

Informes SIIC

ESTUDIAN LA UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNETICA EN LA EVALUACION DE LA PARALISIS NO TRAUMATICA DEL NERVI PERONEAL

Investigación en 11 pacientes

Paldal-gu, Corea del Sur:

En los pacientes con parálisis no traumática del nervio peroneal, las imágenes por resonancia magnética permiten identificar el factor causal y presentan un buen grado de correlación con los resultados de los estudios electrofisiológicos en términos de la localización del nivel de la afectación.

Fuente científica:

[**Clinical Radiology** 62(1):58-64, Ene 2007] – aSNC

Autores

Kim JY, Ihn YK, Cho KH

Los quistes ganglionares representan la causa más común de parálisis no traumática del nervio peroneal.

El nervio peroneal, surgido del plexo sacro, presenta un curso anatómico que lo hace extremadamente vulnerable a la lesión. Las lesiones más frecuentes son aquellas secundarias a fracturas, dislocaciones, procedimientos quirúrgicos, aplicación de tracción esquelética o yesos muy apretados. Sin embargo, la parálisis del nervio peroneal también puede aparecer como consecuencia de lesiones no traumáticas, como mononeuritis, tumores nerviosos extrínsecos o intrínsecos, compresión extraneural por quistes sinoviales, quistes ganglionares o tumores óseos o de tejidos blandos. En el presente estudio, sus autores analizaron las imágenes obtenidas por resonancia magnética (RM) en una población de pacientes con parálisis no traumática del nervio peroneal, al tiempo que evaluaron la utilidad de las primeras con relación a los estudios clínicos y electrofisiológicos.

El estudio, de diseño retrospectivo, incluyó 11 pacientes con parálisis del nervio peroneal causada por lesiones no traumáticas y con diagnóstico realizado entre los años 1995 y 2005, a una edad promedio de 35.6 años. En cada caso se analizaron los datos correspondientes al examen neurológico, con énfasis en la función del nervio peroneal. La parálisis de este último fue clasificada en aguda, subaguda o crónica de acuerdo a la duración de los síntomas (<1 mes, 1 mes a 1 año o >1 año, respectivamente). Todos los pacientes fueron evaluados por imágenes de RM y estudios electrofisiológicos, los cuales incluyeron la electromiografía estándar y el estudio de conducción nerviosa.

Los pacientes analizados presentaban síntomas compatibles con parálisis del nervio peroneal, sin antecedente de traumatismo. En 8 casos se observó caída del pie y pérdida de la eversión de éste en el examen físico, mientras que 1 paciente presentaba debilidad progresiva en el pie de 2 años de duración. En los 8 pacientes con caída del pie, los resultados de los estudios electrofisiológicos demostraron anomalías, con lenta velocidad de conducción y reducción del potencial de acción nervioso motor en los músculos tibial anterior, extensor largo del dedo gordo y peroneal largo (n=7, parálisis del nervio peroneal común) o sólo en los dos primeros (n=1, parálisis del nervio peroneal profundo). Por su parte, 3 pacientes presentaron sólo cambios sensoriales en el dorso del

pie, y en ellos se observó una lenta velocidad de conducción y una reducción del potencial de acción motor nervioso sólo en el músculo peroneal largo (parálisis del nervio peroneal superficial). De acuerdo a las imágenes obtenidas por RM, las parálisis del nervio peroneal profundo, común o superficial en 6, 2 y 3 casos, respectivamente. La denervación fue aguda o subaguda en 8 casos, mientras que los 3 casos restantes presentaron imágenes compatibles con denervación crónica. En 9 casos se identificaron las causas de la parálisis en la RM, las cuales incluyeron quistes ganglionares (n=6), osteocondroma (n=1), quistes sinoviales (n=1) y aneurismas (n=1). Los 9 pacientes fueron sometidos a cirugía. De éstos, 7 casos, con parálisis aguda o subaguda del nervio peroneal, mejoraron después de la intervención, mientras que los 2 restantes, con parálisis crónica de dicho nervio no mejoraron después de la remoción del elemento causal. Los 2 pacientes sin causa aparente de la parálisis en las imágenes por RM recibieron tratamiento conservador; de ellos, un paciente, con neuritis idiopática, mejoró después de 1 mes de observación clínica, mientras que el restante, con neuropatía periférica asociada a cirrosis, no mostró mejoría. Los autores concluyen que, frente a la parálisis del nervio peroneal, se debe indicar la realización de estudios electrofisiológicos con el objeto de conocer el nivel de la afectación, mientras que a través de las imágenes obtenidas por RM pueden determinarse los factores causales de la lesión.

EL USO DE ESTATINAS NO AFECTA LA EVOLUCION DE LOS PACIENTES INTERNADOS POR NEUMONIA

Estudio en 3415 participantes

Edmonton, Canadá:

En los pacientes internados por neumonía adquirida fuera del ámbito hospitalario, el uso de estatinas no reduce el riesgo de mortalidad ni de requerir admisión en una unidad de cuidados intensivos.

Fuente científica:

[**BMJ** 333(7576):999-1001, Nov 2006] – aSNC

Autores

Majumdar SR, McAlister FA, Marrie TJ

En los pacientes con neumonía adquirida fuera del ámbito hospitalario (NAFAH), el uso de estatinas no reduce el riesgo de mortalidad ni la necesidad de internación en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Previamente, se ha sostenido que el empleo de estatinas durante el momento de adquisición de infecciones graves como neumonía se asociaba con una menor probabilidad de fallecer por sepsis o de requerir la internación en UCI. Por su parte, también se ha asociado el uso de dichos agentes con un efecto protector contra el cáncer, las fracturas por osteoporosis y la demencia. Sin embargo, en ningún ensayo clínico realizado sobre estatinas se ha demostrado la aparición de estos beneficios, por lo cual su observación en otro tipo de estudios podría explicarse por el efecto de sesgos o covariantes. Al respecto, los autores del presente artículo sostienen que el uso de estatinas podría ser propio de pacientes sanos o de aquellos que intentan estarlo, concepto que se denomina “usuario sano”. Por eso, los beneficios del empleo de estatinas con relación al menor riesgo de sepsis en los pacientes con NAFAH podrían estar asociados con el efecto del usuario sano, y no con acciones propias de los mencionados agentes. Con el objeto de determinar si el uso de estatinas efectivamente reducía el riesgo de mortalidad o de internación en UCI en pacientes con NAFAH, se llevó a cabo la presente investigación.

Los pacientes incluidos en el presente trabajo formaban parte de un estudio realizado entre los años 2000 y 2002 acerca de un abordaje clínico en adultos internados por NAFAH en 6 hospitales de Canadá. Dicho análisis comprendió la recolección de ciertos datos clínicos y de laboratorio, así como información sobre el estado funcional, las inmunizaciones previas y los fármacos empleados

en el hospital. Se consideraron como agentes empleados aquellos consumidos durante por lo menos 1 semana antes de la internación y durante ésta última.

Un total de 3 415 pacientes (mediana de edad de 75 años) fueron internados por NFAH, de los cuales el 10% empleaban estatinas y el 62% fueron considerados como de alto riesgo según el índice de gravedad de neumonía. Se observó que los pacientes que empleaban estatinas eran de mayor edad que los restantes y mostraban una probabilidad superior de presentar aterosclerosis, aunque, al mismo tiempo, mostraron una mayor tendencia a residir en sus propios hogares, presentar movilidad independiente, haber abandonado el hábito tabáquico y tener las inmunizaciones al día. Un total de 334 pacientes (10%) fallecieron, mientras que 351 fueron internados en UCI. El análisis univariado demostró que los pacientes que usaban estatinas presentaban un menor riesgo de fallecer o de ser internados en UCI con respecto a aquellos que no consumían dichos agentes (*odds ratio* de 0.75 y 0.84, respectivamente). Sin embargo, la inclusión de covariantes en el análisis demostró que el uso de estatinas no presentaba un efecto estadísticamente significativo en dichas evoluciones, tanto cuando éstas fueron consideradas por separado como cuando se evaluaron en forma conjunta. Por su parte, el modelo de análisis multivariado sí demostró el efecto significativo de la edad avanzada y la presencia de enfermedad cardíaca.

Los resultados del presente trabajo demuestran que entre los pacientes hospitalizados por NFAH, aquellos que usan estatinas no presentan una mejor evolución que los que no consumen dichos agentes. Al respecto, el efecto del "usuario sano" atribuido a los pacientes consumidores de estatinas podría haber actuado como una covariante en las observaciones previas que señalaban beneficios en los casos de sepsis.

LA PARTICIPACION EN PROGRAMAS DE AUTOCUIDADO REDUCE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS

Estudio en 812 participantes

Londres, Reino Unido:

En los pacientes de 50 años o más con osteoartritis de cadera o rodillas, la participación en un programa de autocuidado de la enfermedad disminuye los niveles de ansiedad y mejora su capacidad de manejar los síntomas de la enfermedad, aunque no modifica el grado de dolor asociado, el funcionamiento físico y la utilización de los servicios de atención primaria.

Fuente científica:

[**BMJ** 333(7574):879-882, Oct 2006] – aSNC

Autores

Buszewicz M, Rait G, Haines A

El programa evaluado en el presente trabajo acerca del autocuidado en pacientes con osteoartritis se asoció con una reducción en la ansiedad de éstos y con una mejoría en su capacidad de manejar los síntomas. Sin embargo, dicho programa no produjo efectos significativos sobre el nivel de dolor, el funcionamiento físico o el contacto de los pacientes con los servicios de atención primaria. En el Reino Unido, país de los autores del presente trabajo, actualmente el gobierno promueve la creación de programas en los centros de atención primaria, dirigidos al autocuidado de los pacientes con una variedad de enfermedades crónicas. Al respecto, los autores sostienen que en los pacientes con osteoartritis, la participación en un programa de automanejo de dicha enfermedad podría asociarse con una mayor efectividad clínica que la observada con la provisión aislada de folletos informativos. Con el objeto de evaluar dicha hipótesis, llevaron a cabo esta investigación.

El estudio incluyó 812 pacientes >50 años, con osteoartritis en cadera, rodillas o ambas localizaciones y con dolor o discapacidad funcional. En forma aleatoria, los pacientes fueron

divididos en 2 grupos. El primero de éstos fue asignado a participar en 6 sesiones de un programa de automanejo de la artritis y a recibir un folleto informativo sobre la enfermedad, mientras que el segundo grupo sólo recibiría este último. El mencionado programa se basó en un modelo desarrollado en EE.UU. sobre la teoría cognitiva. Los resultados de ambas intervenciones fueron evaluados a través de cuestionarios, los cuales fueron completados por los participantes en el momento de su inclusión en el estudio y después de 4 y 12 meses. La principal evolución por estudiar fue la calidad de vida, la cual fue medida a través del cuestionario SF-36.

La edad promedio de los pacientes fue de 68 años, y el 66% de éstos era de sexo femenino. Las respuestas del cuestionario sobre calidad de vida demostraron una tendencia a la mejoría de los aspectos relacionados con la salud mental en el grupo que participó en el programa de autocuidado. A su vez, el dolor, la rigidez y el funcionamiento físico, elementos componentes del índice de osteoartritis empleado, no demostraron significativas diferencias entre los distintos momentos de evaluación, aunque el grupo que participó en el programa mostró una tendencia favorable en dichos aspectos. Por su parte, los resultados del cuestionario referido a la presencia y grado de ansiedad y depresión demostraron que los puntajes de la primera variable se redujeron significativamente a los 12 meses en el grupo que participó en el programa. Los puntajes referidos a la depresión también se redujeron a los 4 meses, aunque dicha reducción no se observó 8 meses después. Por último, en ninguno de los 2 grupos analizados se constataron diferencias en la frecuencia de consultas a los médicos generalistas entre el inicio del estudio y la finalización de éste.

Los resultados del presente trabajo demuestran que en los pacientes con osteoartritis, la participación en un programa de automanejo de su enfermedad reduce los niveles de ansiedad y mejora la capacidad de manejar los síntomas de la enfermedad. Sin embargo, esta intervención no modifica el grado de dolor percibido, el funcionamiento físico ni la frecuencia de consultas a los profesionales de atención primaria. Al respecto, los autores sostienen que aún no se conoce con claridad la mejor manera de proveer esta intervención y que los indicios disponibles hasta el momento no parecen justificar la implementación de una política de reclutamiento activo de pacientes a partir de los servicios de atención primaria.

DESCRIBEN LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES DIABETICOS SOMETIDOS A UNA INTERVENCION QUIRURGICA

Se debe evitar los incrementos y las reducciones en los niveles de glucemia

Columbia, EE.UU.:

Los pacientes con diabetes que van a ser sometidos a una cirugía deben ser evaluados cuidadosamente en forma previa al procedimiento con el objeto de identificar y manejar las complicaciones de la primera entidad. El manejo durante la intervención depende si ésta incluye la administración de anestesia general, ya que mientras que en las cirugías menores la insulina puede ser administrada en forma subcutánea, en las mayores el control de la glucemia requiere de la infusión continua de dicha hormona.

Fuente científica:

[**Journal of the American Academy of Physician Assistants (JAAPA)** 20(4):36-45, Abr 2007] – aSNC

Autores
Rizvi AA

En los pacientes con diabetes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico, el manejo de la primera entidad depende de varios factores, como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el tipo de cirugía por realizar. Tanto la hipoglucemia como la hiperglucemia pueden ser nocivas y deben ser evitadas.

Cuando los pacientes diabéticos son sometidos a una cirugía se interrumpe su patrón de alimentación, por lo cual deben realizarse ajustes en el plan terapéutico para evitar el incremento

de morbilidad en esta población. La hiperglucemia en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos se asocia con la aparición de efectos adversos, como la duración más prolongada de la estadía hospitalaria y una mayor prevalencia de infección de la herida. Por su parte, la presencia de neuropatía autonómica cardíaca, respiratoria y gastrointestinal pueden producir inestabilidad hemodinámica, movilidad intestinal anormal y niveles erráticos de glucemia. El estrés de la cirugía y la anestesia aumentan la secreción de epinefrina y cortisol, las cuales antagonizan la acción de la insulina. De esta manera, la falta de consideración terapéutica del incremento en la demanda de insulina en esta situación puede determinar la aparición de hiperglucemia y cetoacidosis. En forma previa al procedimiento, los pacientes diabéticos deben ser cuidadosamente evaluados con el objeto de identificar o estabilizar las complicaciones. Con relación al control glucémico, el uso de agentes orales debe ser interrumpido 24 horas antes de la intervención, mientras que en el caso de los pacientes tratados con insulina, los controles de glucemia deben realizarse antes de las comidas, 2 horas después de éstas y antes de acostarse en las noches durante varias semanas previas a la cirugía. Esto último tiene por objeto mejorar el control de la glucemia y evitar sus excesos o reducciones. El tratamiento más apropiado para ser instaurado antes de la intervención es la administración de una combinación de insulina de acción prolongada y otra de acción corta para ser administrada en bolo.

No existe un consenso general con relación a los niveles de glucemia esperados durante el período perioperatorio, aunque sí se han establecido algunas recomendaciones por parte de diferentes organizaciones. Al respecto, los especialistas de *American Academy of Endocrinology* establecen como umbral de glucosa para los pacientes internados en unidades de cuidados intensivos, un nivel de 110 mg/dl, mientras que en aquellos internados en unidades intermedias, los niveles de glucemia preprandiales y posprandiales deberían ser <110 y 180 mg/dl, respectivamente. En las cirugías menores (sin anestesia general), los pacientes tratados con agentes orales reciben un bolo de insulina en forma subcutánea si los niveles de glucemia son mayores de 120 mg/dl, al tiempo que se mantiene un goteo de solución de dextrosa al 5% a 100 ml/hora. Las medicaciones son retomadas una vez que se reestablece la alimentación del paciente. Por su parte, aquellos tratados con insulina deben aplicarse de la mitad a dos tercios de su dosis habitual la mañana previa a la cirugía. Como en el caso anterior, la glucemia es medida cada 2 ó 3 horas durante el procedimiento, con el mismo manejo. A su vez, en las cirugías mayores (con anestesia general) la hiperglucemia es mejor manejada a través de una infusión continua de insulina, la cual debe iniciarse de 2 a 3 horas antes de la intervención.

Los pacientes diabéticos hospitalizados para ser intervenidos quirúrgicamente deben ser manejados a través de un equipo multidisciplinario de profesionales. De esta manera, el objetivo será mejorar la implementación del tratamiento y alcanzar los estándares establecidos en el cuidado de esta población en dichas situaciones.

DESCRIBEN LOS AGENTES EMPLEADOS PARA MANEJO DE LA EMESIS POR QUIMIOTERAPIA

El control de estos síntomas es necesario para evitar complicaciones y mejorar la adhesión al tratamiento

Letterkenny, Irlanda:

En los pacientes sometidos a quimioterapia, las náuseas y vómitos afectan significativamente su calidad de vida y pueden producir deshidratación o trastornos electrolíticos. Entre los agentes empleados para evitar su aparición se incluyen los antagonistas de los receptores serotoninérgicos o dopaminérgicos, los corticosteroides y las benzodiazepinas.

Fuente científica:

[**British Journal of Hospital Medicine** 67(8):410-413, Ago 2006] – aSNC

Autores

Zubairi IH

El conocimiento acerca de los complejos procesos que determinan la aparición de náuseas y vómitos asociada a la quimioterapia ha determinado el descubrimiento de nuevos y efectivos tratamientos contra estos síntomas.

En los pacientes que reciben quimioterapia, las náuseas y vómitos pueden afectar gravemente su calidad de vida y determinar la aparición de complicaciones como deshidratación, trastornos del equilibrio electrolítico y anorexia. Las náuseas y vómitos asociados con la quimioterapia (NVAQ) pueden aparecer dentro de las primeras 24 horas de administración de la segunda (en cuyo caso responden al tipo agudo) o aparecer después de dicho momento y persistir por 6 ó 7 días. Existen ciertos factores que aumentan el riesgo de presentar NVAQ, que incluyen el sexo femenino, el antecedente de vértigo ante el movimiento y los niveles elevados de ansiedad. Los agentes quimioterápicos varían en su potencial de causar emesis. De acuerdo a esto, estos fármacos son agrupados en 5 categorías, según la frecuencia de esta complicación sea muy elevada (>90%), elevada (60 a 90%), moderada (30 a 60%), baja (10 a 30%) o muy baja (<10%).

La administración de quimioterapia determina la formación de radicales libres, los cuales, a su vez, estimulan la liberación de serotonina por parte de las células enterocromafines del intestino. La serotonina estimula receptores en las neuronas aferentes vagales abdominales, las que terminan en forma directa en el núcleo del tracto solitario. La estimulación de dicha área determina la aparición de náuseas y vómitos. La quimioterapia también induce la liberación de sustancia P, la cual estimula receptores de neuroquinina-1 y, de esta manera, determina la aparición de emesis. Otros factores que podrían participar en la respuesta emética a la quimioterapia son la histamina, la acetilcolina, el ácido *gamma*-aminobutírico (GABA) y las endorfinas.

Los fármacos empleados en el manejo de las NVAQ son los antagonistas de los receptores de serotonina, corticosteroides, antagonistas de la sustancia P, cannabinoides, benzodiazepinas, benzamidas sustitutas (metoclopramida), butirofenonas, fenotiazinas, antagonistas histamínicos y antagonistas dopaminérgicos y serotoninérgicos combinados. Los antagonistas de la serotonina, en combinación con los corticosteroides, son considerados como la terapia estándar contra las NVAQ. Esta clase de agentes incluye el ondansetrón, el ganasetrón y el palonosetrón, cuyos efectos adversos importantes comprenden cefalea, constipación, diarrea, elevación de las enzimas hepáticas y reacciones alérgicas. La metoclopramida y las butirofenonas previenen las NVAQ a través del bloqueo de los receptores dopaminérgicos de tipo D₂. Los efectos adversos de la primera incluyen erupciones cutáneas, alergias y efectos piramidales, mientras que entre los correspondientes al segundo grupo se incluyen estos últimos, la hipotensión y la sedación. Las fenotiazinas actúan principalmente a través del bloqueo de la acción dopaminérgica sobre las zonas quimiorreceptoras, y pueden producir reacciones extrapiramidales, sedación, hipotermia y síndrome neuroléptico maligno. Los antagonistas de los receptores de neuroquinina-1 bloquean la acción central de la sustancia P liberada en respuesta a la quimioterapia, e incluyen al agente aprepitant. Los cannabinoides actúan a través de mecanismos centrales que producen euforia, alteración de las sensaciones y pérdida de la memoria; entre sus efectos adversos se incluyen el

síndrome de abstinencia agudo, sedación, sequedad bucal, hipotensión ortostática, vértigo y ataxia. Entre las benzodiazepinas, el lorazepam y el alprazolam son empleados en conjunción con otros antieméticos. Sus efectos adversos incluyen somnolencia, confusión, ataxia y dependencia. Por su parte, entre los agentes antihistamínicos, se emplea la ciclizina, que puede producir, como efectos adversos, somnolencia, sequedad bucal, visión borrosa, taquicardia y retención urinaria. Por último, la olanzapina es un antipsicótico atípico con actividad antagonista selectiva contra receptores serotoninérgicos, dopaminérgicos, muscarínicos, histamínicos (H_1) y adrenérgicos ($alpha_1$). Sus efectos adversos comprenden hipotensión postural, bradicardia, convulsiones y síndrome neuroléptico maligno.

Las actuales estrategias terapéuticas contra las NVAQ evitan la aparición de estos síntomas aún frente a esquemas altamente emetogénicos. A través del uso de estos agentes se mejora la calidad de vida y, en consecuencia, se asegura en mayor medida la adhesión de los pacientes al tratamiento quimioterápico.

DESCRIBEN LOS ASPECTOS BIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DE LOS SÍNDROMES TALASEMICOS

Análisis de los genotipos y fenotipos de la enfermedad

Herlev, Dinamarca:

Los síndromes talasémicos comprenden un conjunto de enfermedades en las cuales se produce la abolición o reducción de la síntesis de diferentes cadenas de globina presentes en la hemoglobina. El genotipo heredado determina el tipo de cadena afectada y la gravedad de las manifestaciones clínicas asociadas.

Fuente científica:

[**Scandinavian Journal of Clinical & Laboratory Investigation** 67(1):11-26, 2007] – aSNC

Autores

Birgens H, Ljung R

La talasemia representa una enfermedad endémica en la región del Mediterráneo, el Medio Oriente, India y el sudeste de Asia, y su frecuencia también es elevada en África Subsahariana. Los síndromes talasémicos son causados por la presencia de lesiones genéticas que eliminan o reducen la síntesis de las cadenas de globina en la hemoglobina (Hb) humana. De esta manera, se altera el equilibrio en la producción de cadenas α y no- α , las cuales, en condiciones normales, presentan idénticas tasas de síntesis. En las talasemias β y $\delta\beta$ se observa un exceso de cadenas α , mientras que en la talasemia α se constata un aumento de las cadenas β (en el feto, se observa incremento de las cadenas γ).

En la talasemia β , la síntesis de cadenas γ persiste después del nacimiento, aunque no resulta suficiente con relación a la producción de cadenas α . En esta entidad se produce anemia como consecuencia de una eritropoyesis inefectiva, mediada, probablemente, por una apoptosis acelerada de los precursores de los eritrocitos en la médula ósea y por una menor supervivencia de estas células. El aumento de los niveles de eritropoyetina incrementa la actividad de la línea eritroide en la médula ósea, lo cual se asocia con una variedad de anomalías esqueléticas como osteopenia, osteoporosis, adelgazamiento o hipertrofia del hueso y deformidades de la cara o el cráneo. Los pacientes con talasemia β presentan un aumento progresivo del depósito de hierro, inducido por el aumento de la absorción intestinal (provocada por la eritropoyesis inefectiva) o por las transfusiones regulares. El exceso en este depósito representa en la actualidad la principal causa de morbilidad y mortalidad en los pacientes con esta entidad. La concentración de HbF usualmente es elevada. Por su parte, en la talasemia α , las cadenas β y γ son más solubles que las α , por lo que la precipitación de los precursores eritroides es mucho menor a la observada en los

pacientes con talasemia β . Las cadenas β y γ gradualmente se polimerizan para formar tetrámeros como β_4 en los adultos y γ_4 durante el desarrollo fetal (Hb H y Bart, respectivamente). Las Hg con dichos tetrámeros presentan una elevada afinidad por el oxígeno, por lo que no son útiles como transportadores de este último.

Los recién nacidos con talasemia β son asintomáticos al momento del nacimiento, pero posteriormente presentan síntomas como consecuencia de la abolición del cambio normal de HbF a HbA durante los primeros 6 meses de vida. El tratamiento de la talasemia β mayor (pacientes homocigotas con dos alelos β_0) consiste en la realización regular de transfusiones de eritrocitos cada 2 ó 4 semanas. El principal objetivo de estas intervenciones comprende la corrección de la anemia, con supresión de la eritropoyesis y reducción de la absorción de hierro en el tracto gastrointestinal. No existen concentraciones establecidas de Hb a partir de las cuales se indica la iniciación del programa de transfusiones, ya que esto varía en cada paciente. Sin embargo, la mayoría de los niños comienza a requerir transfusiones frente a la presencia de síntomas y con concentraciones de Hb menores de 70 g/L. Las transfusiones producen sobrecarga en los depósitos de hierro, por lo que éstos deben ser estrictamente controlados. El agente quelante más frecuentemente empleado es la desferroxamina. La curación definitiva de la talasemia se logra a través del trasplante de médula ósea. Al respecto, la presencia de hepatoesplenomegalia y fibrosis portal y la mala adhesión a la terapia quelante representan los tres factores de riesgo más importantes asociados con la probabilidad de supervivencia general y con la supervivencia sin eventos. Por su parte, en los pacientes con talasemia β intermedia (homocigotos con alelos β^+ de talasemia leve o heterocigotos con el genotipo β_0/β^+), la gravedad del fenotipo puede variar en forma considerable y no siempre puede predecirse la evolución clínica a partir del genotipo. Por ejemplo, la herencia simultánea de talasemia α reduce el exceso de las cadenas α y determina la presencia de un fenotipo de menor gravedad. Las formas leves de talasemia α no representan un problema clínico grave. La enfermedad de HbH, con afectación de 3 genes, usualmente se asocia con anemia hemolítica. También puede producirse sobrecarga de hierro, aunque ésta es menos grave que la observada en la talasemia β .

Los síndromes talasémicos representan entidades con alteración en la síntesis de las cadenas de globina de la Hb, cuyo fenotipo varía según el tipo de cadena afectada y el genotipo observado.

EVALUAN LA EFICACIA DE LA CITOLOGIA TIROIDEA EN EL ESTUDIO ETIOLOGICO DE LESIONES

Investigación de los métodos citológicos convencional y de capa fina

Roma, Italia:

En la evaluación de lesiones tiroideas, la obtención de muestras por aspiración con aguja fina se asocia con elevadas tasas de sensibilidad, especificidad y precisión diagnóstica. A su vez, la implementación del método de citología de capa fina se asocia con una reducción de los casos de diagnóstico inadecuado o indeterminado con respecto a lo observado con la técnica convencional.

Fuente científica:

[**Thyroid** 16(10):975-981, Oct 2006] – aSNC

Autores

Fadda G, Rossi ED, Vecchio FM

En el estudio de las lesiones tiroideas, la citología de capa fina (CCF) resulta eficaz como método de procesamiento de la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), con reducción de la frecuencia de diagnósticos inadecuados o indeterminados.

El objetivo de los autores del presente trabajo fue evaluar la eficacia de la citología tiroidea procesada por CCF en el diagnóstico etiológico de las lesiones. Al respecto, la CCF, originalmente

desarrollada para el estudio de muestras cervicales, parece asociarse con buenos resultados en el estudio inmunohistoquímico de los cortes con respecto a lo observado con las muestras convencionales. Sin embargo, se ha objetado que la técnica de CCF podría alterar la morfología de las lesiones, lo cual determinaría el establecimiento de diagnósticos incorrectos.

El análisis comprendió 2006 muestras tiroideas obtenidas por BAAF durante el año 2004 y procesadas por CCF, mientras que aquellas obtenidas durante los años 2002 y 2003 (1 718 y 1 612 casos, respectivamente), procesadas tanto por CCF como por el método convencional, fueron utilizadas como casos de control. Un total de 311 pacientes correspondientes al grupo de casos estudiados en el año 2004 (15.5%) fueron sometidos a cirugía, con tinción de las muestras obtenidas durante dicha intervención a través del método hematoxilina-eosina. A través de la evaluación de la correlación entre los métodos citológico e histológico se determinaron las tasas de sensibilidad, especificidad, precisión diagnóstica, valor predictivo negativo y valor predictivo positivo del método de BAAF.

Entre las muestras obtenidas en el año 2004, el 61.4% comprendieron lesiones benignas (principalmente tiroiditis), mientras que el 2.5% correspondieron a neoplasmas malignos (en la mayoría de los casos, carcinoma papilar). Entre las muestras de los años 2003 y 2002, las respectivas proporciones correspondientes a lesiones benignas fueron de 55.2% y 48%, mientras que las lesiones malignas representaron el 3.3% y el 3.1% de los casos, respectivamente. A través del análisis de la correlación cito-histológica se observó que 98 lesiones benignas y 30 lesiones malignas diagnosticadas por BAAF fueron confirmadas en el estudio histológico. Las respectivas tasas de diagnósticos inadecuados durante los años 2002, 2003 y 2004 fueron de 18.2%, 13.3% y 11.3%, mientras que las tasas de diagnósticos indeterminados fueron de 24.8%, 20.7% y 16.9%, respectivamente. Por su parte, las tasas de sensibilidad, especificidad y precisión diagnóstica de la BAAF variaron entre 80% y 100%.

Los resultados del presente trabajo demuestran que en el estudio de las lesiones tiroideas, la obtención de muestras por BAAF para su estudio citológico se relaciona con elevadas tasas de sensibilidad, especificidad y precisión diagnóstica. El procesamiento de los especímenes obtenidos a través del método de CCF reduce los casos de diagnóstico inadecuado o indeterminado, con una excelente correlación entre sus resultados y los hallazgos del estudio histológico de las muestras obtenidas quirúrgicamente. Además, la implementación de la técnica de CCF permite la aplicación de métodos de inmunohistoquímica y de biología molecular para investigaciones diagnósticas adicionales.