

RESUMENES DE ARTICULOS SELECCIONADOS

DEFECTOS, CONGENITOS EN LOS NIÑOS NACIDOS DE EMBARAZO CON PAPERAS. — Jean Holowarch, J. Cols. - St. Louis, Mo. - *The Jour Pediatrics*, 50-6-Junio 1957. - *Reporte de un caso de Corioretinitis Congénita en el cual la etiología aparente fue el virus de las paperas.*

La primera impresión clínica fue corioretinitis debida a toxoplasmosis congénita; la radiografía de cráneo fue normal, el estudio del suero materno dio un resultado positivo a la prueba del azul de metileno para anticuerpos de toxoplasma con un título de sólo 1/16, siendo el suero del niño negativo. Estos resultados excluyeron la toxoplasmosis congénita. En el cuarto mes de embarazo de este niño la madre tuvo inflamación en parótidas y fiebre de poca intensidad, la inflamación persistió de ocho a diez días, habiendo tenido dieciocho días antes un contagio de paperas.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Se ha atribuído a las paperas la producción de algunos abortos.

Se mencionan cinco referencias al respecto.

Las paperas pueden provocar nacimientos de fetos muertos, se dan referencias de dos. Las paperas pueden provocar malformaciones congénitas citándose las siguientes: opacidad de la córnea, ano imperforado, espina bífida, deformidad urogenital, parálisis cerebral infantil, cardiopatía congénita, malformación del oído derecho, hipospadias feto con monstruosidades, atresia del intestino, niño mongoloide; se mencionan además otras referencias de autores, sin especificar el tipo de malformación.

Se comenta la importancia práctica de la prueba de fijación de complemento para anticuerpos de paperas y la prueba cutánea para paperas, habiéndose demostrado que estos anticuerpos atraviesan la placenta fácilmente; en ninguno de los niños con las malformaciones mencionadas se practicaron esas pruebas las que vendrían a servir para fundamentar el diagnóstico de las paperas.

Las causas no infecciosas de corioretinopatía congénita son: defecto de desarrollo, exposición materna a los rayos X, trauma fetal y fibroplasia retrolental.

La corioretinitis ha sido atribuída a varias infecciones, sífilis, tuberculosis, influenza, infestación de nematodos y toxoplasmosis.

También se ha descrito corioretinitis congénita debida a la enfermedad producida por el virus de las glándulas salivales.

Por todas estas consideraciones se estima de interés el caso presentado de corioretinitis congénita en el niño atribuído a infección de paperas durante el embarazo.

DR. RODRIGO LORÍA CORTÉS

ESTRONCIO-90 EN EL HOMBRE. — J. Laurence Kulp, Walter R. Eejelmann y Arthur R. Schuler. - *Science*, Febrero 8, 1957. - Vol 125 - N° 3241, pág. 219-225.

Los autores resumen los resultados obtenidos en el Observatorio Geológico Lamont sobre el contenido de Estroncio-90 en el hombre, basado en el análisis de muestras procedentes de todo el mundo.

El Estroncio-90 resultante de las explosiones atómicas sigue una ruta bien conocida hasta el momento de su fijación en los huesos humanos. La explosión libera el Estroncio-90 en el aire, siendo llevado a grandes distancias. Eventualmente es transportado al suelo, donde se encuentra junto con los metales alcalino-térreos. Como las plantas toman este estroncio radioactivo con el calcio, resulta que los seres humanos lo ingieren con los vegetales y productos lácteos.

La distribución de Estroncio-90 es más alta en el Hemisferio Norte que en el Hemisferio Sur.

Incluido en la dieta, el estroncio sigue al calcio dentro del organismo, pero es discriminado en contra al pasar del intestino a la sangre, y de ésta al hueso. Además, el organismo lo excreta de preferencia.

Las muestras analizadas suman cerca de 600, procedentes de 17 estaciones distribuidas por todo el mundo. Los huesos empleados fueron costillas, fémures y vértebras.

Los resultados obtenidos permiten concluir:

- 1) Actualmente el contenido promedio mundial de Estroncio-90 en el hombre es de 0.12 micromicrocuries por gramo de calcio, o sea 1/10.000 de la concentración máxima permisible.
- 2) Los promedios son similares en los diferentes continentes.
- 3) Los niños tienen tres a cuatro veces más Estroncio-90 por gramo de calcio que los adultos.
- 4) La concentración en las muestras tomadas en 1955 fue superior a las muestras de 1954.
- 5) Hay grandes desviaciones de la media en la concentración de Estroncio-90 en individuos de una localidad dada.

Se calcula que con la cantidad actual de Estroncio-90, el nivel promedio en el hombre será de 1 a 2 micromicrocuries por gramo de calcio en 1970.

DR. SAEED MEKBEL

PATHOLOGY OF EOSINOPHILIC GRANULOMA OF THE LUNG. — Major, David Auld: (MC) U. S. A. F. - ARCH OF PATH. - Vol. 63 - p. 113-131. - Febrero, N° 2, 1957.

El granuloma eosinofílico pulmonar fue descrito por primera vez en 1951.

Ese estudio está hecho sobre tres casos de granuloma eosinófilo del pulmón, diagnosticados mediante biopsia y son los siguientes: Primero: Paciente de 20 años que se queja de dolor torácico y disnea. El cuadro radiológico da infiltración nodular bilateral, que sugiere sarcoidosis de Boeck. El segundo pa-

ciente presentó neumotórax y radiológicamente hay infiltración difusa pulmonar. Finalmente, el tercer paciente tiene tos crónica, y pérdida de peso, neumotórax espontáneo derecho. Radiológicamente, hay infiltración nodular bilateral.

El examen físico de los tres casos era negativo.

La leucocitosis generalmente es elevada, con eosinofilia moderada; el grado de sedimentación también es elevado y hay hiperglobulinemia. Raramente hay fiebre, sudores nocturnos y escalofríos. El tratamiento con esteroides y con rayos roentgen mejora sensiblemente el cuadro.

El peligro mayor está en la producción de neumotórax por ruptura de un quiste pleural.

Histológicamente hay un granuloma de tipo eosinofílico histiocitario; las arteriolas que se encuentran en el granuloma pueden presentar inflamación aguda de la pared con infiltración eosinofílica, también puede haber necrosis fibrinoide en la adventicia.

El autor considera que el proceso es parecido a un Síndrome de Loeffler, con estructura nodular y con un tipo de reacción hiperérgica.

G. BARBARESCHI

PODER PATOGENO DE VARIAS CEPAS DE ENTAMOEBA HISTOLYTICA EN CONEJOS. — Arne V. Hunninen y Howard A. Boone. - *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. - Vol. 6, N° 1, 32-49; enero 1957.

Los autores estudiaron el poder patógeno de 37 cepas de *Entamoeba histolytica*, aislada de pacientes humanos y portadores, inoculando conejos blancos. Cinco de las cepas produjeron graves ulceraciones crateriformes, en el 88.4 por ciento de los conejos inoculados, acompañadas de diarrea intensa, pérdida de peso, y hallazgos de trofozoitos que contenían glóbulos rojos en su interior. Cuatro de los cinco pacientes de los que estas cepas habían sido aisladas sufrían de disentería amibiana.

Un segundo grupo de 14 cepas inoculadas produjo sólo pequeñas lesiones en el 45.2 por ciento de los conejos inoculados con discreta pérdida de peso. Dos de los pacientes de donde se obtuvieron estas cepas tuvieron absceso hepático, con escasos o ningún síntoma intestinal; los restantes pacientes fueron asintomáticos.

Un tercer grupo de 18 cepas obtenidas de portadores asintomáticos no produjeron lesiones ni síntomas en los conejos inoculados.

Los trofozoitos de las cepas altamente virulentas del primer grupo medían más de 10 micrones; pero también había amebas de gran tamaño en el tercer grupo. Ninguna de las cepas que medían menos de 10 micrones, que es el tamaño de los trofozoitos en cultivos, produjo evidencia de lesiones en los conejos.

Las amebas que se multiplicaron en las úlceras fueron siempre más grandes que las de los cultivos de las cuales fueron obtenidas, pero recuperaron su anterior tamaño cuando se volvieron a hacer cultivos a partir de éstas úlceras.

Las lesiones de los conejos infectados sólo mostraron infiltración ocasional por linfocitos y plasmocitos. En cuatro de 36 conejos examinados había invasión eosinofílica que se supone pueda corresponder a la invasión neutrofílica en el hombre.

R. CÉSPEDES

CARDIOPATIAS CURABLES. — John P. Conway. - (Título original: *Curable Heart Disease - American Practitioner and Digest of Treatment*, 1956, Vol. 7, pág. 1777.

Conway hace una revisión de las cardiopatías, que a su juicio son susceptibles de curación completa o casi completa, en contraste con la mayor parte de ellas, en las cuales el médico sólo tiene que conformar con mejorar la condición circulatoria.

Considera Cardiopatías curables las siguientes:

Persistencia del Conducto Arterioso:

Cardiopatía congénita relativamente frecuente, la que cuando se presenta aislada debe corregirse por la cirugía para evitar el esfuerzo que el corazón realiza y la posibilidad de endarteritis bacteriana. Deben operarse todos los niños y los adultos jóvenes. Este padecimiento corrientemente no da síntomas y se descubre por el soplo continuo, que se acentúa en la sístole y se localiza en el segundo espacio intercostal izquierdo, casi siempre con thrill. Además presenta un signo radiológico que consiste en prominencia del segmento de la arteria pulmonar. El cateterismo demuestra una mayor cantidad de oxígeno en el contenido de la arteria pulmonar, en comparación con el del ventrículo. La operación consiste en la sección del conducto con sutura de los cabos. La edad óptima para la operación es entre los 5 y 12 años. La mortalidad de un 2 por ciento.

Coartación de la aorta:

Consiste en una estrechez localizada más arriba del origen de la subclavia izquierda. Esta lesión normalmente limita la vida del paciente a un promedio de 32 años. La muerte se produce por ruptura de la aorta, hipertensión, endarteritis o endocarditis bacteriana. El diagnóstico se hace por la presencia de hipertensión sistólica en extremidades superiores con normotensión en las inferiores y ausencia o disminución del pulso en la femoral. Radiológicamente pueden encontrarse escotaduras en las costillas. La operación consiste en reseca el segmento estrechado de la aorta y anastomosar cabo a cabo. La edad óptima para la operación es entre 12 y 20 años y la mortalidad es de un 3 por ciento.

Pericarditis constrictiva crónica:

Debe pensarse en ella en presencia de corazón pequeño, presión venosa alta y ascitis. Radioscópicamente se encuentra un corazón con poca amplitud. El electrocardiograma da bajo voltaje de QRS y alteraciones en ondas T. Hay ascitis abundante sin edema en los pies. La operación consiste en reseca el pericardio adherido, con lo que desaparece la insuficiencia congestiva.

Fístula arteriovenosa:

Se trata de comunicación entre arterias y venas. Puede ser congénita pero casi siempre es traumática. Cuando existe una fístula en la circulación general, el ventrículo izquierdo puede aumentar de tamaño y entrar en insuficiencia. En el sitio de la fístula es frecuente que exista un soplo áspero con thrill y al comprimirlo desciende la presión arterial. La corrección quirúrgica disminuye el tamaño del corazón y evita la insuficiencia congestiva.

El aneurisma arteriovenoso pulmonar da un cuadro típico con cianosis, dedos hipocráticos, corazón de tamaño normal y a veces disnea y policitemia. El tratamiento es la resección segmentaria del pulmón o la lobectomía. Su mortalidad es de alrededor de un 8 por ciento.

Endocarditis bacteriana:

Sus síntomas son: infección general grave, embolias sépticas, enfermedad valvular y a veces dedos en palillo de tambor. Si el diagnóstico puede hacerse antes de la aparición de estos síntomas, se evitan las embolias y el cuadro puede regresar totalmente. Debe solicitarse cultivo en todo paciente con fiebre de causa desconocida que tenga alguna cardiopatía congénita o adquirida. Si la impresión clínica es manifiesta, debe establecerse el tratamiento antes del resultado del cultivo.

En 1944, antes del uso liberal de la penicilina, la mortalidad por endocarditis bacteriana era de 50 por ciento; ahora se ha reducido a un 10 por ciento. La duración de administración de antibióticos no debe ser menor de seis semanas.

Cardiopatía tirotóxica:

Un paciente con hipertiroidismo que presenta fibrilación auricular, cardiomegalia e insuficiencia cardíaca. En todo caso de fibrilación auricular sin causa, debe sospecharse hipertiroidismo. La corrección del hipertiroidismo elimina la cardiopatía. En estos pacientes no es conveniente el uso de digitálicos, salvo que tenga insuficiencia cardíaca congestiva o fibrilación auricular, ya que la digital actúa pobremente. A veces es más útil el uso de diuréticos y restricción de sal. Si persiste fibrilación auricular después de controlado el hipertiroidismo, puede usarse quinidina.

Mixedema:

Puede haber cardiomegalia, disnea y edema. El electrocardiograma reporta QRS bajo y ondas T bajas o invertidas. Puede haber angina de pecho por arterioesclerosis coronaria. Es importante iniciar el tratamiento con dosis pequeñas de tiroides, 3 cgrs. diarios y aumentar progresivamente.

Cardiopatía del beriberi:

La enfermedad se caracteriza por: historia de carencia, cardiopatía con cardiomegalia, derrames serosos, síntomas de neuropatía y otros signos carenciales. La respuesta terapéutica da el diagnóstico. El tratamiento en su primera

fase consiste en inundar al paciente con tiamina parenteral varias veces al día. Luego se continúa con dosis de mantenimiento por vía oral.

Corazón pulmonar agudo:

No puede considerarse cardiopatía curable porque no tiene tratamiento, pero en los casos que sobreviven, las alteraciones cardíacas son reversibles. El cuadro se produce por una embolia de la arteria pulmonar, debe tratarse con morfina, oxígeno, anticoagulantes y tratamiento del shock y de la insuficiencia cardíaca congestiva si la hay.

DR. FERNANDO TREJOS ESCALANTE

ATYPISCHE PROLIFERATIONEN ERSCHENUNGEN DES ENDOMETRIUMS UND IHRE BEZIEHUNGEN ZUM MANIFESTEN UND LATENTEN (STADIUM 0) CORPUSCARCINOM. — (La proliferación atípica del endometrio y sus relaciones al carcinoma manifiesto y latente (Fase 0) del cuerpo uterino). — John H. Müller y M. Keller. (Dep. Radioterapéutico y Laboratorio Histopatológico de la Clínica Ginecológica de la Univ. de Zürich, Suiza). *Gynaecologia*, 144, 31 (1957).

En contraste con los resultados conocidos, de métodos de diagnóstico temprano y de terapia oportuna en el cáncer de cérvix uterino tenemos las dificultades para obtener un diagnóstico precoz del carcinoma del cuerpo uterino. El diagnóstico del cáncer cervical sólo exige la consideración de rasgos cito-histo-cariológicos relativamente simples pero el problema de cáncer del cuerpo es evidentemente más difícil ya desde principios del presente siglo se consideró la posibilidad de establecer relaciones entre la hiperplasia y el cáncer del cuerpo uterino hoy, ciertas formas de hiperplasia endometrial son consideradas pre-carcinomas y aún formas tempranas de carcinoma, usando para ellas denominaciones como la hiperplasia atípica o adenomatosa; "casos límites" o "carcinoma in situ". Los autores han estudiado los fenómenos morfológicos tempranos, tomando como punto de referencia las investigaciones realizadas por Hertig y colaboradores en 1949, los cuales llegaron a la conclusión de que los hallazgos tempranos, caracterizados por glándulas compuestas por células eosinofílicas, grandes, anaplásticas con abundante citoplasma y núcleos pálidos, sin tendencia a invadir el estroma, suelen conducir tarde o temprano a un cáncer invasor. Por eso tales hallazgos tempranos deberían ser diagnosticados como "cáncer in situ".

Como fundamento del presente trabajo se han investigado las porciones de endometrio restantes de los úteros extirpados con carcinoma manifiesto del cuerpo, y se ha hecho también la revisión histológica sistemática de los curetajes anteriores de pacientes con carcinoma corporal verificado. Casi todos los casos presentaron imágenes de hiperplasia atípica o parcialmente atípica que se extendían sobre grandes áreas del endometrio, o se localizaban cerca del carcinoma.

Las atipias se pueden clasificar gradualmente así: 1) Hiperplasia atípica simple; 2) Hiperplasia adenomatosa y 3) "carcinoma in situ" de Hertig. Además se hace hincapié en la frecuencia de adenomiosis y de pólipos de la mucosa del cuerpo y del canal en el material investigado.

El corto trabajo contiene 8 excelentes microfotos y una lista de referencias bibliográficas.

C. Voss

REQUISITOS PARA LOS COLABORADORES

Esta REVISTA publica trabajos originales e inéditos.

Los trabajos recibidos serán aceptados y publicados de acuerdo con el criterio del COMITE DE REDACCION. No se devolverán los originales.

Los trabajos deben ser enviados en duplicado, en papel blanco de carta, a máquina, a doble espacio, en páginas numeradas, indicándose la Institución donde fueron realizados.

Se aceptarán trabajos que tengan como máximo veinte páginas y sólo a juicio del COMITE DE REDACCION, se publicarán trabajos más extensos.

Todo trabajo debe traer un resumen en español e inglés y si se desea en otro idioma.

Se aceptan fotografías en número prudente y gráficos en tinta china, tomándose en cuenta el tamaño de la REVISTA; además se aceptarán en las mismas condiciones cuadros, diseños, etc.

Las ilustraciones serán enviadas en hoja aparte con el nombre del autor y el número de la figura. Las leyendas correspondientes serán agrupadas por separado.

Las citas bibliográficas, escritas en hoja aparte seguirán en este orden: apellido e inicial del nombre del autor, título del artículo por extenso, nombre de la revista (abreviación reconocida), volumen, número, primera y última página del artículo, fecha. (En citas de libros agregar Casa Editora, lugar y número de edición).

Serán entregadas gratuitamente 25 copias de sus trabajos a los autores.

Toda correspondencia será dirigida a "ACTA MEDICA", Apartado 4054 en San José de Costa Rica, A. C.

Suscripción anual: Costa Rica ₡ 10.00. Otros países \$ 2.00

Número suelto : Costa Rica ₡ 4.00. Otros países \$ 0.70