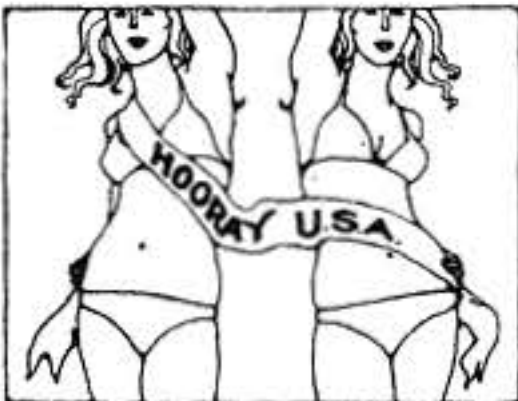
Desde otro nivel.



Descubra nuevas playas  
en el golfo de México.



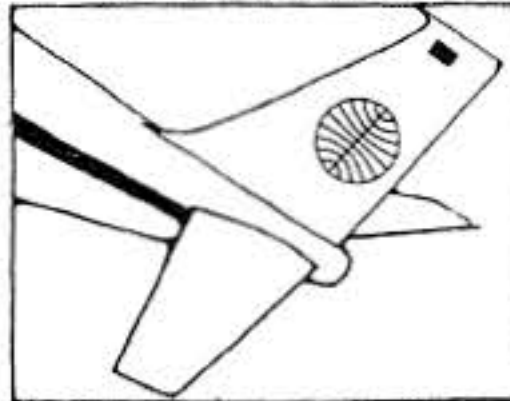
Vaya de safari al Parque Everglades.



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  
Laiba, Valencia, Barquisimeto, Puerto La Cruz y Puerto Ordaz

\*de acuerdo a las nuevas disposiciones

© Walt Disney Productions

## 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. Simón Beker G.  
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.

ARTICULO DE FONDO

## Clomipramina Endovenosa en la Práctica Psiquiátrica

Dr. Andrés Castañón Rodríguez \*

La técnica de la Clomipramina endovenosa fue experimentada con éxito en 1966 POR SEGWALD y RAYMONDEAU y más tarde aplicada en el tratamiento de los estados depresivos y de las neurosis obsesivas. Estudios minuciosos a doble ciego y controles, fueron realizados en el transcurso de este tiempo, habiendo de mencionar por su perfección metodológica los de MOORE y MURPHY en 1971. (1)

En el hospital de WINWICK, WARRINGTON, INGLATERRA (2) funciona desde 1971 una unidad especial, para el tratamiento con la Clomipramina en infusiones endovenosas, allí son referidos pacientes con síntomas depresivos u obsesivos, que han sido resistentes a otras terapéuticas, como son los antidepresivos por vía oral, las fenotiasinas o inclusive la terapeutica electro convulsiva.

Es de señalar en este punto, que la historia va a ser muy dura con nosotros los psiquiatras, cuando se describan procedimientos tales como el uso de descargas de corrientes eléctricas a través del cerebro, como medidas terapéuticas, sin ninguna base racional. En un intento de hacer los tratamientos psiquiatricos más humanos y a la vez más científicos es que se han desarrollado técnicas como la que vamos a describir.

La Clomipramina es un derivado del IMINODIBENZILO o TRICICLICO que se obtiene de la cloronización de la imipramina, a la que se añade una molécula cloro, aumentando de una manera considerable su acción terapéutica. El mecanismo de acción es el mismo de todos los triciclicos, es decir potenciando el efecto de las catecolamina endógenas (5 H T, NA, DOPA) y bloqueando el paso de la NA a través de la membrana sinaptica aumentando, por tanto, la concentración de NA a nivel port-sinaptico en el Diencefalo (lo contrario que la reserpina). (3). Sus efectos secundarios serían también los de los triciclicos, es decir sequedad de boca, constipación, retención de orina e hipotensión. Los enfermos

---

\* Departamento de Medicina. (Médico Psiquiatra del Hospital Privado Centro Médico de Caracas).

referidos para esta técnica son pacientes que su depresión es de tal profundidad en el área somática que las sesiones psicoterapéuticas no la modifican, y que han sido resistentes a la medicación oral.

El tratamiento puede hacerse, bien hospitalizando al paciente, si la depresión es extremadamente severa o de forma ambulatoria, atendiendo a la clínica únicamente por dos horas generalmente en la mañana. Las enfermeras que van a insertar la cánula son informadas previamente de la problemática y características del paciente, de modo que puedan crear una relación terapéutica positiva y un ambiente de comprensión y afecto. Los pacientes no necesitan ninguna medida preparatoria, se les aconseja únicamente ingerir un desayuno muy ligero antes de ir a la clínica, acompañado por un familiar o amigo.

La Clomipramina es disuelta en un frasco de 250 cc. de suero salino isotónico y pasada en gotero intravenoso lento en una hora aproximadamente. Durante este procedimiento los enfermos son vigilados de cerca por las enfermeras de turno, guardando especial atención sobre la T.A. Generalmente los pacientes caen enseguida en un estado de tranquilidad y relajamiento, en el cual la mayoría duerme. Una vez terminado el goteo se les deja descansar por un lapso de media hora, tras el cual pueden reasumir sus actividades cotidianas. Hay varias pautas en cuanto a la dosificación, diversos autores tienen diversos métodos, yo personalmente adopto el método de la escuela Inglesa con algunas modificaciones personales, y salvo raras excepciones, marcadas por las peculiaridades de cada caso, dosifico de la siguiente forma: para los casos de depresión comienzo con dosis de 50 mg. Que progresivamente y a razón de 25 mg. por día se aumenta hasta llegar a 150 mg. en el quinto día de tratamiento, una vez alcanzada esta dosis continúo las infusiones, en número de cinco hasta completar un total de diez sesiones, al cabo de las cuales pasa a dosis mantenimiento por vía oral, de acuerdo a la evolución clínica.

Para los casos de neurosis obsesivas se emplean dosis superiores que llegan hasta los 200 mg., manteniéndose por un período más prolongado, pero que generalmente no excede las 15 sesiones. Como efectos secundarios más comunes hay que mencionar la aparición de náuseas que generalmente coinciden con el inicio del tratamiento y que son fácilmente controlados con la administración de METOCLOPRAMIDA (Mepramida, Metaclor). Como regla general estos efectos secundarios desaparecen cuando las dosis suben por encima de 75 mg. Otro de los efectos secundarios que ocasionalmente hacen su aparición, es una ligera hipotensión al levantarse y que es fácilmente compensada con la administración de unas gotas de DIHIDROERGOTAMINA. Algunos autores, en las investigaciones iniciales, describieron ataques convulsivos en algunos de los pacientes, que en ningún modo podían predecirse por las irregularidades en el trazado electroencefalográfico, cuya etiología todavía es oscura. Se especula que los mecanismos de retención de agua juegan un papel importante en estos fenómenos. De todas formas las crisis convulsivas han desaparecido con la administración de pequeñas dosis de diazepam en forma rutinaria, que por otra parte sirve para controlar el insomnio que en algunos casos se puede presentar.

En la encuesta realizada por mí en un grupo de 15 enfermos, 8 hembras y 7 varones, cuya edad oscilaba entre los 25 y los 69 años, habiendo sido tratados previamente con otras medidas antidepresivas de manera diferente. (En 8 casos se le habían aplicado terapia Electro-convulsiva, 12 habían sido tratados con

antidepresivos triciclicos por vía oral y en 3 casos se habían usado inhibidores de la MAO o una mezcla de IMAO y triciclicos). La evolución de la enfermedad oscilaba entre 2 meses y 24 años, con diagnósticos de depresión endógena severa, excepto en un caso que se trataba de una depresión reactiva muy severa en una mujer de 22 años cuya hospitalización fue precedida por un serio intento de suicidio. Al finalizar el tratamiento pude obtener los siguientes datos: 14 pacientes habían mejorado de sus síntomas, solamente en un caso no hubo mejoría y la explicación podía ser una enorme ansiedad relativa a los efectos secundarios de la medicación; 6 de los pacientes se sintieron libres de síntomas y 8 le habían producido una considerable mejoría. En una revisión realizada a los tres meses comprobamos que 9 pacientes mantenían una recuperación estable y 2 pacientes se habían deteriorado, uno de estos casos logramos sacar adelante posteriormente con cuatro infusiones como dosis inicial de "empuje" y medicación oral, de los pacientes restantes no se pudo obtener más información.

En este sentido mis experiencias personales coinciden con las de la mayoría de los autores que han investigado al respecto, en estudios comparativos con numerosos casos y grupos control (Collins 1973, (4) Capstick, 1973 (5) además de los ya mencionados), obteniendo porcentajes de alrededor de 75% de curaciones y hasta del 85% de mejorías globales, superando así cualquier procedimiento farmacológico investigado hasta nuestros días, para el tratamiento de los estados depresivos.

## RESUMEN

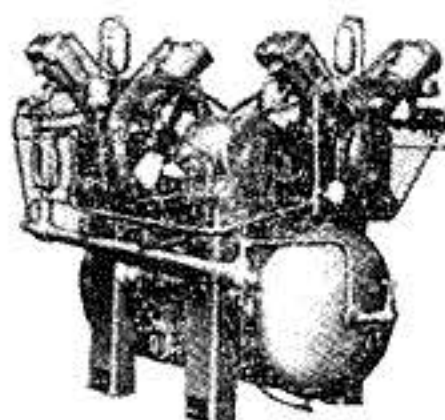
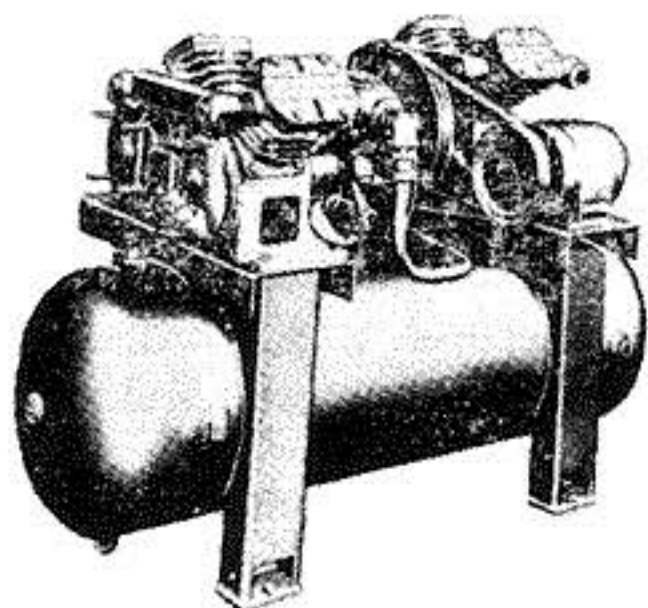
En el presente trabajo, se estudia la acción de la Clomipramina en infusión endovenosa, para el tratamiento de los síndromes depresivos y se comparan los resultados de la Literatura Mundial con los resultados obtenidos en la casuística del autor, obteniendo porcentajes de 75% de curaciones y 85% de mejorías globales en pacientes previamente resistentes a los tratamientos antidepresivos tradicionales, por lo que representa uno de los procedimientos terapéuticos más efectivos, existentes en nuestros días, para el tratamiento de los estados depresivos.

## REFERENCIAS

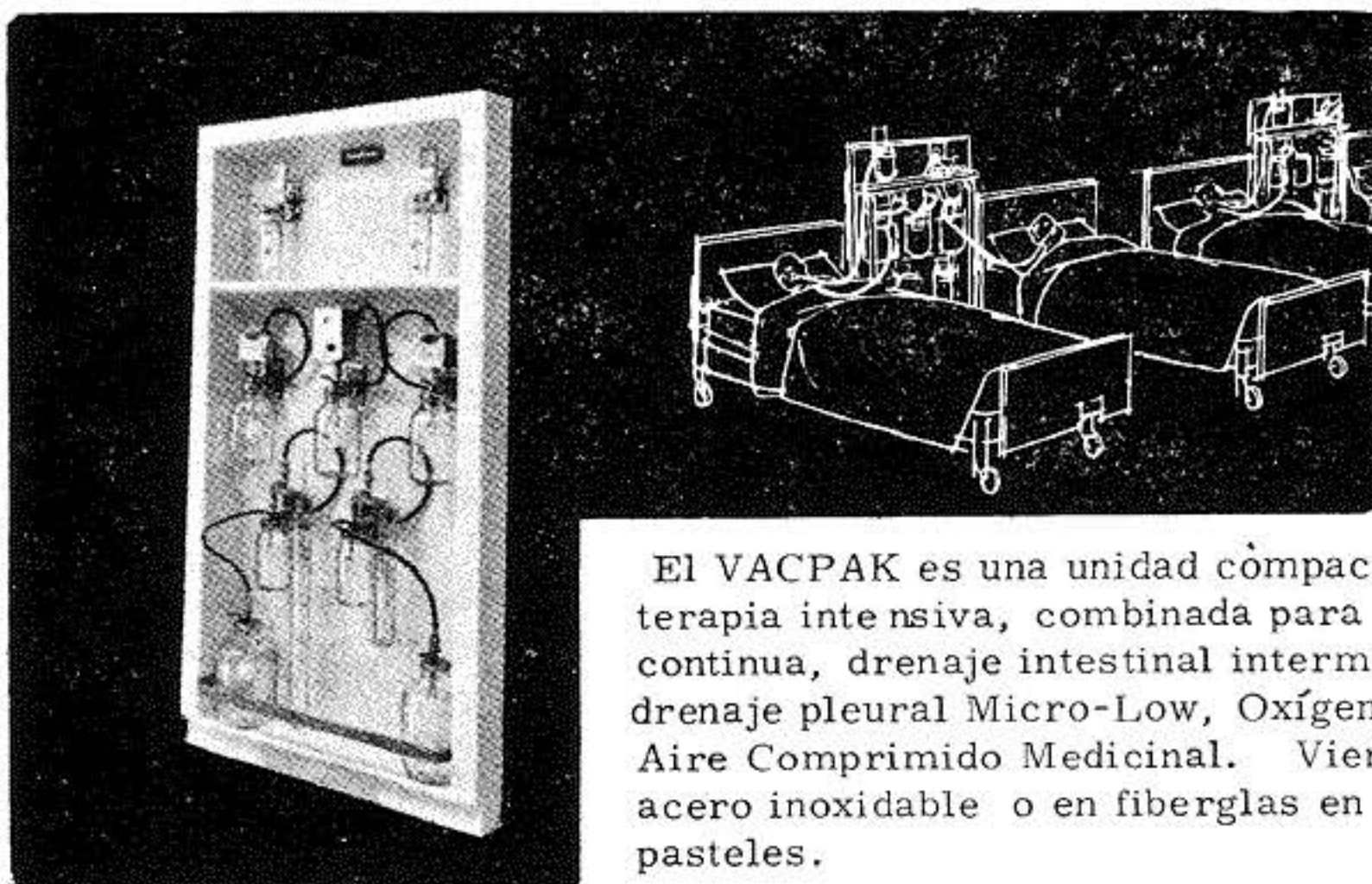
- 1 MOORE J. "A double blind comparison of oral clomipramina in depressed out patient" y MURPHY J. E. "Treatment with clomipramina" 5º Congreso Mundial de Psiquiatría en México, 1971
- 2 O'FLANAGAN P. M. "Clomipramina Infusion Unit". The Journal of International Medical Research, 1973-1975.
- 3 CRAMMER "Practical treatment in Psychiatry" Blackwell Scientific Publications. OXFORD, 1971.
- 4 COLLINS "The use of parenteral an oral clomipramina in the treatment of depressive states". British Journal of Psychiatry, 122:189-190, 1973.
- 5 CAPSTICK "The Graylingwell Study", Symposium on Anafranil, Jersey, April 1973.

# 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

## Artroplastia Metatarsofalángica en el Pie Reumático

Dr. Federico Fernández Palazzi \*

La artritis reumatoide (A.R.) es una enfermedad inflamatoria de la sinovial de origen desconocido. Aún en la etapa precoz, la enfermedad invade las articulaciones metatarsofalangicas (MTF), donde se manifiesta por hinchazón y tumefacción. Casi todos los autores coinciden en que en el 46% de los pacientes afectados de A.R., ésta se localiza en dichas articulaciones, y es esta la primera localización en el 16% de los enfermos. (1, 2, 3, 4) Si bien en un comienzo, el 30% de los pacientes tienen esta afectación en un solo pie, eventualmente el 95% se vuelve bilateral.

La sinovial inflamada actúa como un tumor distendiendo y destruyendo los ligamentos laterales y la cápsula, e invadiendo el hueso subcondral. Progresivamente la falange proximal se luxa hacia atrás y arriba por la tracción del extensor y la pérdida de función de los ligamentos. Al dislocarse la falange, la cabeza de los metatarsianos es empujada en sentido plantar protuyendo en la planta del pie y dando lugar a las típicas callosidades.

Las deformidades del antepié pueden ser: dedos en garra, juanetes, luxaciones MTF y sus combinaciones (5) Fig. 1. En el retropié también hay afectación, principalmente en las articulaciones subastragalinas y astragaloescafoideas. (6,7,8) Una vez establecidas las deformidades, los síntomas pasan a ser consecuencia del desajuste mecánico más que de la propia artritis, por lo que los tratamientos médicos, inyecciones locales, calor, etc. son de poco efecto.

La razón por la que el paciente acude a la consulta es siempre la misma, el dolor y la deformidad de los pies, que entorpece la marcha y hace muy difícil encontrar calzado apropiado. Este suele ser hecho a la medida con suelas flexibles, barras metatarsianas y otras correcciones con resultados no muy satisfactorios.

---

\* Miembro del Departamento de Cirugía del Hospital Privado Centro Médico de Caracas. Trabajo presentado en el III Congreso Bolivariano y I Congreso Venezolano de Reumatología. Caracas, Noviembre 1975.

Como consecuencia de la hinchazón y la tumefacción aparece el dolor que se inicia al final del paso, en la flexión dorsal del dedo. Este dolor se produce por el deslizamiento de los ligamentos sobre las áreas erosionadas a nivel de las caras laterales de las cabezas de los metatarsianos. (9).

Si no es tratado, a la larga, el paciente se convierte en un inválido debido al dolor que padece, tanto en apoyo como en reposo, y a las deformidades progresivas de sus pies. Aparecerán callosidades por presión, úlceras a veces infectadas, etc., en resumen un pie plano transversal contracto, con hallux valgus y dedos en martillo. El paciente camina con dificultad y sin despegar los pies del suelo. (10) En las radiografías se aprecian subluxaciones MTF con o sin destrucción de las cabezas de los metatarsianos y/o las falanges proximales.

## **TRATAMIENTO QUIRURGICO**

La excisión de las cabezas de los metatarsianos en la A.R. fue recomendada por HOFFMAN en 1912. Esta operación fue divulgada por HYBINETTE que, en 1936 resecaba las cabezas del 2º, 3º y 4º metatarsianos, dejando las del 1º y 5º, con buenos resultados. FOWLER en 1959 reseca la mitad de las falanges proximales y remodela la cabeza metatarsiana, reseca una elipse de piel plantar. (2, 9). La incisión plantar tiene el inconveniente de que deja una zona dolorosa, independientemente de la presión de los metatarsianos. CLAYTON, en 1960, publica su técnica de resección de cabeza de metatarsianos y base de falanges con excelentes resultados. Esta técnica es la más utilizada hoy en día. Con este procedimiento se corrigen las deformidades más pronunciadas e incluso los dedos en martillo, (11) y el pie adquiere forma prácticamente normal. La longitud del pie disminuye sólo un poco, pues la pérdida de longitud real se compensa al eliminar la luxación articular MTF y al corregir los dedos en martillo. **Fig. 2.** Deben researse todas las articulaciones MTF para evitar posteriores alteraciones de presión, excepto cuando el quinto dedo no está luxado, que sólo se reseca la cabeza del metatarsiano, y cuando el primer metatarsiano es muy corto se reseca sólo la base de la falange proximal (2).

La intervención aislada del hallux valgus o del dedo en martillo está contraindicada ya que trae como consecuencia un rápido empeoramiento de los dedos vecinos con aumento de la luxación MTF. La sinovectomía precoz no se justifica ni se recomienda ya que no resuelve el trastorno mecánico de desequilibrio muscular y deformidad, verdadera causa del dolor (12).

No es necesario esperar que la A.R. esté inactiva para operar, ya que se ha demostrado que la cirugía no exacerba la enfermedad. La actividad reumática NO es contraindicación para cirugía, como tampoco lo es que el paciente esté o haya estado bajo tratamiento con cortisona (13).

El tratamiento quirúrgico del pie anterior poliartritico constituye una de las misiones más agradecidas del cirujano ortopédico.

## **TECNICA QUIRURGICA**

Hemos utilizado la técnica de CLAYTON con ligeras variaciones. En vez de usar la incisión transversal arqueada en la base de los dedos, practicamos las incisiones recomendadas por VAINIO, una incisión longitudinal para el primer dedo, separada de la incisión transversal para los otros cuatro dedos (14). De esta forma es menor el riesgo de retraso en la curación de la piel del primer dedo,

que debe ser ampliamente separada cuando se practica sólo la incisión transversal. También seccionamos y resecamos 2 centímetros del tendón extensor de los dedos dejando in situ el pedio, como recomiendan MARMOR y SCHWARTZMANN (6, 5). De esta forma se disminuye la fuerza de tracción dorsal del extensor y se evita la recidiva de hiperextensión y dedos en martillo (15, 10).

Para la intervención el paciente se coloca en decúbito supino con torniquete neumático en las bases de ambos miembros inferiores. Con una incisión longitudinal dorsal se procede a una intervención de KELLER-BRANDES para el hallux valgus, con sinovectomía y sin interposición capsular. Con una incisión transversal dorsal, en la base de los otros cuatro dedos se procede cuidadosamente con una disección roma respetando en lo posible las venas longitudinales. Se aborda la articulación y se secciona longitudinalmente la cápsula donde encontraremos una sinovial vellosa que debe extirparse. Se procede a una exposición subperióstica de las falanges proximales que se resecan parcialmente con cizallas de hueso. Luego se seccionan las cabezas de los metatarsianos en su punto de transición a las diáfisis. La exposición del segundo dedo presenta mayor dificultad técnica por falta de espacio, requiriéndose una presión desde la planta para exponer la cabeza, y la separación y sección de los ligamentos laterales. Las superficies de sección del metatarso y falanges deben regularizarse con lima de hueso, especialmente en su cara plantar. La sección debe ir decreciendo desde el segundo dedo, que debe quedar a igual nivel del primero, hasta el quinto. **Fig. 3.**

Una vez terminada la resección se coloca un tubo de aspiración cerrada tipo Redón que partiendo del quinto espacio, recorra hasta el primero para salir dorsalmente en un punto más proximal con respecto a la herida. Se cierra en dos planos y se coloca un grueso vendaje compresivo bien almohadillado, con separación de cada uno de los dedos. **Fig. 4**

## POSTOPERATORIO

El paciente debe sentarse y mover las articulaciones del pie desde el primer día. Al quinto día se coloca una cura menos voluminosa y se le permite levantarse y apoyarse solamente en el talón. Una vez retirados los puntos se permite el apoyo completo en sandalias de goma tipo japonés. Durante tres meses se debe practicar gimnasia de movilización de dedos, especialmente flexores, para evitar que los dedos queden despegados del suelo. Cuando haya cedido la hinchazón postoperatoria se puede usar calzado normal con barra de apoyo retrocapital. **Fig. 5.**

## MATERIAL

La casuística pertenece a la Consulta de Cirugía Reumática del Hospital Universitario de Caracas, Servicios de Traumatología y Ortopedia y de Medicina 1, y fueron operados en la Cátedra de Traumatología.

Desde Enero de 1973 hemos operado 14 pacientes, de los cuales 13 eran bilaterales, lo que hace un total de 27 pies operados. Consideramos los resultados evaluables a los seis meses de la operación, por lo tanto, de los 14 pacientes operados, reportamos sólo sobre 12 que cumplen con el requisito de tiempo postoperatorio. Once casos eran bilaterales y al doceavo solo se le operó el pie derecho. En el pie izquierdo se le practicó una osteotomía cuneiforme con artrodesis para corregir un equino varo. Revisamos un total de 23 pies, 12 derechos y 11 izquierdos.



Fig. 1 - Foto preoperatoria. Observese las deformidades del antepié.

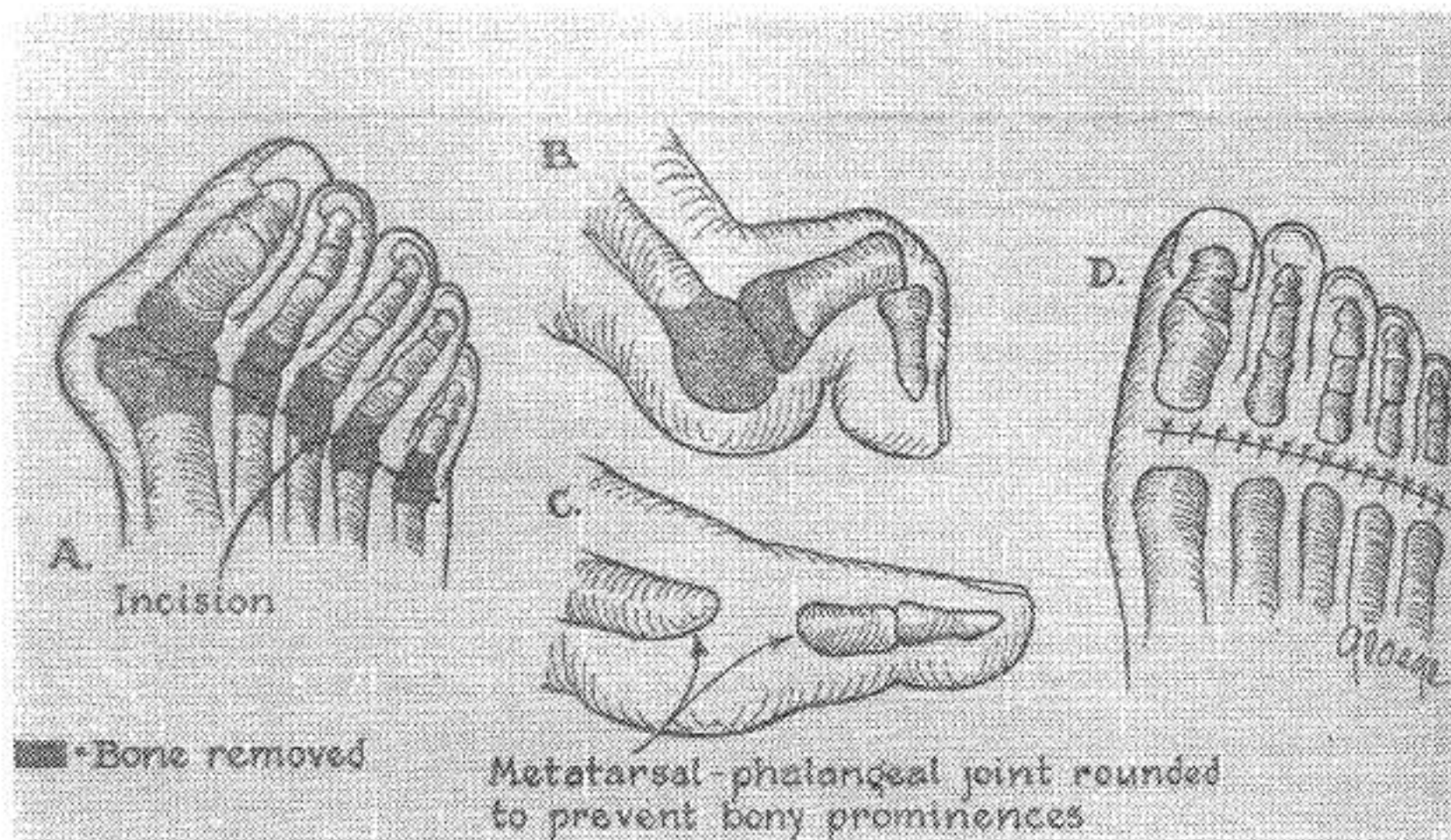


Fig. 2 - Esquema de la operación de CLAYTON. Según MARMOR.

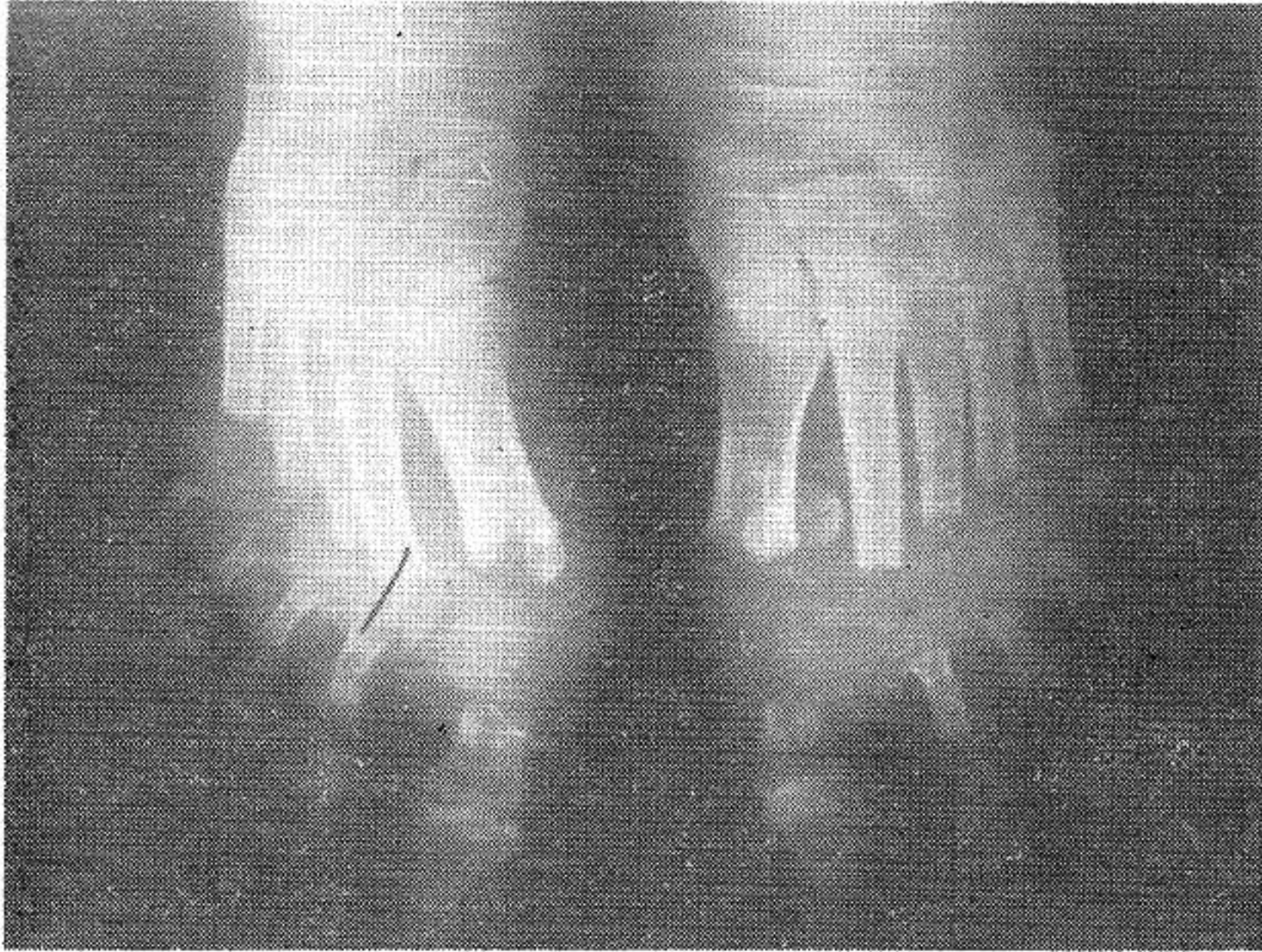


Fig. 3 - Radiografía postoperatoria para demostrar los límites de sección ósea.

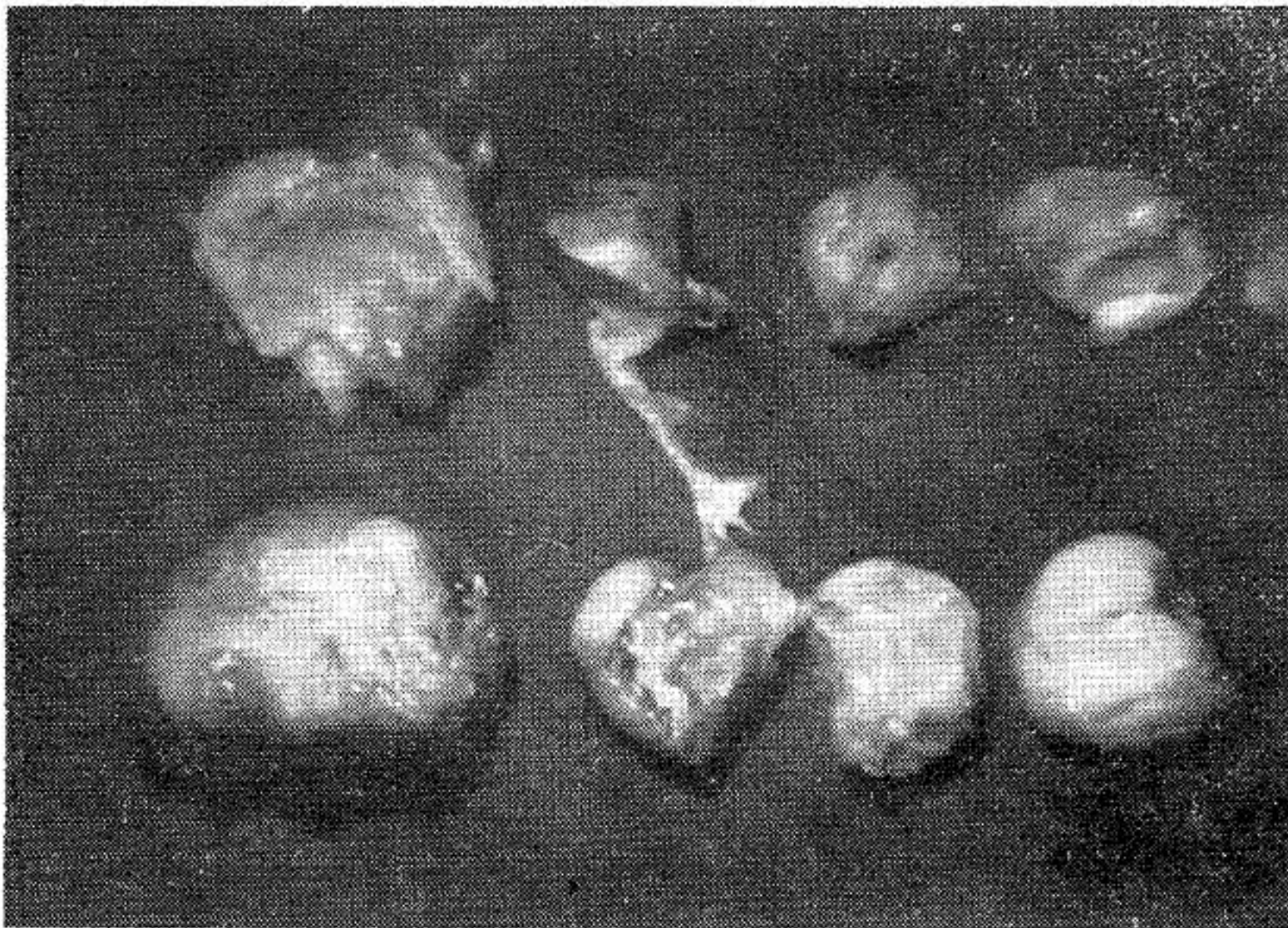


Fig. 4 - Material resecado en la operación.



Fig. 5 - Resultado postoperatorio.

Entre los pacientes 10 eran mujeres y sólo 2 hombres, lo que concuerda con las estadísticas publicadas que dan una mayor afectación en mujeres en proporción de 3 a 1.

Las edades oscilaban entre 27 y 70 años, con un promedio de 43 años. En la década de los 20 tenemos 3 casos, en la de los 30, 4 casos, en la de los 40 un caso, en la de los 50 dos casos y en las de 60 y 70 un caso en cada una.

El tiempo de evolución de la A.R. en cada paciente variaba desde 6 hasta 40 años, con un promedio de 14 años de evolución.

## RESULTADOS

El síntoma subjetivo, es decir, el dolor, desapareció totalmente en 10 pacientes; el caso unilateral manifestó molestias esporádicas, y en el otro paciente las molestias persistieron y dificultaban la marcha (se trataba de un paciente con A.R. avanzada y gran afectación de casi todas las articulaciones).

El síntoma objetivo, es decir, la deformidad, se corrigió en los 23 pies, permitiéndoles usar calzado normal, no fabricado a la medida.

En el postoperatorio inmediato encontramos en un paciente diabético, esfacelo discreto de las incisiones transversales de ambos pies, que curaron en el lapso de un mes. Otro paciente tuvo una ligera dehiscencia de la herida longitudinal del pie derecho, que cicatrizó perfectamente. Fue el paciente de mayor edad entre los operados.

Casi todos los pacientes están satisfechos con el resultado de su operación, logrando una marcha normal e indolora. Muchos de ellos han regresado a la consulta para someterse a intervenciones en otras articulaciones. Fig. 5.

## RESUMEN

Se expone la experiencia en la operación de CLAYTON (artroplastia resección metatarsofalángica) en 12 pacientes afectos de artritis reumatoide. Se evalúan los resultados sobre 23 pies operados en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Universitario de Caracas. Los resultados son francamente halagueños, animándonos a continuar con su uso en futuros pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 CLAYTON, MACK L. Surgery of the forefoot in reumathoid arthritis. Clin. Ortho. 16, 136, 1960.
- 2 GSCHWEND, NORBERT. Operaciones en el pie anterior. En: Tratamiento quirúrgico de la poliartritis crónica progresiva. Pág. 203, Ed. Toray S. A. Barcelona, 1971
- 3 LEWIS FANNING, E. Report on an enquiry into aetiological factors associated with rheumatoid arthritis. Annals Rheum. Diss. Suplemento 94, 9, 1950.
- 4 SHORT C. L.; BAUER W., REYNOLDS W. E. Rheumatoid arthritis. Harward University press. Cambridge 1957.
- 5 SCHWARTZMANN, J. R. The surgical management of foot disorders in rheumatoid arthritis. Clin. Orth. 36, 86, 1964.
- 6 MARMOR, LEONARD. Surgery of the rheumatoid foot. Surg. Gyn. and Obst. 119, 1009, 1964.
- 7 MARMOR, LEONARD. The rheumatoid foot. Geriatrics 21, 630, 1968.
- 8 MARMOR, LEONARD. Surgery for rheumatoid arthritis. Amer. Jour. of Surg. 115, 630, 1968.
- 9 SENTI MONTAGUT V. Pie. En cirugía de la artritis reumatoide. Pág. 98, Publicaciones del II Congreso Hispano-Argentino de Ortopedia. Madrid 1970.
- 10 PRESTON, ROBERT L. Reconstruction of the metatarsophalangeal joints. En: The Surgical Management of rheumatoid arthritis. Pag. 399, Ed. W. B. Saunders Co. 1963.
- 11 CLAYTON, MACK L. Surgical treatment of the rheumatoid foot. En: Foot Disorders. N.Giannestras. Pag. 444. Ed. Lea y Febiger. 2ª Ed. 1973.
- 12 MADRIGAL ESCUDER, J. Organización de la cirugía reumática en Finlandia. An. de Med. Secc. Cir. 4, 292, 1964.
- 13 VAINIO, KAUKO J. The role of surgery in the rehabilitation of rheumatoid arthritis patient. Proceedings if the IV European Rheumatological Cosgress. Istambul. Sept. 1959. Pag. 223.
- 14 VAINIO, KAUKO J. Comunicación Personal.
- 15 MARMOR, LEONARD. The foot. En: Surgery of rheumatoid arthritis. Ed. Lea y Fabiger 1967, Pag. 224.



ITURBE HÑOS. C.A.

Instrumentos, Aparatos  
y Mobiliario

para Médicos,  
Clínicas y Hospitales

**PASEO DE LOS ILUSTRES - EDIF. RADS - LOCAL "B"**

**Frente a la Universidad - Los Chaguaramos**

**TELEFONOS: 61.59.31 - 61.93.08**

**CARACAS - VENEZUELA**

## Recomendaciones en el Estudio de la Litiasis Urinaria Común

Dr. Armando Pérez-Monteverde S. \*

Es curioso como la Litiasis Urinaria ha tenido relativamente, poca atención investigativa a pesar de la importancia epidemiológica del problema, quizás debido a que se trata de una entidad clínica compartida por una sub-especialidad quirúrgica, la Urología y las ramas metabólicas de la Medicina Interna.

El Urólogo muestra con frecuencia poco interés en la patogénesis del cálculo urinario, limitando sus esfuerzos en solucionar el problema anatómico y funcional, olvidándose del trastorno fisiológico primario causante de la Litiasis. La terapéutica preventiva es de importancia capital especialmente en aquellos casos de Litiasis a repetición y siempre será difícil hacer buena profilaxis si no conocemos la patogénesis en la formación de cálculos o si desconocemos aquellas entidades que resultan en una excreción excesiva de compuestos calculosos.

La patogénesis en la formación de cálculos puede deberse a:

- A. - Cambios que conducen a un aumento en la concentración urinaria de cristaloides:
  - 1. Reducción del volumen urinario
  - 2. Aumento en la excreción de solutos (Calcio, Oxalato, Cistina, Acido Úrico, Xantinas, Amonio y Fosfatos)
- B. - Cambios físico-químicos que conducen a la formación de cálculos manteniendo una concentración normal de cristaloides:
  - 1. pH urinario
  - 2. Estasis
  - 3. Presencia o ausencia de sustancias protectoras o inhibidores peptídicos cuyas propiedades aún no han sido bien clarificadas.

---

\* Miembro del Departamento de Medicina, Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

Aunque el mecanismo exacto en la formación de cálculos no se conoce aún, el punto de partida en la investigación diagnóstica del paciente con Litiasis, es siempre el conocimiento del contenido cristalino del cálculo. Un estudio cristalográfico bien hecho puede en ocasiones ser diagnóstico de la etiopatogenia y puede bastar por sí sola para guiar el tratamiento preventivo. Sabemos que la presencia de cristales de Cistina son diagnósticos de Cistinuria y los cristales de Fosfato Amónico y de Magnesio indican Infección Urinaria. El estudio químico del cálculo es poco satisfactorio debido a que las técnicas disponibles son de difícil aplicación a minerales por su insolubilidad relativa y los resultados son frecuentemente erróneos.

Los métodos de análisis cristalográficos son de alta precisión debido a la naturaleza cristalina de los cálculos. Cada sustancia cristalina está compuesta de una estructura atómica ordenada en forma tridimensional que puede ser reconocida debido a que la transmisión de luz y Rayos X resulta en formas únicas y características para cada sustancia. (1)

Los componentes cristalográficos de los cálculos urinarios son los siguientes:

- Monohidrato de Oxalato de Calcio
- Dihidrato de Oxalato de Calcio
- Hexahidrato de Fosfato de Amonio y de Magnesio
- Carbonato de Apatita
- Hidroxiapatita
- Dihidrato de Fosfato de Calcio hidrogenado (Brusita)
- Acido Urico
- Cistina
- Urato de Sodio
- Fosfato tricálcico
- Xantina

De 1.000 cálculos analizados por Prien. (2)

67% fueron de Sales de Calcio incluyendo Oxalato

19% Sales de Fosfato de Magnesio

5,8% de Acido Urico

2,9% de Cistina

1,9% de Brusita y

3,4% de Apatita

Según el resultado del estudio cristalográfico del cálculo proseguiremos en la investigación de las posibles causas de Litiasis Urinaria. De 230 pacientes con Litiasis Urinaria estudiados por Coe y Kavalach (3) (Tabla No. 1), solamente 84 tuvieron un diagnóstico exacto de la causa y 146 fueron considerados formadores de cálculos de Calcio de origen idiopático.

T A B L A 1

Clasificación Diagnóstica de 230 Pacientes con Litiasis Urinaria

Diagnóstico	Nº Pacientes
Cálculos de Acido Urico	9
Acidosis Tubular Renal	9
Enfermedad Esponjosa Medular del Riñón	16
Hiperparatoidismo primario	10
Sarcoidosis	4
Hipertiroidismo	2
Exceso de Calcio o Vitamina D	2
Enfermedad de Chrön	9
Diarreas Crónicas	7
Shunts yeyunoileales	2
Infección Urinaria	8
Cistinuria	3
Abuso de Alcalinos	2
Uso de Acetazolamida	1
Cálculos de Calcio idopático	146

F. Coe, A. Kavalach. New England J. Med. 291: 1.344-50, 1974.

En caso de cálculos de Sales de Calcio tendremos que investigar las posibles causas:

- Hiperparatiroidismo primario
- Mieloma múltiple
- Cáncer metastásico
- Osteoporosis Senil progresiva
- Inmovilización
- Síndrome de Cushing
- Hipertiroidismo
- Acidosis tubular Renal y síndrome de Fanconi
- Síndrome leche-alcalino a su inicio

- Exceso de ingestión de Calcio y Vitamina D
- Sarcoidosis
- Beriliosis
- Hipercalciuria idiopática.

Conociendo todas las causas de hipercalciuria capaces de resultar en Litiasis a repetición, nuestro paso siguiente es llegar a un diagnóstico exacto y para ello recurriremos al laboratorio especializado y a la radiología:

1. - Medición cuantitativa de la Calciuria en 24 horas:

El método más exacto es el de espectrofotometría por absorción atómica. Hablamos de hipercalciuria cuando la excreción de Calcio es superior a 250 mg en 24 horas en mujeres y 300 mg/día en hombres, o 4 mg por Kg de peso por día en cualquier sexo. Estos valores son basados en estudios extensos realizados en poblaciones Norteamericanas y Europeas, valores que deben ser semejantes en nuestro país ya que la excreción de Calcio varía muy poco en individuos normales aún cuando la ingestión de Calcio en la dieta sea alterada grandemente. (4) En caso de una restricción severa de Calcio en la dieta, a menos de 400 mg diarios, la excreción es de 150 y 200 mg en 24 horas para mujeres y hombres respectivamente.

La Hipercalciuria es la anormalidad metabólica más común en pacientes con Litiasis. "La Hipercalciuria idiopática" incluye por lo menos dos grupos de pacientes (5, 6):

- a. - Aquellos con una absorción intestinal de Calcio exagerada, o sea absorben más de lo que excretan en la orina, y
- b. - Aquellos pacientes con una excreción mayor debido a un trastorno tubular renal.

La primera categoría es la más frecuente y puede demostrarse mediante una prueba de sobrecarga o de privación de Calcio en la dieta. Al aumentar el contenido de Calcio en la dieta se demuestra una mayor excreción y si administramos Fosfato de celulosa, elemento que impide la absorción intestinal de Calcio, disminuirá su excreción urinaria.

El segundo grupo de pacientes, el más reducido, tiene un trastorno primario en la excreción urinaria de Calcio por lo cual la excreción es mayor que la absorción (5). Las Tiazidas disminuyen la excreción urinaria de Calcio en éste grupo y han sido utilizadas como prueba diagnóstica en la diferenciación de ambas categorías, pero las Tiazidas son capaces de reducir la excreción de Calcio en casi todos los pacientes con Hipercalciuria.

2. - Determinación cuantitativa de Acido Urico urinario en 24 horas:

Esta determinación es mandatoria en caso de cálculos de Calcio. Un 65% de pacientes con cálculos de Calcio tienen Hipercalciuria e Hiperuricosuria. Los 146 pacientes con cálculos de Calcio idiopático reportados por Coe y Kavalach tuvieron una excreción urinaria de Acido Urico elevada.

El valor normal superior en la excreción urinaria diaria de Acido Urico es

de 750 mg para la mujer y 800 mg para el hombre (7). Estos valores son probablemente bajos para los grandes consumidores de purinas, pero cualquiera que sea la excreción en la población normal, en aquellos pacientes formadores de cálculos, la excreción de Acido Úrico es mayor. Hasta el presente la Hiperuricosuria en pacientes con Litiasis a repetición parece estar relacionada principalmente con la dieta, pero una superproducción endógena puede jugar también papel importante y casi todos tienen un defecto tubular aún no clasificado (8).

### 3. - Determinación de Calcio y Fósforo séricos:

El método de mayor exactitud para la determinación de ambos elementos es por medio de la espectrofotometría por absorción atómica (9). Siempre y cuando la toma de sangre se haga en forma apropiada.

El Calcio plasmático existe en tres formas: Ionizado, en complejos con aniones orgánicos y ligado a albúmina. El 46% está ligado a albumina y el 54% restante es ultrafiltrable casi totalmente en forma ionizada. El Calcio total tiene un rango normal bastante exacto entre 9 y 10.5 mg/100 ml, su valor plasmático se mantiene constante a pesar de grandes variaciones en ingestión y excreción y las alteraciones son siempre por variaciones en su porción ionizada o por alteración en la concentración de albúmina sérica, de allí que siempre debemos obtener una determinación cuantitativa simultánea de proteínas plasmáticas y en caso de Hiper o Hipocalcemia hacer las correcciones necesarias.

El calcio usualmente se eleva en caso de Hiperparatiroidismo, Neoplasias óseas, Mieloma múltiple, Sarcoidosis y exceso de Vitamina D. Rara vez encontraremos Hipercalcemia en caso de inmovilización, Hipertiroidismo y Síndrome de Cushing.

En contraste con la concentración de Calcio, el Fósforo inorgánico plasmático varía con la edad, la dieta y el estado hormonal. En el adulto normal el rango es de 2.5 a 4.3 mg/100 ml.

Su determinación puede ser de ayuda diagnóstica en el Hiperparatiroidismo primario, pero puede también encontrarse por debajo del rango normal en la Hipercalciuria idiopática. La excreción urinaria de Fosfato, suele estar aumentada en caso de Hiperparatiroidismo primario, exceso de Vitamina D., Neoplasias óseas, Sarcoidosis y algunas acidurias; por lo cual no es de ayuda diagnóstica.

4. - La determinación del pH urinario y plasmático, Bicarbonato y Cloro séricos, son también de utilidad, particularmente en el diagnóstico de las Aminoacidurias y en el Hiperparatiroidismo primario, entidad que usualmente se acompaña de acidosis hiperclorémica.
5. - Otras determinaciones útiles en el diagnóstico etiológico de la Litiasis, incluyen: Fosfatasas alcalinas; usualmente elevadas en caso de una mayor movilización ósea, como en caso de Pubertad, Hipertiroidismo, Tumores Óseos e Hiperparatiroidismo. La Electroforesis de Proteínas indispensable en el diagnóstico diferencial de la Hipercalcemias para descartar una disglobulinemia. El Acido Úrico Sérico debe ser realizado de rutina en todo paciente con Litiasis Urinaria.

6. - La determinación por radioinmunoanálisis de Paratohormona en sangre venosa periférica resulta de poca utilidad en caso de Litiasis Urinaria, pero sí en caso de diferenciar la hipercalcemia por Hiperparatiroidismo de otras entidades hipercalcemiantes. La determinación de hormona paratiroidea en sangre de venas cervicales previamente cateterizadas, resulta indispensable para la localización de Tumor Paratiroideo funcionando en caso de Hipercalcemia persistente por Hiperparatiroidismo después de una exploración cervical negativa.

Si en el estudio metabólico del paciente con cálculos de Calcio aparecen cristales de Oxalato y no demostramos una alteración en la excreción del componente cálcico, debemos sospechar un trastorno primario o secundario en la excreción de Oxalato para lo cual se hace indispensable una determinación cuantitativa de dicho elemento.

Después de los cálculos de Sales de Calcio, los más frecuentes son los cálculos de Sales de Acido Urico y como se dijo anteriormente la cantidad de Acido Urico eliminada depende de las purinas ingeridas en la dieta y de la biosíntesis de dichos elementos en el organismo. La formación de cálculos se facilita cuando la orina está muy ácida o cuando se mantiene muy ácida como resultado de algún trastorno en el ritmo Circadiano del pH urinario. La orina es normalmente ácida en la noche y temprano en la mañana, el pH se eleva rápidamente durante el transcurso del día y después de las comidas. En muchos casos de Urolitiasis pura, el ritmo desaparece y la orina se mantiene ácida permanentemente.

La excreción urinaria de Acido Urico estará usualmente aumentada en forma absoluta o cuando no existe un aumento proporcional del volumen urinario como ocurre en caso de deshidratación grave o por depleción salina extrarenal como ocurre en la Ileitis Regional o Colitis Ulcerosa.

Sin entrar a enumerar todas las posibles causas de Litiasis de Acido Urico debemos siempre descartar una Hiperuricemia primaria como: Gota, Síndrome de Lesch Nyhan o secundaria a enfermedades neoplásicas y mieloproliferativas, drogas uricosúricas, deshidratación, Ileitis, etc.

Otras enfermedades litiásicas como la Xantinuria o Cistinuria son bastante raras. El diagnóstico es fácil con la demostración de los cristales típicos de Xantina y Cistina en el estudio del cálculo, pero se hace necesaria la determinación y separación cuantitativa de otros aminoácidos urinarios para poder aplicar una terapéutica efectiva.

## **CONCLUSIONES:**

Todo paciente con Litiasis Urinaria, aunque sea por primera vez, debe ser estudiado exhaustivamente en busca de su etiopatogénea. No debemos contentarnos con recomendar una mayor ingestión de líquidos y una disminución en la ingestión de productos lácteos y alimentos ricos en Calcio. Debemos aclarar con exactitud el trastorno metabólico responsable de la Litiasis para poder tratarlo en una forma efectiva al igual como no debemos contentarnos con instituir una antibioticoterapia en presencia de un sedimento urinario infeccioso sin antes obtener un urocultivo y antibiograma. La Hipercalciuria idiopática e Hiperuricosuria son las causas más frecuentes de Litiasis a repetición y el trata-

miento adecuado disminuye drásticamente la formación de cálculos. Los Tiazidicos están indicados en el tratamiento de la Hiper calciuria idiopática aunque no existen estudios prospectivos bien controlados que determinen su eficacia a largo plazo. El Fosfato de Celulosa, material que disminuye la absorción intestinal de Calcio puede ser útil en aquellos pacientes en el cual predomina la Hiperabsorción.

Por otro lado la mayoría de los pacientes con Hiperuricosuria y Normouricemia son grandes consumidores de Purinas por lo que una dieta restringida en carnes y mariscos suele ser suficiente para reducir el Acido Urico urinario. Si existe Hiperuricemia asociada, la dieta no bastaría por lo cual debemos asociar tratamiento con Alopurinol. Todavía es necesario estudiar el efecto de ésta droga en caso de Hiperuricosuria con dieta normal y en caso de Hiperuricosuria asociada a cálculos de Oxalato de Calcio.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 PRIEN, E. L.: Crystallographic Analysis of Urinary calculi. A 23 year Survey Study J. Urology, 89: 917, 1963.
- 2 PRIEN, E. L.: Composition and Structure of Urinary Stone. Amer. Journal of Med. 45: 653, 1968.
- 3 COE, F. L., KAVALACH, A. G.: Hypercalciuria and Hyperuricosuria in patients with Calcium Nephrolithiasis. New Eng. J. Med. 291: 1344 1974.
- 4 PEACOCK M., HODGKINSON A., NORDIN B. E. C. Importance of Dietary Calcium in the definition of Hypercalciuria. Br. Med. J. 3:469, 1967.
- 5 The Hypercalciurias: Causes, Parathyroid functions and diagnostic Criteria. J. Clin. Invest. 54:387, 1974.
- 6 F. L. COE, J. M. CANTERBURY, J. J. FIRPO WAL: Evidence for Secondary hyperparathyroidism in idiopathic Hypercalciuria. J. Clin. Invest. 52:134 1973.
- 7 GUTMAN A. B., YU T. F.: Uric Acid Nephrolithiasis. Amer. J. Med. 45:756, 1968
- 8 RIESELBACH R. E., STEELE T. H.: Influence of the Kidney Upon Urate Homeostasis in Health and disease. Am. J. Med. 56:665, 1974.
- 9 KLEIN, B. KAUFMAN, J. H.: Automated Atomic Absorption Spectrophotometry in simultaneous determination of calcium and Phosphate. Clin. Chem., 13:1079, 1967.
- 10 ROTHMAN, E., HIGGS, A.: A New Two dimensional system for the separation of aminoacids in paper. Anal. Biochem. 3:173, 1962.

# MANUFACTURING SURGICAL DRESSINGS, C. A.

## SUDRECA

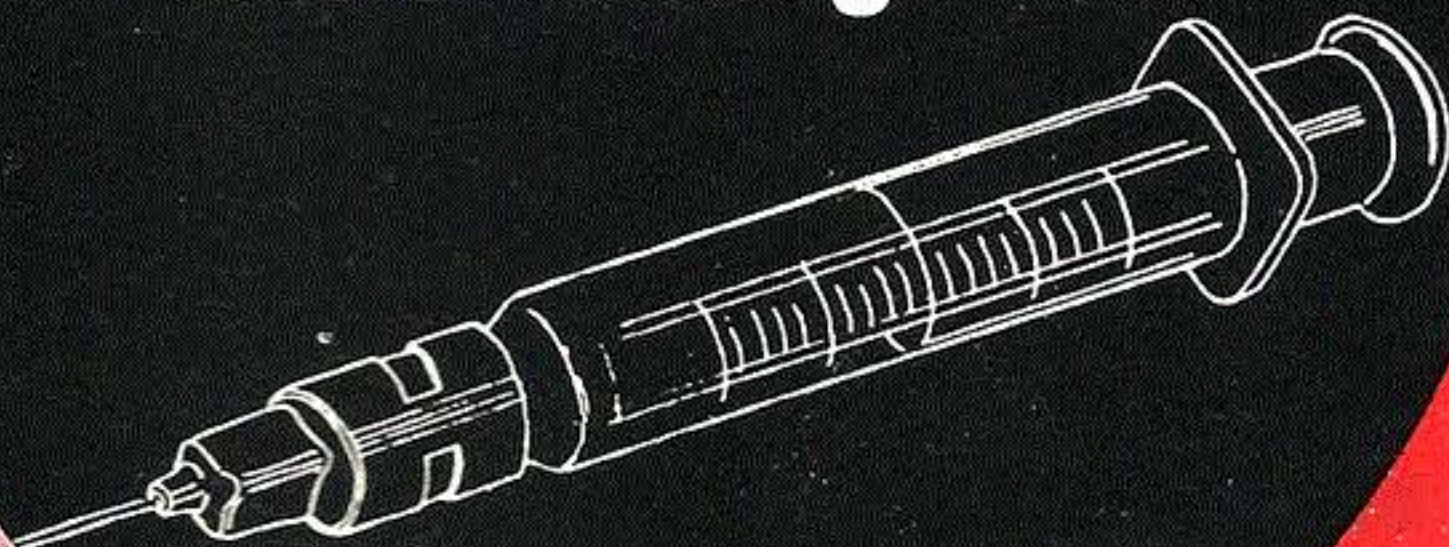
FABRICANTES DE GASA QUIRURGICA

- \* **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

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



- 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/cm<sup>3</sup>)

GAR(1)-5127/701



SCHERING CORPORATION DE VENEZUELA, S. A.  
Prolongación Calle Vargas 2a. Transversal Boleíta Norte,  
Distrito Sucre (Estado Miranda) Caracas, Venezuela.

**Gentalyn**  
**Pediátrico**

(gentamicina 10 mg/cm<sup>3</sup>)

\*Marca de fábrica



**NUEVO**

# Canestén®

Antimicótico de amplio espectro con acción fungicida y tricomonocida

**Extermina hongos  
¡itodos!\***

\*actúa en todas las dermatomicosis 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

## Máquina Selectora de Células (Banco de Sangre)

Dr. Cruz Quijada Gamboa

### Funciones de la Máquina Selectora de Células:

- 1 - Recolectar células normales de donadores para ser transfundidas a pacientes que tienen carencias específicas de ellas: trombocitopenias o leucopenias producidas por enfermedad, o a consecuencia de las drogas y aplicaciones fisioterapéuticas para combatir la enfermedad. Esta recolección se hace de un solo dador, lo cual tiene las siguientes ventajas: a) al utilizar un solo dador que regularmente y preferiblemente debe ser familiar del paciente, las posibilidades de inmunización e incompatibilidad son menores: b) no se requieren varios donadores, que algunas veces son difíciles de conseguir y c) al transfundir células de varios donadores, las posibilidades de inmunización e incompatibilidad contra las células específicas que necesitamos transfundir, son mayores.
- 2 - Aplicación terapéutica: Terapia de extracción.- Consiste en extraer del torrente circulatorio cualquier sustancia que circule, que se encuentre en exceso y que esté produciendo enfermedad: exceso de plaquetas, leucemia linfocítica, leucemia mielocítica, síndrome de Césari.

Esta máquina permite hacer plasmaféresis hasta de seis (6) litros en una sola sesión, procedimiento con el cual se pueden tratar: macroglobulinemias (Hiperviscosidad), enfermedad hemolítica del recién nacido, inhibidores o anticuerpos de factores de la coagulación, mielomas múltiples, coma hepático, encefalopatías (Síndrome de Reye), enfermedad hemolítica autoinmune, trombocitopenias autoinmunes, enfermedades por hipersensibilidad, intoxicaciones por drogas, etc."

El más grande  
avance en  
**ANESTESIA** desde...

...el beso  
de buenas  
noches

# Fluothane



Imperial Chemical Industries Limited,  
Pharmaceuticals Division,  
Alderley Park, Macclesfield,  
Cheshire, Inglaterra



Distribuidores en Venezuela:  
**H. KERN & Co., S.A.**  
Edif. Kern - Avda. Ppal. Los Cortijos de Lourdes  
Apartado 1567 - Telfs.: 34.05.11 y 36.21.22 - Caracas

**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

# CLINILAB<sup>CA</sup>

SUMINISTRO DE EQUIPOS Y REACTIVOS

ALTA TECNOLOGIA SIGNIFICA . . . . . SENCILLEZ Y EXACTITUD

**ELECTROFORESIS DEFINITIVA**  
**HELENA LABORATORIES CORP.**

Proteínas Séricas  
Lipoproteínas  
Hemoglobinas  
Iso enzimas de CPK y LDH  
Fosfatasa Alcalina  
Madurez Fetal  
Inmuno Electrofóresis

**AUTOANALIZADORES DE**  
**QUIMICA SANGUINEA**  
**H Y C E L I N C.**

Los mejores analizadores para  
cada necesidad  
Contadores Hematológicos  
Automáticos  
Química de Orina  
(reactivos manuales)

**TERAPIA INTENSIVA**

**INSTRUMENTATION**  
**LABORATORIES INC.**

Analizadores de pH y gases  
en sangre  
Fotómetros de Llama, digitales  
electrónicos, automáticos

**MISCELANEOS**

Pipetas Automáticas  
Vidrio para laboratorios  
Centrifugas  
Microcentrifugas  
Reactivos químicos  
coaguladores  
Equipamiento completo  
de Laboratorios

**Av. Ricaurte (91) No. 96-12, San Blas, Valencia, Apto. 1122**  
**Teléfonos: 53.559 - 52.702**

**Av. Luis Roche Sur, Edif. El Dorado, Apto. 2-B, Altamira, Caracas**  
**Teléfono: 284.5529**

## PRESENTACION DE CASOS CLINICOS

# Revascularización Miocárdica Incompleta A Propósito del 1er. Caso de Puentes Venosos Aorto-coronarios Estudiado en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas

Dres. Víctor Baquero,  
Irving Peña  
y Feliciano Acevedo \*

La cirugía de revascularización utilizando puentes aorto-coronarios autólogos de vena safena ha sido utilizada con éxito en el tratamiento de la cardiopatía isquémica sintomática.

El presente reporte es en relación con un caso estudiado en nuestra institución por presentar angor pectoris inestable después de cirugía de revascularización miocárdica.

PRESENTACION DEL CASO: Paciente H. B. de sexo masculino, de 54 años de edad, asintomático hasta noviembre de 1975, cuando comenzó a presentar dolor opresivo retroesternal con irradiación a cuello y ambos brazos, mareos y sudoración, síntomas estos que se exacerbaban con el esfuerzo físico.

Al examen físico de ingreso, se aprecia un paciente en buenas condiciones generales. T. A. 110/75, pulso regular a 75x'. Se auscultó un click mesosistólico en mesocardio. El resto del examen físico fue negativo. El electrocardiograma fue compatible con bloqueo trifascicular y zona eléctricamente inactivable anterior extensa.

La Rx de tórax mostró cardiomegalia discreta, aorta opaca, pulmones claros.

Fue referido a otro hospital para estudio hemodinámico. La coronariografía selectiva practicada, mostró lesiones proximales significativas (mayores del 75%) en la arteria descendente anterior, 1ª diagonal, y 1ª obtusa marginal. Se visualizó una 2ª obtusa marginal de buen tamaño, y fue reportada una placa de ateroma no significativa en su porción proximal. La ventriculografía izquierda mostró una discinesia apical e hipocinesia lateral.

El 11 de marzo de 1976, se intervino quirúrgicamente, practicándosele puente aortocoronario con injerto autólogo de vena safena a la porción distal de la descendente anterior y 1ª obtusa marginal.

---

\* Miembros del Departamento de Medicina Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta a los 10 días de intervenido. Posteriormente se mantuvo relativamente inactivo y asintomático, hasta mediados de septiembre del año en curso cuando comenzó un programa de ejercicios físicos por indicación de su médico tratante (F. A.) A los pocos días el paciente comenzó a notar dolor torácico de iguales características al reportado al comienzo de su enfermedad actual. El 2-8-76 presentó crisis de angor pectoris en reposo, de fuerte intensidad, de 15 minutos de duración por lo que fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestra institución para observación. El electrocardiograma de ingreso mostró una lesión subendocárdica anterior extensa y lateral. El resto del trazado fue similar al reportado anteriormente.

Los electrocardiogramas y enzimas séricas seriadas por 3 días descartaron la existencia de necrosis aguda miocárdica, por lo que se decidió referir al paciente a la unidad de exploraciones cardiovasculares de nuestra institución, donde se le practicó cateterismo cardíaco con inyecciones selectivas de material de contraste en las arterias coronarias y en ambos puentes aorto-coronarios. El estudio demostró la permeabilidad de ambos puentes y excelente llenado distal de las arterias descendente anterior y la 1ª obtusa marginal. La 2ª obtusa marginal, la cual no fue revascularizada, mostró una lesión subtotal (98%) en su porción proximal, con una porción distal libre de lesiones. (Figs. 1, 2 y 3). El ventriculograma no mostró diferencias significativas en relación con el practicado en el primer estudio.

COMENTARIOS: En vista de estos hallazgos, se asumió que la causa probable del dolor anginoso de este paciente era debido a isquemia regional determinada por la lesión significativa proximal de la 2ª obtusa marginal no revascularizada.

Se decidió entonces mantener al paciente con tratamiento médico y añadir propranolol en dosis adecuadas. Para el momento de escribir este reporte, el paciente se encuentra en buenas condiciones y asintomático.

Fig. 1 - Coronaria izquierda en posición postero anterior. Se observa lesión proximal de obtusa marginal 2, no revascularizada.

( < )



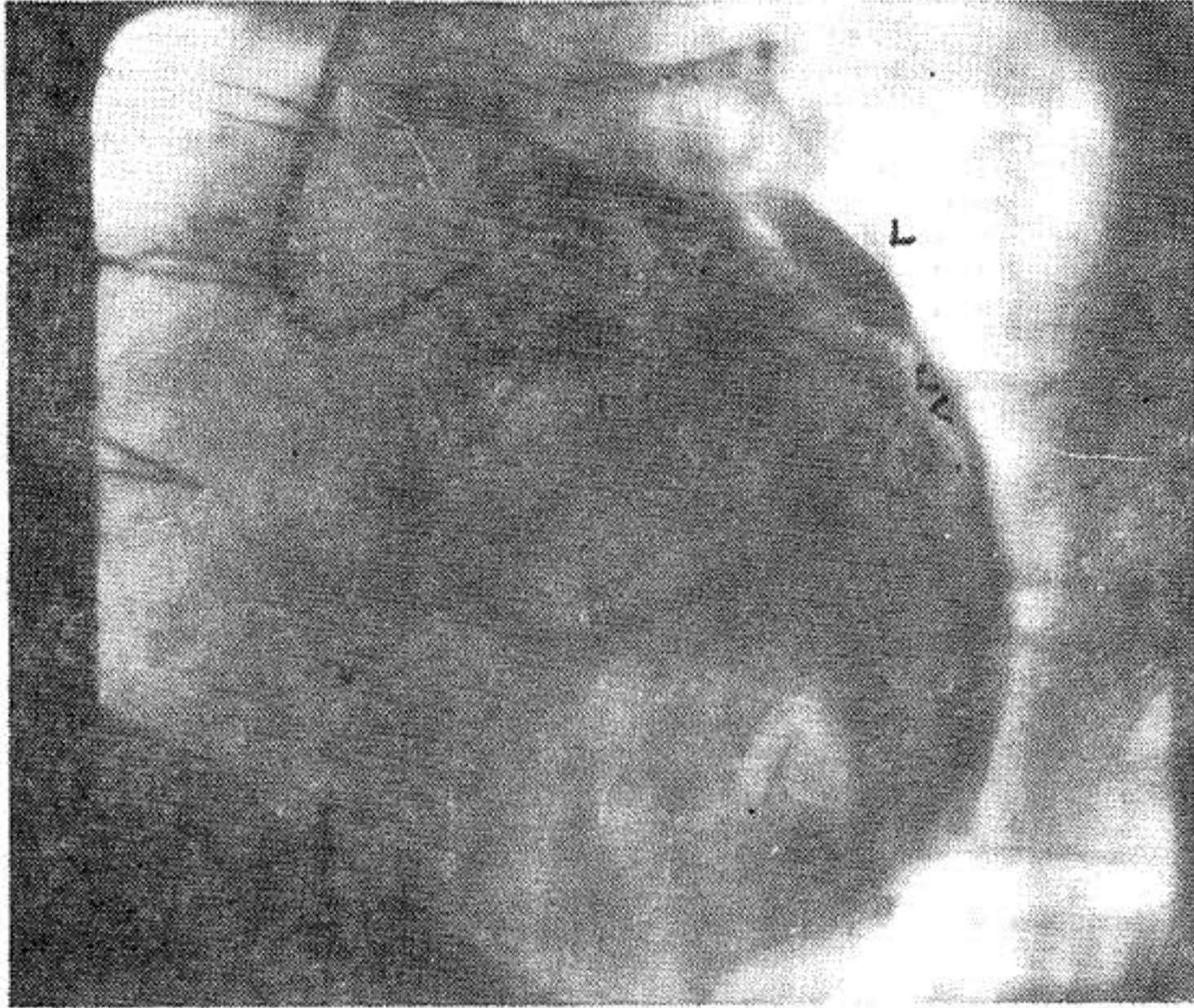


Fig. 2 - Coronaria izquierda en posición oblicua anterior izquierda. Se observa llenado retrógrado de puente aortocoronario a obtusa marginal 1 (< ) Inmediatamente debajo de ésta, se observa la obtusa marginal 2 (Σ ) La arteria descendente anterior tiene una obstrucción de 100% en su tercio proximal.



Fig. 3 - Las porciones distales de la descendente anterior y de la obtusa marginal 1 (ésta última mostrada en la figura) se llenan adecuadamente al inyectar selectivamente ambos puentes aorto coronarios.

# PARENTERAL **Kantrex**<sup>®</sup> 0.5g

acción inmediata  
y efectos terminantes  
en infecciones genitourinarias

## **INDICACIONES:**

**Infecciones genitourinarias:** Pielonefritis aguda o crónica, cistitis, prostatitis, salpingitis, uretritis.

## **POSOLOGIA:**

1 frasco ampolla de **KANTREX** de 0,5 g cada 12 horas.

## **PRESENTACION:**

Frasco ampolla con 0,5 g de Sulfato de Kanamicina en 2 ml. Listo para usarse.

**LABORATORIOS BRISTOL DE VENEZUELA**



# Ferrónicum B12

+ vitamina B12

jarabe

**El suplemento ferroso de mayor eficacia para el tratamiento de las anemias**

**NUEVO:**  
también en grageas

Gluconato ferroso en alta concentración + vitamina B12

- Efectiva utilización
- Fácil absorción
- Excelente tolerancia

**FERRONICUM B12:**

Combate mejor las anemias:

- Hipocromica:
  - del embarazo
  - del niño durante el crecimiento
  - esencial
- Por déficit de hierro alimenticio
- Por hemorragias agudas

**Posología**

Jarabe

• Adultos: 1-2 cucharadas de 15 ml, 3 veces al día.

Niños mayores de 5 años: 1-2 cucharaditas de 5 ml, 3 veces al día.

Niños menores de 5 años: 1 cucharadita de 5 ml, de 1 a 3 veces al día.

Grageas

Adultos: 7 grageas al día.

**Presentación**

Frasco 200 ml jarabe

Blister de 50 grageas

**Composición**

Gluconato Ferroso (•)

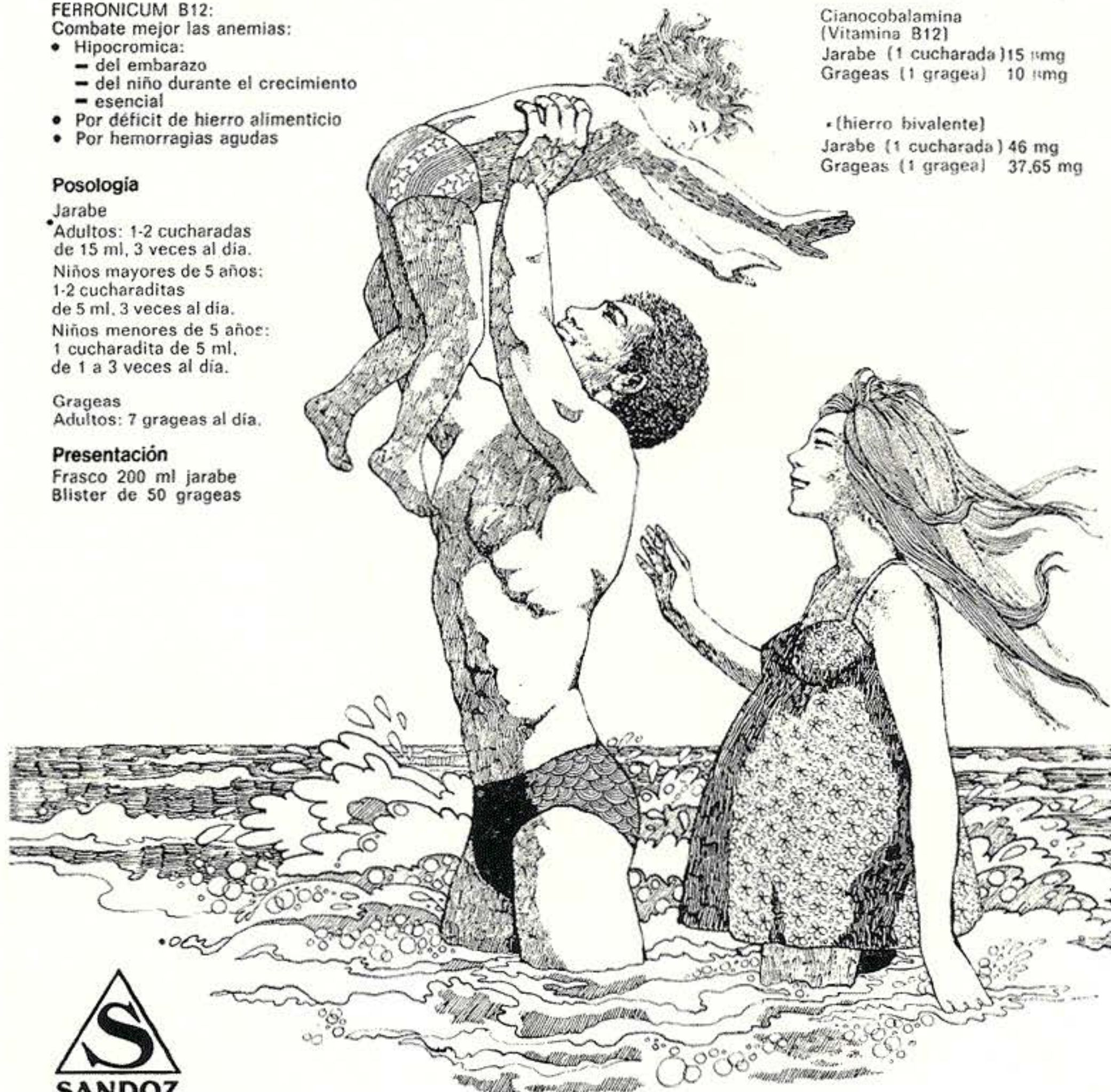
Jarabe (1 cucharada) 400 mg  
Grageas (1 gragea) 325 mg

Cianocobalamina (Vitamina B12)

Jarabe (1 cucharada) 15 µmg  
Grageas (1 gragea) 10 µmg

• (hierro bivalente)

Jarabe (1 cucharada) 46 mg  
Grageas (1 gragea) 37,65 mg



**SANDOZ**

# **Di-Gráfica G O M E Z**

- REVISTAS - LIBROS - FOLLETOS
- IMPRESOS EN GENERAL
- PRUEBAS DE TEXTO PARA OFFSET
- COMPOSICION DE LINOTIPO

**Canónigos a Esperanza, Local 4**

**Teléfono: 561.6799 — Caracas**

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

**Empresas privadas venezolanas con 80 años a su servicio.**



# 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

**Dres. Armando Pérez Monteverde  
y Luis A. Ayala**

**EFICACIA Y EFECTOS SECUNDARIOS DEL NITRAZEPAN Y LA TIORIDAZINA COMO INDUCTORES DEL SUEÑO EN PACIENTES PSICOGERIATRICOS.-** M. Linnoila, M. Vivkari *British Journal of Psychiatry* 128: 566-9, 1976.

La eficacia y los efectos secundarios de 10 mg. de Nitrazepan y 25 mg. de Tioridazina, como inductores del sueño, fueron comparados en un estudio doble ciego realizado en 20 pacientes Psicogeríatricos, por un período de 14 días. El efecto del Nitrazepan era más rápido pero menos prolongado y se demostró que afectaba significativamente la habilidad de los pacientes para moverse y conducir su vida cotidiana, cosa que no ocurrió con la Tioridazina.

Por lo que concluyen que la Tioridazina sería una ayuda en este tipo de pacientes, pero que el Nitrazepan debería evitarse.

**LA CONCENTRACION DE DIGITAL EN EL SUERO -HACE EL DIAGNOSTICO DE INTOXICACION DIGITALICA?.-** J. Ingelfinger, P. Goldman. *New England Journal of Medicine* 294: 867-870, 15 abril 1976.

El uso de la determinación de concentración de digital en caso de intoxicación, debe investigarse: 1) Haciendo un estudio de pacientes con manifestaciones tóxicas similares. 2) Obteniendo determinaciones controles en pacientes no intoxicados con síntomas que sugieran intoxicación. 3) Definir criterios de toxicidad y no toxicidad. 4) Seleccionar pacientes representativos. 5) Describir la población investigada y 6) Analizar la información diagnóstica proveniente de dicha determinación. Con el fin de evaluar la validez de la determinación sérica en caso de intoxicación, se revisaron 27 reportajes de la literatura. Ninguno de los trabajos empleó controles sintomáticos. Los 5 trabajos que siguieron los puntos 1 al 5 mencionados, solamente 3 demostraron valores elevados de digital sérico en pacientes tóxicos. Tampoco se determinó en ninguno de los trabajos, si el valor de digital sérico fue más valioso desde el punto de vista diagnóstico que el conocimiento de la dosis de digital utilizada, la función renal, la concentración sérica de potasio o el estado de función cardíaca.

La utilidad de la concentración sérica de Digital como prueba diagnóstica de intoxicación, aún no ha sido comprobada.

**TRATAMIENTO CON CORTICOSTEROIDES DE HEPATITIS VIRAL SEVERA.-** P. Gregory, M. Knaver, R. Kempson, R. Miller. *New England Journal Medicine* 249: 681-687, 1976.

La eficacia del tratamiento con Corticosteroides en Hepatitis Viral severa nunca ha sido demostrada en estudio clínico controlado. Por esta razón, pacientes con Hepatitis Viral severa fueron asignados a grupos tratados con Metil-Prednisolona o Placebo. Ambos grupos eran comparables desde el punto de vista clínico, resul-

tados de laboratorio y presencia de Puentes de Necrosis a la biopsia hepática. 6 de 14 pacientes asignados al grupo tratado con Metil-Prednisolona y 2 de 15 asignados al Placebo, murieron durante el período de estudio que duró 16 semanas. Aunque el aparente exceso de mortalidad observado en el grupo tratado con esteroides no es tan significativo estadísticamente ( $P=0,08$ ), la tendencia persiste cuando los grupos con antígeno de superficie para hepatitis B positivos ( $P=0,08$ ), con Necrosis en Puente ( $P=0,04$ ), eran analizados en forma separada. La Metil-Prednisolona no mejora la supervivencia en pacientes con Hepatitis Viral severa y puede ser perjudicial.

**LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE CETOACIDOSIS DIABETICA CON DOSIS BAJA DE INSULINA VERSUS TRATAMIENTO CONVENCIONAL CON DOSIS ELEVADAS.-** A. Kitalbchi, B. Ayyagari, S. Guerra. *Annals of internal Medicine*: 633-638, 1976.

El efecto del tratamiento con insulina intramuscular a dosis baja, fue comparado con terapia convencional a dosis elevada por vía intravenosa y subcutánea en 48 pacientes con Cetoacidosis Diabética. La glicemia bajó a menos de 250 mg/dl en el grupo tratado con dosis baja en  $6,7 \pm 0,8$  horas y en el grupo tratado con dosis alta en  $4,5 \pm 0,8$  horas ( $P$ =no significativo). La cantidad de Insulina necesaria para disminuir la glicemia a 250 mg/dl fue  $263 \pm 45$  Unidades en el grupo tratado con dosis alta y  $46 \pm 5$  Unidades en el grupo con dosis baja, 25% en el grupo tratado con dosis elevada y ninguno en el de dosis baja, desarrollaron hipoglicemia. Ninguna complicación del tratamiento se demostró en el grupo tratado con dosis baja.

El estudio sugiere que el tratamiento con dosis baja de Insulina por vía intramuscular es sencillo y tan efectivo como el tratamiento convencional sin el riesgo de hipoglicemia y con disminución en la incidencia de hipokalemia. La respuesta favorable de estos pacientes al tratamiento con dosis baja sugiere la ausencia de resistencia insulínica en la Cetoacidosis Diabética.

#### **CARCINOMA DEL PANCREAS:**

**OPERACION PALIATIVA, OPERACION DE WHIPPLE O PANCREATECTOMIA TOTAL.-** John R. Brooks, Jesús M. Culebras. *Annals of Surgery* 131:516-520, Marzo 1976.

Los autores presentan 19 pancreatectomías realizadas entre 1964 y 1973 en el Hospital Peter Bent Brigham de Boston, 16 operaciones fueron realizadas por carcinoma ductal con una mortalidad del 12,5%. Ellos concluyen que la pancreatectomía total se asocia con un mejor pronóstico de sobrevida que el observado con otros procedimientos (operación de Whipple, operaciones paliativas) siempre y cuando la pancreatectomía total se lleve a cabo por carcinoma ductal en estadios I y II. Esta conclusión se basa en la comparación de los resultados de los tres procedimientos teniendo en cuenta el estadio de la enfermedad, la sobrevida fue de 40 meses en pancreatectomías totales, de 12,7 meses en Whipple y 5,8 meses en derivaciones paliativas; la mortalidad operatoria fue 12,5%, 21% y 14,28 respectivamente.

**CAMPOS QUIRURGICOS FABRICADOS DE ADHESIVO PLASTICO: EVALUACION DE SU EFICACIA COMO BARRERA ANTIMICROBIANA.-** Morris L. L. French, Harold E. Eitzen, Merrill A. Ritter. *Annals Surgery* 184: 46-50, Julio 1976.

Las conclusiones de este estudio se basan en una comparación entre los campos quirúrgicos de adhesivo plástico y los de tela ya sean secos o húmedos; los estudios fueron realizados tanto en pabellón como en laboratorio. Se encontró que los campos de tela facilitan la penetración y contaminación bacteriana especialmente al humedecerse.

Los estudios incluyeron cultivos profundos de la herida tomados inmediatamente antes de proceder al cierre de la pared, encontrándose un 60% de contaminación al usar campos de tela en comparación con un 6% al usar los de plástico. Los campos plásticos evitan la migración lateral e inhiben la multiplicación bacteriana por debajo del campo durante los períodos de tiempo estudiados; además los campos se mantuvieron adheridos y en su lugar facilitando la operación y ofreciendo una apariencia estética mejor al delinear mejor el campo y eliminar las pinzas.

**EVALUACION DE UNA PREPARACION "INSTANTANEA" DEL COLON CON POVIDONE - IODINE.-** Fran E. Jones, Jerome J. Decosse, Robert E. Condon. *Annals of Surgery* 184: 74-79, Julio 1976.

Unos de los problemas más graves con que se encuentra el cirujano es encontrarse en la necesidad de reseca un colon que no ha sido previamente preparado. Los autores evalúan el efecto antimicrobiano In Vitro en heces de perro de una solución al 10% de Povidone-Iodine por 20 minutos comparándolo con el de una solución al 5% de Neomicina-Eritromicina. El Povidone-Iodine impidió el crecimiento de bacterias aeróbicas y redujo el de los anaerobios exceptuando *Clostridium perfringens*. Los estudios experimentales se efectuaron en 40 perros a los cuales se les practicó resección de colon sigmoide con anastomosis primaria sin preparación previa, 20 de ellos fueron lavados intraoperatoriamente con solución salina y 20 con la solución de Povidone-Iodine; estudios bacteriológicos luego de las irrigaciones demostraron que el Povidone-Iodine inhibe al crecimiento bacteriano y que todos los perros operados sobrevivieron tres semanas sin problemas anastomóticos; tres de los controles murieron antes de la primera semana. Al reexplorar los sobrevivientes se observó que la reacción inflamatoria perianastomótica en el grupo preparado con la solución Povidone-Iodine era menor. Los Autores concluyen que esta solución disminuye significativamente el número de bacterias In Vitro y que las irrigaciones colónicas por 20 minutos en perros no previamente preparados protegen efectivamente las anastomosis; no se observó ningún efecto tóxico, de tal manera que es posible que la preparación instantánea intraoperatoria con Povidone-Iodine reduzca el riesgo quirúrgico en operaciones de urgencia sobre el colon.

**UN METODO SIMPLE DE AUTOTRANSFUSION INTRAOPERATORIA.-** George P. Noon, R. Thomas Solís, Ethan A. Natelson. *Surgery Gynecology. and Obstetrics*, 143: 65-70, Julio 1976.

La recolección de sangre seguida de autotransfusión, es un método intraoperatorio utilizando en procedimientos de cirugía cardiovascular que ha comenzado a utili-

zarse recientemente en otros tipos de operaciones abdominales y torácicas. Los autores describen un método bastante simple de recolección, acondicionamiento inmediato y reinfusión con un equipo descartable que puede incorporarse en el sistema de succión existente en todo pabellón de cirugía. Este método combina heparinización sistémica del paciente con anticoagulación inmediata extracorpórea con un preparado de dextrosa y citrato. En los 34 casos estudiados, el análisis de la sangre autóloga recolectada y los resultados clínicos obtenidos demuestran que el procedimiento está libre de efectos nocivos. El estudio de la sangre demostró que la preservación de las plaquetas, factores de coagulación y capacidad de transporte de oxígeno de los glóbulos rojos es comparativamente mejor que la encontrada en la sangre homóloga del Banco de Sangre.

Los riesgos de toda autotransfusión persisten pero se ha visto minimizados cuando se usa éste sistema.

## Programa de las Segundas Jornadas Científicas del Hospital Privado Centro Médico de Caracas

### PROGRAMA

Miércoles 24

#### ACTO INAUGURAL

Hora: 8,00 p.m.

LOCAL: Instituto de Estudios Superiores de Administración

Dirección: Calle Occidente, Edif. IESA  
San Bernardino

Palabras del Dr. Luis Alberto Velutini, Presidente de la Junta Directiva del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

Palabras del Dr. Joel Valencia Parparcén, Presidente del Comité Organizador de las II Jornadas Médicas del Centro Médico.

Palabras del Dr. Jerome Urban, En representación de los invitados especiales.

Cocktail

Hora: 9,00 p.m.

### Jueves 25

#### TRABAJOS LIBRES

Hora: 8,00 a.m. a 9,00 a.m.

8,00 a 8,05

- 1 TRATAMIENTO DEL SINDROME DE LA CUPULA TORACICA  
(ANTIGUO SINDROME ESCALENICO)

Dr. Gustavo García Galindo

8,05 a 8,10

- 2 CIRUGIA DE LA PARED TORACICA: PECTUS EXC...ATUM.  
PECTUS CARINATUM

Dr. Gustavo García Galindo

8,10 a 8,15

3 MEDIASTINOSCOPIA

Dr. Gustavo García Galindo

8,15 a 8,20

4 CIRUGIA DEL TIMO

Dr. Gustavo García Galindo

8,20 a 8,25

5 CIEN HEMORROIDECTOMIAS DE EMERGENCIA: RAZONES Y RESULTADOS

Dr. Pedro Morgado Nieves, Dr. José Pérez Pérez, Dr. José Angel Suárez

8,25 a 8,30

6 HIPERTROFIAS NODULARES Y HOMOGENEAS DE LA COLA DE CABALLO EN EL CENTRO MEDICO DE CARACAS

Dr. Abraham Krivoy

8,30 a 8,35

7 FIJACIONES ESPINALES CERVICALES MEDIANTE EL USO DE PROTESIS DE ACRILICO EN EL CENTRO MEDICO DE CARACAS

Dr. Abraham Krivoy

8,35 a 8,40

8 TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CARCINOMA DE HIGADO EN EL CENTRO MEDICO DE CARACAS

Dr. Juan Godayol R.

8,40 a 9,00

9 Discusión

## **CONFERENCIA**

**Hora: 9,15 a.m. a 9,30 a.m.**

"EXPERIENCIA EN CUIDADO INTENSIVO DEL NEONATO EN EL CENTRO MEDICO DE CARACAS"

Dr. Luis Navarro

**SIMPOSIUM****Hora: 9,35 a.m. a 10,30 a.m.****"ANOMALIAS CONGENITAS"****Coordinador:** Dr. Pedro J. Alvarez**Integrantes:**

"FACTORES GENETICOS"	Dr. Otto Nuñez Montiel
"FACTORES AMBIENTALES"	Dr. Hernán Quintero Uzcátegui
"FACTORES ENDOCRINOS"	Dr. Guillermo Tovar
"FISURA LABIO-PALATINA"	Dr. Eduardo Krulig
"ANOMALIAS INTESTINALES"	Dr. Ezequiel Trejo Padilla
"ANOMALIAS GENITALES"	Dr. Antonio Mota Salazar

**CONFERENCIA****Hora: 11,00 a.m. a 11,45 a.m.****"LA SELECCION DE LA OPERACION APROPIADA PARA CADA PACIENTE CON CANCER DE LA MAMA"**

Dr. Jerome Urban, Memorial Hospital, Nueva York

**MESA REDONDA****Hora: 12,00 m. a 1,30 p.m.****"TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO EN CARCINOMA DE MAMA"****Coordinador:** Dr. Armando Márquez**Integrantes:**

Dr. Luis Arturo Ayala N.  
Dr. Víctor Brito Alfonzo  
Dra. Silica Ciobataro de Bendrao  
Dr. Abraham Krivoy  
Dr. José Alberto Padrón Amaré  
Dr. Gustavo Rojas Martínez  
Dr. Jerome Urban  
Dr. Raúl Vera

**CURSO ESPECIAL****Hora: 4,30 p.m. a 7,00 p.m.****"EL ARTICULO MEDICO: SU PREPARACION Y PRESENTACION"**

Dra. Lois DeBakey, Ph. D. Director del Curso  
Profesor de Comunicación Científica  
Baylor College of Medicine, Houston, Texas

Dra. Lois DeBakey, Ph. D. Director del Curso  
Profesor de Comunicación Científica  
Baylor College of Medicine, Houston, Texas

Dr. Luis Arturo Ayala N. Coordinador del Curso

4,30 p.m.

BIENVENIDA Y ORIENTACION

4,45 p.m.

EL PRIMER PASO: INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA EFICIENTE

Dra. Selma DeBakey

5,15 p.m.

FORMULA PARA UN PRIMER ESQUEMA EFECTIVO: PIENSE PRIMERO,  
ESCRIBA DESPUES

Dra. Lois DeBakey

6,00 p.m.

PRINCIPIO Y FINAL: EL TITULO Y LA BIBLIOGRAFIA

Dra. Selma DeBakey

6,30 p.m.

EL ABSTRACTO: EJERCICIO EN CONDENSACION

Dras. Lois DeBakey y Selma DeBakey

### **Viernes 26**

#### **TRABAJOS LIBRES**

**Hora: 8,00 am. a 9,00 a.m.**

8,00 a 8,05

- 1 EL ULTRASONIDO BIDIMENSIONAL EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ  
DE LA MOLA HIDATIFORME

Dr. Francisco Brandt Pacheco

8,05 a 8,10

- 2 PRUEBA DE LA TOLERANCIA FETAL A LAS CONTRACCIONES UTERINAS

Dr. Leopoldo Cárdenas Conde

8,10 a 8,15

- 3 PESQUISA DE CANCER GINECOLOGICO EN PACIENTES PRIVADOS

Dr. Pedro Egui Medina

8,10 a 8,20

- 4 COMPARACION DE ALGUNOS METODOS DE ESTERILIZACION FEMENINA

Dres. Otto Rodríguez Armas, Jorge Caicedo y Humberto Acosta

8,20 a 8,25

5 TRAUMATISMOS FETALES OBSTETRICOS

Dres. Hernán Quintero Uzcátegui, Luis Navarro, Jesús Morales Urbano y Hernán Quintero Hernández

8,25 a 8,30

6 TRATAMIENTO ORTESICO DE LA ROTACION INTERNA DE TIBIA, UNA NUEVA FERULA CORRECTORA

Dr. Federico Fernandez Palazzi

8,30 a 8,35

7 DUPLICACIONES INTESTINALES Y APENDICITIS AGUDA EN EL NIÑO (260 CASOS EN CINCO AÑOS, 1969-1973)

Dr. Ezequiel Trejo Padilla

8,35 a 8,40

8 DISCUSION

**MESA REDONDA**

**Hora: 9,15 a.m. a 10,45 a.m.**

"ABORTO HABITUAL"

**Coordinador:** Dr. Oscar Agüero

**Integrantes:**

Dr. Sergio Arias Cazorla  
Dra. Mercedes Aure Tulene  
Dra. Ela Berger de Bacalao  
Dr. Francisco Brandt Pacheco

Dr. Pedro Egui Medina  
Dr. Otto Rodríguez Armas  
Dr. Itic Zighelboim

**CONFERENCIA**

**Hora: 11,00 a.m. a 11,45 a.m.**

"TOMOGRAFIA COMPUTERIZADA, USOS E INDICACIONES"

Dr. Ronald Castellino, Stanford Medical Center, California

**SIMPOSIUM**

**Hora: 11,45 a.m. a 12,30 a.m.**

"NUEVAS TECNICAS EN RADIOLOGIA"

**Coordinador:** Dr. Rafael Castillo

**Integrantes:**

Dr. Harry Acquatella  
Dr. Néstor Arreaza Colizza  
Dr. Francisco Banchs  
Dr. Leopoldo Cárdenas Conde  
Dr. Ronald Castellino

Dr. Vicente Lecuna Torres  
Dr. Irving Peña  
Dr. Juan Pérez Padrón  
Dr. Tito Rodríguez  
Dr. Kenneth Taylor

**CONFERENCIA**

**Hora: 12,35 a.m. a 1,20 p.m.**

"ULTRASONIDO. TOMOGRAFIA COMPUTERIZADA. EXPERIENCIA INTERNACIONAL EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS"

Dr. Kenneth Taylor, Universidad de Yale, Connecticut

**CURSO ESPECIAL**

**Hora: 4,30 p.m. a 7,00 p.m.**

'EL ARTICULO MEDICO' SU PREPARACION Y PRESENTACION

Dra. Lois DeBakey, Ph. D. Director del Curso  
Profesor de Comunicación Científica  
Baylor College de Medicina, Houston, Texas

Dra. Selma DeBakey, B. A. Co-director del Curso  
Profesor de Comunicación Científica,  
Baylor College de Medicina, Houston, Texas

Dr. Luis Arturo Ayala N., Coordinador del Curso

4,30 p.m.

LA COPIA FINAL: COMO IMPRESIONAR FAVORABLEMENTE AL EDITOR

Dra. Selma DeBakey

5,00 p.m.

LA PRESENTACION ORAL: MANTENGA A SU AUDIENCIA INTERESADA

Dra. Lois DeBakey

5,40 p.m.

AYUDAS VISUALES EFECTIVAS: TABLAS, GRAFICAS Y LAMINAS

Dra. Lois DeBakey

6,20 p.m.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Panel de Editores

**Sábado 2.7**

**TRABAJOS LIBRES**

**Hora: 8,00 a.m. a 9,00 a.m.**

8,00 a 8,05

1 LA FIBROENDOSCOPIA EN EL DIAGNOSTICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR

Dres. J. Rodríguez A., F. Eslava, M. Guelrud, E. Roa, F. Carballo,  
G. Villasana, S. Beker

8,05 a 8,10

2 LA COLANGIOMANOMETRIA EN LA EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO DE LA ESFINTEROPLASTIA QUIRURGICA

Dres. M. Guelrud, J. Plaza, E. Roa, V. Zambrano, Simón Beker

8,10 a 8,15

3 AZUL DE TOLUIDINA (A.T.) EN EL DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO DE LAS LESIONES GASTRICAS

Dres. F. Eslava, H. Zerpa, R. Castillo, F. Carballo, E. Roa, G. Villasana, J. Rodríguez, A., M. Guelrud, S. Beker

8,15 a 8,20

4 ELEMENTOS CURATIVOS EN LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

Dr. Andrés Castañón Rodríguez

8,20 a 8,25

5 HISTOPLASMOSIS MUCOCUTANEA

Dr. Leopoldo Krulig

8,25 a 8,30

6 MIOSITIS OSIFICANTE PROGRESIVA

Dres. Carlos Mijares y Octavio Machado

8,30 a 8,35

7 ETICA EN LA CARRERA DE LA ENFERMERIA

Dr. Pedro J. Alvarez

**CONFERENCIA**

**Hora: 9,15 a.m. a 10,00 a.m.**

"ESTADO ACTUAL DEL MONITOREO FETAL Y NEONATAL"

Dr. Stanley James, Babie's Hospital, Universidad de Columbia, Nueva York

**CONFERENCIA**

**Hora: 10,15 a.m. a 11,00 a.m.**

"SEPTICEMIA A GRAM NEGATIVOS"

Dr. Burt Mayer, Estados Unidos de Norte América

**CONFERENCIA****Hora: 11,00 a.m. a 11,45 a.m.**

"INFECCIONES OPORTUNISTICAS EN EL HUESPED INMUNODEFICIENTE". USO DE VIEJOS Y NUEVOS ANTIBIOTICOS

Dr. William Hallowi, Estados Unidos de Norte América

**MESA REDONDA****Hora: 11,55 a.m. a 1,25 p.m.**

**Coordinador:** Dr. Israel Montes De Oca

**Integrantes:**

Dr. Gustavo García Galindo

Dr. Burt Mayer

Dr. Juan Godayol Rovira

Dr. Ramón Soto Sánchez

Dr. Alberto Guinand Baldó

Dr. José Luis Rivas

Dr. J. J. Gutiérrez Alfaro

Dr. William Hallovi

Dra. María Josefina Nuñez

**ACTO DE CLAUSURA****Hora: 1,30 p.m. a 2,00 p.m.**

Informe del Dr. Luis Arturo Ayala N., Secretario del Comité Organizador

Palabras por el Dr. Otto Rodríguez Armas, Presidente de la Sociedad Médica del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

mejor anestesia y  
recuperación  
más rápida  
con

**Halothan  
Hoechst**



**El anestésico de inhalación  
mundialmente acreditado  
para todas las edades.**

Extraordinaria estabilidad química.  
No inflamable ni explosivo.  
Inducción y recuperación rápida y suave.  
Menor consumo de relajantes musculares.  
No produce irritación de las mucosas.  
Inhibe las secreciones bronquial, salival y gástrica.

Presentación: frasco con 250 cm<sup>3</sup>



Hoechst Remedía S. A.  
Apto. 80222  
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

**T E L E F O N O S :**

**52.09.19 (Directo) y 52.22.22 - Extensión 156**

**Contratista Responsable:**

**H E R M A N N P E R G E R**

# BONASYL®

## ACCION RETARDADA

Nueva forma de administrar la  
ampicilina cada 24 horas



- \* COMODIDAD
- \* SEGURIDAD
- \* ECONOMIA

### PRESENTACIONES

#### BONASYL® ACCION RETARDADA

Estuche de 1 frasco-ampolla  
dosificado a 600 mg (100 mg de  
ampicilina sódica y 500 mg de  
ampicilina benzatínica), con  
solvente.

#### BONASYL® PEDIATRICO ACCION RETARDADA

Estuche de 1 frasco-ampolla  
dosificado a 250 mg (50 mg de  
ampicilina sódica y 200 mg de  
ampicilina benzatínica), con  
solvente.

HECHO EN VENEZUELA  
EN LAS MODERNAS  
INSTALACIONES DEL  
LABORATORIO  
PALENZONA  
CARACAS/VENEZUELA



## Fenomenología de la **ansiedad**

## Manifestaciones somáticas

- cardiovasculares
- gastrointestinales
- respiratorias
- genitourinarias
- cutáneas
- síndromes dolorosos

# Ativan\*

(lorazepam, Wyeth)

## 1 mg

para el alivio más profundo  
de la ansiedad  
y sus manifestaciones somáticas

Wyeth



Industrias Wyeth S. A.  
Caracas - Venezuela

