

Caso clínico para autodiscusión

Dr. Federico Díaz Avila
Coordinador de Enseñanza de
Medicina Interna, Hospital General
Adolfo López Mateos, ISSSTE.

Instrucciones

Esta es una Unidad de Autodiscusión diseñada para que aprenda a reconocer situaciones específicas, tales como se presentan en la vida real. Constituye un tipo de material didáctico que, además de permitirle la valoración de su capacidad de detección y manejo de problemas, le instruye para que lo haga de manera adecuada, si es que la desconoce. La unidad consta de tres partes que son:

1. La presentación del problema
2. La exposición de las posibilidades de manejo del problema
3. El análisis de las decisiones para el manejo del problema.

La primera parte lo coloca a usted delante de un problema real, y le proporciona todos los datos necesarios para que pueda empezar a tomar decisiones.

En la segunda parte, existe una serie de secciones colocadas en orden alfabético que presentan diferentes posibilidades de actuación; de entre ellas, usted deberá escoger la más conveniente para la solución del problema planteado. A menos que reciba indicaciones específicas, sólo podrá escoger una opción de entre las cinco presentadas en cada sección. Una vez seleccionada la posibilidad que consideró adecuada, deberá pasar a la tercera parte de la unidad y revisar el párrafo que corresponda al número que se encuentra entre paréntesis al final de la opción escogida.

La tercera parte le proporcionará amplia información acerca de la repercusión

que sus decisiones van teniendo sobre el problema que está manejando. Toda la información contenida en esta parte se encuentra separada en párrafos identificados con números que corresponden con los que se encuentran al final de cada una de las opciones de las diferentes secciones de la segunda parte. Para evitar que usted se distraiga con información que no ha solicitado, los párrafos están colocados en desorden, y cada uno de ellos contiene, además, todas las instrucciones necesarias para que pueda seguir adelante con el manejo del problema. Ponga mucha atención en el contenido de esta tercera parte, ya que no podrá pasar de una decisión a otra mientras no haya recibido indicaciones precisas.

Primera parte

Caso clínico

F.S.D., hombre de 35 años fue llevado a la sala de urgencias por sus compañeros de trabajo quienes manifestaron que era un empresario muy responsable. Refirió sentirse mareado durante una junta de trabajo, y que cinco minutos después se agregó sudoración profusa y desmayo, por lo que se solicitó una ambulancia para trasladarlo al hospital. Mientras esperaba la ambulancia, tuvo una evacuación intestinal de sangre oscura de aproximadamente 250 ml, por lo que sus compañeros decidieron llevarlo personalmente al hospital.

Al interrogar más ampliamente a uno de sus acompañantes, éste manifestó desconocer mayores informes sobre los antecedentes del paciente, indicando solamente que de vez en cuando refería agruras, por lo que tomaba antiácidos comunes.

Al examen físico, el paciente se encon-

traba soporoso, diaforético, muy pálido, con presión arterial de 40/0 mm de Hg, conjuntivas pálidas, reflejos oculares normales, mucosas orales secas, cuello sin datos anormales, ruidos cardiacos rítmicos con frecuencia de 128 por minuto, campos pulmonares limpios y bien ventilados, abdomen blando, depresible, sin visceromegalia y peristaltismo aumentado; en región perianal se apreciaron huellas de sangre oscura. El resto de la exploración no mostró alteraciones.

Se colocó un catéter intravenoso para determinar la presión venosa central, registrándose en 1 centímetro de agua.

PASE AHORA A LA SECCION "B" DE LA SEGUNDA PARTE

Segunda parte

Manejo

SECCION "A". Diagnóstico que en este momento puede ser confirmado mediante:

1. Radiografías simples de abdomen (09)
2. Serie esofagogastroduodenal (22)
3. Endoscopia (04)
4. Arteriografía selectiva (19)
5. Cirugía abdominal (14)

SECCION "B". En este momento, debe hacer diagnóstico de:

1. Perforación de víscera hueca (06)
2. Anemia aguda (16)
3. Colon tóxico (01)
4. Hemorroides sangrantes (24)
5. Coagulación intravascular (11)

SECCION "C". Por la sintomatología presentada, se debe sospechar:

1. Várices esofágicas rotas (08)
2. Úlcera péptica sangrante (18)
3. Divertículo duodenal sangrante (03)
4. Síndrome de Mallory Weiss (21)
5. Carcinoma de estómago ulcerado (13)

SECCION "D". El tratamiento instituido ha mantenido al paciente con cifras tensionales dentro de valores aceptables, pero no ha modificado la etiología del problema,

por lo que 12 horas después, decide:

1. Continuar lavado gástrico (10)
2. Administrar 200 ml de gel de aluminio por la sonda nasogástrica (20)
3. Efectuar una congelación gástrica (05)
4. Aplicar Levofed intraperitoneal (23)
5. Efectuar una laparotomía (15)

SECCION "E". El tratamiento inmediato de este tipo de pacientes debe incluir la administración de:

1. Plasma congelado (07)
2. Concentrado globular (25)
3. Fracción proteínica del plasma (02)
4. Sangre total (17)
5. Concentrado plaquetario (12)

Tercera parte

Información

01. El colon tóxico se caracteriza por distensión abdominal e hipoperistaltismo, que aparecen en un paciente muy grave, que ya tenía hipertermia y otras pruebas de toxemia grave, como pulso rápido, apatía o letargia intensa, y valores francamente anormales de la química sanguínea. La distensión de colon parece deberse a atonía tóxica, la cual puede afectar a una pequeña parte del intestino delgado, de modo que disminuye el número de evacuaciones intestinales. La gravedad de la situación se debe al peligro de perforación que puede producirse en cavidad peritoneal libre, aunque, como sucede muchas veces, las perforaciones se tapan parcialmente con epiplón o vísceras adyacentes. La pared del colon distendido suele estar engrosada y edematosa, y presenta irregularidades en la mucosa, que indican pérdida de tejido por ulceración. La dilatación suele limitarse a colon transversal, aunque a veces están afectados colon derecho y sigmoides. Parece ser que la perforación frecuentemente ocurre en la región del

ángulo esplénico más que en otros sitios; si se asocia con sangrado, hay indicación quirúrgica de urgencia. La radiografía simple de abdomen es de gran valor para calcular el grado de dilatación del colon y determinar la presencia o ausencia de aire libre debajo del diafragma. El caso que nos ocupa no tiene datos que puedan hacernos sospechar esta patología. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

02. La fracción proteínica del plasma, así como el concentrado de albúmina, son los expansores del volumen plasmático de elección para usarse siempre que el plasma esté indicado para restaurar o mantener el volumen sanguíneo en un paciente con hipovolemia sin pérdida sanguínea aguda. Son las únicas fracciones de sangre no portadoras de hepatitis. Antes y durante su administración, deberá verificarse la presión venosa central. Doscientos ml de cualquier fracción proteínica del plasma, o albúmina al 5%, ó 50 ml de albúmina pobre en sal al 25%, tienen el efecto osmótico de una unidad de plasma. El paciente que nos ocupa no requiere la administración de la fracción proteínica del plasma. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
03. El divertículo duodenal es un padecimiento que se suele presentarse en pacientes mayores de 40 años; más de 86 por ciento se encuentran en la segunda porción, 13 por ciento en la tercera y cuarta, y menos de 10 por ciento en la primera. Ocupan un 15 por ciento de todos los divertículos del aparato digestivo, y el cuadro clínico se manifiesta por dolor en 66 por ciento de los casos, agruras en 61 por ciento, vómito en 55 por ciento, sangrado en 33 por ciento, flatulencia en 50 por ciento, diarrea en 22 por ciento, pérdida de peso en 44 por ciento. El diag-

nóstico definitivo se efectúa por medio de rayos X (serie gastroduodenal) con una precisión de 99 por ciento, dejándose la duodenografía hipotónica para los casos de duda. Generalmente, este padecimiento no se acompaña de sangrado masivo, siendo ésta una complicación rara de la enfermedad. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

04. De acuerdo con Martínez-Degollado, el diagnóstico de sangrado de tubo digestivo alto se establece clínicamente 87 por ciento de las veces y sube hasta 95 por ciento cuando se agrega el estudio endoscópico, después del cual debe hacerse estudio radiológico con el estómago vacío y sin coágulos. En padecimientos del duodeno, el estudio endoscópico es el procedimiento más útil para efectuar el diagnóstico. Seleccione una opción en la sección D para seguir adelante.
05. La congelación gástrica mediante el empleo de un balón por el que se hace circular alcohol etílico frío es un método que tuvo gran auge hace aproximadamente 10 años; sin embargo, dado que requiere de un equipo costoso y personal adiestrado para su manejo; y, no habiendo demostrado una superioridad importante sobre el lavado gástrico con agua helada, son pocos los centros que continúan empleándola en forma rutinaria. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
06. En todo cuadro abdominal agudo, debe descartarse la perforación de víscera hueca que clínicamente se manifiesta por dolor abdominal espontáneo o provocado por la palpación; hay hiperestesia, hiperbaralgia, rebote, ausencia de peristalsis y borramiento de la matidez hepática. Dicho diagnóstico se confirma por el hallazgo radiológico de aire libre en cavidad abdominal. Aunque sus causas son múltiples, en nuestro

medio las más frecuentes son la úlcera péptica perforada, el divertículo de colon perforado, la apendicitis perforada, el colon tóxico, la enfermedad de Crohn, la contusión profunda de vientre, las heridas penetrantes, y la rotura de útero. Su tratamiento es quirúrgico, y se debe acompañar de antimicrobianos. El cuadro clínico del paciente que nos ocupa sugiere otro tipo de padecimiento. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

07. La administración de plasma congelado se indica en casos de desprendimiento de placenta con coagulación intravascular diseminada, y durante la preparación prequirúrgica; de insuficiencia o falla hepática cuando existen varios factores de deficiencia; en el postoperatorio inmediato de cirugía torácica, cuando el paciente está sangrando y se están realizando titulaciones de heparina para determinar si se ha administrado suficiente sulfato de protamina para neutralizar a la heparina; y en la reversión rápida de anticoagulación causada por agentes protrombinogénicos, como la warfarina sódica. Conlleva el riesgo de transmitir hepatitis, y no debe usarse como expansor de volumen cuando esté disponible un expansor potencialmente libre de provocar la infección. El paciente que nos ocupa no requiere de la administración de plasma congelado. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
08. En nuestro medio, la rotura de várices esofágicas es causa frecuente de sangrado de tubo digestivo alto. La presencia de ictericia, petequias, manchas purpúricas en la piel, telangiectasias, red venosa superficial en la pared del vientre, crecimiento del hígado o del bazo y ascitis, son datos que nos deben hacer pensar en la posibilidad de várices esofágicas sangrantes; sin embargo,

en el caso que nos ocupa no se ha mencionado ninguno de estos signos. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

09. Las placas radiográficas de abdomen son útiles para el diagnóstico de todos los procesos abdominales agudos, siendo de vital importancia la visualización de los planos aponeuróticos, los músculos psoas, el volumen de aire en el estómago o intestino, y la existencia de aire libre en la cavidad abdominal, el estado de las paredes intestinales y las cúpulas diafragmáticas. Sin embargo, en los sangrados de tubo digestivo alto y bajo, así como en la úlcera péptica, las placas simples de abdomen no son útiles para diagnóstico. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
10. El lavado gástrico con solución salina helada puede servir para disminuir o detener el sangrado, ya sea en forma temporal o definitiva, también suele ser una medida útil para preparar a un paciente para estudio endoscópico o radiológico; sin embargo, cuando esta medida se ha prolongado durante varias horas, y no se ha tenido un control satisfactorio del sangrado, deberán tomarse otras. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
11. La coagulación intravascular diseminada, también llamada coagulopatía por consumo, es un padecimiento hemorrágico provocado por la entrada de sustancias tromboplásticas a la circulación sanguínea, o por lesión masiva del endotelio vascular producida por toxinas de gérmenes gramnegativos, lo que condiciona una reacción en cadena de los sistemas normales de la coagulación, manifestándose clínicamente por petequias, equimosis y sangrados por múltiples vías. Tanto los tiempos de protrombina como el parcial de tromboplastina se encuentran

alterados. El cuadro que presenta nuestro paciente no corresponde al de este padecimiento. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

12. Ha aumentado la facilidad para la obtención de las plaquetas, y esto se debe, parcialmente, al descubrimiento de que pueden mantenerse a la temperatura ambiente bajo agitación constante por 24 ó 48 horas, o posiblemente más tiempo. La agitación del recipiente que contiene las plaquetas mejora el efecto por lo menos en un 10 por ciento. Anteriormente, las plaquetas se daban al receptor a las 6 horas de haber sido donadas; actualmente, se está investigando un método para encontrar cómo preservar las plaquetas a largo plazo por medio de la congelación. Sin embargo, en la actualidad las plaquetas se dan frescas. Cuando no se puede obtener un paquete de plaquetas, la plasmaféresis de un donador permite que éste done plaquetas, sin necesidad de extraerle sangre total. Para que las plaquetas sean efectivas, deben darse en un número sustancial. Un adulto puede requerir de 8 a 10 unidades para controlar un sangrado; aunque puede encontrarse que, mientras se está controlando el sangrado, no ha habido una elevación significativa de la cuenta plaquetaria después de la transfusión, este hallazgo no debe interpretarse como indicación de que no se ha obtenido ningún beneficio. Una indicación precisa para administrar concentrado plaquetario, es la cifra de plaquetas por mm^3 menor de 10,000. El paciente que nos ocupa no requiere de la administración de este tipo de concentrado. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
13. Por desgracia, el carcinoma de estómago no causa síntomas en sus etapas iniciales, y cuando éstos aparecen, ge-

neralmente el tumor ya se ha extendido a otros órganos. Por lo común, los síntomas aparecen hasta que se han producido ulceraciones, obstrucciones, necrosis o inmovilidad gástrica. Los síntomas más frecuentemente observados son pérdida de peso, indigestión, debilidad, anorexia y vómitos. La hematemesis es signo raro, y en el 15 por ciento de los pacientes se observa melena. El cuadro clínico presentado por el paciente difícilmente puede hacernos sospechar este padecimiento. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

14. A través de la pared abdominal se realizan la inspección, palpación, percusión y auscultación que permiten diagnosticar los trastornos intrabdominales. Para explorar el contenido, extirpar, reparar o drenar las vísceras, y corregir los defectos presentes, es necesario abrirla; por ello, tiene interés clínico conocer su constitución anatómica. En tanto se conserve íntegra la pared abdominal, las actividades normales comunes se realizan sin que el individuo se aperciba de ello, y sin ocasionar molestia alguna. Esta situación obliga a respetar tal integridad sólo indicándose su apertura en casos y momentos en que pueda reportar beneficio al paciente. En el caso del paciente que nos ocupa, existen otros métodos de mayor utilidad diagnóstica en esta etapa del estudio. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
15. Las transfusiones múltiples y el sangrado persistente ponen en peligro la vida de un paciente por el alto porcentaje de complicaciones electrolíticas, vasculares y renales asociadas. En un paciente como el que nos ocupa, que ha sido sometido a tratamiento intensivo a base de sedación, lavados gástricos con agua helada y antiácidos durante un periodo razonable, y en el

que se han requerido hemotransfusiones para mantener sus constantes vitales dentro de la normalidad, está indicado el tratamiento quirúrgico. Se encontró un úlcera duodenal sangrante, y se efectuó gastrectomía subtotal con vagotomía y piloroplastia. Su evolución postoperatoria fue satisfactoria por lo que se egresó del hospital en buenas condiciones clínicas ocho días más tarde.

16. Se presenta anemia aguda después de una pérdida importante de sangre en corto tiempo. Clínicamente, se manifiesta por mareos, náuseas, palidez, lipotimias, estado de choque y muerte; por lo que requiere tratamiento intensivo de inmediato. El paciente presenta datos clínicos de choque y evidencia de pérdida sanguínea, por lo que podemos inferir este estado. Seleccione una opción en la sección E para seguir adelante.
17. La sangre total, así como cada una de sus fracciones, tiene indicaciones especiales para su empleo. Pocos son los pacientes que requieren de una transfusión de sangre total, y de éstos se encuentran en primer término aquéllos que sufren un sangrado grave, y que necesitan urgentemente tanto eritrocitos como remplazo de plasma, y en aquellos casos de emergencia como el choque en que no hay tiempo de preparar u obtener el componente necesario. Si el paciente requiere de sangre total, generalmente necesitará transfusiones múltiples, no es de utilidad terapéutica dar una sola transfusión de sangre total. A las personas que proveen los bancos de sangre, se les extrae medio litro de ella sin consecuencias, por lo que es improbable que un paciente no pueda tolerar la pérdida de una unidad. A nuestro paciente se le administraron dos unidades de sangre total a su llegada a la sala de urgencias, con lo que mejoraron sus cifras

tensionales y sus condiciones clínicas. Seleccione una opción en la sección C para seguir adelante.

18. Existe un cuadro clínico clásico conocido prácticamente por todos los médicos. Consiste en la presencia de un dolor epigástrico frecuentemente fijo, que el enfermo señala con el dedo en un punto determinado, y se refiere como sensación de vacío y, en ocasiones, de ardor. Habitualmente, no es muy intenso y aparece clásicamente en las horas del postprandio. A la característica de aparecer en horas determinadas, se le ha dado el nombre de ritmo. En nuestro medio, es frecuente que el paciente acuda al médico refiriendo dolores previos, que han aparecido espontáneamente. A esta cualidad del dolor ulceroso se le ha dado en llamar periodicidad. La presencia de un dolor epigástrico fijo, moderado, rítmico y periódico, debe hacer sospechar la existencia de una úlcera; a veces, permite sostener este diagnóstico aún en contra de algún resultado negativo en los estudios de gabinete. La sintomatología que el paciente refiere es sugestiva de este padecimiento. Seleccione una opción en la sección A para seguir adelante.
19. La arteriografía es un método útil para la localización del sitio de sangrado en tubo digestivo alto, sobre todo si la cantidad del sangrado es mayor de 0.5 ml y, en la actualidad, se está empleando inclusive para el tratamiento del mismo mediante la aplicación directa de microcoágulos de músculo, sangre o partículas plásticas. Sin embargo, para el padecimiento que aqueja a nuestro paciente existen otros métodos diagnósticos de mayor utilidad. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
20. Aunque existen algunos autores que lo aceptan, son varios los informes sobre las complicaciones del empleo de gel

de aluminio en grandes cantidades durante el sangrado activo, ya que el gel en contacto con la sangre forma masas compactas que, ocasionalmente, llegan a producir oclusión intestinal. Por otro lado, cuando un paciente como el que nos ocupa ha sangrado en forma tan abundante, las medidas que se tomen deben ser de otro tipo. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

21. El síndrome de Mallory-Weiss es tan raro que muchos cirujanos no han encontrado nunca un caso, pero esporádicamente se publican informes de casos que nos hacen recordar la gravedad del padecimiento. En este síndrome, el sangrado es secundario a fisuras de la mucosa en la unión cardioesofágica que suelen ser paralelas al eje longitudinal del esófago. Estos desgarros pueden estar en esófago o estómago, o extenderse desde el primero hasta el segundo a través del cardias. De ordinario, se trata de desgarros de la mucosa que llegan hasta la capa muscular, pero que en ocasiones pueden abarcar toda la pared de esófago o estómago. Al romperse, las arterias pequeñas sangran copiosamente. A veces, el sangrado es subseroso o intramural a la vez que intraluminal, por lo que puede formarse un gran hematoma. Cuando el paciente en el que se investiga la causa de un sangrado de tubo digestivo alto proporciona antecedentes de náusea persistente, arqueos y vómito intensos, hay que sospechar este síndrome. Los vómitos pueden ser resultado de estados como embarazo, problemas gastrointestinales agudos, mareos del viajero u otras alteraciones, pero lo más frecuente es que el enfermo haya estado ingiriendo alcohol en cantidades copiosas durante días o semanas. El paciente que nos ocupa no presenta datos que sugieran este tipo de patología. Seleccione otra opción
22. Cuando una úlcera es suficientemente profunda, en las diferentes tomas radiográficas del mismo sitio se observa un depósito de material radiopaco que no es fácilmente desplazable. Este depósito, proyectado de frente, presenta forma redonda u oval y es de contornos regulares, a diferencia de los depósitos interpliegues que adoptan forma triangular o poliédrica y cambian de posición. En la proyección de perfil, se demuestra una saliente del contorno normal ocupada por medio de contraste. Por regla general, los segmentos vecinos no han perdido su elasticidad. Se puede asociar espasticidad vecina, sobre todo contralateral, así como irritabilidad y excentricidad pilórica, particularmente cuando la lesión se encuentra en zona vecina. En la fase aguda de la úlcera gástrica duodenal, ésta aparece rodeada de un halo de edema radiolúcido, con pliegues engrosados e íntegros que confluyen hacia la úlcera. Su gran poder de penetración y excavación explica, sobre todo en estómago, el diámetro mayor en su profundidad que en su base lo que, en posición erecta, favorece la acumulación de bario y el nivel hidroaéreo. En la fase de cicatrización de las úlceras del bulbo, el edema disminuye, los pliegues confluentes alcanzan la base de las úlceras y hay deformidad bulbar y formación pseudodiverticular. En las fases más avanzadas, se presenta deformidad bulbar importante, y rigidez y progreso de los pseudodivertículos que no deben confundirse con nichos. Aunque hay autores que informan una positividad de 70-75 por ciento en úlceras sangrantes, este estudio sólo deberá efectuarse por radiólogos muy experimentados en casos de sangrado. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.

23. Algunos autores comunican haber empleado recientemente la aplicación intraperitoneal de Levofed diluido en solución salina para el manejo de los sangrados de tubo digestivo alto rebeldes al tratamiento habitual; sin embargo, los informes aún son escasos, no contándose con experiencia suficiente para generalizar su empleo; dada la posibilidad de complicaciones originadas principalmente en el área cardiovascular, su uso está aún muy limitado. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de proseguir.
24. La enfermedad hemorroidaria es uno de los padecimientos más frecuentes de la especie humana. Al parecer, su presencia está en relación directa con la edad, y quizá 50 por ciento de los sujetos mayores de 50 años las tengan en grado variable. El padecimiento es 2 a 3 veces más frecuente en hombres que en mujeres. El sangrado de las hemorroides constituye la causa más común de sangrado de tubo digestivo bajo y, aunque en algunas ocasiones el diagnóstico diferencial es difícil, una característica esencial es la salida de sangre fresca. Cuando esta complicación aparece, el tratamiento siempre debe ser quirúrgico. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante.
25. El paquete globular eritrocitario es la terapéutica de elección para casi cualquier paciente que requiere transfusión

para mejorar su cuenta eritrocítica y, sobre todo, cuando esto no se logra con la terapéutica férrica o con el tratamiento de la enfermedad subyacente. Tal vez 75 por ciento de los pacientes no quirúrgicos que requieren transfusión, deberían recibir eritrocitos, particularmente aquéllos con anemia crónica o pérdida sanguínea subaguda o crónica, en la que no hay disminución significativa del volumen sanguíneo. Son varias las ventajas de emplear el paquete globular en lugar de sangre total: hay menor probabilidad de producir sobrecarga circulatoria (probablemente la complicación más común y severa); se administra menor cantidad de sodio, potasio, amonio y citrato; existe menor riesgo de reacción a los antígenos plasmáticos y, posiblemente, también disminuya el riesgo de transmitir hepatitis sérica. Aparte de estos beneficios, está el grado de infección, incompatibilidad y contaminación que es igual que con la transfusión de sangre total. Una unidad de paquete globular elevará 3 por ciento el hematocrito del paciente. En contraste con el hematocrito de 40 por ciento en una unidad promedio de sangre total, el hematocrito de una unidad de paquete globular varía de 60 a 80 por ciento. Su empleo no está indicado en el caso que nos ocupa. Seleccione otra opción en esta misma sección antes de seguir adelante. □

Siendo las parasitosis un grave problema de salud contra el que tiene que luchar nuestro país, constituye un tema ideal para tratarse en mesa redonda. En ésta, destacados especialistas que prestan sus servicios en diversos centros hospitalarios, vierten sus experiencias al respecto. Analizan el aspecto sanitario de estos padecimientos, los organismos causales, sus vías de entrada al cuerpo humano y por qué mecanismos dañan a su hospedero. Sólo tocan superficialmente los temas de diagnóstico y tratamiento, dejándolos como motivo de una próxima mesa redonda que publicaremos en breve en nuestra revista.