

REVISTA DE PRENSA

S. ESTRADA O. Y A. CÓRDOVA C.

UTILIZACIÓN DEFICIENTE DE PROTEÍNAS Y AMINOÁCIDOS EN EL PACIENTE
QUIRÚRGICO
(Utilisation defectueuse de l'alimentation azote intraveineuse chez des malades
chirurgicaux)

Malvy C., P., y Cardon, J.

La Presse Medicalex. 69 917-920, 1961.

La administración intravenosa de hidrolizados de proteínas o aminoácidos en los pacientes quirúrgicos presentan características clínicas especiales, esto es más aparente en los pacientes desnutridos o aquellos en el postoperatorio inmediato.

Las soluciones de aminoácidos presentan una serie de ventajas sobre los hidrolizados de proteínas, sin embargo, aun su empleo ha producido numerosos accidentes. Estos accidentes cuya presentación es el motivo de este trabajo, según los autores se debe a la administración defectuosa del producto mas que al producto mismo. Después de algunos días de tratamiento y tanto mas precozmente cuando más importante haya sido la dosis diaria de la solución de aminoácidos, aparecen trastornos neurológicos que suelen conducir al coma. Este es un coma sin signos de localización, con midriasis, sudoración y según los autores facies característica. La evolución de estos casos es favorable si se supende el tratamiento con a. a.

N. de R. Este cuadro clínico puede compararse en su descripción con el coma hepático producido por hiperamonemia sin embargo, no presenta el llamado aleteo del coma hepático. Es difícil aceptar la llamada facies característica de este tipo de coma ya que esta idea de "facies características" en cuadros metabólicos tiende a abandonarse.

Asimismo, puede considerarse equivocada la hipótesis de los autores de que este cuadro se debe a la administración defectuosa del producto y no al producto mismo ya que está plenamente demostrado que en el período postquirúrgico inmediato existe balance nitrogenado negativo, es decir no se aprovechan de manera adecuada los aminoácidos y las proteínas, cosa que se mejora si se administran agentes anabólicos hormonales del tipo de la testosterona. Sería interesante conocer el efecto de estos productos anabólicos de nitrógeno en pacientes como los descritos en este artículo.

EL NITRÓGENO LÍQUIDO COMO ACENTE TERAPÉUTICO
(Liquid nitrogen therapy)

R. H. Guimmett

Archives of dermatology. 83; 563; April, 1961

En los últimos años el nitrógeno líquido ha sido introducido en la terapéutica dermatológica. El nitrógeno líquido el cual se encuentra a -196 C. (398.8 F.) se

encontró que es el agente más útil para remover lesiones superficiales, tales como arrugas, queratosis, etc. El presente estudio fue propuesto por los autores del artículo, para determinar el óptimo de duración de la aplicación del nitrógeno o si puede usarse la presión.

Los cambios histológicos encontrados en la zona de aplicación indican que la exposición durante 60" resulta en una zona de necrosis de aproximadamente 2 mm. de profundidad. Se cree que la necrosis no es más profunda por que lo impide el calor producido por el plexo subcapilar de vasos sanguíneos y además por lo reducido de la zona de aplicación. Cuando hubo oclusión vascular a nivel del lugar de aplicación del nitrógeno, la profundidad fue de más de 3 mm.

El presente estudio ha tenido por objeto conducir al especialista o al médico general, a una mejor comprensión del uso práctico y las limitaciones de esta forma de crioterapia.

LA FENILALANINA Y LA TIROSINA EN LAS ENFERMEDADES DE LA COLÁGENA

(Phenylalanine and tyrosine in collagen diseases.)

N. Nishimura

Arch. Dermatolgy. 83:644; april, 1961.

Los autores del presente trabajo informan que han encontrado una marcada elevación de los niveles urinarios de tirosina, en los casos de enfermedades de la colágena y que estos niveles se elevaron aun más cuando a los enfermos se les administró ácido p-hidroxifenilpirúvico. El examen urinario del ácido p-hidroxifenilpirúvico fué positivo en todos los casos de enfermedad de la colágena, pero la cantidad difirió considerablemente en los casos individuales y de acuerdo a la severidad de la enfermedad. El examen fué positivo en el 60% de las enfermedades del hígado y la administración de ácido p-hidroxifenilpirúvico aumentó marcadamente su salida en la orina tanto en las hepatopatías como en las enfermedades de la colágena y el porcentaje en las primeras aumentó a 87%. Los niveles de ácido p-fenilhidroxifenil láctico no fueron significativamente alterados en las enfermedades de la colágena. El ácido homogentísico en las enfermedades del hígado mantenido a cierto nivel, pero haban marcadas variaciones en enfermedades individuales y en las enfermedades de la colágena.

ALGUNOS DERIVADOS DE LA ÚREA COMO AGENTES PROMOTORES DE FIBRINOLISIS

(Urea derivatives as fibrinolysis promoting agents)

K. N. Kaulla

Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 106:530 (March 1961).

Durante la investigación de compuestos sintéticos para aumentar la inducción de la fibrinólisis en el plasma humano por estreptoquinasa (uroquinasa) se encon-

tró que dos constituyentes de una droga analgésica, el uereteno y la etil-urea, aumentan la fibrinolisis. Subsecuentemente otro derivado de la urea se encontró que posee propiedades similares y algunos se encontraron que disolvían lentamente los coágulos del plasma en la ausencia de estreptoquinasa. El etil-uretano es el compuesto más activo de este grupo. Los coágulos de fibrina bovina son disueltos por el etil-uretano, solamente en presencia de plasma humano. Esto sugiere que está incluido un factor del plasma en la ausencia de estreptoquinasa. El etil-uretano es el compuesto más activo de este grupo. Los coágulos de fibrina bovina son disueltos por el etil-uretano, solamente en presencia de plasma humano. Esto sugiere que está incluido un factor del plasma, el cual puede estar relacionado a un pro-activador.

Las observaciones experimentales descritas, combinadas con el uso de coágulo standard humano, puede permitir el descubrimiento de compuestos más activos.

La inducción de la actividad fibrinolítica en el plasma humano por la adición de tales compuestos puede conducir a un nuevo método para abordar el desarrollo de los agentes trombolíticos.

PRODUCCIÓN DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS USANDO ANTICUERPOS ANTITEJIDOS
(Production of congenital malformations using tissue antibodies: I. Kidney antisera.)

R. L. Brent

Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 106:523, March 1961.

Desde hace algún tiempo algunos embriólogos han venido ensayando el uso de anticuerpos antitejidos in vivo, como inhibidores del crecimiento y desorganizadores. También los mismos experimentos han sido efectuados in vivo en los cuales se han visto que actúan como agentes teratogénicos y abortogénicos.

En el presente artículo se informa sobre el estudio efectuado con suero anti-riñón de rata, el cual a una dosis determinada, se inyectó por vía endovenosa en ratas en el octavo día de gestación. Esto resultó en la presencia de malformaciones en el 100% de los fetos. Utilizando grandes dosis se obtuvo una completa reabsorción fetal. Se cree que estos antiseros pueden producir teratogénesis por interferir con la función placentaria.

DETERMINACIÓN DEL CONTENIDO DE OXÍGENO EN LA SANGRE POR MEDIO
DE LA CROMATOGRAFÍA DE GASES.

(Determination of blood oxygen content by gas chromatography)

D. S. Lukas

Journal of Applied physiology: 16; 371; march. 1961.

Ramsey fué el primero que llamó la atención sobre el hecho de que podía aplicarse el método cromatográfico para gases en la determinación de los gases contenidos en los líquidos biológicos. Los autores de este trabajo exploraron la posibilidad de adoptar su método en la determinación del oxígeno contenido en la sangre total.

Se tomaron 50 muestras de sangre en las cuales se determinó el O_2 por duplicado, utilizando los dos métodos, el manométrico de Van-Slyke-Neill y el cromatográfico. La sangre se tomó anacrómicamente, de una arteria sistémica y en algunos casos de la cavidad derecha del corazón en pacientes que sufrían una cateterización por alguna causa. Las jeringas estaban impregnadas con una solución de heparina.

La concordancia de los valores de O_2 con ambos métodos fué excelente. El método cromatográfico mostró varias ventajas, siendo una de ellas, la rapidez. Aunque el equipo es impresionante hace falta poca destreza y adiestramiento para dominarlo, además es enteramente objetivo y teóricamente más exacto que el método manométrico.

EL TRATAMIENTO DE LAS ARRITMIAS CARDÍACAS GRAVES POST-INFARTO
DE MIOCARDIO

(Therapy of serious cardiac arrhythmias following acute myocardial infarction)

Dreyfus L., S.; Oslick, T., y Likoff W., L.

Trans. and Studies of the Coll. of Phys. of Philadelphia. 28:216-217, 1961.

Es innegable la elevada frecuencia de muertes post-infarto de miocardio en que la arritmia es un factor de importancia. La revisión de los autores de este artículo demuestra que de 248 casos de infarto, 41 murieron posiblemente a causa de la arritmia concomitante al infarto.

Las arritmias auriculares presentaron 47 porciones de mortalidad, demostrándose sin lugar a dudas que los casos que se salvaron fueron debido en gran parte a la digital y a los glucósidos cardiotónicos. La taquicardia ventricular presentó una mortalidad de 60 por ciento a pesar de la terapia para corregir el ritmo. La ausencia de respuesta a la procainamida en estos casos se consideró como signo de pronóstico mortal ya que estos casos también fueron refractarios a otros agentes como la quinidina, el KCI y la lidocaina. Por otro lado, los pacientes que respondieron favorablemente a la procainamida de primera instancia mostraron una buena respuesta a las otras drogas y un elevado índice de sobrevivencia.

La mortalidad aumentó en relación casi directa con la magnitud del bloqueo auriculoventricular. El isopropilarterenol mejoró la formación de los impulsos del marcapaso en los casos de bloqueo de rama incompletos, haciéndose notar que su concentración para lograr este efecto no debe pasar de 3 a 4 mcg. por ml. Los esteroides no mostraron efecto benéfico para aumentar la conducción intraventricular en presencia de bloqueo A-V transitorio.

Se hace ver finalmente la conveniencia de utilizar la digital de modo apropiado en los casos de alteraciones del ritmo, sobre todo en lo referente a la dosis.

LOS NIVELES DE ÁCIDOS GRASOS NO ESTERIFICADOS EN ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS

(Unesterified fatty acid levels in neoplastic disease)

Nutrition Reviews. 19:137-138, 1961.

Los ácidos grasos no esterificados representan el mecanismo fisiológico de transporte de grasos que se lleva a cabo, en forma de un equilibrio dinámico (Schoenhei-

mer), entre el hígado y los depósitos de tejido adiposo. Su nivel es de particular interés pronóstico en la diabetes y el hipertiroidismo ya que da un índice bastante aproximado del estado del metabolismo y la degradación de las grasas dentro del organismo.

Recientemente se ha comunicado que existen cambios importantes en los niveles sanguíneos de ácidos grasos no esterificados en diferentes enfermedades neoplásicas. En un cuidadoso estudio realizado por Mueller y Watkin, se concluye que como grupo, los pacientes con cáncer tienen un nivel elevado de AGNE (ácidos grasos no esterificados) en plasma, en contraste con individuos normales o pacientes afectados por enfermedades crónicas debilitantes y hemaciantes, no neoplásicas, y, lo que es de gran interés pronóstico, que los pacientes con cáncer y nivel elevado de AGNE siempre mostraron una estrecha reacción entre la elevación de esta constante y actividad clínica de la enfermedad.

El mecanismo exacto de esta situación se desconoce, sin embargo, queda la posibilidad aun no estudiada que este efecto pudiera deberse a una secreción exagerada de la hormona hipofisaria llamada adipoquinina, lo que sería compatible con algunas observaciones clínicas que sugieren que existe hiperfuncionamiento hipofisario en algunas enfermedades neoplásicas.

COLITIS ULCERATIVA Y ALTERACIONES FUNCIONALES DE LAS PARATIROIDES

(Ulcerative colitis and parathyroid dysfunction)

Grek L. J.

British Medical Journal. 5235.1778-1280, 1961.

Es conocido el hecho de que numerosos pacientes con hipertiroidismo suelen tener úlcera péptica además. Se considera que el hiperparatiroidismo precede y en algunos casos provoca la aparición de úlcera péptica. La relación entre hiperparatiroidismo y pancreatitis también es conocida pero es aun más oscura. También se ha observado estatorrea con hipoparatiroidismo y en casos más raros con hiperparatiroidismo; el mecanismo de esta asociación permanece por elucidarse.

También se ha descrito con anterioridad la existencia de hipo e hiperparatiroidismo que suelen cursar con colitis de distintos tipos. En este trabajo se menciona la asociación de 2 casos con hipo e hiperparatiroidismo respectivamente y colitis ulcerativa.

En la discusión del trabajo sugieren los autores que esta asociación puede deberse a que en la colitis crónica ulcerativa las reservas de calcio se reducen a un mínimo por una pobre absorción o por una excreción exagerada a través del intestino.

No obstante, aunque este hecho puede ser posible es necesario señalar la baja frecuencia de esta asociación ya que en un trabajo anterior, el análisis de 500 casos con colitis ulcerática solo mostró hipoparatiroidismo en 4.

FIBROSIS QUÍSTICA DEL PÁNCREAS

Prandi F., F.

Boletín de la Sociedad Catalana de Pediatría 20:286-298, 1961.

La fibrosis quística del páncreas es un padecimiento con nombre mal dado ya que la manifestación esencial no es pancreática sino sistémica. Se trata de una exocrinopatía generalizada en la cual existe hipersecreción de todas las glándulas de secreción exocrina del organismo, sudoríparas, sebáceas, aunque no lacrimales, con modificaciones cualitativas y cuantitativas de los productos de secreción de estas glándulas.

Andersen, que fue quien primero describió estos casos describió las alteraciones principales en páncreas (por obstrucción del conducto de Wirsung al endurecerse la secreción exocrina del páncreas) en pulmones y corazón (donde existe enfisema, cor pulmonales, sobrecarga sistólica de ventrículo derecho y al final hipertrofia de este ventrículo e insuficiencia cardíaca (todo esto por la acumulación de la secreción mucosa de los bronquiolos) y en hígado, donde existe una forma especial de cirrosis colangiolar.

Clínicamente la enfermedad puede dividirse en tres grupos: a) obstrucción intestinal congénita, b) sintomatología pulmonar predominante en los primeros seis meses y c) sintomatología de enfermedad celiaca asociada a la sintomatología pulmonar dentro de los primeros 6 meses.

Los exámenes de laboratorio fundamentales son: examen del contenido pancreático para buscar actividad lítica de sus fermentos, examen de los electrolitos de sudor y radiografía de tórax con electrocardiograma que denotaran; ausencia o disminución de actividad enzimática en el contenido duodenal en el primer caso, aumento de los electrolitos sudorales en el segundo y enfisema y sobrecarga sistólica de ventrículo derecho en el tercero.

Esta enfermedad es hereditaria adquirida con carácter recesivo. Parece que puede incluirse en los padecimientos metabólicos que se deben a la modificación estructural de las moléculas de los genes (desoxiribonucleoproteínas) lo que produce la ausencia de grupos específicos de enzimas.

El pronóstico del padecimiento ha mejorado considerablemente con la antibioterapia y la alimentación regulada.