BIBLIOGRAFIA DE AUTORES MEXICANOS

VENTRICULAR INVERSION WITH- OUT TRANSPOSITION OF THE GREAT VESSELS IN SITUS INVERSUS

Espino Vela, J., De la Cruz, M. V.,
Muñoz-Castellanos, L., Plaza, L. y
Attíe, F.

British Heart Journal 32: 292, 1970.

El Departamento de Cardiología Pediátrica del Instituto Nacional de Cardiología, dirigido por Jorge Espino Vela y el de Embriología, por María Victoria de la Cruz, acaban de publicar en unión de sus colaboradores este importante trabajo que señala las excelencias de su labor de investigación. En 1967, De la Cruz y colaboradores presentaron una teoría embriológica con clasificación de las inversiones ventriculares, basada en conceptos igualmente embriológicos de las malformaciones tronco-conales previamente expuestos por la propia Dra. de la Cruz en unión de Costa Rocha en 1956. ("An ontogenetic theory for the explanation of congenital malformations involving the truncus and conus. Am. Heart J. 51: 51, 782).

En dicha clasificación consideraron que en cada situs del corazón y vísceras, ya sea el *situs solitus* (corazón normalmente situado) o el *situs inversus* (dextrocardia), podría presentarse inversión

ventricular en asociación con: 1) grandes vasos normalmente colocados (no transpuestos); 2) con transposición de los grandes vasos o sea la forma "corregida"; 3) con tronco arterioso común persistente.

En este artículo se describen dos pacientes que tenían inversión ventricular sin transposición de los grandes vasos, en *situs inversus*. En ellos, el diagnóstico anatómico no fue cabalmente correcto pero sí lo fue el fisiopatológico de isquemia pulmonar con comunicación interventricular. Incluye en un caso, estos hechos fueron substanciados por cateterismo cardíaco y angiocardiografía lo que llevó a proponer cirugía.

Hemodinámicamente, la inversión ventricular aislada es una malformación tan grave como la transposición de los grandes vasos no corregida (es decir sin inversión ventricular). Sin embargo, una operación del tipo anatómico entre una arteria sistémica y la estrecha arteria pulmonar parece justificada en dichos casos como una forma de incrementar el flujo sanguíneo pulmonar y de mejorar con ello la saturación de oxígeno de la sangre arterial. En un caso, esta fístula desgraciadamente no tuvo éxito. El artículo describe con detalles las alteraciones anatómicas, radiológicas y electrocardiográficas que

pueden ayudar en el diagnóstico de esta rara y compleja malformación y hace énfasis en la calidad en el conocimiento que este importante grupo ha aportado y sigue aportando a la literatura médica internacional en tan difícil campo de la cardiología pediátrica.

A NEW SIMPLIFIED CLASSIFICATION OF SHOCK

Chávez Rivera, I.: Malattie Cardiovascolari: 10: 1, 1969. Así como en: Heart. Netter, F. H. Ciba Collection of Medical Illustrations, 1969.

El autor propone una clasificación simplificada del shock.

1) Shock "*cardiogénico*": está caracterizado por un déficit del vaciado cardíaco, haya o no déficit en la contractilidad de la fibra miocárdica.

a) el tipo "*primario*" implica hipcontractilidad cardíaca.

b) el tipo "*secundario*" implica inadecuado llenado cardíaco.

Todas las formas de shock cardiogénico tienen una disminución primaria o secundaria del gasto cardíaco izquierdo (disminución *relativa* del gasto), una hipovolemia relativa y generalmente un aumento compensador (al menos al principio), de las resistencias vasculares periféricas.

2) Shock "*hemogénico*": puede ser debido a déficit: 1) en sangre total

"*hemorrágico*, 2) en plasma "*plasmogénico* o 3) en agua y sales "*hidropénico* o de *deshidratación*" Todos ellos producen hipovolemia *real*, disminución real del gasto cardíaco y aumento de las resistencias vasculares periféricas. Hay disminución del retorno venoso.

3) Shock "*microvasogénico*" (MV) es aquel generado en la microcirculación, actuando ésta como una unidad funcional, en presencia de lesión vasotóxica o vasospástica con secuestro sanguíneo. Como en el grupo precedente, el retorno venoso es defectuoso.

Este shock puede ser subdividido:

a) Shock MV "*endotóxico*", donde las resistencias vasculares periféricas están aumentadas.

b) Shock MV "*anafiláctico* o *histamínico*" con resistencias vasculares periféricas disminuidas.

c) Shock MV "*neurovasodepresor*", también con caída de resistencias periféricas.

En estos tres subtipos existe una hipovolemia relativa (al menos inicial), una disminución relativa del gasto cardíaco y un aumento o disminución, según el caso, de las resistencias vasculares periféricas.

En el artículo se analiza la razón de estas diferencias.

INVESTIGACION DE BACTERIAS
GRAM NEGATIVAS EN LA SANGRE
DE NIÑOS CON DIARREA PROBA-
BLEMENTE INFECCIOSA Y DES-
EQUILIBRIO HIDROELECTROLI-
TICO

*Heredia Duarte, A.; Bonilla, R. y Bes-
suso, D.*

Revista Mexicana de Pediatría 39: 215,
1970.

Los autores estudiaron 129 pacientes en la Consulta de Urgencias del Hospital Infantil de México (agosto 1968 a abril 1969). Estos pacientes tenían diarrea probablemente infecciosa y desequilibrio hidroelectrolítico severo. En estos pacientes se encontraron 15 hemocultivos positivos para gérmenes gram negativos (*Salmonella*, *Escherichia coli*, *Klebsiella aerobacter*, *Pseudomonas aureoginosa*) y el resto gram positivo (estreptococo beta hemolítico, *Staphylococcus epidermidis*) comparándose los resultados con 25 niños sanos que siempre dieron hemocultivos negativos. Los hemocultivos positivos a bacterias gram negativas confirman la hipótesis que durante el cuadro infeccioso enteral existe una fase de bacteremia y es muy probable que esta sea más frecuente de lo sospechado. En 11 de los 12 casos positivos a bacterias gram-negativas había desnutrición de 2o. y 3er. grado.

ASPECTOS CLINICOS, INMUNOLO-
GICOS Y EPIDEMIOLOGICOS DE LA
ESPOROTRICHOSIS

Lavalle-Aguilar, P.

Clinical, immunologic and epidemiologic aspects of sporotrichosis, Dermat. Ib. Lat. Am. (Engl. Edit. 5: 209, 1969.

Se estudiaron en 1966, 23 casos de esporotricosis los cuales son analizados, en especial cuatro de ellos con características interesantes: uno tenía lesiones en piel cabelluda y como antecedente una picadura de insecto; otro tenía siones vegetantes en un tobillo seméjando tuberculosis verrucosa o cromomicosis; otro caso, originado por mordedura de un perro, presentó una esporotricosis que involucionó espontáneamente y otro más ocurrió en una enferma de lepra lepromatosa, dando una respuesta negativa a la esporotricina, pero el cultivo fue positivo para el *Sporothrix schenckii*. Se describen cuatro pequeñas epidemias familiares originadas por el contacto con la paja. No se ha comprobado en México, la relación entre la aparición de la esporotricosis y los cambios climáticos.

GRANULOMAS TRICOFITICOS Y MIX-
TO POR *CANDIDA ALBICANS* Y *TRI-
CHOPHYTON RUBRUM*

*Macotela-Ruiz, E.; López-Martínez, R.;
Carbajal-Rosado, M. y Ancona-Ala-
yón, A.*

Med. Cut. 4: 57, 1969.

Se comunican cuatro casos de granulomas tricoftico: dos de localización en las piernas, uno en los dedos de la mano y otro en la cara, causados por *T. rubrum*, así como un caso de granuloma mixto por *C. albicans* y *T. rubrum*. Se demostró ataque al estado general en dos pacientes (niños) y en otros dos, prediabetes. La investigación de proteínas por electroforesis mostró

aumento de la fracción gamma, pero no se observaron anomalías de las globulinas por el estudio inmunoelectroforético. Se hizo tratamiento sistémico, según la etiología y en el caso mixto, se obtuvieron buenos resultados parciales con el tratamiento local con anfotericina B en dimetilsulfóxido.

HEREDITARY DEFICIENCY OF THE SECOND COMPONENT OF COMPLEMENT (C2) IN MAN: CORRELATION OF C2 HEMOLYTIC ACTIVITY WITH IMMUNOCHEMICAL MEASUREMENTS OF C2 PROTEIN

Ruddy, S.; Klemperer, M. R.; Rosen, F. S.; Austen, K. F. y Kumate, J.

Immunology 18: 943, 1970.

En una familia con tres miembros afectados por una severa hipocomplementemia en C2, se estudiaron los nueve componentes del complemento (C) en los sueros de 16 miembros correspondientes a tres generaciones. El mecanismo de transmisión genética fue el autosómico recesivo, i.e.: los padres son heterocigotos y entre los hijos se encontraron homocigotos, heterocigotos y normales. El diagnóstico de la deficiencia en los heterocigotos se vio dificultado por la existencia de valores aumentados en C4, en ocasiones hasta del doble de los valores considerados como normales en la población abierta; el método más útil para el diagnóstico fue la electroinmuno-difusión de los sueros versus antisueros mono-específicos contra C2.

El análisis antigénico, los experimentos de reconstitución de C2 *in vitro*, así

como la relación constante entre la actividad de C2 y la concentración de C2, sugieren que el C2 sintetizado por los heterocigotos es indistinguible del formado por los individuos normales.

La oportunidad de comparar los niveles de C2 en la madre y en un hipocomplementémico al nacimiento, permite definir que el C2 no atraviesa la placenta. En ninguno de los tres casos estudiados se pudo encontrar evidencias que sugirieran la asociación de hipocomplementemia en C2 y un aumento en la susceptibilidad a las infecciones.

LA ESPECIFICIDAD INMUNOLÓGICA DE LOS ANTICUERPOS CONTRA PIRIDOXAL Y CONTRA FOSFATO-5'-DE PIRIDOXAL

Córdoba, F.; Rivera, P.; Calderón, J. y Agundis, C.

Immunochemistry 7: 543, 1970.

En conejos se produjeron anticuerpos específicos contra el piridoxal y el fosfato 5' de piridoxal, mediante la administración subcutánea de los haptenos acoplados con ureasa más ayudante de Freund. La especificidad de los anticuerpos fue analizada por doble difusión en gel (Ouchterlony) y por precipitación cuantitativa; la eliminación del efecto inmunogénico de la proteína transportadora (ureasa), se eliminó por la reacción de los anticuerpos con los haptenos conjugados a la seroalbúmina bovina. Los anticuerpos empleados en los experimentos de resonancia magnética fueron purificados por inmunoad-

sorción según el método del glutaraldehído de Avrameas en donde los antígenos fueron los haptenos acoplados al fibrinógeno.

La contribución del aminoácido que liga a los haptenos con las proteínas transportadoras, se estudió mediante la combinación covalente de los haptenos con aminos cuya cadena varió desde 2 a 6 carbonos, i.e.: etilamina, butilamina, isobutilamina y hexilamina. El análisis de la resonancia magnética nuclear de la piridoxamina y hexilpiridoxamina con los anticuerpos antipiridoxal y los correspondientes a la reacción entre el fosfato de piridoxamina y butilpiridoxamina fosfato con los anticuerpos vs fosfato de piridoxal, reveló los siguientes puntos como participantes en la reacción hapteno-anticuerpo:

1. El átomo de N del anillo piridínico.
2. El enlace covalente entre el N piridínico y el C de la cadena alifática.
3. La cadena metilénica del transportador.
4. El grupo fosfato en el caso de fosfato de piridoxal.

LA INDUCCION DE LA OVULACION CON EL CLOMIFEN EN EL SINDROME DE STEIN-LEVENTHAL

Hernández-Ayup, S. y Zárate, A.

Ginecología y Obstetricia de México
27: 727, 1970.

En un grupo de 30 pacientes cuyas edades estaban entre 16 y 31 años, en

quienes se estableció a satisfacción el diagnóstico de síndrome de Stein-Leventhal, emplearon los autores el citrato de Clomifen en tres esquemas de tratamiento a partir del 5o. día del sangrado inducido por clormadinona:

- 1) 50 mg de Clomifen al día, por 5 días.
- 2) 100 mg de Clomifen al día por 5 días.
- 3) 50 mg de Clomifen por 5 días, seguidos de 5000 U.I. de gonadotropina coriónica cada 12 horas por dos días. Se infiere que los tratamientos 2 y 3 se emplearon cuando fracasó el 1.

Los resultados fueron de ovulación en 20 de 41 ciclos del tratamiento No. 1, en 3 ciclos de 5 con el tratamiento No. 2 y en 4 de 11 ciclos con el tratamiento No. 3. En total se obtuvieron 17 embarazos, de los cuales 9 llegaron a término, dos fueron abortados, uno fue ectópico (tubario) y 5 estaban en evolución al escribir el artículo.

Comentan en su discusión los autores la efectividad bastante elevada del tratamiento y señalan la conveniencia de aplicarlo a las pacientes antes de someterlas a resección cuneiforme de los ovarios, ya que se pueden evitar operaciones innecesarias. Hacen notar que la dosis de 50 mg por 5 días es suficientemente eficaz y que los resultados no mejoran al incrementarla o agregarle gonadotropina coriónica.

Como explicación de la discrepancia entre el número de ovulaciones aparentes y la proporción mucho más baja de

embarazos obtenidos sugieren la posibilidad de luteinización del folículo sin ruptura auténtica y liberación del óvulo. Se trata de un artículo que relata una experiencia satisfactoria con un método de tratamiento hasta hace poco muy discutido o aún proscrito en la opinión de muchos autores. Al iniciarse el uso clínico de Clomifen hace ya 10 años, se señalaba como contraindicación la presencia de síndrome de Stein-Leventhal, porque con frecuencia se producían grandes quistes luteínicos de los ovarios; actualmente, y los resultados de los autores lo confirman, puede ser ésta una indicación precisa. La diferencia radica en que las dosis actualmente empleadas son mucho más bajas que las iniciales y se ve que, al paso que persisten o mejoran los buenos resultados, disminuyen los riesgos y efectos indeseables. En opinión de otros autores la discrepancia entre el número de ovulaciones y embarazos es explicable porque el propio Clomifen tiene un efecto antiestrogénico que podría influir sobre el endometrio y los mecanismos de implantación del huevo fecundado.

CARCINOMA PRIMARIO DE LA
TROMPA DE FALOPIO (6 CASOS
CLINICOS)

Urrutia Ruiz, M.

Ginecología y Obstetricia de México
28: 231, 1970

El carcinoma de la trompa de Falopio es una entidad clínica rara cuyo conocimiento data de 1886. Por su rareza misma se piensa poco en él y es uno de los motivos de diagnóstico tar-

dío. Hace el autor una revisión de la literatura al respecto y señala que la frecuencia puede estimarse alrededor del 0.24 a 0.25% de todos los cánceres ginecológicos. Las manifestaciones principales son: el dolor abdominal con diversos matices, escurrimiento vaginal inusual y masa palpable en uno de los anexos. Esta vaguedad de los síntomas contribuye a dificultar y retardar el diagnóstico.

Se refieren las historias clínicas resumidas de seis pacientes con este padecimiento, de los cuales dos fueron estudiados personalmente por el autor. Los datos más importantes se resumen en una tabla de la que resalta que el carcinoma tubario es propio de mujeres postmenopáusicas, de 46 a 60 años, con fertilidad generalmente baja o que han sido estériles, en las que los síntomas anotados tenían intensidad variable y que fueron sujetas a intervención quirúrgica por la presencia de una tumoración anexial o abdominal. El diagnóstico se hizo en el preoperatorio en un solo caso y se sospechó en otro, siendo en los demás hallazgo quirúrgico o del laboratorio de Anatomía Patológica.

El tratamiento consistió en histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral en tres casos, en dos de ellos seguidos de radioterapia externa y uno, simplemente sujeto a revisión periódica. En dos casos sólo se extirpó el anexo afectado y en uno sólo se hizo biopsia. Una paciente vive aparentemente sana a los 16 años de operada y otra tiene 4 meses en las mismas condiciones. Hay duda de la evolución de otra paciente y las tres restantes fueron

perdidas de vista. Termina el artículo con una serie de recomendaciones prácticas para el manejo de estos casos.

Es un artículo interesante por la revisión y puesta al día de este tema de la patología ginecológica y por reunir datos clínicos relativos a seis casos de un padecimiento tan poco común. Las llamadas de atención sobre la importancia de pensar en el diagnóstico oportunamente son muy pertinentes, ya que en

tres de los casos se practicó un tratamiento a todas luces insuficiente del problema, porque ni aún en el acto operatorio se hizo el diagnóstico correcto. Aunque no mencionada explícitamente, se percibe en el artículo la preocupación por uno de los problemas que con tanta frecuencia invalidan la evaluación de resultados y es la frecuente pérdida del control de las pacientes por deserción.