

señor editor:

En el suplemento de 1996 de La Gaceta, dedicado al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el doctor Carlos del Río, analiza algunos conceptos sobre el tratamiento de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Gac Méd Méx 1996;132 (Suppl. 1):125-31).

Al hablar de la azidotimidina (AZT), el doctor del Río comenta que las dosis de AZT de 500 mg/día tienen el mismo efecto y menor toxicidad que las dosis inicialmente recomendadas de 1200 a 1500 mg/día. El doctor del Río, mexicano, soslaya informacional respecto generada en nuestro país. A partir de 1990 hemos llevado a cabo y publicado varios estudios¹⁻⁶ para analizar la eficacia de dosis de 300 mg/día de AZT en el tratamiento de los pacientes infectados por VIH. En un grupo de más de 125 pacientes hemos podido demostrar que el empleo de 300 mg/día de AZT produce resultados similares a los descritos con dosis mayores, además de que se reducen considerablemente los efectos adversos, primordialmente mielotóxicos, del fármaco. La supervivencia a 2 y 5 años de los pacientes en estadios avanzados de la infección, tratados con 300 mg/día es de 60% y 18% respectivamente.^{4,5} cifras similares a las informadas con dosis de 1200 a 1500 mg/día.

Es posible reducir las dosis diarias de AZT que el doctor del Río recomienda en su escrito hasta 300 mg/día, lo que, además de abaratar costos a los pacientes, ha hecho que el tratamiento sea accesible a un mayor número de los mismos. Esta observación podría ser particularmente valiosa en sitios con economías desfavorables. Por esta misma razón, si el doctor del Río hubiera tenido en cuenta los estudios hechos en este país, se podrían modificar los costos del tratamiento de la Infección por VIH que él mismo calcula en otro trabajo del mismo suplemento (Gac Méd Méx 1996;132 (Suppl. 1):77-82).

W. Wayt Gibbs en su ya clásico escrito en *Scientific American*: "La ciencia perdida en los países del tercer mundo"⁷ se refiere al "efecto Mateo", con respecto a la conducta de soslayar,

algunas veces en forma deliberada, las colaboraciones originales de los autores y señala atinadamente que este efecto lesiona más a los científicos de los países en desarrollo.⁷ Es lamentable que los médicos mexicanos ignoren las aportaciones de otros médicos mexicanos y aún peor, en trabajos publicados en revistas médicas mexicanas.⁸⁻¹⁰

Dr. **Guillermo** José Ruiz Argüelles
Académico numerario

Centro de Hematología y Medicina Interna de Puebla y Laboratorios Clínicos de Puebla. 8-B Sur
3710 72530 Puebla, Pue.

Tel. (22) 43 81 00. Fax (22) 43 84 28

Referencias

1. Lobato-Mendizábal E, Ruiz Argüelles GJ, García-Gallardo E, Marín-López A, Marín-López E. Informe preliminar de las dosis bajas de azidotimidina (AZT) en el tratamiento de pacientes con estadio III de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Rev Invest Clin Méx 1990;42:88-92.
2. Lobato-Mendizábal E, Ruiz-Argüelles GJ. Las dosis bajas de azidotimidina, asociadas o no con aciclovir, son útiles en el tratamiento de pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1. Rev Invest Clin Méx 1992;44:161-8.
3. Rulz-Argüelles GJ. Pentoxifilina en SIDA, Rev Invest Clin Méx 1992;44:285-6 (carta).
4. Ruiz-Argüelles GJ, Alemán-Hoey DD, Mercado Diaz L. Zidovudine dosage. Brit Med J 1993;370:1423 (carta).
5. Ruiz-Argüelles GJ, Lagunes-Yannelli B, Mercado-Diaz L, Alemán-Hoey DD. Survival of patients with advanced HIV infection treated with 300mg/d of zidovudine: a prospective study. Rev Invest Clin Méx 1994;46:491-3.
6. Ruiz-Argüelles GJ, Anaya-Ruiz S, Lagunes-Yannelli B, Mercado-Diaz L. Estudio fase II de la administración secuencial de zidovudina (AZT) zalcitabina (ddC) y didanosina (ddl) a pacientes con infección avanzada por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1). Rev Med Int Méx 1994;10:61,3.
7. Gibbs WW. Lost science in the third world. Sci Am 1995;273:76-83.
8. Ruiz-Argüelles GJ. Carta al editor. Rev Invest Clin Mex 1983;35:267.
9. Alarcón-Segovia D. Carta al editor. Gac Méd Méx 1994;130:176.
10. Muñoz J. Carta al editor. Gac Méd Méx 1996;132:106-7.

Señor editor:

El artículo "Epilepsia mioclónica juvenil" (EMJ) de Francisco J Rogel-Ortiz, en efecto, de interés general y, con los siguientes comentarios, pretendo tanto apoyarlo como quizás contribuir para ampliar el panorama.

Dado que considero fundamental abreviar de las fuentes originales para bien entender y transmitir el conocimiento, en primer lugar ofrezco las deficiencias de Janz,¹⁻⁴ en donde él caracterizó esta modalidad ictal como pequeño *mal impulsivo* y la ubicó en el marco de su "Cuarteto de pequeño mal": -S. de West, -S de Lennox-Gastaut, -p.m. picnoléptico y -p.m. impulsivo (p.m.imp.), enunciados aquí en orden cronológico desde los meses hasta los veinte años de edad al momento de manifestarse clínicamente estos tipos de epilepsia.

Este ordenamiento es fundamental para el diagnóstico diferencial en la clínica epileptológica, pues toma en cuenta tanto desde la edad a la que preferentemente aparece cada una de estas peculiares formas de crisis, como también contempla sus posibles relaciones con diversos trastornos neurológicos, potencialmente causales de cada modelo modelo ictal, refiere sus rasgos electrográficos distintivos, fundamenta las indicaciones para estudios de gabinete y orienta respecto de las decisiones terapéuticas. Su razón de ser descansa tanto en los aspectos clínicos distintivos como en los biológicos relativos a los procesos de maduración del SNC.

En el caso de la EMJ la edad de inicio se extiende desde los diez hasta los veinte con un pico a los quince años. Con el apoyo del interrogatorio dirigido, se puede establecer que siempre comienza con los sacudimientos -pues aunque el término se acepte así, *stricto* senso no corresponden a mioclonias-predominantemente de los brazos y las manos, casi siempre en descargas de varias sacudidas seguidas, sin empañar el consciente; por lo común ocurren sólo una vez ese día aunque desde luego, como cualquier acceso puede devenir en serie o aun en estado epiléptico. Si bien no suelen suceder diariamente, sí tienden a repetirse de manera frecuente y su incremento anuncia evolución progresiva del mal. La ausencia se observa de manera ocasional y, a diferencia del

p.m. picnoléptico, son únicas, aisladas y habitualmente independientes de las sacudidas. Las convulsiones tónico-clónicas pueden aparecer simultáneas con el p.m. imp., pero lo habitual es que se desencadenen de uno a tres años después de iniciado el cuadro y, en no pocas ocasiones, no es sino hasta que esto ocurre que se plantea el diagnóstico de "epilepsia". Por cuanto al biotipo, se refiere preponderancia del leptosómico-asténico y sus particularidades. Las Rx simples de cráneo identificaron anomalías de la calota con esclerosis ósea, hiperostosis interna o aumento del grosor en un porcentaje significativo de casos. Los estudios de neuroimágenes más modernos poco aportan pues, en virtud de que, en general no se los considera indicados en tanto se trate de EMJ, no existen observaciones sistemáticas al respecto; esto no obsta para que, en el caso de realizar una investigación como la que aquí se comenta, fuera deseable incluirlos en el protocolo. Los escasos estudios neuropatológicos reportados apuntan cambios en el sentido de las microdisgenesias, hallazgos que parecen ocurrir también en otros tipos de crisis generalizadas "idiopáticas" y que merecen ser tomadas en cuenta en todo programa de investigación. El aspecto hereditario o factor genético, creo debe ser manejado *cum grano salis* pues, expresándolo como en el texto aquí comentado, puede provocar inquietud, desorientación y problemas interpretativos entre familiares y, sobre todo, en los pacientes puesto que ya, por edad, vislumbra su propia procreatividad. Los aspectos caracterológicos no se deben soslayar pues además de que se habla de adolescentes, en general tienden a la inconstancia, la irresponsabilidad, el reboto y la indisciplina, condiciones propiciatorias de disruptores para el éxito del tratamiento. Por último, en cuanto al medicamento de elección, se debe pensar en la primidona (Mysoline) como fármaco alternativo y, en no pocos casos, el de primera elección; la razón es la de que, por ser de carácter barbitúrico, es un fármaco decisivo para regular los trastornos del ritmo sueño-vigilia y propiciar las horas de sueño necesarias, cuya falta juega un papel desencadenante del p.m. imp., así como de las demás epilepsias generalizadas, cuyo suceso ocurre preferencialmente "al despertar"; esto además de que, para nuestro medio en general, el factor económico es en no pocas ocasiones

determinante para mantener la medicación de manera constante y, hoy por hoy, la primidona es el antiepileptico más económico y probablemente el más efectivo en los casos de modelos ictales que se asocian con la privación del sueño.

4. **Janz D.** Juvenile myoclonic epilepsy. Epilepsy with impulsive petit mal. *Cleve Clin J Med* 1989;56-1:23-33.

Agradezco la atención a la presente y reitero mi ofrecimiento para colaborar en aclarar cualquier posible duda pendiente.

Referencias

1. **Janz D, Christian W.** Impulsiv-Petitmal. *Dtsch Z Nervenheilk* 1957;176:348-386.
2. **Janz D.** Die Epilepsien. *Spezielle Pathologie und Therapie*. Stuttgart: G Thieme Verlag, 1969.
3. **Janz D.** Epilepsy with impulsive petit mal (Juvenile Myoclonic Epilepsy). *Acta Neurol Scand* 1985;72:449-459.

Atentamente

Dr. Med. Daniel Vasconcelos

Av. Baja California 180-302. México 06769 D. F.
Tels. 564 39 31, 905 508 1424 Fax 564 9606



La Sociedad de Cirugía del Hospital Juárez, S. C.

Invita al

"V curso internacional de inmunología y padecimientos alérgicos"

Profesor titular: Dr. Daniel Aguilar Angeles

Patrocinio: Sociedad de Cirugía del Hospital Juárez, S. C.

Sede: Hospital Juárez de México, SSA. Avenida Instituto Politécnico Nacional No. 5160, 07760, México, D. F.

Fecha del 7 al 11 de julio de 1997

Informes: Sociedad de Cirugía del Hospital Juárez, S. C.

Tel. 747 75 60 al 80, ext. 322-324. Fax 747 76 11

Señor editor:

"Society of Public Health", publicaseis números al año, los cuales contienen investigaciones originales en salud infantil, control de enfermedades contagiosas, manejo y provisión de los servicios de salud. Para suscripciones, enviar correspondencia al doctor. R.C.B. Slack. The Editor, Public Health, Department of Public Health Medicine and Epidemiology, University of Nottingham Medical School. Queens Medical Center. Nottingham NG7 2UH UK, Tel: 44(0) 1159 709309 Fax: 44(0) 1159 709316. Esta revista se puede localizar en Internet, para acceder a esta información teclee: <http://www.stockton-press.co.uk>

Dr. R.C.B. Slack.
Editor.

La Sociedad Mexicana de Ortopedia, invita a su III Curso Internacional sobre avances en Ortopedia Pediátrica, del 12-14 de junio de 1997. Sede,

Hospital Angeles del Pedregal. Informes con el coordinador: Dr. José de Jesús Larrondo, Tels 652-8789, 568-7466.

Objetivo: La Ortopedia Pediátrica dentro de la especialidades de vital importancia para estudiar el sistema musculoesquelético bajo dos grandes variables: Crecimiento y Desarrollo.

Nuestro objetivo es reunir cada año a los mejores especialistas del país y del extranjero para dar a conocer los últimos avances a la Comunidad ortopédica y mantener así un nivel científico de excelencia.

Temas:

- * Discrepancia en longitud de miembros inferiores.
- * Patología de cadera en el niño.
- * Patología del pie en el niño.
- * Resonancia magnética en ortopedia.
- * Traumatología infantil.
- * Padecimientos genético-ortopédicos más frecuentes y su manejo.

Dr. José de Jesús Larrondo.
coordinador.