

CIRUGÍA

Über Rezidive nach Operation einer Ileitis terminalis Crohn. MORL F. K. Chir. ZBL. Chir., 1966, 91/37 (1345-1350).

En las recidivas de las ileitis terminales de Crohn no debe renunciarse al tratamiento general. La primera medida a tomar es prescribir un tratamiento médico enérgico con sulfonamidas de absorción difícil y desinfectantes intestinales. Si no se consigue la curación definitiva, se recomienda una segunda operación con nueva resección del segmento intestinal enfermo y la práctica de una anastomosis terminoteminal. Las anastomosis laterolaterales predisponen a las recidivas. En caso de resección repetida, no se aconseja la exéresis demasiado radical del intestino, para evitar el riesgo de un síndrome de malabsorción. La tasa de recidivas de la ileítis terminal operada sólo puede reducirse gracias a medidas profilácticas: 1) Antes de la operación inicial, tratamiento médico intenso y suficientemente prolongado con sulfamidas poco absorbibles y antisépticos intestinales. 2) Practicar la intervención de 6 meses a 1 año del comienzo de la enfermedad. 3) Procurar que la operación no sea incompleta, en especial en la fase aguda (por ejemplo, biopsia de un conglomerado tumoral, apendicectomía). 4) La resección intestinal inicial debe ser amplia y comprender tejido sano, con extirpación de todo ganglio linfático patológico. Las anastomosis intestinales deben ser siempre terminoterminales. Se han mostrado ineficaces las operaciones de "bypass", exclusión o anastomosis laterolaterales. 5) Durante un año, después de la primera operación, se seguirán administrando sulfamidas de absorción difícil y desinfectantes intestinales.

Mechanism of gastric hypersecretion following massive intestinal resection. Clinical and experimental observations. OSBORNE M. P., FREDERICK P. L., SIZE J. S., BLAIR D., COLE P. y THUM W. Ann. Surg., 1966, 164-4 (622-634).

Después de una gran resección intestinal se produce, tanto en los enfermos operados como en los perros con bolsas de Heidenhain, una hipersecreción de ácido gástrico. En los perros de Heidenhain, la hipersecreción es tanto mayor cuanto más grande es el segmento reseñado de intestino. Una resección de intestino delgado distal ocasiona un aumento de

secreción mayor que una resección igual de intestino más alto. Las asas de Thiry-Vella largas (el 75% de la longitud del intestino delgado) se acompañan de aumento de ácido. La resección extensísima del intestino no altera el tiempo de vaciamiento gástrico, según se comprueba por la observación de la comida baritada. La exclusión o la resección del antro gástrico geográfico suprime esta hipersecreción. Las cifras basales de secreción en la bolsa, durante el ayuno, son similares después de la resección intestinal, como antes de la misma, en los perros de Heidenhain y de Pavlov. Los datos indican la pérdida de un factor inhibitor, más que la aparición de un estímulo secretor. Es preciso obtener más información sobre la incidencia de esta hipersecreción y sobre el mecanismo de este fenómeno, pues es necesario dominar la hipersecreción de ácido gástrico después de la resección extensa del intestino en ciertos enfermos, y permite, asimismo prolongar la supervivencia de los perros de experimentación.

Intramural hematoma of the duodenum, FREEARK R. J., CORLEY R. D., NORCROSS W. J. y STROHL E. L. Trans West. Surg. Ass., 1966, 73 (26-38).

La obstrucción del duodeno por un hematoma intramural suele ser consecutiva a un traumatismo abdominal no penetrante. La gran variabilidad del cuadro clínico que corresponde a esta lesión obliga a considerar, con gran atención, el antecedente de un traumatismo y a interpretar prudentemente las observaciones radiológicas y de laboratorio en los enfermos que presentan dolor abdominal y vómitos. La negatividad de la historia, en cuanto a contusiones abdominales, no permite descartar este diagnóstico en los grupos muy susceptibles a este tipo de traumatismo, como son los niños y los alcohólicos. Los efectos deshidratantes y la pérdida de sales, que provoca la obstrucción duodenal alta y la comprobada frecuencia de lesiones asociadas de otras vísceras abdominales próximas y remotas, estimulan la práctica de una exploración quirúrgica precoz de todos los hematomas duodenales sintomáticos. Después de valorar adecuadamente la extensión de las lesiones traumáticas intraabdominales, debe incidirse la serosa que recubre el hematoma y éste vaciarse por completo. El método más satisfactorio para dominar la obstrucción duodenal residual no es la gastroenterostomía, sino el drenaje por separado del estómago y del yeyuno distal al hematoma.

Un cas d'hémobilie post-traumatique. LAGACHE G., COMBEMALE B., VANKEMMEL M. y PROYE C. Lille Méd. 1966, 11/5 (566-571).

El estudio de 57 observaciones publicadas hasta la fecha y de un caso personal confirma la gravedad de esta afección (mortalidad del 31%, es decir, 18 muertes), el significado de la tríada de Owen (dolor, hemorragia digestiva e ictericia) y la necesidad de un diagnóstico topográfico lo más preciso posible respecto a la comunicación vasculobiliar. Sólo esta última condición permite un procedimiento de hemostasia selectiva y metódica dentro del parénquima hepático. La intervención en cualquier caso es prolongada, con "shock" y peligrosa, por lo que las indicaciones deben ser sopesadas cuidadosamente. No hay que esperar a que repita y aumente la hemorragia para decidirse a efectuar la hemostasia. Hay que intervenir en un momento precoz y hacer un trauma mínimo para liberar y descomprimir, eficazmente, las vías biliares mediante drenaje externo. Esta conducta terapéutica, junto con una medicación adecuada (sobre todo anti-infecciosa), sirve para contrarrestar la difusión de la autólisis intrahepática y, en ciertos casos, como el que presentan los autores, ha permitido corregir una situación extraordinariamente peligrosa. Este drenaje de la vesícula o del colédoco suele ser muy útil para identificar la localización de la comunicación arteriobiliar. Por otra parte, en caso de la más ligera recidiva de la hemorragia, ésta puede descubrirse inmediatamente, sustituirse acto seguido la sangre perdida y, si es preciso, practicar la intervención quirúrgica complementaria correcta (ligadura de la arteria, drenaje o extirpación del foso necrótico).

Cellules de Kultchitzky Masson et pancréatite chronique á poussées subaigës. Etude du test de sérotoninémie provoquée dans 6 cas de pancréatite lithogène traités chirurgicalement. GEFFROY Y., BOURREILLE J., FABLET J. y CAYRON G. Arch. Franc. Mal. Appar. Dig., 1966, 55/4 (289-296).

Las curvas de serotoninemia inducida, obtenidas de 6 enfermos intervenidos de pancreatitis litógena, fueron todas anormales; en cada caso se había escogido el estimulante digestivo adecuado. Cuando se había practicado una anastomosis colangiodigestiva o colecistodigestiva, las gráficas presentaban la curva característica de una pancreatitis litógena, desarrollada en un plazo de menos de 4 años. En 2 casos, la pancreatitis tenía una duración aproximada de 15 meses y 5 años. En caso de pancreatitis con una gastroenteroanastomosis, la gráfica reproduce las curvas obtenidas de enfermos que habían sufrido una derivación gastrointestinal y que no están todavía adaptados a su nueva situación digestiva. Así se plantea el problema del efecto pernicioso de esta excesiva respuesta de la serotonina sobre la pancreatitis, y, por lo tanto, la conveniencia de practicar una vagotomía, además de la derivación. En los enfermos que han sufrido una pancreatectomía izquierda, con una anastomosis pancreatoyeyunal, se encontró en 3 casos que las cifras de serotonina en ayunas eran más altas de lo normal, lo mismo que en las afecciones inflamatorias del intestino delgado. En 2 casos, este nivel, anor-

malmente alto, de serotonina no evitó una respuesta positiva al estímulo digestivo. Esto habla a favor de la teoría de la hiperactividad del sistema de células de Kultchitzky Masson.

Late results of surgical treatment for renovascular hypertension. MORRIS Jr. G. C., DEBAKEY M. E., CRAWFORD E. S., COOLEY D. A. y ZANGER L. C. C. Surg. Gynec. Obstet., 1966, 122/6 (1255-1261).

Este trabajo consiste en un análisis de la evolución de 432 enfermos hipertensos, de un total de 615 visitados en el último decenio, a los que se sometió a tratamiento quirúrgico de las lesiones oclusivas que sufrían en las arterias renales; los períodos de observación oscilan entre 1 y más de 8 años. Había aterosclerosis en las 3/4 partes de los enfermos y era el factor que más a menudo ocasionaba estenosis. En segundo lugar, en orden de frecuencia, se cita la hiperplasia fibromuscular, que se presenta sobre todo en el sexo femenino, en una proporción de casi 9:1. Las lesiones afectaban el segmento proximal de la arteria renal en el 71% de los enfermos, una arteria renal accesoria en el 5% y ambas arterias renales principales en casi la tercera parte de los casos. De las 30 variaciones descritas de los procedimientos quirúrgicos empleados para el restablecimiento de la circulación arterial renal normal, los dos utilizados con más frecuencia fueron el injerto en "bypass", que se aplicó a casi la mitad de los enfermos, y la endarterectomía con o sin angioplastia mediante injerto en parche, que se empleó en el 17%. El 65% de estos enfermos se sometieron a otras correcciones quirúrgicas de diversas lesiones vasculares. La mortalidad operatoria (un 7% aproximadamente) se debió a cardiopatías principalmente, sobre todo a infarto de miocardio. La subsiguiente tasa de mortalidad anual por término medio oscilaba entre el 3 y 5%, con un 68% de supervivencia a los 5 años. Al final del primer año después de la operación se había producido una mejoría significativa de la tensión arterial en el 81% de los enfermos, de los cuales el 41% estaban completamente normotensos. Más tarde se produjo alguna recidiva de la hipertensión, pues a los 4 años de la operación había mejorado el 68%, con un 26% de normotensos. Para explicar la recidiva de la hipertensión no se encontró ningún factor significativo, excepto los problemas técnicos derivados de la oclusión o estenosis recurrentes de la arteria renal, que se observa en poco más del 5% de los enfermos. Si sólo se contabilizan los enfermos vivos, resulta que el 88% se han beneficiado de la operación, de los cuales el 41% alcanzan un grado de tensión arterial normal.

Protection of the donor kidney during homotransplantation. NAJARIAN J. S., GULYASSY P. P., STONEY R. J., DUFFY G. y BRAUNSTEIN P. Surg., 1966, 164/3 (398-417).

Se practicaron 31 homoinjertos renales de donantes consanguíneos vivos a 28 enfermos. Se administró a la totalidad

de enfermos corticosteroides, que se iniciaron 30 horas antes del trasplante y se continuaron durante el periodo postrasplante. En un grupo (10 enfermos), los donantes recibieron el tratamiento pre-operatorio habitual de estos casos. En el segundo grupo (formado por 21 enfermos) se aplicó un programa de "protección renal" al donador, que comprendía: 1) inducción de la diuresis por medio de una infusión de 15 cc/kg de peso de dextrosa al 5% y de suero salino 0,45 normal durante 1 hora antes de la inducción de la anestesia; 2) estricto mantenimiento de la tensión arterial normal durante la operación y sustitución continua de los líquidos; 3) mantenimiento de la diuresis por medio de inyecciones intermitentes de manitol. En los 2 primeros meses después del trasplante, la frecuencia de insuficiencia en el grupo, en el que no se había llevado a cabo la protección renal, era del 40%, mientras que era sólo del 5% en el grupo "de la protección renal". El análisis de las insuficiencias en el primer grupo puso de manifiesto la presencia de lesiones renales secundarias a isquemia, a pesar de que el promedio del tiempo de isquemia en el vivo fue sólo de 19,9 minutos. Parece que los factores inmunológicos no son responsables de la lesión renal. La lesión del riñón se inicia mientras el riñón se halla aún en el interior del donante en el curso de la nefrectomía. Este tipo de lesión puede prevenirse mediante la prehidratación y la diuresis inducida por el manitol en el donador. Por último, la mortalidad global fue del 60% en el primer grupo, mientras que sólo era del 19% en el grupo "renoprotectido". Entre los enfermos pretratados con corticosteroides, el 33% no mostraron signos de reacción de rechazo; otro 48% sufrió una reacción de rechazo precoz débil o moderada, en forma de crisis, que se produjo, por término medio, a los 39 días después del trasplante. Aunque, a juzgar por esta serie de casos, no se aprecia con claridad el beneficio de diferir la crisis de rechazo o incluso el de su evitación, cuando pase algún tiempo, y se puedan estudiar los resultados a distancia, se podrá determinar el efecto del insulto inmunológico.

CARDIOVASCULAR

Die Rhythmusstörungen bei angeborenen Herzfehlernein Beitrag zur Klärung inher Pathogenese. Arch. Kreisf. Forsch. 1966, 50/1-2 (148-175).

Se analizó el tipo y la frecuencia de los trastornos del ritmo de 423 enfermos con diversas cardiopatías congénitas valvulares y se relacionaron con la edad, sexo, complicaciones cardíacas o enfermedades internas, alteraciones e.c.g., cateterismo cardíaco y trastornos postoperatorios del ritmo, así como con diferentes valores hemodinámicos. Se encontró un trastorno del ritmo en el 24.5% de todos los enfermos con cardiopatías valvulares congénitas. Se encontró un predominio franco del sexo femenino (el 60% de los casos). La distribución de las cardiopatías congénitas, según la edad, mostró un máximo entre los 16 y los 20 años, con independencia

del sexo y de que existieran o no trastornos del ritmo. Los trastornos del ritmo no perjudican la expectación de vida promedio de los enfermos con cardiopatías valvulares congénitas. Sólo en el 4% de los trastornos importantes del ritmo, éstos se debían al cateterismo cardíaco. Los trastornos postoperatorios del ritmo se observan, en especial, en presencia de una comunicación interauricular, que, por cierto, es también más frecuente en las mujeres que en los hombres. No pudo demostrarse correspondencia alguna con la extensión de la comunicación. Se encontraron complicaciones cardíacas, asociadas a enfermedades internas, en el 40% de los enfermos con trastornos del ritmo cardíaco. La enfermedad valvular cianótica es estadísticamente más frecuente en los enfermos con trastornos del ritmo (35,7%) que la misma enfermedad sin cianosis. No se encontró influencia alguna sobre la presencia o ausencia de arritmia por parte de la presión en la arteria pulmonar, ni por el gradiente de presión en el ventrículo derecho. Junto a la saturación de O₂, el factor decisivo parece ser el grado de afectación del corazón, considerado en forma global. La causa más frecuente de estas arritmias es la sobrecarga de volumen del corazón derecho.

Postnatal changes in the portal circulation. MEYER W. W. y LIND J. Arch. Dis. Child., 1966, 41/220 (606-612).

En el curso del desarrollo fetal una gran parte de la sangre oxigenada umbilical circula a través de las venas umbilicales directamente hacia las dos ramas principales de la porta. En consecuencia, estas ramas están expuestas a la tensión arterial umbilical y tienen una luz amplia. En contraste, el tronco de la vena porta es delgado y es probable que, por su interior, circule poca sangre, procedente del tubo digestivo inactivo, si bien la presión dentro del mismo sea aproximadamente la misma que la de la vena umbilical y, quizás, algo superior. Inmediatamente después del nacimiento, el hígado se ve privado de la sustancial corriente sanguínea umbilical. La presión venosa portal cae hasta la cuarta parte del valor de la presión en la vena umbilical en el momento del nacimiento. Sin embargo, el gradiente de presión, entre la vena porta y la cava inferior, permanece constante. Al cesar la circulación umbilical, la irrigación preferencial de la mitad izquierda del hígado, formada exclusivamente por sangre oxigenada umbilical durante el desarrollo del feto, se interrumpe también. Esto ocasiona a su vez una reducción del ritmo de crecimiento postnatal de esta mitad del hígado. Al iniciarse la función intestinal, el volumen de sangre que circula por la vena porta aumenta notablemente, lo que origina una acusada dilatación postnatal, y así, el diámetro del bazo llega casi a doblarse en el plazo de 3 semanas. Esta dilatación se acompaña de un despliegue de la pared originariamente gruesa del tronco de la porta, en especial de su musculatura longitudinal, que ahora se despliega sobre su delgada pared. El aumento de la circulación portal refuerza, sobre todo, la irrigación de la mitad derecha del hígado, puesto que el "ostium" del tronco de la porta se dirige hacia la derecha. La velocidad de crecimiento, relativamente más rápida, que resulta de

ello favorece la acusada modificación postnatal de la forma del hígado. A veces se observan lesiones patológicas agudas, a consecuencia de la modificación postnatal de la circulación hepática, ya sea en su mitad derecha, ya en la izquierda.

GINECOLOGÍA

Fluorescende microscopy applied to vaginal cytology at the end of pregnancy. FRAMPTON J. J. *Obstet. Gynecac. Brit. Cwllth.*, 1966, 73/3 (249-256).

La microscopia de fluorescencia con naranja de acridina constituye un método sencillo para la tinción rápida y el examen de preparaciones de frotis vaginales para el estudio hormonal. Se obtuvieron frotis de 220 enfermas, después de la semana 34 de embarazo y antes de que se iniciara el parto;

en total se examinaron 1153 frotis. Se describen los pormenores de 2 tipos bien definidos de frotis: 1) el tipo "embarazo normal", y 2) el tipo "a término". Llegaron al momento del parto con tipo de frotis "embarazo normal" 114 enfermas (51,8% del total), mientras que 196 enfermas (el 48,2%) mostraron una modificación en el tipo de frotis para pasar al tipo "a término". De este grupo, 101 (el 95%) iniciaron el parto en el curso de los 6 días siguientes a la aparición de este cambio, cualquiera que fuese la duración de la gestación. Hubo 54 enfermas en el grupo del embarazo prolongado (24,5%). En tanto que 35 enfermas, tuvieron un parto espontáneo, a 19 hubo de practicárseles una inducción quirúrgica. Las 34 enfermas de este grupo de 54 con un frotis "a término" estaban en curso de parto dentro de los 5 días siguientes al viraje del frotis, tanto si el parto era espontáneo como inducido. Se examinaron los frotis vaginales de 25 enfermas en parto iniciado y se observó que 11 de ellas (el 44%) tenían un tipo "embarazo normal". Esta cifra se compara con el 51,8% de todo el estudio de las que se acercaban a la época del parto con un tipo "embarazo normal". No se ha podido confirmar el grave pronóstico que algunos autores atribuyen al frotis "post partum" en el embarazo.

Revista de la Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CIUDAD UNIVERSITARIA