

Referatas de Revistas

«Les Bronches», Vol. XV, n.º 2, Marzo-Abril 1965

V. BJÖRK y G. GRENVIK: PRINCIPIOS E INDICACIONES DE LA TRAQUEOTOMIA Y DEL TRATAMIENTO POR RESPIRADOR EN CIRUGIA TORACICA.

Basándose en una experiencia sobre 400 traqueotomías post-operatorias, concluyen los A. A. que siempre que haya una indicación de traqueotomía hay también indicaciones de uso del respirador. Las principales indicaciones la encuentran en intervenciones pulmonares y en cirugía cardíaca a corazón cerrado o a corazón abierto, siendo más empleado en: insuficiencias respiratorias, fibrotórax bilateral, intervenciones bilaterales, tejido pulmonar mínimo, enfisema contralateral y complicaciones post-operatorias en el primer grupo de intervenciones, mientras en la cirugía cardíaca se ha acudido al tratamiento objeto de estudio por existencia de: hipertensión pulmonar, paro circulatorio, insuficiencia miocárdica, dilatación cardíaca y perfusión prolongada.

J. M. LEMOINER: LAS BRONQUITIS CRONICAS.

El diagnóstico de Br. crónica, lo basa el A. en la coexistencia de semiología respiratoria, prolongada al menos durante tres meses de modo continuo, o dos años de modo discontinuo, agravación según condiciones climáticos, ausencia de signos radiológicos, existencia de lesiones inflamatorias bronquiales apreciables mediante broncoscopia, tendencia progresiva de extensión de la inflamación bronquial hacia la periferia y etiológica compleja o asociada.

La existencia de los síntomas clínicos, tos y expectoración, con normalidad radiográfica de tórax, conduce al diagnóstico unido a la exploración auscultatoria, pero sólo la broncoscopia puede confirmar el diagnóstico y dar datos sobre el grado de afectación bronquial y la distribución de dicha inflamación, lo que permite la clasificación de las bronquitis crónicas en difusas y localizadas, pudiendo ser estas últimas circunscritas o difusas parciales. Cada uno de los tipos puede estar o no unido a traqueítis y según el grado de afectación bronquial (3 grados para el A.), según existencia o no de tos y de distonia bronquial, confecciona un cuadro de clasificación de las bronquitis crónicas en la que la alteración anatómo-patológico de mucosa traqueobronquial juega un papel preferente.

G. HOLLAR: DIATESIS ALERGICA Y CARCINOGENESIS.

El estudio posterior de la evolución de 2.000 casos de asma bronquial, permite concluir que en los asmáticos es muy rara la incidencia de carcinomas durante la fase aguda y ésta es más frecuente tras la desaparición de su sinto-

matología asmática, pero sin sobrepasar la cifra media de los grupos similares de población no alérgica. Parece que el asma significa en cierto sentido un «exceso de salud» predisponiendo a una vida larga aunque tormentosa, pero sin afectaciones importantes de los órganos vitales.

P. ROTTGER, H. BLAHA y J. SCHREIBER: CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LAS BRONQUITIS CRONICAS. EXAMEN HISTOLOGICOS DE BIOPSIAS BRONQUIALES.

Clasificando las alteraciones histológicas en severas y medias o ligeras, obtienen los A. A. un 18 por cien de las primeras y un 82 por cien de las segundas en casos en los que se practicó la biopsia para el diagnóstico de cáncer bronquial. Siendo la mayor parte de casos afectos de alteración pulmonar pseudoneoplásica, se puede pensar que ciertos casos se trata de bronquitis sintomáticas o de bronquitis crónicas influenciadas por el foco pulmonar.

N. DROBIK, U. BARTSCH y H. BLAHA: MICROBIOLOGIA DEL ARBOL BRONQUIAL.

Haciendo tomas de expectoración bronquial durante la broncoscopia, utilizando porta-algodones encerrados en sobres que sólo se abrirán en la profundidad del árbol bronquial, han obtenido frotis estériles en sólo 12 por ciento de casos, mientras en los restantes casos han identificado los siguientes gérmenes en orden decreciente de frecuencia: Estafilococo dorado, enterococo, colibacilo, proteus, Pfeiffer y neumococo, datos no similares a los señalados por otros A. A. según los cuales, la mayor frecuencia lo daban el Pfeiffer y el neumococo.

Las siembras han confirmado resistencia a sulfamidas y penicilina y sensibilidad notable a cloranfenicol, eritromicina y tetraciclinas.

R. LE LOURD y F. LE LOURD: CURACION, REGRESION ESPONTANEA DE LOS CANCERES BRONQUIALES.

Basando el trabajo en dos casos, uno de ellos en que el diagnóstico histológico de carcinoma bronquial no fue seguido de tratamiento, con supervivencia al menos de 6 años, y de un segundo en que la intervención indicó la invasión de pared, por lo que no se completó y que sin embargo se siguió de una gran disminución del tumor, muriendo a los dos años de una metastasis cerebral, se comentan los casos descritos en la literatura y se hacen consideraciones sobre la causa de esta discordancia.

W. SCHESSLE, L. BIANCHI, M. WESTERHAUSEN y S. STERNITZKY: LA PUNCION-BIOPSIA TRANSBRONQUIAL Y TRANSTRAQUEAL DE LAS ADENOPATIAS PERI-TRAQUEOBRONQUIALES: TECNICA Y RESULTADOS.

Describen la técnica y resultados en 240 casos de adenopatías mediastínicas a los que han hecho punción transtraqueal o transbronquial con biopsia y ulterior estudio histológico. Han aumentado el grosor de la aguja con el fin de recoger suficientes fragmentos, utilizando cánulas curvas. Dan cuenta de la inocuidad del método siempre que haya una buena interpretación tomográfica y una buena broncoscopia. Consideran la mediastinoscopia con biopsia como un método quirúrgico que sólo debe usarse cuando la toracotomía puede ser peligrosa.

V. BELTRAMI y M. DI PIETRANTONIO: LAS COMUNICACIONES INTER-BRONQUIALES.

Comentan los autores cuatro casos de fístulas bronquiales, dando cuenta de la importancia del perfecto conocimiento de los aspectos topográficos y bronco-gráficos, con el fin de la orientación terapéutica, médica y quirúrgica.

G. DI MATTEO, V. BELTRAMI, C. MARCGEGIANI y S. STELLA: VISUALIZACION SELECTIVA DE LAS ARTERIAS BRONQUIALES EN EL ANIMAL VIVO.

Consideran que la arteriografía bronquial está aún en un período de perfeccionamiento experimental. Han trabajado con tres grupos de animales.

Con el primer grupo provocan una hipotensión sistemática con fluotane, siendo los resultados arteriográficos muy pobres.

En el segundo grupo provocan la hipotensión por medio de un balón insuflado en la aurícula derecha, introducido por cateterismo venoso, siendo mejores los resultados arteriográficos.

Habiendo obtenido las mejores arteriografías con el 2.º método, más insuflación de un balón en aorta descendente, no habiendo tenido ningún trastorno y consideran que este método es el que reúne las mejores condiciones para una mejor penetración del medio de contraste en las arterias bronquiales y para su realización.

«Diseases of the Chest», Vol. 48, n.º 3, Septiembre 1965

H. SHUBIN: ADMINISTRACION DE CORTICOSTEROIDES, EN ENFERMEDADES PULMONARES, DURANTE UN LARGO PERIODO DE TIEMPO (MAS DE CINCO AÑOS).

El tratamiento a largo plazo con dosis de mantenimiento de corticosteroides (2 a 12 mg. diarios) es frecuentemente necesario para mantener la mejoría sintomática. En la experiencia del autor, ha observado idéntico efecto clínico con dosis únicas o fraccionadas, lo que tiende a confirmar las observaciones, de DEMOS y col., con el método de dosis única diaria.

Los efectos beneficiosos pueden aparecer acompañados de efectos secundarios indeseables. Todos los casos del autor, en curso de tratamiento profiláctico o de mantenimiento, recibían una dieta hiperproteínica (para contrarrestar la tendencia a la osteoporosis), tomas de leche y alimento entre comidas (úlceras) y adecuada cantidad de líquidos (para evitar la concentración urinaria con hipercalciuria), a más de hidracida del ácido isonicotínico, 100 mgr. tres veces al día (para prevenir reactivaciones tuberculosas). Eran además sometidos a exámenes clínicos a intervalos regulares incluyendo pruebas de laboratorio. La administración simultánea de esteroires anabólicos (Andro y estrógeno) es de reconocido efecto para la prevención de la osteoporosis. Aparece «cara de luna» con frecuencia y persiste en muchos casos.

Los corticosteroides son agentes potentes y efectivos en el tratamiento de la Tb. aguda o crónica. Su empleo requiere, sin embargo, discreción, indicaciones precisas y supervisión clínica estrecha.

En este trabajo se trata del empleo del ETAMBUTOL en el tratamiento de la tuberculosis causada por bacilos resistentes a las drogas usuales y comprende el período de tiempo que media entre mayo de 1962 y julio de 1964.

Durante el primer año, el EMB fue administrado en dosis de 25 mg. por Kg. y después de mayo de 1963 en dosis de 25 mg. de peso durante 60 días y de 15 mg. por Kg. durante el resto del tiempo, a un total de 64 pacientes.

El EMB se empleó como droga única en 17 casos y combinada con otra medicación efectiva contra la tuberculosis y no empleada con anterioridad en el tratamiento de los enfermos comprendidos en este grupo de 47 casos. De estos 3, recibieron EMB y Etionamida, 8 enfermos recibieron EMB y ciloserina y 36 EMB y Pirizinamida. En todos estos casos se administró Hidracidas.

El empleo del EMB como única medicación fue seguido de rápida mejoría clínica, radiológica y bacteriológica. Pero estos resultados pueden ser sólo temporales. El EMB puede ser efectivo para el tratamiento a corto plazo en las agudizaciones y complicaciones del proceso tuberculoso y como medicación protectora en el período pre y post-operatorio.

Combinado con otras drogas, el EMB produjo mejorías clínicas bien definidas, rápidas y mantenidas. En el 75 por ciento de los casos, en cuatro o cinco meses de tratamiento, se obtuvo la conversión de la expectoración. Hasta ahora se han observado dos casos de relapso bacteriológico durante el tratamiento. En el 55 por ciento de los casos se observó mejoría radiológica. En dos de los casos se comprobó el cierre de cavernas y cinco devinieron abacilíferos, aunque continuaron siendo cavitarios. En ningún caso se observó empeoramiento radiológico.

Los pacientes que recibieron dosis continuas de 25 mg. por Kg. de peso de EMB., presentaron trastornos visuales y disminución de la agudeza visual hacia el 7.º o 9.º mes de tratamiento respectivamente, con recuperación completa al ser suspendida la medicación. Hasta el presente no se ha observado caso alguno de toxicidad ocular con las dosis de 25 mg. por Kg. de peso durante 60 días y 15 mg. por Kg. a continuación. No se ha observado ningún otro efecto tóxico, reacción secundaria o intolerancia al EMB y la aceptación de la medicación por parte del paciente ha sido excelente.

En seis casos la medicación coadyuvante, iniciada conjuntamente con el EMB, tuvo que ser suspendida (Viocina en un caso por acción tóxica sobre el nervio acústico, Pirazinamida en cinco casos por aumento progresivo de la transaminasa sérica).

Los regímenes en que se combina el EMB con otra droga, son útiles como tratamiento a corto plazo (exacerbación aguda de la tuberculosis, cobertura pre y post-operatoria y como tratamiento prolongado en los casos crónicos bacilíferos en los que se ha comprobado resistencia a la medicación usual.

R. CORPE, y F. BLATOCK: TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS RESISTENTE A LA MEDICACION.

Los estudios de sensibilidad se hicieron con las tres drogas mayores (Estreptomomicina, Isoniacida, y PAS) y con las cinco drogas menores (Viomicina, Cicloserina, Kanamicina, Ethambutol y Ethionamida).

El tratamiento básico se hizo, tomando como base el Ethambutol (EMB) asociado a otras drogas.

El 90 por ciento de los casos (de un total de 107), con gérmenes resistentes a los medicamentos antituberculosos, tuvieron una regresión en su infección con negativización de sus esputos.

En el sesenta por cien, esto ocurrió en el cuarto mes, y más pronto en los enfermos de color que en los blancos. También ocurrió antes en los jóvenes que en los de edad avanzada.

La tasa de mortalidad elevada, 15 por ciento, fue imputable al hecho de lo avanzada de la enfermedad anteriormente.

No se observó verdadera toxicidad con el Ethambutol, ni otras manifestaciones tóxicas, más que una disminución temporal de la agudeza visual. Este trastorno subjetivo no pudo ser corroborado en caso alguno por las pruebas visuales ni por el examen de fondo de ojo.

No se comprobó correlación significativa entre la proporción de conversiones del esputo y los resultados de las titulaciones de la potencia antimicrobiana.

La proporción de recaídas bacteriológicas hasta la fecha es de un 6,6 por ciento.

«Diseases of the Chest», Vol. 48, n.º 4, Octubre 1965

J. BRUN, REVOL, PERRIN-FAYOLLE: TEST DEL DITARTRATO DE METYRAPONE (METOPIRONA) EN LAS SARCOIDOSIS GANGLIO PULMONAR DE BESNIER-BOECK-SCHAUMAN.

El estudio sistemático de la respuesta del test a la Metopirona en un servicio de Endocrinología, les ha permitido a los autores, constatar la negatividad de los resultados fuera de ciertas endrocrinopatías características: entre 120 resultados se han encontrado cuatro respuestas positivas que indican una hiperfunción hipofisaria, mientras que 25 resultados traducían una hipofunción hipofisaria.

Paralelamente, en la Clínica neumológica de la Facultad de Lyon, han hecho estudios sistemáticos con el test de la Metopirona desde hace dos años: en 50 enfermos no sarcoidóticos, no hubo ningún test positivo en el sentido de una hiperfunción hipofisaria, salvo en un caso con una neoplasia pulmonar.

Por el contrario, en el curso de afectación ganglio pulmonar de origen sarcoidótico, se ha hallado gran frecuencia de signos de hiperactividad neurohipofisaria en relación con los brotes evolutivos de la afección, en sus formas endotorácicas ganglionares, miliars o infiltrativas.

Los casos pueden ser clasificados de la manera siguiente:

1) Formas recientes, aún no tratadas: 14 casos.

El test ha sido positivo 11 veces. En los tres casos negativos, hay uno que se presta a discusión por el hecho de que se ha realizado en período menstrual.

Se han seguido todos estos enfermos que han sido tratados por corticoterapia y han observado que el test se normalizaba a medida que las lesiones retrocedían, teniendo la precaución de practicar el test diez días después de suspendido el tratamiento. En el 75 por ciento de los casos, es decir, en ocho casos, el test se hizo normal cuando las lesiones habían regresado completamente, en dos casos en que las lesiones no están completamente curadas, el test tendió a normalizarse, pero esta estabilización fue parcial.

2) Formas antiguas y estabilizadas: 12 casos.

El test se ha encontrado normal. En un 13.º caso, la forma era antigua con diez años de evolución, y tuvo una recidiva infiltrativa pulmonar y el test se volvió claramente positivo.

Estas comprobaciones pueden abrir nuevos horizontes sobre la enfermedad y los efectos del tratamiento. Es posible que la cortisona no obre más que por una acción frenadora de secreciones anormales o exageradas de sustancias

de origen hipofisario. En cuanto a los síndromes de hipo-funcionamiento hipofisario con diabetes, insípida habitualmente encontrados hasta aquí y que se oponen a hechos referidos precedentemente, pueden sobrevenir secundariamente después de un período de hiperactividad inicial que no había sido aún formalmente reconocida.

A. OMODEI ZORINI: EL USO PROFILACTICO DE LA ISONIACIDA Y LA BCG EN LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PAISES DESARROLLADOS Y SUBDESARROLLADOS.

El autor esboza los intrincados problemas encontrados en la relación entre la vacunación BCG y la quimioprofilaxis por la Isoniacida y reafirma los criterios fundamentales basados en la experiencia mundial y en particular en los estudios llevados a cabo en el Instituto Carlo Forlanini, de Roma.

La quimioprofilaxis no es antitética con la vacunación, pues aquélla se practica en los sujetos tuberculino-positivos, mientras que ésta se emplea en los tuberculino-negativos. La quimioprofilaxis no interfiere con la inmunización conferida con la vacuna, siempre que no se administren simultáneamente en el mismo sujeto, es bien tolerada, en la mayoría de los casos, no da lugar a fenómeno de isoniacida resistencia durante el período de administración. Es capaz de proporcionar en el 80 por ciento de los casos, protección contra la diseminación precoz de la tb. y sus complicaciones.

En los países en que el control de la tuberculosis ha alcanzado un alto grado de eficacia, la quimio-profilaxis es muy importante, particularmente donde la vacunación BCG no es practicada sistemáticamente. Debe ser planeada selectivamente para sujetos que convivan con individuos infectados, en los niños menores de 5 años con reacción tuberculino positiva, en los adolescentes y adultos que han dado recién reacción positiva tuberculínica, en los mineros con silicosis, en los dementes reclusos tuberculino-positivos, y en aquéllos con lesiones tb. inactivas.

En los países subdesarrollados con alta morbilidad tuberculosa, el método fundamental de profilaxis específica consiste en la vacunación BCG, pero aún en tales países la quimioprofilaxis puede ser útil en conjunción con la quimioterapia en el hospital o a domicilio, especialmente cuando se lleva a cabo en los llamados reservorios de tuberculosis en las familias o en las poblaciones.

J. QUINLAN, V. SCHAFFNER y J. HILTZ: RESECCION BILATERAL PULMONAR POR TUBERCULOSIS.

El autor pasa revista a la literatura concerniente a la resección pulmonar bilateral por tuberculosis y presenta su experiencia en esta técnica.

Ciento siete enfermos han sido tratados por este método. Tuvo cuatro muertes precoces y cuatro posteriores, uno de ellos debido a un cáncer y otro por causa desconocida. Ocho enfermos no pudieron ser seguidos, noventa y uno viven, y sólo uno tiene una complicación persistente.

Seis meses después de la intervención, seis enfermos seguían con complicaciones, pero dos años después de la intervención, sólo uno estaba afecto. Los estudios de la función pulmonar en 43 de ellos, revelaron una reducción moderada de la capacidad vital, pero los que habían sufrido una resección bilateral extensa, tuvieron una reducción neta de la ventilación máxima, que permaneció siempre moderada.

La resección bilateral debería ser practicada siempre que esté indicada en tuberculosis pulmonar. Se tolera perfectamente.