

## REVISTA DE PRENSA

ESCLERODERMA SISTÉMICA DIFUSA

(Diffuse y Systemic Scleroderma)

Tuffanelli L. D.; Wenkelmann R. K.

Annals of Internal Medicine 2; 198-203, 1962.

En el presente trabajo se analiza un grupo de 707 pacientes con escleroderma, unos en su forma generalizada y otros como acroesclerosis (escleroderma con el fenómeno de Reynaud 37%).

En el tipo de escleroderma difusa la esclerosis en la mayoría de los casos comienza en las porciones centrales y en etapas posteriores se generaliza hacia todo el organismo. Generalmente se inicia por medio de esclerosis cutánea en diversas porciones del tronco, pero también se puede presentar como edema, ausencia de vasoespasmó y frecuentemente como poliartritis.

La acrocianosis es como ya se dijo una variedad del escleroderma la cual empieza generalmente con fenómenos de Raynaud o con esclerosis cutánea pero de localización periférica. En el 65% de los casos encuentra como lesión muy importante la afección esofágica y su principal síntoma es la disfagia. En el 25% de los casos se encuentra una esclerosis de los pulmones con lo cual se dificulta la difusión de los gases. En el 50% de todos los pacientes se encuentra daño articular muy extenso y generalizado.

La escleroderma difusa se llama así porque invade toda la economía, es de evolución muy rápida y de pronóstico muy malo, comparativamente la acroesclerosis tiene mucho mejor pronóstico que la difusa. La acroesclerosis tiene una evolución mucho más lenta. La participación sistémica es similar en ambas variedades, sin embargo la variedad difusa tiene una evolución fulminante. Estos enfermos deben observarse de 6 meses a un año antes de hacerse un diagnóstico definitivo y hasta entonces se podrá valorar el daño anatómico. Cuando empiezan a aparecer manifestaciones de daño visceral indica muy mal pronóstico. Por lo tanto aunque no hay tratamiento para esta enfermedad deberá tratarse de evitar el llegar a esta fase que es fatal.

## ASOCIACIÓN DE ÚLCERA GÁSTRICA Y DUODENAL

(Combined Gastric and Duodenal Ulcers)

Geld Ma.; Besker A.

The Mount Sinai Hospital 5; 426-431, 1962.

La etiología de la úlcera gástrica y duodenal es sensiblemente igual pero rara vez se encuentran asociadas las dos. Los autores del presente trabajo hacen una revisión de 1,435 pacientes con úlcera péptica. En 53 casos se encontraron úlceras gástrica y duodenal, siendo un porcentaje de 3.7%. Entre las úlceras gástricas la incidencia fue de 7.9% y entre la duodenal fue de 3.2%. En cuanto a la edad y al sexo fue similar a la úlcera gástrica. 42% de las úlceras gástricas se encontraban localizadas en el antro o en la región prepilórica. En el 9% de los casos se encontraron una serie de úlceras gástrica en el mismo paciente.

La úlcera duodenal fue anterior a la gástrica en 64% de los casos esto se pudo determinar en aquellos casos en que se conoció la fecha de iniciación del padecimiento. Las pruebas de secreción hechas en éstos pacientes aún caen dentro de límites normales. En 40 pacientes en que la presencia o ausencia de datos de retención, el 80% no presentó evidencia de retención. En un grupo de 28 pacientes que suman un 53% presentaron en una o más ocasiones hemorragia. Entre este grupo se encuentran tres enfermos que sufrieron en un momento dado perforación de su úlcera. 30 pacientes fueron llevados a cirugía bajo la indicación de hemorragia severa. En cuanto a la sintomatología de la combinación ulcerosa gástrica y duodenal es igual a la úlcera simple, la patología también es igual. El tratamiento y la respuesta al mismo es similar. La única diferencia muy importante es la frecuencia del sangrado. Es mucho más acentuada cuando se asocian las dos localizaciones ulcerosas. Se pone de esta manera en peligro la vida del enfermo, por lo tanto hay mayor problema en la úlcera combinada que en la simple. Como ya se dijo el tratamiento es igual comenzando con dieta líquida del tipo A, continuar como con cualquier úlcera.

## PERICARDITIS CONSTRICTIVA Y SU ETIOLOGÍA

(Constrictive Pericarditis with particular Reference to Etiology)

Robertson R.; Arnold C. R.

Circulation 4; 525-529, 1962.

Los autores del presente trabajo exponen una revisión de la pericarditis constrictiva principalmente tuberculosa. Esta entidad va siendo cada vez menos frecuente en Inglaterra, Columbia, junto con otras formas de tuberculosis pulmonar. Las infecciones por virus parece ser que en la actualidad son responsables de un número muy

considerable de casos clasificados recientemente como pericarditis constrictiva no específica. Se supone al no encontrarse al agente etiológico de esta entidad, que es un virus desconocido por los medios de exploración actual. Esta forma no específica es la forma más aguda de pericarditis constrictiva y aparece unos pocos meses después del ataque original y se llega a presentar como un cuadro muy agudo, incluso puede llegar a ser una emergencia quirúrgica. La operación en estadios tempranos es fundamental.

La pericarditis tuberculosa no responde bien al tratamiento con pericardiectomía durante la fase aguda. Si se realiza el diagnóstico en dicha etapa debe procederse a la quimioterapia antituberculosa como en cualquiera otra localización. El tratamiento debe continuarse varios meses y prepararse al enfermo para una futura operación. En el corazón debe vigilarse que los dos ventrículos se encuentren libres del pericardio constrictor para que se lleve a cabo un correcto funcionamiento mecánico y hemodinámico del miocardio. Esto se puede hacer por medio de una operación que consiste en una toracotomía izquierda que da un campo y una amplitud muy buena para lograr dicho efecto. Como puede verse la pericarditis constrictiva dependiendo de su etiología tiene un tratamiento específico y efectivo, en algunos casos será quirúrgico exclusivamente como en la viral. En cambio en la tuberculosis se hará un tratamiento combinado, primero médico con el fin de erradicar el vínculo y posteriormente la cirugía ayudará a restablecer la función emodinámica del corazón.

#### CONCEPTOS ACTUALES EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DEL CUERPO

##### CAROTÍDEO

(Current concepts in the treatment of Carotid body Tumors)

Benjamín F. Rush.

Surgery 4; 679-684, 1962.

En la pasada década se consideraba a los tumores del cuerpo carotídeo como generalmente benignos, sin embargo, actualmente se ha visto que no siempre lo son. Un grupo de pacientes con tumor del cuerpo carotídeo fue estudiado durante un período de 1 a 26 años en el 12% de ellos se pudieron identificar recurrencias de la neoplasia, además se encontraron metástasis a distancia en el 5% de los casos. Estos pacientes fueron operados. Otro sector de pacientes que no fueron operados se encontró invasión local y a distancia del tumor. Algunos tumores estudiados por medio de biopsia y observados durante algún tiempo se pudo comprobar el paso de una forma asintomática a una nueva presentación con dolor parálisis de los nervios simpáticos y craneales, así como disfagia que llega a ser muy importante en la sintomatología tardía. El riesgo de diseminación en este período es grande, constituyendo un peligro para estos pacientes. La oclusión de la arteria carótida produce un alto porcentaje de mortalidad y morbilidad. Esto justifica el tratamiento de la lesión

y la restauración del flujo sanguíneo a través de la carótida. Se han hecho numerosas técnicas entre las más simples está la extirpación del tumor con una mortalidad del 1.5% cuando dicha operación se hace en estadios tempranos. El tratamiento disminuye en efectividad cuando se tienen que extirpar nervios o vasos que quedan incluidos dentro del tumor. Actualmente el único factor que impide la extirpación de un tumor en el cuerpo carotídeo es en aquellos casos en que la neoplasia ha pasado los límites y se encuentra firmemente adherido al cráneo de manera que es imposible extirpar y reemplazar la carótida por medio de injertos. Ante cualquier tumor del cuerpo carotídeo debe pensarse en la posibilidad de malignidad, hacer los estudios indispensables y proceder al tratamiento inmediato.