



Referatas

Tuberculosis in immunosuppressed patients

J. W. Millar y N. W. Horne
Lancet, 1:1176, 1979.

Se describen 11 enfermos que desarrollaron tuberculosis pulmonar durante un tratamiento largo con inmunosupresores. Las indicaciones de tal medicación fueron variadas, pero todos los pacientes recibían altas dosis de corticoides con azatiopirina y en dos casos clorambucil como tercera droga. El diagnóstico de la tuberculosis fue tardío en todos los casos por la supresión de los síntomas de modo que 4 enfermos murieron, tres a consecuencia directa de la tuberculosis. De los restantes, tres estaban en situación clínica crítica en el momento del diagnóstico, pero se recuperaron con la terapia apropiada los otros cuatro enfermos, aunque no críticamente enfermos presentaban tuberculosis pulmonar extensa cavitaria con diseminación miliar en su caso.

Una clara técnica de investigación y en su caso la quimioterapia adecuada es precisa en enfermos sometidos a inmunosupresión duradera especialmente si se usan corticoides. La sospecha de tuberculosis obliga a controles clínicos y radiológicos regulares.

Fatal pulmonary hemorrhage after use of the flow-directed balloon tipped catheter

L. A. Pape, C. I. Haffajec, J. E. Markins, I. S. Ockene, J. A. Paraskos, J. E. Dalen y J. J. Alpert
Ann. Intern. Med., 90:344, 1979.

El catéter flotante con balón en su punta se emplea frecuentemente en unidades de vigilancia intensiva, laboratorios, quirófanos, etc. Son raras las publicaciones que hacen referencia a sus complicaciones importantes.

En un período reciente de 2 años y en cuatro hospitales, los autores identifican 5 casos de hemorragia pulmonar

fatal. Revisan, al mismo tiempo, otros 4 casos hallados en la literatura y se discuten los posibles mecanismos y factores predisponentes. Se señalan las normas para el buen uso del catéter.

La ruptura de la arteria pulmonar es probablemente más frecuente de lo que en principio se cita.

Pneumoperitoneum associated with artificial ventilation

B. Summers
Brit. Med. J., 1:1528, 1979.

Cuatro traumatizados desarrollaron un neumoperitoneo tras ventilación artificial, en ningún caso se pudo atribuir a víscera perforada. En 3 enfermos el origen del aire intraperitoneal fue considerado como rotura de alvéolos como consecuencia de la ventilación con paso de aire a mediastino, espacio pleural, tejido subcutáneo del cuello y tórax y cavidad peritoneal.

El cuarto paciente sufrió una hernia de estómago a través de rotura de diafragma y la presencia de aire en el mismo lado sugiere el paso directo del mismo a través del diafragma.

El neumoperitoneo en ventilación asistida es probablemente más frecuente de lo que se piensa y debe diferenciarse clínica y radiológicamente del producido por víscera perforada. Esta distinción limitará el número de laparotomías realizadas en estos pacientes graves.

Unknown primary adenocarcinoma: incidente of overinvestigation and natural history

J. F. Stewart, H. H. N. Tattersall, R. L. Woods y R. M. Fox
Brit. Med. J., 1:1530, 1979

De 1.300 enfermos enviados a una unidad oncológica médica, 87 tenían metástasis de un cáncer, cuya localización primaria no se evidenció por la historia clínica, exploración física y radiografía de tórax.

Un análisis de las investigaciones realizadas a estos 87 enfermos y los resultados muestran que en sólo 8 enfermos las investigaciones no quirúrgicas lograron diagnosticar el tumor primario. En dos pacientes se consiguió conocer el origen mediante laparotomía y en 13 el curso clínico permitió localizar la neoformación primaria antes de la muerte.

Pocas investigaciones deben realizarse en los pacientes en los que se desconoce la neoplasia primitiva, puesto que son poco rentables y además su conocimiento no reportó beneficio clínico ni modificó el tratamiento.

Los tumores tratables deben excluirse y esto puede lograrse en la mayor parte de los casos por análisis de sangre especialmente los que analizan la actividad de las fosfatasa ácidas y otros trazadores tumorales.

Indications, posologie et associations des grandes médications antituberculeuses

B. Lebeau y J. Rochemaure
Rev. Prat (Paris), 29:2653, 1979.

Existen tres antituberculostáticos mayores: primeramente la isoniacida del ácido nicotínico (INH) y la rifampicina (RIF) y luego el etambutol (EMB).

La norma general de su uso debe seguirse a rajatabla, puesto que supone la garantía de la curación sin riesgos de recidiva en los casos de tuberculosis pulmonar primaria.

El tratamiento debe iniciarse con INH a dosis de 5 mg/Kg/día, RIF a 10 mg/Kg/día y EMB a 20 mg/Kg/día. A los tres meses y según el antibiograma se puede pasar a régimen de dos drogas a poder ser (INH y RIF) por espacio de nueve meses hasta completar un tratamiento de un año.

Son raras las excepciones a esta regla, pero deben conocerse y son causadas generalmente por la forma y localización de la enfermedad y el «terreno» clínico y geográfico donde se desarrolla la enfermedad.