

Resúmenes SIIC de trabajos recientemente editados por revistas, generales y especializadas, de alcance internacional.

La deficiencia de hierro favorece la formación de cálculos biliares

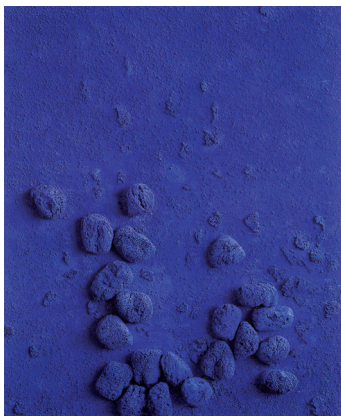
Indian Journal of Surgery 68(2):80-83, Abr 2006

Amritsar, India

Los resultados del presente estudio demostraron que los bajos niveles de hierro sérico producen sobresaturación de la bilis con respecto al colesterol, lo que conduce a su vez a la formación de cálculos biliares.

La búsqueda de diversos factores predisponentes para la patología lleva a la deficiencia de hierro como un nuevo e interesante factor etiológico para la formación de los cálculos biliares. Este trastorno puede producir síntomas o, en la mitad de los casos, continuar asintomático, por lo que generalmente se detecta por medio de la ecografía abdominal. Deben reunirse 3 condiciones para que sea posible la formación de cálculos biliares de colesterol: 1) la bilis debe estar sobresaturada con colesterol, 2) la nucleación debe ser cinéticamente favorable y 3) los cristales de colesterol deben permanecer en la vesícula biliar el tiempo suficiente como para aglomerarse en forma de "piedras".

Se ha demostrado que la deficiencia de hierro altera la actividad de varias enzimas hepáticas, lo que produce aumento de la saturación del colesterol en la vesícula biliar e inducción de la formación de cristales de ese lípido. El mineral actúa como coenzima de la óxido nítrico sintetasa, la que además de producir óxido nítrico es de importancia para el



mantenimiento del tono basal de la vesícula biliar y la normal relajación. Se encontró que la deficiencia de hierro alteraba la motilidad de la vesícula y del esfínter de Oddi, lo que conduce a la estasis biliar y al incremento de la formación de cristales de colesterol en la bilis presente en la vesícula biliar.

El presente ensayo, de tipo retrospectivo y aleatorizado, se efectuó entre febrero de 2003 y julio de 2004 e incluyó 50 pacientes con diagnóstico confirmado de cálculos biliares. Del total, el 80% eran mujeres y la mayoría (31%) presentaba la clásica tríada sintomática: dolor en epicondrio derecho, náuseas o vómitos y dispepsia con flatulencias. Los niveles del colesterol sérico

de los pacientes analizados no difirieron de los de la población general, si bien fueron significativamente más elevado en los individuos anémicos en comparación con los no anémicos ($p < 0.0001$).

Según los autores, la disminución del nivel del hierro sérico es responsable de la sobresaturación con respecto al colesterol, y este hecho produce la formación de cálculos en la vesícula biliar.

Información adicional en www.siicalud.com/dato/dat049/06621007.htm

Alta incidencia de tromboembolismo pulmonar en pacientes con cáncer

Clinical Radiology 61(1):81-85, Ene 2006

Hull, Reino Unido

Más de 1 de cada 40 pacientes oncológicos presenta embolia pulmonar (EP) central incidental visible en las imágenes por tomografía computarizada (TC) realizadas para el estudio de la entidad. En los pacientes con enfermedades malignas existe un riesgo incrementado de EP. Este riesgo parece ser 4 veces superior al correspondiente a la población general y aumenta hasta 6 veces cuando el paciente recibe quimioterapia. Las tasas de EP varían entre 1% y 43% según el tipo de tumor, su estadio y el régimen quimioterápico. En una proporción significativa de individuos con EP se manifiesta en forma no específica o es asintomática. La EP incidental es detectada ocasionalmente durante las TC realizadas para la estadificación o el seguimiento de los pacientes oncológicos.

El estudio, de diseño prospectivo, incluyó 385 TC de tórax consecutivas realizadas a pacientes oncológicos durante un periodo de 9 meses entre 2003 y 2004. Todas las imágenes fueron evaluadas por un radiólogo experto como parte del informe estándar. Del total de la población estudiada, 51% eran de sexo masculino, y la edad promedio fue de 61 años. Diez pacientes presentaron EP visible en la TC; en 9 de ellos no había sido observada antes, mientras que en el restante había sido notada en forma incidental en una TC de estadificación realizada hacía 8 semanas. De los 10 pacientes con EP, 7 eran de sexo masculino, y la media de la edad fue de 65 años. En dos de estos pacientes se realizó un angiograma pulmonar para la confirmación del diagnóstico; en ambos casos, la sospecha fue corroborada. En los restantes 8 pacientes los defectos del relleno en las imágenes fueron de tal magnitud que no se consideró la necesidad de confirmar el diagnóstico de EP a través de la realización de un angiograma pulmonar. Los pacientes con EP se encontraban bajo tratamiento

quimioterápico o lo habían completado recientemente. Por su parte, ninguna entidad maligna en particular resultó predominante sobre las demás (3 casos fueron de cáncer de esófago, 3 linfomas, 2 de cáncer de colon, 1 de cáncer gástrico y el restante fue un caso de cáncer de mama).

Los pacientes con cáncer usualmente son sometidos a múltiples TC como parte de la estadificación de su enfermedad y el control de su tratamiento. La revisión del árbol arterial en estos estudios podrá revelar la presencia de EP en un porcentaje pequeño pero potencialmente significativo desde el punto de vista clínico, del total de casos. El diagnóstico certero de EP a partir de un defecto de relleno en una TC con cortes gruesos puede resultar dificultoso y producir la determinación de falsos positivos. El criterio diagnóstico incluye la visualización de un acúñamiento en un polo o de una apariencia "en vías de ferrocarril", donde el émbolo se encuentra circundado por un refuerzo del contraste; este defecto de relleno debe ser constatado en 2 o más cortes consecutivos. Los pacientes con EP diagnosticada en forma incidental deberían ser tratados con anticoagulantes, excepto aquellos en los cuales existen contraindicaciones.

Los autores concluyen que, cuando se realizan TC torácicas en el manejo de los pacientes con cáncer, se debe revisar en forma sistemática el árbol arterial en búsqueda de una EP incidental, la cual se observará en el 2.6% de los casos. Los avances tecnológicos determinarán que las TC de seguimiento de estos pacientes presenten una colimación más fina, lo que aumentará la precisión de la detección de EP centrales y determinará la observación incidental de más defectos periféricos.

Información adicional en www.siicalud.com/dato/dat047/06315004.htm

Fuerte asociación entre la infección por el virus de la hepatitis C y la diabetes

Journal of Diabetes and its Complications 20(2):113-120, Mar 2006

Dallas, EE.UU.

Se sabe que la enfermedad hepática causa diabetes tipo 2. Desde el descubrimiento del virus de la hepatitis C (VHC) en 1989, se ha dirigido la atención hacia la asociación entre la infección y la posterior aparición de diabetes. El efecto del VHC sobre el hígado se caracteriza por inflamación y fibrosis lentamente progresiva, con aparición de cirrosis y carcinoma. La infección por el VHC es reconocida actualmente como una enfermedad sistémica que comprende el metabolismo lipídico, el estrés oxidativo, la función mitocondrial, la expresión genética y las vías de señalización. Los principales factores de riesgo de diabetes en los pacientes infectados por el VHC son la edad avanzada, la obesidad, el genotipo 3 del virus, la fibrosis hepática grave, el antecedente familiar de diabetes y el trasplante hepático y renal. Estudios preliminares han sugerido que la existencia conjunta de la infección por VHC y VIH se asocia con un mayor riesgo de presentar diabetes. Sin embargo, el papel del VIH propiamente dicho o de la exposición a los inhibidores de la proteasa en este riesgo aumentado aún no resulta claro.

En la infección crónica por VHC se observan con frecuencia alteraciones en el metabolismo lipídico y de carbohidratos en el hígado. La esteatosis hepática está presente en el 50% de los casos, y el genotipo 3 del virus se asocia con esta complicación en forma particular. El VHC podría causar directamente la acumulación de grasa en los hepatocitos a través de la alteración de la expresión del gen relacionado con el receptor retinoide X. Además, existen indicios de que hay una asociación entre la infección por VHC y la resistencia a la insulina, lo que determina la aparición de diabetes tipo 2. La combinación de esteatosis y resistencia a la insulina comparte varias características con la enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA), la cual frecuentemente se acompaña de diabetes. La resistencia a la insulina podría ser una consecuencia

de la esteatosis causada por el VHC. Más aun, la esteatosis hepática determina una menor respuesta a la terapia contra el VHC probablemente debido a que la hiperinsulinemia reduce el efecto del interferón. Se ha sostenido que la resistencia a la insulina podría estar causada por un efecto directo de las proteínas del VHC sobre las vías de señalización de dicha hormona. El factor de necrosis tumoral alfa es una citoquina proinflamatoria cuya expresión se correlaciona en gran medida con el grado de enfermedad hepática y de resistencia a la insulina. Este factor podría inducir la resistencia a la insulina por diversos mecanismos, directos e indirectos. Se ha observado la existencia de un efecto citopático del VHC sobre las células de los islotes pancreáticos, el cual se asocia con cambios celulares morfológicos y con la reducción de la liberación de insulina estimulada por la glucosa.

El interferón alfa es el tratamiento estándar de la hepatitis C, a pesar de que logra la depuración viral en menos de la mitad de los pacientes y de que no es bien tolerado debido a sus efectos adversos. El interferón se asocia con una mejora de la tolerancia a la glucosa a través del aumento de la depuración de la glucosa hepática y la reducción de los ácidos grasos libres. Sin embargo, este agente también puede aumentar la autoinmunidad de base contra las células beta, lo que determina la aparición de una diabetes tipo 1 manifiesta frente a la cual existe predisposición genética.

Los autores concluyen que, debido a la actual epidemia de diabetes tipo 2, la asociación de esta entidad con la infección por VHC podría representar un problema sanitario de gran importancia.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat049/06712002.htm

La morbilidad psiquiátrica afecta la evolución de las afecciones dermatológicas

Indian Journal of Dermatology 51(1):18-22, Ene 2006

Malatya, Turquía

Los trastornos psicopatológicos son altamente prevalentes entre los pacientes con afecciones dermatológicas, y la relación entre ambas patologías puede establecerse porque: 1) la aparición de lesiones dérmicas y la progresión crónica de la enfermedad afecta la calidad de vida y la actividad social y laboral, por lo que la morbilidad psiquiátrica puede aparecer como una complicación; 2) en forma menos frecuente, las lesiones en la piel pueden ser el resultado de patologías inicialmente psicológicas como el trastorno obsesivo compulsivo y los delirios; 3) tanto los hallazgos dermatológicos como las afecciones psiquiátricas pueden aparecer en forma secundaria a patologías como el lupus eritematoso sistémico; 4) algunas drogas, como los corticoides, utilizadas para los tratamientos dermatológicos pueden desencadenar síntomas psiquiátricos, y el litio y algunas medicaciones antipsicóticas pueden provocar patologías dermatológicas. La prevalencia de las patologías psiquiátricas en los pacientes con cuadros dermatológicos oscila entre el 25% y el 43%, y el estrés puede agravar las patologías cutáneas en el 40% al 100% de los individuos.

La asociación entre trastornos psiquiátricos y lesiones dermatológicas es bien conocida, y estas últimas tienen efecto sobre la vida cotidiana, la autoestima y la autoconfianza, y pueden crear un problema de autoidentificación. Los dermatólogos han observado que los pacientes se encuentran relativamente más preocupados por su aspecto físico, si bien las lesiones en la piel pueden ser el reflejo de trastornos como ansiedad, depresión y otras afectaciones psicosociales.

El presente estudio involucró a 636 pacientes, 107 de los cuales (16.4%) habían efectuado consultas psiquiátricas y en 97 se diagnosticó psicopatología. De ellos, el 63.9% eran mujeres y la edad promedio para ambos sexos fue de 35.98 años. La patología más prevalente fue la depresión (32%), seguida por la falta de adaptación a los problemas (15.5%), la ansiedad (13.4%) y los trastornos psicósomáticos en el 10.3% de los individuos. El diagnóstico más prevalente entre los pacientes con morbilidad psiquiátrica fue la urticaria crónica (25.8%), la psoriasis (15.5%) y la alopecia (11.3%).

El reconocimiento de trastornos psiquiátricos solamente por el dermatólogo no es adecuado, por lo que la cooperación entre ese especialista y un psiquiatra para incrementar la calidad de vida en ese tipo de pacientes resulta de fundamental importancia. El dermatólogo adolece, señalan los autores, de la falta de conocimiento de las tasas de morbilidad psiquiátrica en las patologías dermatológicas, por lo que puede demorar el diagnóstico del trastorno psiquiátrico y dificultar el tratamiento.

Los autores concluyen que los dermatólogos deberían estar más alertas y receptivos a la presencia de posible morbilidad psiquiátrica en sus pacientes. Esta afecta la evolución de las patologías dermatológicas, por lo que en determinadas situaciones debe requerirse la interconsulta con un psiquiatra por parte de los dermatólogos, y los pacientes deben ser controlados con la cooperación de ambos profesionales.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat049/06626005.htm



Conceptos y cifras

Prevalencia del reflujo

La prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico varía de 10% a 48% en países occidentales y de 6.6% a 9.8% en Japón [American Journal of Gastroenterology 2005; 100(12):2633-2636].

Leishmaniosis

La leishmaniosis, una enfermedad producida por varias especies de protozoarios del género *Leishmania*, es un importante problema de salud pública a causa su difícil prevención. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, se producen alrededor de 1 a 2 millones de nuevos casos por año. La infección es transmitida al hombre a través de la picadura de insectos hembra del género *Lutzomyia*, que se conocen en Brasil como *birigüi*, *mosquito-palha* o *cangalhinha* [Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2006; 39(1):14-21].

Diabetes

Los beneficios de alcanzar objetivos de glucemia predefinidos en el tratamiento de la diabetes tipo 2 están bien establecidos. El *United Kingdom Prospective Diabetes Study* demostró que la reducción del 1% de la hemoglobina glucosilada disminuye en 21% el riesgo de cualquier evento adverso relacionado con la diabetes [International Journal of Clinical Practice 2005; 59(10):1131-1136].

Rimonabant

El 51% de los pacientes en el grupo placebo, 51% por el grupo 5 mg y 55% en el grupo 20 mg de rimonabant completaron el primer año de tratamiento. Más del 98% de los pacientes que recibieron rimonabant tomaron más del 80% de la medicación en estudio. La frecuencia de finalización del segundo año fue 72% para los pacientes del grupo placebo, 70% para los que recibieron 5 mg de rimonabant en el año 1 y placebo en el año 2, 69% para los que recibieron 20 mg de rimonabant en el año 1 y placebo en el año 2, 71% para los que recibieron 5 mg ambos años y 77% para los que recibieron 20 mg en ambos años [JAMA 2006; 295(7):761-775].

Hipertensión arterial

Se define la hipertensión arterial como aquellos valores de presión sistólica iguales o superiores a 140 mm Hg y de presión diastólica iguales o mayores de 90 mm Hg. El control de la hipertensión requiere cambios en la dieta y el estilo de vida, pero sólo el 34% de la población hipertensa de los EE.UU. lo logra, lo que hace necesario el apoyo farmacológico [Drugs 2005; 65(18):2657-2674].

Elevada prevalencia de obesidad y tabaquismo en pacientes con psoriasis

Archives of Dermatology 141(12):1527-1534, Dic 2005



Salt Lake City, EE.UU.

Los pacientes con psoriasis parecen mostrar una mayor probabilidad de ser obesos y fumadores que la población general. La obesidad y el hábito tabáquico han sido señalados como factores que ejercen un efecto en varios aspectos de la psoriasis, desde su historia natural y su manejo hasta la salud pública.

Para estudiar esto último con mayor profundidad, los autores del presente trabajo emplearon la información proveniente del *Utah Psoriasis Initiative* (UPI), un estudio prospectivo realizado con el objeto de caracterizar los aspectos fenotípicos de los pacientes con psoriasis y de sus familiares. Se basó en la hipótesis de que en esta enfermedad el genotipo predice el fenotipo y que la estratificación según el último podría brindar información acerca del primero. Los pacientes incluidos en el estudio proveen información acerca de su enfermedad y la respuesta al tratamiento. En el presente trabajo, los autores analizaron los datos referidos a los pacientes del UPI que eran obesos, fumadores o ambos. Durante la pasada década, la obesidad se ha convertido en una epidemia en los EE.UU., y contribuye a la aparición de varias enfermedades, como la hipertensión, la diabetes tipo 2 y la apnea obstructiva del sueño. En la población de Utah, la prevalencia de obesidad en adultos ha aumentado, aunque se encuentra entre las más bajas de los EE.UU. Según ensayos clínicos recientes, el peso promedio de los pacientes con psoriasis es mayor de 90 kg. Este hallazgo, junto con un análisis de la literatura médica al respecto que reveló que quienes emplean agentes sistémicos se hallan excedidos en peso, llevó a los investigadores a plantear la hipótesis de que los sujetos obesos tienen mayor probabilidad de presentar psoriasis. Además, establecieron que la obesidad podría aumentar en un paciente con un genotipo para psoriasis la tendencia a presentar esta

enfermedad, por lo que en los participantes del UPI se observaría que la obesidad había precedido a la psoriasis. Más aun, sostenían que la obesidad podría alterar la elección del tratamiento, al igual que la respuesta. A pesar de que el tabaquismo no ha sido estudiado en una cohorte grande en aquel país, en Europa ha sido señalado como habitual entre los individuos con psoriasis. Al respecto, fueron analizados los datos de los participantes del UPI con el objeto de conocer el papel del tabaquismo en la aparición de la psoriasis. Los datos fueron comparados con los

correspondientes a la población general (provenientes de una encuesta realizada en 1998 a más de 17 000 personas) y con los de los sujetos atendidos en una clínica de dermatología que no presentaban psoriasis (muestra de 500 pacientes).

La prevalencia de obesidad en los participantes del UPI (n = 557) fue mayor que la observada en la población general (34% y 18%, respectivamente) y, además, superior a la de los pacientes atendidos en la clínica. El análisis de la percepción de la imagen corporal a través de un diagrama estándar en el grupo de participantes del UPI mostró que la mediana del puntaje de esta imagen fue normal a los 18 años y al momento del comienzo de la psoriasis, pero resultó sobrepeso al momento de la admisión en el estudio. De esta manera, la obesidad parece ser consecuencia de la psoriasis y no un factor de riesgo de aquélla. Los autores no observaron un riesgo incrementado de artritis psoriásica en los pacientes con obesidad; más aun, ésta no afectó la respuesta o la aparición de efectos adversos a los corticosteroides tópicos, la fototerapia y las medicaciones sistémicas. La prevalencia de tabaquismo en la población del UPI fue superior a la correspondiente a la población general y la de los pacientes sin psoriasis atendidos en la clínica de dermatología (37%, 13% y 25%, respectivamente). A su vez, los pacientes obesos del UPI mostraron una mayor prevalencia de tabaquismo que los individuos obesos de la población general de Utah (25% y 9%, respectivamente).

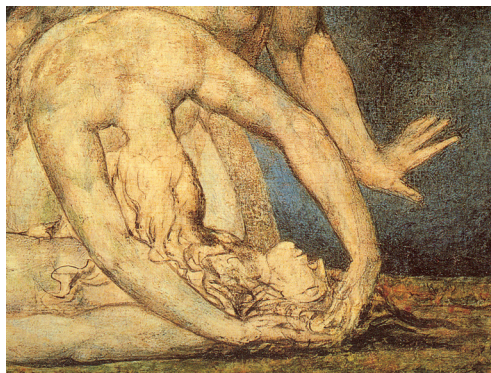
Los resultados del presente trabajo demuestran que los sujetos con psoriasis presentan una mayor prevalencia de obesidad y de tabaquismo que la población general y la de pacientes atendidos en las clínicas de dermatología pero que no presentan la mencionada entidad.

Aumento del riesgo de muerte súbita luego de infarto agudo de miocardio

International Journal of Cardiology 104(2):184-189, Sep 2005

Copenhague, Dinamarca

La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y el bajo índice de movimiento de la pared (IMP) identifican una alta proporción de pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) con elevado riesgo de sufrir muerte súbita cardiovascular. Los ensayos realizados acerca del uso de los desfibriladores cardioversores implantables (DCI) en la prevención secundaria demostraron que el beneficio del tratamiento con éstos se limita al subgrupo de pacientes con baja fracción de eyección del ventrículo izquierdo (VI).



Los resultados de un ensayo recientemente publicado muestran un claro beneficio del tratamiento con DCI con respecto al convencional en los pacientes con IAM previo y fracción de eyección $\leq 30\%$. Sin embargo, la extrapolación de estos resultados a la práctica clínica, resulta difícil, por diferentes motivos. Ante la ausencia de ensayos que evalúen los efectos del tratamiento con DCI en pacientes consecutivos con disfunción del VI o ICC luego de un IAM, los estudios observacionales podrían brindar información valiosa acerca de la relación entre la presencia de ICC y disfunción del VI y el riesgo de muerte, súbita o no. Es por eso que, en el presente trabajo, sus autores estudiaron una gran cohorte de pacientes consecutivos con IAM y los mismos criterios de inclusión del estudio mencionado más arriba (clase funcional $< IV$), y analizaron las causas de muerte hasta 4 años después de ocurrido el IAM.

Se analizaron los datos de los pacientes durante el período 1990-1992. En total, 5 502 pacientes seguían con vida 30 días después del IAM, y fueron estudiados durante un período de seguimiento de hasta 4 años con respecto a la causa de muerte.

Al respecto, se definió como muerte súbita cardiovascular la ocurrida dentro de 1 hora del comienzo de los síntomas. La mitad de los pacientes tenía ICC y el 17% presentaba IMP ≤ 1.0 , correspondiente a una fracción de eyección $\leq 30\%$. Durante el seguimiento fallecieron 431 pacientes por muerte súbita cardiovascular, y 606, por muerte cardiovascular no súbita. El índice de riesgo de presentar la primera, en asociación con un IMP ≤ 1.0 , fue de 3.17; mientras que el riesgo de presentar la segunda frente a la misma asociación, fue de 2.95. A

su vez, las tasas de riesgo de presentar muerte cardiovascular súbita o no súbita, en asociación con ICC transitoria, fueron de 2.01 y 1.46, respectivamente, mientras que en asociación con ICC permanente, los respectivos riesgos fueron de 3.71 y 4.42. Ningún factor de riesgo fue un marcador específico de muerte cardiovascular, súbita o no. La probabilidad de la primera a los 3 años fue de 7.9% para los pacientes con ICC transitoria, de 13.3% para aquellos con ICC permanente y de 15.5% para quienes presentaban un IMP ≤ 1.0 .

Los autores concluyen que la ICC, al igual que la disfunción sistólica del VI, se asocian con un marcado incremento del riesgo de muerte cardiovascular, súbita o no, en los pacientes con clase funcional de I a III que sobrevivieron a un IAM. El IMP y la ICC permanente representan excelentes herramientas de pronóstico de mortalidad cardiovascular, que permiten identificar a aquellos pacientes con IAM que tienen riesgo elevado.



Información adicional en
www.siiisalud.com/dato/dat046/06120011.htm

Efectos secundarios del trasplante de médula ósea en la odontogénesis

Bone Marrow Transplantation 36(8):725-729, Oct 2005

Memphis, EE.UU.

El trasplante de médula ósea (TMO) es un tratamiento primario o adyuvante para numerosas enfermedades agudas y crónicas de la infancia. Los autores describieron las alteraciones en el desarrollo dental de niños trasplantados, analizando retrospectivamente las historias clínicas y las radiografías panorámicas obtenidas antes y después del TMO. La población analizada estuvo compuesta por los pacientes mayores de 3 años que se trataron entre 1990 y 2000 en el St Jude Children's Research Hospital de los EE.UU.

De los 340 pacientes sometidos a TMO, el 29% fue examinado odontológicamente antes y después de la intervención; la media de edad en ese momento fue de 13.5 años. Se registró la presencia de microdoncia, hipodoncia, taurodoncia, atrofia de raíz, perlas de esmalte, caries, arreglos o extracciones dentales y calcificación de la pulpa. También se analizó el efecto de la irradiación corporal total, pero no se encontró que produjera efectos significativos sobre la dentición.

El porcentaje de patologías dentales antes y después del TMO fue del 56.6% (56/99) y 79.8% (79/99) de los casos en general y del 66.7% (38/57) y 82.2% (60/73) en los pacientes con dentición permanente antes o después del trasplante. En el caso de los niños con dentición mixta al momento del TMO, las anomalías se incrementaron del 43.8% (14/32) al 77.3% (17/22) después de la intervención, mientras que no se observaron cambios en los pacientes con dentición permanente desde antes del trasplante ($n = 55$).

La patología más relacionada con el TMO fue la atrofia radicular, ya que la frecuencia de microdoncia, taurodoncia y perlas de esmalte fue la misma que en la población general. Se observó caries en el 44% de los pacientes con dentición permanente posterior al TMO y en el 49% de aquellos con odontogénesis completa previa a esta intervención.

Aproximadamente un tercio de los pacientes con dentición permanente presentaron enfermedad injerto contra huésped luego del trasplante y parecen estar en mayor riesgo de tener caries, pero no hubo una asociación significativa entre esta afección, el trasplante o la irradiación corporal total. Se observó una tendencia a la calcificación de la pulpa luego del TMO, pero no fue estadísticamente significativa.

Finalmente, los autores destacan que la elevada cifra de anomalías dentales posteriores al TMO (especialmente la atrofia radicular) pueden explicarse por los efectos secundarios del tratamiento en la odontogénesis, lo cual explicaría también la ausencia de cambios en pacientes con dentición permanente previa al trasplante. Asimismo, la elevada frecuencia de patologías odontológicas previas a esta intervención puede reflejar el efecto del tratamiento previo de los pacientes, mientras que la edad de esta cohorte (media de 13.5 años) indica que su odontogénesis estaba en los estadios finales y, por lo tanto, menos susceptible de ser afectada.



Información adicional en
www.siiisalud.com/dato/dat046/06113001.htm



Conceptos y cifras

Hipogonadismo en ancianos

La disminución del nivel de testosterona relacionado con la edad parece estar asociado –de acuerdo con los resultados de estudios epidemiológicos– con disminución de la libido, pérdida de masa muscular y de la fuerza, declinación funcional y disminución de algunas capacidades cognitivas [Maturitas 2006; 33(4):424-429].

Mieloma múltiple

El mieloma múltiple es una neoplasia maligna de médula ósea que se distribuye de manera focal o difusa y provoca la destrucción del hueso. Esta última resulta de una alteración del balance de la actividad osteoclástica y osteoblástica a favor de la resorción ósea [Journal of Clinical Oncology 2006; 24(6):945-952].

Bifosfonatos

Los bifosfonatos (pamidronato y zoledronato) son un grupo de fármacos que actúan sobre los sitios activos de remodelación ósea uniéndose a la hidroxiapatita, con lo que inhiben el crecimiento de los osteoclastos y la actividad migratoria e inducen la muerte celular [Journal of Clinical Oncology 2006; 24(6):945-952].

Leucemia linfocítica crónica

La leucemia linfocítica crónica se caracteriza por la acumulación progresiva de células B monoclonales periféricas CD5+ en tejidos linfoides, médula ósea y sangre periférica. El defecto fisiopatológico básico es la resistencia de las células neoplásicas a la apoptosis [Blood 2006; 107(4):1276-1283].

Inmunofenotipo

El inmunofenotipo típico de la leucemia linfocítica crónica es expresión débil de Smlg, CD5+, expresión débil de CD20, FMC7- y CD23+ [Blood 2006; 107(4):1276-1283].

Hepatitis virales

Albania es un país donde las infecciones por el virus de la hepatitis A y B son hiperendémicas y donde existe, aparentemente, una baja prevalencia de infección por virus de la hepatitis C y D en pacientes con enfermedad hepática crónica en una variedad de grupos de la población (refugiados albaneses en Italia y Grecia). Los estudios realizados en refugiados albaneses muestran una prevalencia de anticuerpos contra el virus de la hepatitis E entre 2% y 4.8% [Epidemiology and Infection 2006; 134(1):95-101].

Describen la principal causa de la estenosis pilórica infantil

Acta Paediatrica 95(2):132-136, Feb 2006

Cleadon, Reino Unido

Aún no se ha definido en forma precisa la etiología de la estenosis pilórica (EP) infantil. En este artículo el autor analiza la información que indica que la hipersecreción ácida heredada sería la causa primaria de esta afección.

La EP se presenta sintomatológicamente entre el primero y el sexto mes de vida, y resulta más frecuente en los varones que en las mujeres (relación 5 a 1). Existe una cierta predisposición genética y una elevada incidencia entre los primogénitos. La resolución es espontánea si al niño se lo mantiene con vida mediante tratamiento médico, o bien puede recurrirse a una piloromiotomía.

La gastrina es una hormona trófica responsable del crecimiento intestinal, aunque también estimula la secreción ácida. Los bebés secretan gastrina al nacer, y sus niveles en ayunas aumentan hasta el cuarto día de vida, alcanzando niveles superiores a los de los adultos hasta que, alrededor de la sexta semana, comienzan a disminuir. En los adultos existe una retroalimentación negativa entre la acidez gástrica y la gastrina, lo cual no parece suceder en el período neonatal, tal vez por la mayor importancia de la influencia trófica de la hormona a esta edad; esta característica resultaría significativa en quienes heredan hiperacidez. La respuesta posprandial de esta hormona se desarrolla plenamente alrededor de las 3 semanas de vida.

La hiperacidez relativa en las 3 primeras semanas sería mayor en los neonatos con hiperacidez heredada, lo cual produciría la estenosis y la consiguiente demora pilórica. Este fenómeno, sumado a la alimentación regular –e inapropiada en este caso– probablemente provoque una hipertrofia del esfínter con formación tumoral y estenosis. La resolución espontánea de la EP se explicaría, entonces, porque a partir de la cuarta o sexta semana de vida la hiperacidez –la causa principal– se controlaría por mecanismos fisiológicos.

Los bebés con atresia esofágica tienen una incidencia elevada de EP, tal vez debido a la hiperacidez estomacal al nacer, resultante de la ausencia del efecto alcalinizador del líquido amniótico deglutido. Cuando la EP aparece después de la cuarta semana de vida pueden estar involucrados otros mecanismos por los cuales la acumulación prepilórica de la alimentación mantiene la distensión del antro pilórico,



produciendo hiperacidez. Asimismo, el píloro cerrado impide la eliminación del ácido secretado.

Los niveles de secreción ácida en la EP son notablemente superiores que en los bebés normales, tanto en volumen como en acidez propiamente dicha. Resulta significativo que la hipersecreción ácida persista después de la pilorotomía. Algunos investigadores propusieron que la EP se debe a una masa congénita con exceso de células

parietales. El autor destaca que la proporción de varones y mujeres adultos con úlcera duodenal es la misma que la de los bebés con EP: 5 a 1. En coincidencia con esto, los hombres tienen mayor acidez y una mayor masa de células parietales que las mujeres.

Algunas estrategias terapéuticas sugeridas en trabajos previos (relativa subalimentación, lavado gástrico y tratamiento con atropina intravenosa u oral) se relacionan con la reducción de la acidez estomacal. La administración de atropina disminuye la secreción ácida y puede reducir la contracción pilórica en forma directa; su efecto curativo en el largo plazo puede estar reflejando un descenso de la acidez lo suficientemente prolongado como para permitir que, con el tiempo, la disminución natural de la gastrina y el relativo ensanchamiento pilórico logren la curación.

El tumor pilórico característico de la EP se debe a la hiperplasia y la hipertrofia de las células de músculo liso del esfínter, en parte por la influencia de la gastrina neonatal y los factores de crecimiento local. Por otra parte, la persistencia tumoral después de la gastroenterostomía sugiere que la integridad del esfínter pilórico es esencial en la patogénesis del tumor.

Otras teorías que involucran la acción de factores de crecimiento, del óxido nítrico o aspectos neuronales no explican la preponderancia en el sexo masculino de la afección. Hasta el momento, la teoría propuesta por el autor es la única que explica esta diferencia, la propensión a la resolución espontánea con el tiempo y los demás aspectos clínicos expuestos. Debido a esto, el autor sugiere utilizar agentes que inhiban la secreción ácida como primera medida terapéutica en la EP.



Información adicional en www.siic.salud.com/dato/dat048/06330014.htm

Detección del cáncer de próstata por biopsia guiada con ecografía transrectal

Indian Journal of Cancer 42(3):151-154, Jul 2005

Nueva Delhi, India

En los pacientes estudiados por sospecha de cáncer de próstata, la biopsia sextante guiada por ecografía transrectal se asocia con una tasa de falsos negativos del 11%.

Con el uso creciente de la medición del antígeno prostático específico (APE), se ha tornado necesario contar con métodos efectivos y sensibles para el diagnóstico del cáncer de próstata. A pesar de la realización rutinaria de biopsias prostáticas guiadas por ecografía transrectal en Occidente, en la India son escasos los datos relacionados con esta práctica. En este artículo, los autores narran su experiencia con esta técnica así como con un protocolo de biopsia extensiva de 5 regiones en una población de pacientes con niveles séricos elevados de APE (entre 4 y 10 ng/ml) y examen rectal digital negativo.

Entre 2001 y 2003, 142 hombres de edades comprendidas entre 49 y 82 años, con niveles elevados de APE y resultado negativo en el examen rectal digital, fueron sometidos a una biopsia prostática sextante guiada por ecografía transrectal. En aquellos pacientes en quienes los resultados de dicha biopsia eran negativos, se indicaba la repetición de la medición del APE luego de 3 meses. Si éste aún se encontraba elevado, los pacientes eran sometidos a una biopsia de 5 regiones.

La media de edad de los pacientes incluidos en el estudio fue de 64 años y la mediana de los niveles séricos de APE, de 6.9 ng/ml. La biopsia sextante guiada por ecografía transrectal



reveló la presencia de adenocarcinoma prostático en el 24% de los pacientes (n = 34). La mediana del puntaje de Gleason (PG) fue de 7. Dentro de esta población de pacientes con diagnóstico de cáncer, el 14% presentaba un adenocarcinoma bien diferenciado (PG de 2 a 4), el 24% uno de grado intermedio (PG de 5 a 6) y el 62% de alto grado (PG de 7 a 10). A su vez, el 4.9% de los hombres (n = 7) presentaba atipia celular y el 2.1% (n = 3) una neoplasia intraepitelial prostática (de alto grado). En la medición repetida del APE transcurridos 3 meses, 48 pacientes mostraron niveles estables o una tendencia al crecimiento, por lo cual fueron sometidos a una nueva biopsia de 5 regiones (con 13 núcleos). En el 10.4% de los hombres (n = 5) se detectó la presencia de un adenocarcinoma a partir de esta segunda biopsia. Los resultados del trabajo demuestran que la biopsia

prostática sextante guiada por ecografía transrectal, parece asociarse con una tasa de falsos negativos de aproximadamente 11%. Una estrategia de repetición de la biopsia a través de su realización en 5 regiones y 13 núcleos puede reducir la tasa de falsos negativos observada en los pacientes con resultados negativos según el método anterior pero en quienes aún persisten altos niveles séricos de APE o que presentan atipia celular o una neoplasia intraepitelial de alto grado.

 Información adicional en www.siicSalud.com/dato/dat047/06314015.htm

Utilidad de la endosonografía en el estudio de las enfermedades anorrectales

Journal of Ultrasound in Medicine 25(1):57-73, Ene 2006

Estambul, Turquía

La endosonografía permite estadificar en forma precisa los tumores rectales primarios y analizar los esfínteres anales. Las imágenes tridimensionales realizadas por peróxido pueden aumentar la utilidad de este método en la detección y la caracterización de las fístulas perianales y en la planificación de su óptimo tratamiento.

El conocimiento de la anatomía sonográfica normal de la zona anorrectal, los hallazgos en las enfermedades en dicha región y las indicaciones y limitaciones de la sonografía con relación a las resonancia magnética nuclear (RMN), resulta esencial para su evaluación precisa.

La realización de la sonografía endorrectal requiere la introducción de un balón, preferentemente por encima del nivel del área por investigar, el cual posteriormente se llenará con agua. Este balón cubre el transductor rotatorio del ultrasonógrafo. Por su parte, para la realización de una sonografía endoanal, se utiliza un cono plástico de 17 mm de diámetro que se fija en el extremo del transductor y se llena con agua. Recientemente se ha comenzado a emplear peróxido de hidrógeno para el realce de las sonografías en los pacientes con fístulas perianales. Así, cuando frente a la sonografía normal se detecta la presencia de una fístula, se inserta una cánula y el transductor es nuevamente introducido, para lograr la obtención de imágenes durante la inyección lenta del peróxido.

El carcinoma rectal aparece en la sonografía endorrectal como una lesión hipoeoica que interrumpe en forma abrupta la secuencia normal de las capas. Las tasas de precisión en el diagnóstico a partir de esta técnica varían entre 78% y 85%. La comparación de esta precisión entre la sonografía y la RMN endorrectal ha demostrado que la última parece ser inferior o

comparable a la sonografía para la estadificación T y N de los tumores. Sin embargo, la RMN representa la mejor modalidad para la detección de infiltraciones en los órganos vecinos o en la pared pelviana, aunque la sonografía presenta ventajas en relación con la obtención de muestras guiada por imágenes. La sonografía endorrectal posquirúrgica presenta tasas de precisión de 80% a 93% en la detección de recurrencias de neoplasias. Esta técnica no sólo es la más sensible para la detección temprana, sino que además representa el método más apropiado para el seguimiento de los pacientes operados por un carcinoma rectal. Debe sospecharse una recurrencia frente a una masa hipoeoica, no homogénea y extramural, en el área perianastomótica o en el espacio perirectal.

La sonografía endoanal es el primer paso en la evaluación de los pacientes con incontinencia fecal, y se realiza para la identificación de aquellos con lesión en el esfínter que podrían beneficiarse con el tratamiento quirúrgico.

La endosonografía permite estadificar con precisión los tumores rectales primarios y determinar la integridad de la pared rectal en los perirectales. La biopsia guiada por sonografía brinda información adicional exacta para la detección tumoral y su caracterización, la estadificación de los ganglios linfáticos perirectales y la discriminación entre una recurrencia tumoral y la cicatrización posquirúrgica. Las imágenes tridimensionales realizadas por peróxido pueden incrementar la utilidad de la sonografía endoanal en la detección y caracterización de las fístulas perianales. Por su parte, la RMN resulta útil como una modalidad complementaria.

 Información adicional en www.siicSalud.com/dato/dat047/06302013.htm



Conceptos y cifras

Tiazolidas

Los antibacterianos del grupo de las tiazolidas son conocidos desde hace varios años; entre ellos se encuentra la nitazoxanida (Nx), que se absorbe moderadamente a nivel del tracto digestivo (el 33% se elimina por orina y el 67% por heces). Se trata de fármacos con un mayor espectro de actividad en comparación con el metronidazol; son eficaces frente a bacterias anaerobias, contra *Helicobacter pylori* y contra todos los protozoarios intestinales. La Nx está aprobada para pacientes mayores de 1 año con diarrea por *Giardia lamblia* y *Cryptosporidium parvum* [Antimicrobial Agents and Chemotherapy 2006; 50(3):1112-1117].

Reflujo gastroesofágico

El tratamiento de la ERGE incluye modificación del estilo de vida, terapia farmacológica con inhibidores de la bomba de protones (IBP), bloqueantes de los receptores H₂, procinéticos y antiácidos, técnicas endoluminales y cirugía antirreflujo [American Journal of Gastroenterology 2005; 100(12): 2633-2636].

Úlcera péptica

Los antiinflamatorios no esteroides son reconocidos como factores de riesgo importantes de úlcera péptica. Su consumo aumenta cuatro veces el riesgo de úlcera [American Journal of Gastroenterology 2005; 100(12): 2637-2643].

Perfusión miocárdica

El 44% de los estudios con PET no tenían artefactos, en comparación con el 17% de los estudios con SPECT. La captación hepática e intestinal afectó la interpretación en el 5% de las imágenes de PET en comparación con el 41% de los estudios con SPECT [Journal of Nuclear Cardiology 2006; 13(1):24-33].

Imágenes cardíacas

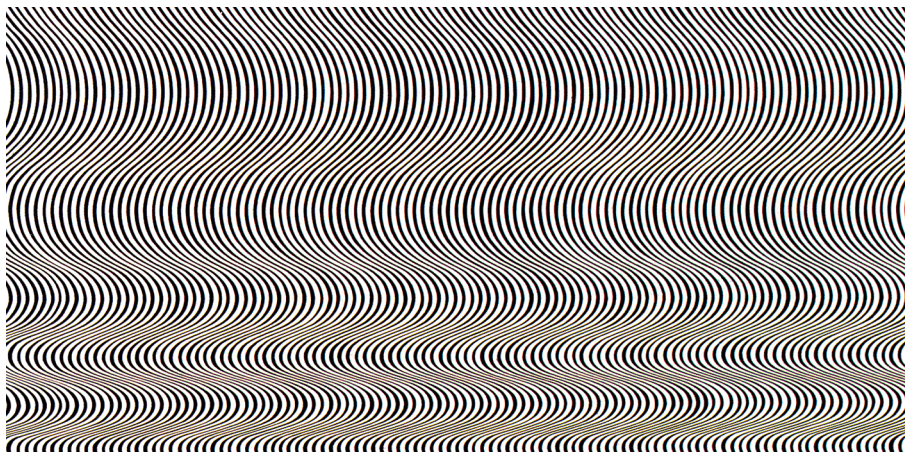
En pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente, la neuropatía autonómica cardíaca se produce en el 22% al 34.3% de los pacientes, y cerca del 10% tiene disfunción cardíaca autonómica limitrofe [Journal of Nuclear Cardiology 2006; 13(1):34-42].

Hepatitis A y hepatitis E

El virus de la hepatitis A y el virus de la hepatitis E presentan características en común: son transmitidos por vía fecal-oral y suelen causar enfermedad aguda autolimitada [Epidemiology and Infection 2006; 134(1):95-101].

Valor de las imágenes por resonancia magnética en la enfermedad de Crohn

Radiology 238(2):517-530, Feb 2006



Roma, Italia

La enfermedad de Crohn (EC) es una alteración crónica del tubo digestivo, que consiste en un proceso inflamatorio que puede extenderse a todas las capas de la pared intestinal y conduce a formación de estricturas, fístulas y abscesos. Las imágenes por resonancia magnética (IRM) son útiles para detectar las principales alteraciones intestinales de la EC, así como para evaluar el grado de actividad inflamatoria, pero no existe consenso respecto de la técnica más adecuada para esta enfermedad. Por lo tanto, los autores desarrollaron este estudio con el propósito de evaluar en forma prospectiva las imágenes obtenidas con un medio de contraste superparamagnético por vía oral y la realización ulterior de dos variantes de IRM: secuencias RARE (*Rapid Acquisition with Relaxation Enhancement* o adquisición rápida con incremento de relajación) potenciadas en T2 y secuencias FLASH (*Fast Low-Angle Shot* o disparo rápido de ángulo bajo) potenciadas en T1 con contraste de gadolinio, además de los exámenes estándar en la evaluación de la EC.

Fueron estudiados 59 pacientes, de los cuales 30 eran del sexo masculino, con una edad promedio de 46.3 años, tratados por EC. Se incluyeron IRM en el seguimiento de estos pacientes, además de ultrasonografía, endoscopia ileocolónica, estudio con enema de bario, evaluación clínica y controles de laboratorio. El diagnóstico de EC siempre se realizó en base a criterios estándar, mediante la evaluación de los hallazgos radiológicos del estudio con bario, endoscopia y examen histológico de muestras de biopsia. Se utilizó el índice de actividad de la EC que asigna puntaje a signos y síntomas clínicos; además, entre los estudios de laboratorio, la presencia de reactantes de fase aguda se tomó como índice principal de actividad biológica y fue el estándar de referencia para comparar los resultados de las IRM.

Se realizaron estudios de resonancia luego de la administración oral de contraste, con utilización de secuencias

RARE potenciadas en T2 y FLASH potenciadas en T1 con gadolinio. Dichas imágenes fueron analizadas por dos radiólogos para determinar la presencia y extensión de lesiones de EC, estricturas u otras complicaciones y el grado de inflamación local. Los hallazgos fueron correlacionados con los obtenidos por otros métodos y sometidos a análisis estadístico.

Los resultados mostraron que las IRM potenciadas en T2 (IRM-T2) tuvieron una precisión de 95%, sensibilidad de 98% y especificidad de 78% para la detección de lesiones ileales; y existió una concordancia entre las imágenes potenciadas en T1 y T2 que varió en un rango de 0.77 para las lesiones ileales hasta 1.00 para las colónicas. Las IRM-T2 permitieron la detección de 26 de 29 estrechamientos graves, 17 de 24 fístulas enteroentéricas, y de todas las adherencias y abscesos; mientras que las IRM potenciadas en T1 (IRM-T1) revelaron 20 de 29 estrechamientos graves, 16 de 24 fístulas enteroentéricas y todos los abscesos y adherencias. Las complicaciones que requieren cirugía se hallaron en 12 pacientes (20%) y fueron evaluadas adecuadamente tanto por IRM-T1 como por IRM-T2; asimismo, la intensidad de las señales T2 potenciadas de la pared intestinal y el mesenterio se correlacionaron con la actividad biológica ($p < 0.001$, $r: 0.774$ y 0.712 respectivamente).

Los autores concluyen que las IRM-T2 con contraste por vía oral, pueden utilizarse en forma segura en la evaluación de la EC. Aunque consideran que las secuencias de IRM-T2 pueden reemplazar a las de IRM-T1 para evaluar todos los parámetros considerados, y podrían ser utilizadas solas con reducción de costos e invasividad ya que emplean la vía oral, igual reconocen que la asociación de las secuencias T1 y T2 descritas es la que provee la mayor seguridad diagnóstica y hace de las IRM una herramienta poderosa para la evaluación completa de los pacientes con EC.



Información adicional en
www.siic.salud.com/dato/dat047/06302020.htm

Signos parenquimatosos tempranos en la tomografía de pacientes con oclusión vascular cerebral aguda

Clinical Radiology 61(2):156-162, Feb 2006

Miyazaki, Japón

Recientemente se ha demostrado que la ventana terapéutica para un importante número de pacientes con oclusión de la arteria cerebral media (ACM) puede extenderse hasta 6 horas si se utiliza la trombólisis intraarterial. Sin embargo, en individuos con oclusión de la ACM, la detección de signos parenquimatosos tempranos en la tomografía computarizada (TC) puede ser muy frecuente, y realizarse aun dentro de las 3 horas del accidente cerebrovascular (ACV). La presencia de signos parenquimatosos tomográficos tempranos (SPTT) ha sido informada como un elemento predictivo confiable para transformaciones hemorrágicas. No está claro qué tipo de SPTT se asocian con una alteración de la barrera hematoencefálica (BHE) e indican riesgo de hemorragia; sin embargo, se han propuesto algunos SPTT críticos, que revelan edema vasogénico, y que podrían ser evaluados por medio de tinción con material de contraste luego de su inyección intraarterial. Los autores presentan en este trabajo una investigación realizada para conocer la frecuencia con la cual los SPTT se asocian con una alteración de la BHE y resultan en transformaciones hemorrágicas.

Se evaluaron en forma prospectiva los hallazgos de la TC en 61 pacientes con oclusión aguda de la ACM, los cuales fueron sometidos a estudio tomográfico dentro de las 3 horas de la presentación del cuadro, y tratados con terapia de reperfusión intraarterial dentro de las 6 horas del inicio del ACV. El oscurecimiento del margen del núcleo lentiforme y la pérdida de la cinta insular fueron evaluados como SPTT en los territorios profundos de la ACM, así como el borramiento cortical. La alteración de la BHE fue definida como la tinción con medio de contraste en la TC postratamiento, realizada inmediatamente después de la terapia de reperfusión. Además, se estudió la relación entre presencia de SPTT en la TC previa al tratamiento

y la tinción con contraste en la TC postratamiento, o bien las transformaciones hemorrágicas. La frecuencia de SPTT en territorios profundos de la ACM fue significativamente más alta que para el borramiento cortical (68.9% comparado con 27.9%), y se observaron correlaciones significativas entre los SPTT y la aparición de tinción con contraste, tanto a nivel de los territorios profundos como superficiales de la ACM. Al compararlo con los SPTT en territorios profundos de la ACM, el borramiento cortical tuvo una incidencia estadísticamente más alta de tinción con contraste en la evaluación postepéutica (54.8% en comparación con 82.4%). No se halló correlación entre los SPTT en territorios profundos de la ACM y la transformación hemorrágica.

Como conclusión, los autores informan que la evaluación de la tinción con contraste en la TC postepéutica, inmediata a la terapia de reperfusión intraarterial, es muy importante para predecir complicaciones hemorrágicas. Al igual que para la evaluación con TC previa al tratamiento, el 84.2% de los casos con borramiento cortical estuvo asociado con tinción con contraste, y podría ser un signo avanzado en la TC, indicativo de alteración de la BHE y de riesgo potencial de transformación hemorrágica. Por el contrario, los SPTT en territorios profundos de la ACM pueden ser detectados en los estadios iniciales de la isquemia y en el 45.2% de los casos no se asocian con la aparición de tinción por contraste. Por lo tanto, los autores concluyen que la presencia de los SPTT no debería ser una contraindicación para la terapia de reperfusión, mientras que su ausencia puede tomarse como un confiable elemento predictivo negativo de transformación hemorrágica del ACV.



Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat048/06405003.htm

El tratamiento percutáneo de los quistes hidatídicos hepáticos es efectivo

European Journal of Radiology 59(1):65-73, Jul 2006

Antalya, Turquía

La aspiración percutánea guiada con imágenes es efectiva y segura a largo plazo para tratar los quistes hidatídicos hepáticos de las categorías I y II, y la cirugía debería considerarse de primera elección sólo para las lesiones de categoría III.

La hidatidosis hepática es causada por *Echinococcus granulosus* y, si bien su distribución es mundial, es endémica en algunos países del Mediterráneo, Asia, América del Sur, norte de África y Australia. La ecografía es fundamental para su confirmación diagnóstica y para determinar la cantidad y el tamaño de los quistes, lo que influirá en las decisiones terapéuticas. Aunque el tratamiento convencional ha sido la cirugía, durante los últimos 20 años se ha adquirido experiencia con los métodos percutáneos de drenaje guiados por imágenes, ya sea ecografía o tomografía computarizada (TC).

Los autores describen retrospectivamente los resultados del tratamiento mediante drenaje percutáneo guiado con imágenes, realizado a lo largo de 11 años en un departamento de radiología intervencionista. A 60 pacientes con diagnóstico confirmado de quiste hidatídico hepático, con una edad promedio de 36 años (entre 6 y 85 años), se les realizó evacuación percutánea del contenido de los quistes con guía ecográfica o tomográfica. Todos los sujetos recibieron albendazol (10 mg/kg en 2 tomas diarias) desde la semana previa hasta 1 a 6 meses posteriores a la intervención. El drenaje de los quistes se realizó de acuerdo con la técnica de aspiración parcial del contenido, seguida de la instilación de alcohol puro o solución salina hipertónica (como esclerosantes) y nueva aspiración. El seguimiento incluyó imágenes periódicas

durante un año como mínimo, pero se extendió hasta los 3 años en los casos de lesiones múltiples, debido a la mayor probabilidad de recurrencias. Los autores consideraron curados desde el punto de vista radiológico aquellos quistes que, desaparecieron totalmente o se redujeron de manera significativa (100% al 25%). En tanto, se consideraron fracasos aquellos casos con pérdida de volumen inferior al 25%, aparición de quistes secundarios o aumento del tamaño de la lesión.

Un total de 48 pacientes se consideraron curados, en tanto que 12 de ellos fueron considerados fracasos. Los procedimientos no exitosos se realizaron principalmente en quistes múltiples (categoría III de la clasificación de Gharbi); en este grupo sólo el 39% alcanzó la curación. Todos los quistes de contenido puramente líquido (categoría I) se consideraron curados, así como el 65% de aquellos con contenido líquido y desprendimiento de la membrana (categoría II).

Hubo correlación entre la evolución radiológica y los cambios en la serología en el 66% de los casos. En este trabajo se observó recurrencia en el 15% de los pacientes, fundamentalmente vinculada a los quistes de tipo III; las tasas informadas con la cirugía oscilan entre el 10% y el 30%. En conclusión, el tratamiento de primera elección para los quistes de las categorías I y II debería ser la evacuación percutánea guiada mediante técnica de imágenes. El seguimiento regular de los pacientes con técnicas de imágenes y serología es fundamental para garantizar los resultados a largo plazo.



Información adicional en
www.siicsalud.com/dato/dat049/06102014.htm

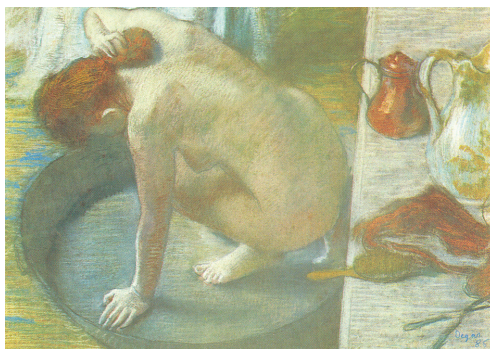
La mastectomía con reconstrucción estética es una opción terapéutica en la mastodinia crónica

Plastic and Reconstructive Surgery 116(4):978-983, Sep 2005

El Paso, EE.UU.

La mastodinia constituye el síntoma más frecuente en pacientes con patología de mama. El término, por cierto, involucra numerosas condiciones clínicas en las cuales la etiología no es siempre bien conocida; no obstante, se obtienen respuestas satisfactorias con terapias médicas en la mayoría de las pacientes. Sin embargo, hay un número considerable de personas en quienes no se logra controlar el dolor con métodos farmacológicos y psicológicos. Es en estas últimas en quienes la mastectomía con reconstrucción estética o sin ella deviene en una alternativa posible luego de agotadas todas las opciones no quirúrgicas y cuando la calidad de vida se ve afectada significativamente.

Las pacientes con mastodinia crónica refractaria a la medicación convencional, en general se encuentran en seguimiento por varios años. En ese sentido no resulta extraño que la propia paciente sugiera al médico la posibilidad de la mastectomía para erradicar el dolor. En esta serie, tres mujeres con edades de entre 28 y 45 años fueron derivadas por el servicio de cirugía al de cirugía plástica ante el deseo de que se les efectúe mastectomía bilateral con reconstrucción mamaria como método para aliviar la sintomatología. Las tres pacientes habían sido sometidas a una extensa evaluación, incluso con abordaje psiquiátrico ya que ocasionalmente hay una respuesta satisfactoria a los agentes antidepresivos, y se había descartado



toda patología neoplásica como factor desencadenante del dolor. En una de ellas se procedió a la reconstrucción inmediata, mientras que en las dos restantes se hizo de manera diferida. La primera paciente tuvo una completa remisión del dolor dentro de los 3 meses de realizada la cirugía. Las restantes lograron el alivio entre 6 y 8 semanas luego de la mastectomía. Las reconstrucciones se llevaron a cabo a los 5 y 8 meses.

Los autores señalan que el enfoque diagnóstico y terapéutico en las pacientes con mastalgia refractaria a tratamiento convencional debe orientarse a descartar toda posibilidad de malignidad y de otras patologías extramamarias. La evaluación debe comprender, adicionalmente, la percepción sobre el propio cuerpo e imagen que resultaría de una mastectomía. También es necesario considerar qué método de reconstrucción, inmediato o diferido, se adapta mejor a las expectativas de la paciente. En aquellas pacientes con significativo deterioro de la calidad de vida como resultado de mastodinia refractaria al tratamiento farmacológico, concluyen los investigadores, la cirugía estética constituye una medida de rescate que debiera ser considerada.



Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/06116005.htm

La inmunización de niños contra el neumococo reduce las tasas de enfermedad invasiva en ancianos

Vaccine 24(27-28):5609-5614, Jul 2006

Minneapolis, EE.UU.

En los EE.UU., la vacunación de los niños pequeños contra el neumococo ha determinado una reducción significativa de las tasas de internación de los ancianos por enfermedad neumocócica invasiva (ENI). En 2000 se aprobó el uso de la vacuna conjugada heptavalente (VC7) antineumocócica en niños de hasta 23 meses y en aquellos de 24 a 59 meses con riesgo elevado por presentar ciertos trastornos y enfermedades crónicas. Con posterioridad se observaron reducciones sustanciales en la tasa de ENI en la población añosa de aquel país. Al principio se observó una reducción del 18% en los casos de ENI por *Streptococcus pneumoniae* en pacientes de 65 años o más con respecto a las tasas observadas 2 años antes de la introducción de la vacuna. En un estudio se emplearon datos administrativos del sistema Medicare y se compararon las tasas nacionales de internación por ENI de ancianos durante los 4 años anteriores a la introducción de la VC7 con las correspondientes a los primeros 3 años de su aplicación. Los resultados mostraron que las tasas de hospitalización por esta causa disminuyeron en 22.6%, 30.2% y 40.6%, respectivamente. El objeto del presente estudio fue ampliar esta información a través del estudio de la relación temporal del uso de la VC7 y las tasas de ENI en los ancianos a nivel de cada estado de los EE.UU. A pesar de que las tasas de inmunización con la VC7 han aumentado desde su introducción, cada estado ha presentado diferentes niveles de cobertura a través del tiempo. Este trabajo busca analizar la relación entre los cambios en las tasas de internaciones por ENI durante los años 1998-1999, 2000-2001 y 2002-2003 y las tasas de cobertura con VC7 específicas de cada estado durante dichos periodos.

El estudio se basó en datos provenientes del *National Center for Disease Control and Prevention*, a partir de los cuales se realizó un análisis específico por cada estado de las tasas de cobertura de la vacunación de los niños de entre 19 y 35 meses y las tasas de internación por ENI de los ancianos beneficiarios del sistema Medicare. En el período 1998-1999, la tasa nacional de internación por ENI en ancianos era de 37.2 casos por cada 100 000 habitantes, mientras que durante 2001-2002 ésta había bajado a 25.8 casos y en 2002-2003 a 22.3 casos por cada 100 000 habitantes (descensos de 30.7% y 40.2%, respectivamente, con respecto al primer período mencionado). Por su parte, las tasas de cobertura con VC7 a los 35 meses de vida alcanzaron los 20.1 casos por cada 100 niños y en 2002-2003 los 59.1 casos por cada 100 niños. En ambos períodos se observó una notable variabilidad entre los diferentes estados. Las correlaciones simples entre los cambios porcentuales de las tasas de cobertura con VC7 y las correspondientes a la internación de ancianos por ENI desde 1998-1999 a 2001-2002 y desde 1998-1999 a 2002-2003 fueron negativas, aunque no significativas. Sin embargo, el análisis por regresión múltiple (donde se omitieron los coeficientes de cada estado) indicó un efecto significativo. También se evaluaron las tasas de cobertura de los ancianos con la vacuna contra 23 serotipos.

Los resultados del presente estudio muestran que la vacunación de los niños con VC7 tuvo un efecto negativo significativo sobre las tasas de hospitalización por ENI en la población de ancianos.



Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat049/06714000.htm



Conceptos y cifras

Neuropatía autonómica cardíaca

En pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente (DBTNID), la neuropatía autonómica cardíaca (NAC) es una forma frecuente de neuropatía autonómica que produce alteraciones en el control de la frecuencia cardíaca y en la hemodinámica central y periférica. La NAC se produce en 22% a 34.3% de los pacientes con DBTNID, y cerca del 10% presenta disfunción cardíaca autonómica limitrofe [Journal of Nuclear Cardiology 2006; 13(1):34-42].

Antiinflamatorios

En los EE.UU. 100 000 internaciones y 16 500 muertes por año se relacionan en forma directa con el uso de antiinflamatorios no esteroideos [American Journal of Gastroenterology 2005; 100(12):2637-2643].

Olanzapina

El cambio de olanzapina por risperidona en pacientes esquizofrénicos o con trastorno esquizofreniforme con obesidad o sobrepeso se asoció con una disminución significativa de la prevalencia de síndrome metabólico [Clinical Therapeutics 2005; 27(12):1930-1941].

Riesgo cardiovascular

Entre los pacientes esquizofrénicos, la mortalidad relacionada con la enfermedad cardiovascular tiene una incidencia del doble en comparación con la población general. Esto se relacionaría con la alta prevalencia entre estos pacientes de factores de riesgo cardiovascular como la obesidad, el hábito de fumar y la diabetes mellitus tipo 2 [Clinical Therapeutics 2005; 27(12):1930-1941].

Síndrome metabólico

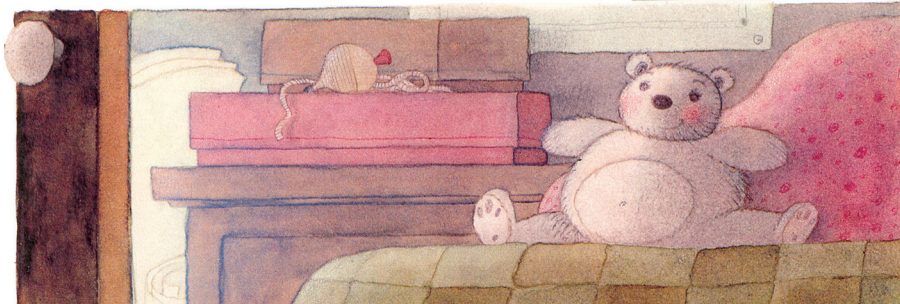
El síndrome metabólico (SM), síndrome X o síndrome dismetabólico, revistió importancia en los últimos años, ya que produce un marcado incremento del riesgo cardiovascular. La prevalencia estimada de SM en los EE.UU. es del 27%, con la mayor incidencia entre los individuos de 60 años o mayores y en la población hispana. Además, las mujeres hispanas y negras presentaron una prevalencia mayor [Clinical Therapeutics 2005; 27(12):1930-1941].

Rivastigmina

Se observaron significativas mejoras clínicas en los pacientes con demencia debida a enfermedad de Parkinson tratados con rivastigmina en comparación con los que recibieron placebo [Pharmacoeconomics 2006; 24(1):93-106].

Los juguetes alivian la ansiedad de los niños asociada a la medicación preoperatoria

Anesthesia & Analgesia 102(4):1070-1072, Abr 2006



Brooklyn, EE.UU.

La ansiedad experimentada por los niños durante los procedimientos quirúrgicos se presenta con una frecuencia del 40% al 60%. Este sufrimiento puede acarrear consecuencias psicológicas y fisiológicas adversas, por lo que es importante reconocerlo y tratarlo adecuadamente.

La ansiedad infantil se asocia con mayor incidencia de pesadillas, trastornos de la alimentación y miedo a los médicos. La ansiedad preoperatoria puede expresarse por temblores, pánico, llanto, gestos faciales que denotan miedo e incluso con actitudes combativas.

Existen numerosas técnicas para reducir la ansiedad prequirúrgica, dentro de las cuales se encuentra la efectiva y ampliamente utilizada indicación de midazolam por vía oral. Sin embargo, la administración de "medicación previa" a menudo es recibida con aprensión, renuencia o resistencia. Por este motivo, los autores buscaron determinar el posible efecto ansiolítico que puede lograr un juguete pequeño en estas circunstancias.

En la presente investigación participaron 100 niños de entre 3 y 6 años que serían sometidos a procedimientos quirúrgicos ambulatorios programados –como amigdalectomía o reparación de hernia– o intervenciones urogenitales menores bajo anestesia general. El estado general de los niños debía estar comprendido entre los niveles I y II, de acuerdo con la clasificación de la American Society of Anesthesiologists.

Los participantes fueron separados en forma aleatoria en 2 grupos de características similares; en uno de ellos el anestesiólogo daría a los niños un animalito flexible de juguete antes de la cirugía, mientras que en el otro grupo se los ofrecería después de esta.

El nivel de ansiedad se midió con la escala adaptada para niños Modified Yale Preoperative Anxiety Scale (mYPAS), ya que demostró ser un instrumento confiable para evaluar la ansiedad infantil en el período perquirúrgico. La escala incluye aspectos de la actividad general, vocalización, expresividad emocional, estado de alerta y necesidad del progenitor. La administración de esta escala se realizó en una sala de espera, donde el niño se encontraba acompañado por uno de sus padres o por un cuidador.

En el grupo que recibió el juguete antes de la intervención, dentro de los 3 minutos

posteriores al registro inicial del nivel de ansiedad, el anestesiólogo ofrecía al niño un juguete diciéndole "tengo un juguete para que te lo quedes". Tres minutos después que se lo daba, el asistente volvía a administrar la mYPAS. Cinco minutos después de esta segunda evaluación, el niño recibía una dosis de 0.5 mg/kg de midazolam en jarabe, tras lo cual se repetía la medición del nivel de ansiedad. El otro grupo fue evaluado en los mismos lapsos, excepto que el juguete no fue ofrecido antes de la segunda medición con la escala.

Los valores basales del mYPAS en ambos grupos fueron similares: 28 en quienes no recibieron juguetes antes de la intervención y 33 en los niños que sí lo hicieron. En la segunda evaluación estos valores fueron de 28 y 23, sin diferencia significativa. Por último, el nivel de ansiedad al momento de recibir midazolam fue de 42 en quienes no recibieron juguetes y de 23 en el grupo restante, valor este último significativamente menor ($p < 0.05$).

Al comparar la evolución de los niveles de ansiedad, el grupo de niños sin juguetes mostró un aumento significativo ($p < 0.05$) al momento de ser medicados, mientras que sucedió lo contrario en aquellos que habían recibido un juguete: los valores de la tercera medición con la mYPAS fueron significativamente menores que los niveles basales ($p < 0.05$).

Los autores señalan que el aumento de los puntajes de la mYPAS en los participantes que no recibieron un juguete indica que la administración de la medicación resulta muy estresante para los niños durante el período preoperatorio. Por el contrario, los niños incluidos en el grupo restante no sólo redujeron sus valores basales de 33 a 23 luego de recibir el juguete, sino que no mostraron picos de ansiedad en el momento de ser medicados con midazolam.

Para finalizar, los investigadores sugieren que dar un juguete a un niño es un modo fácil, inocuo y económico de reducir la ansiedad relacionada con la medicación prequirúrgica. Comentan también la conveniencia de analizar un posible beneficio adicional de este efecto ansiolítico: la reducción de la dosis prequirúrgica de midazolam.



Información adicional en www.siic.com/dato/dat048/06420015.htm

Evalúan las propiedades del chocolate como antidepresivo

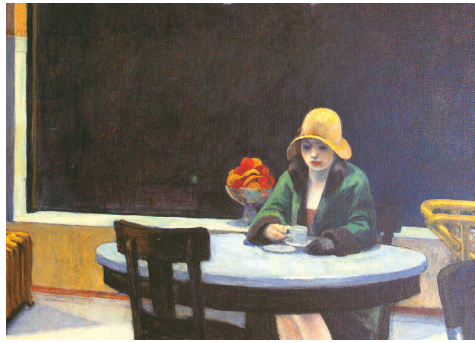
Journal of Affective Disorders 92(2-3):149-159, Jun 2006

Sydney, Australia

Se propone la distinción entre dos fenómenos diferentes: el deseo compulsivo (*craving*) de comer chocolate y su ingesta como parte de la búsqueda de origen psicógeno de alimentos (*emotional eating*), que presentarían diferente motivación y serían mediados por la activación de distintos neurotransmisores.

Desde hace siglos el chocolate ha sido asociado con el placer, y se le han atribuido propiedades estimulantes, relajantes, afrodisíacas y antidepresivas, entre otras. Los autores del presente trabajo realizaron una exhaustiva revisión bibliográfica, con la palabra "chocolate" como generador de búsqueda, y analizaron toda la información disponible.

Un mayor deseo de ingerir alimentos se asociaría con ciertos subtipos de depresión, como la atípica y la variación estacional del estado de ánimo, y representaría una forma de "automedicación". La elevación de los niveles de triptófano en sangre y en el sistema nervioso central reforzaría la transmisión serotoninérgica. Respecto de la necesidad de origen psicógeno de algunos alimentos con alto contenido en grasas y carbohidratos, se ha propuesto que éstos generarían el desequilibrio de las señales endógenas que, sumado a la expectativa de alivio del ánimo negativo, superarían a los mecanismos de la saciedad. Sin embargo, numerosos ensayos han mostrado que el "atracción" es seguido de marcada disforia y que cualquier mejoría del estado de ánimo persiste sólo durante el consumo. Por lo tanto, la ingesta gratificadora no se acompaña de ningún beneficio real o duradero en el ámbito psicológico, y su reiteración puede en verdad contribuir al



mantenimiento del estado disfórico. Los autores proponen la diferenciación entre el deseo compulsivo de comer chocolate y su ingesta como parte de la búsqueda de origen psicógeno de alimentos. En el primer caso, ese deseo es guiado por la búsqueda de satisfacción hedonista, y la dopamina sería el neurotransmisor liberado preferentemente como resultado de la experiencia. El chocolate carece de las propiedades psicoactivas necesarias para constituir

una verdadera sustancia adictiva y, a menudo, son sus cualidades sensoriales (textura y sabor) las deseadas. Su consumo como parte de la compulsión por alimentos con elevado contenido de grasas y carbohidratos es motivado por el efecto reconfortante mediado por la liberación de opioides endógenos. Diferentes autores demostraron que los estados de ánimo depresivos estimulan la ingesta de alimentos sabrosos, con alto contenido de carbohidratos, y la consecuente liberación de endorfinas, y que los antagonistas opiáceos pueden suprimir la búsqueda de alimentos asociada al estrés.

En conclusión, el chocolate puede proporcionar placer mediado por los circuitos neurales de la recompensa. Cuando su ingesta es de origen psicógeno, como parte de la compulsión por carbohidratos durante ciertos estados de ánimo, cualquier efecto reconfortante es efímero y es más probable que prolongue la disforia. Por lo tanto no constituye, como muchos afirman, un antidepresivo.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat49/06704009.htm

Los pacientes con diabetes tipo 2 y anemia tienen deficiencia funcional de eritropoyetina

Diabetic Medicine 23(5):502-509, May 2006

Melbourne, Australia

La anemia es habitual en los pacientes con diabetes, e identifica a los individuos con mayor riesgo de evolución adversa, independientemente de la presencia o gravedad de una nefropatía. Los autores publicaron dos estudios transversales que mostraban que 1 de cada 5 pacientes con diabetes tipo 1 o 2 presentaba niveles de hemoglobina por debajo del normal (hombres < 13 g/dl y mujeres < 12 g/dl). La imposibilidad de aumentar las concentraciones circulantes de eritropoyetina en respuesta a niveles descendentes de hemoglobina (que lleva a una deficiencia funcional de eritropoyetina), es un importante factor en la génesis de la anemia asociada con la nefropatía diabética. Los autores destacan que más del 75% de los pacientes anémicos con diabetes tipo 1 o 2, presentan niveles inapropiados de eritropoyetina. Esto refleja potencialmente la elevada carga de la enfermedad diabética renal en estos sujetos ya que, frente a la ausencia de complicaciones renales, los pacientes con diabetes son capaces de elevar sus niveles de eritropoyetina. Con el objeto de analizar la interacción entre la enfermedad diabética renal y la anemia, en este estudio se examinó la prevalencia de deficiencia funcional de eritropoyetina en individuos con diabetes tipo 2.

Se obtuvieron los datos clínicos de 604 pacientes con diabetes tipo 2, que incluyeron el recuento completo de células sanguíneas, los índices de hierro y la historia detallada de complicaciones de la diabetes. Los niveles de eritropoyetina se correlacionaron con la presencia de anemia, la deficiencia de

hierro y la disfunción renal. Al respecto, la deficiencia funcional de eritropoyetina fue definida como la existencia de niveles de eritropoyetina dentro del rango normal a pesar de la presencia conjunta de anemia.

Se observó que 112 pacientes (19%) eran anémicos. Entre ellos, la deficiencia funcional de eritropoyetina y la disponibilidad reducida de hierro fueron hallazgos comunes (76% y 58%, respectivamente). Cuando el análisis excluyó a los pacientes con depósitos o disponibilidad de hierro reducidos, más del 90% de los restantes mostraban deficiencia de eritropoyetina. La mayoría de estos últimos (60%) tenía una afección renal moderada. Sin embargo, aun sin tener afectados los riñones, el 71% de los pacientes anémicos presentaba una deficiencia funcional de eritropoyetina. Por su parte, 2/3 de los pacientes con una reducida disponibilidad de hierro no pudieron aumentar sus niveles de eritropoyetina por encima del rango normal.

Los resultados del presente estudio en pacientes con diabetes tipo 2 demuestran que la mayoría de aquellos que presentan anemia tienen una deficiencia funcional de eritropoyetina. Al respecto, la probabilidad de esta última como la causa de la anemia no es dependiente del nivel de gravedad de la afección renal ni puede excluirse en los pacientes diabéticos con depósitos o disponibilidad de hierro reducidos.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat04906704003.htm

Para comunicarse por correo electrónico con Salud(i)Ciencia, escribanos a expertos@siicsalud.com, indicando "Carta al Editor" en el asunto o "subject". Las características de las cartas deben consultarse en www.siic.info/inst-castellano.htm.

Tendencias en el tabaquismo activo y pasivo en el mundo



S(i)C, Vol. 14 Nº 4

Sr. Editor

He leído con interés el artículo sobre tendencias en el tabaquismo publicado en la sección "Novedades seleccionadas" del Vol. 14 Nº4 (junio 2006) de su prestigiosa revista. En él se detallan los resultados de un estudio llevado a cabo en países de la Comunidad Europea, en el cual se evaluaban los cambios temporales en la prevalencia de tabaquismo pasivo y activo,

con consideración de la situación educativa y socioeconómica. Los resultados mostraron que, desde la primera mitad de la década de 1990, las tasas de prevalencia han disminuido, en mayor medida en el caso del tabaquismo pasivo. Sin embargo, se destaca el hallazgo de que en los individuos con menor nivel de educación o condición socioeconómica inferior, estas reducciones fueron de menor magnitud que en los grupos más favorecidos en estos aspectos.

El tabaquismo es uno de los principales problemas sanitarios evitables en el mundo, reconocido por la OMS como una epidemia global. En 1964 fue publicado el primer informe sobre tabaquismo y salud de los servicios estatales de salud pública estadounidenses, donde se establecía una relación causal entre el tabaquismo y el cáncer de pulmón. Por su parte, en 1986, un nuevo informe de la misma organización identificó el humo de tabaco ambiental como una importante causa del mencionado cáncer. Actualmente, se sabe que ambos tipos de tabaquismo provocan más enfermedades, que en el caso del tabaquismo activo, suman 25.

En nuestro país, el tabaquismo representa la principal causa de muerte evitable, con 40 000 muertes anuales provocadas por este factor. De éstas, 4 000 a 6 000 son causadas por tabaquismo pasivo. Por su parte, el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo le cuesta al Estado casi 4 000 millones de pesos anuales. Según un estudio del Ministerio de Salud y Acción Social realizado en 2004 en 5 centros urbanos de la Argentina (en 9 900 000 personas), la prevalencia total de tabaquismo entre los habitantes de 13 a 64 años es del 32.7%. Este resultado demostró una reducción del hábito en el país, ya que en 1999 la tasa era del 39.8%.

En el control del tabaquismo, el Estado cumple un papel fundamental. Sus funciones en este campo incluyen la educación de la población, la implementación de políticas específicas de control, la creación de programas de asistencia para el abandono del hábito y el desarrollo de otras estrategias como la designación de "empresas libres de humo", que protegen a los no fumadores de la exposición al tabaco ambiental. En 2003, los 192 estados miembros de la OMS adoptaron por unanimidad el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (*WHO Framework Convention for Tobacco Control*), el cual representa el primer instrumento legal diseñado para reducir las muertes y las enfermedades relacionadas con el tabaco en el mundo.

Los efectos mencionados en las clases socioeconómicas más desfavorecidas pueden ser producto de deficiencias en el alcance de las diferentes medidas en este segmento de la población. Sin embargo, si éstas incluyen el aumento del precio de los cigarrillos a través de impuestos, los análisis económicos indican que la elasticidad de la demanda —es decir, la intensidad de la respuesta— aumenta en los segmentos de menores ingresos.

Los datos epidemiológicos sobre el tabaquismo en el mundo demuestran que, si bien se han logrado reducciones en su prevalencia, los resultados de las iniciativas implementadas aún

resultan modestos. La OMS estima que los 3.5 millones de muertes anuales que se producen como consecuencia del consumo de tabaco alcanzarán los 10 millones en el año 2030, y que el 70% de estas muertes ocurrirán en países no desarrollados. Es por eso que los esfuerzos, tanto estatales como no gubernamentales, deben seguir a la orden del día.

Dra. Beatriz Jorgensen
Médica
beatrizjorgensen@fibertel.com.ar

Importancia del estudio por imágenes de la patología mamaria



S(i)C, Vol. 13 Nº 5

Sr. Editor

Motiva el interés de escribir estas líneas una reflexión acerca del artículo publicado en vuestra prestigiosa revista Salud(i)Ciencia vol. 13 nº 5 titulado: "Comparación de la ecografía bidimensional y tridimensional para la detección de tumores de mama". Al respecto deseo expresar la importancia de la detección precoz del cáncer de mama en

estadios tempranos por métodos de diagnóstico por imágenes que, afortunadamente, están hoy al alcance de la consulta médica diaria.

Personalmente considero que tanto la mamografía bilateral con prolongación axilar y la ecografía mamaria bilateral, sea ésta bidimensional o tridimensional, junto con el examen físico, aportan mucha y valiosa información acerca del estado del tejido mamario en las mujeres, desde la adolescencia hasta la ancianidad.

Muchas veces las pacientes se muestran reticentes a efectuarse estudios de control que constituyen una eficaz prevención para el cáncer de mama, primera causa de muerte en mujeres, allí es donde los programas de educación de atención primaria de la salud deben hacer hincapié, para poder extirpar el miedo al diagnóstico o al estudio en sí, que solamente ocasiona desconcierto y negación en las mujeres.

Es mi deseo poder expresar que estoy de acuerdo en un todo con el contenido del artículo, creo que no hay diferencias sustanciales entre el modo bidimensional y tridimensional de la ecografía, la importancia radica en efectuar un rastreo ecográfico de ambas mamas con identificación de nódulos y definición de su naturaleza (sólida o líquida) y la medición del diámetro de las masas que se encuentren, puesto que esto último dará la indicación o no de realizar métodos de diagnóstico histopatológico.

En conclusión, tanto la mamografía como la ecografía nos brindan una idea de la arquitectura y la topografía del tejido mamario, indicándonos la necesidad de tomar decisiones terapéuticas para las pacientes.

Dra. María V. Riccitelli
Médica
Bs. As. Argentina

Cartas al editor

Para comunicarse por correo electrónico con Salud(i)Ciencia, escribanos a expertos@siicsalud.com, indicando "Carta al Editor" en el asunto o "subject" de su correo electrónico. Las características de las cartas deben consultarse en www.siic.info/inst-castellano.htm

1. Extensión

Artículos originales

Presente su artículo en dos versiones:

- 1) La primera versión será publicada en www.siicsalud.com (ISSN 1667-9008). El límite de extensión del texto será de 5 000 palabras.
- 2) La segunda versión será editada en las colecciones impresas de SIIC: *Salud(i)Ciencia* (ISSN 1667-8982), *Trabajos Distinguidos* o las que correspondan. La extensión de la segunda versión será de 1 500 a 3 000 palabras. Si opta por escribir una sola versión no deberá superar las 3 000 palabras.

Revisiones

El límite de extensión del texto en el caso de una revisión será de 5 000 palabras.

Tanto para los Artículos Originales como para las Revisiones, el resumen, las palabras clave, las tablas y las referencias bibliográficas no están incluidos dentro de los límites de extensión.

Incluya el número total de palabras que contiene su trabajo al comienzo del texto.

2. Idioma

El trabajo estará escrito en español o en portugués.

3. Autores

Incluya los datos completos del autor principal y su título académico, así como la función y el lugar donde se desempeña profesionalmente. De contar con coautores, por favor, incluya también los datos completos respectivos.

Límite de autores: para los Artículos Originales se aceptarán hasta seis autores; para las Revisiones, hasta dos.

4. Carta de presentación (*)

5. Resumen

El artículo se acompañará con un resumen (“abstract”) escrito en español o portugués de alrededor de 200 palabras. Tenga en cuenta que la longitud del resumen es de especial valor para los editores y usuarios de literatura virtual. Traduzca el resumen y el título del trabajo al idioma inglés. Esto permitirá difundir su trabajo entre todos aquellos profesionales que no leen español ni portugués e ingresan diariamente a nuestro sitio. *Si no está seguro de su traducción hágala revisar por un experto en lengua inglesa.* SIIC cuenta con servicio de traducción, que se pone a disposición de aquellos autores que lo requieran.

6. Título abreviado para cabeza de página

Mencione el tema principal que aborda su artículo en no más de 10 palabras.

7. Especialidades

Mencione la especialidad principal y las especialidades relacionadas con su artículo.

8. Esencia

Redacte, en no más de tres líneas, una esencia o conclusión resumida de su trabajo.

9. Palabras clave y siglas

Incluya hasta cinco palabras clave de su trabajo, en español o portugués e inglés, para facilitar su posterior clasificación. Estas palabras clave deben presentarse de acuerdo con *Descritores de Ciências da Saúde (DeCS)* y *Medical Subject Headings (MeSH)*.

No se admiten siglas en el título y, en lo posible, deben evitarse en el resumen. En el texto se utilizará la menor cantidad de siglas posible. La definición completa de la sigla deberá anteponerse a su primer uso en el texto, con la excepción de las unidades de medida estándar. Si las siglas son poco usuales o novedosas deberá incluir una lista alfabética y su respectiva definición.

10. Citas bibliográficas (*)

11. Análisis estadístico

Al describir los análisis estadísticos efectuados, los autores deberán informar claramente cuáles métodos se usaron para evaluar datos específicos. Cuando los datos se presentan en forma de tabla, las pruebas estadísticas usadas para evaluar los datos deberán indicarse con una nota al pie para cada prueba usada. Especifique cuáles programas estadísticos usó.

12. Drogas

Identifique por su nombre genérico las drogas y compuestos químicos, naturales o sintéticos, utilizados. Evite la mención de marcas y nombres comerciales. Redacte esta terminología de acuerdo con DeCS y MeSH.

13. ...

Las instrucciones continúan en

www.siic.info/inst-castellano.htm

Estas **Instrucciones** se ajustan a los “*Requisitos Uniformes de los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas*”, establecidos por el Comité de Editores de Publicaciones Médicas (www.icmje.org).

Ante cualquier inquietud, comuníquese a expertos@siicsalud.com o por teléfono al +54-11-4342-4901; Fax: +54-11-4331-3305

(*) Consultar en www.siic.info/inst-castellano.htm

1. Extension

Original articles

Submit your paper in two versions:

1. **Long version:** to be published in SIIC’s website (www.siicsalud.com) (ISSN 1667-9008). Long version manuscripts should not exceed 5,000 words.
2. **Short version:** to be published in the printed collections of SIIC - *Journal Salud(i)Ciencia* (ISSN 1667-8982), *Trabajos Distinguidos*, *Temas Maestros*, etc). Short version manuscripts length is of 1,500 to 3,000 words. If you prefer to write only one version, it must not exceed 3,000 words.

Reviews

Manuscripts should not exceed 5,000 words.

The length for both Original Articles and Reviews does NOT include the abstract, the key words, the tables and figures and the bibliography. Provide a word count at the beginning of the text.

2. Language and Style

The manuscript should be written in English. Manuscripts are then translated into Spanish by SIIC and edited **both** in Spanish and in English. Authors who are unsure of proper English usage should have their manuscripts checked by someone proficient in the English language. Manuscripts might be rejected on the basis of poor English or lack of conformity to accepted standards of style. (*)

3. Author/s

Include academic degree/s, first names and last names of author and co-authors (if any). Include the name and full location of the department and institution where you work.

Provide the name of the department/s and institution/s to which the research should be attributed. *Original Articles:* No more than six co-authors may be included. *Reviews:* No more than two co-authors may be included.

4. Covering Letter (*)

5. Abstract

Articles should be accompanied by an abstract written in English. The abstract should consist of one paragraph of about 200 words. Have in mind that the abstract is of particular value to editors and users of computer-based literature. Provide a word count for the abstract.

If your native language is other than English you may include an abstract written in your vernacular language.

6. Running title

Mention in no more than 10 words the main subject of your article.

7. Specialties

Mention the main specialty and other specialties related to your manuscript.

8. Essence

Provide, in no more than three lines, the essence or succinct conclusion of your article.

9. Key Words and Abbreviations

Provide up to 5 (five) key words under which the paper should be indexed. Key words should be written according to *Medical Subject Headings (MeSH)*. Avoid abbreviations in the title. The full term for which an abbreviation stands should precede its first use in the text unless it is a standard unit of measurement.

Alphabetical List of Abbreviations. Authors should provide an alphabetical list of the non-standard abbreviations used and the term they stand for.

10. References (*)

11. Statistics

Describe statistical methods with enough detail to enable the reader with access to the original data to verify the reported results. When data are presented in a table, the statistical methods used to evaluate the data should be clearly stated in a footnote for each method. Specify the computer software used.

12. Drugs

Identify drugs and natural and/or synthetic chemicals by their generic names. Avoid using commercial names or trade marks. Write down drug names according to *MeSH*.

13. Illustrations, Figures and Tables (*)

14. Multiple Choice Evaluation

Write down a multiple choice evaluation for readers, i.e. write a question and four answers. You should state which is the correct answer and add a brief founded explanation.

....

The guidelines continue at

www.siic.info/inst-ingles.htm

These **Instructions** comply with the “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” established by the Committee of *Medical Journal* Editors (www.icmje.org).

For further information or inquiries, please contact expertos@siicsalud.com, or call to telephone number +54 11 4342-4901; Fax: +54 11 4331-3305

(*) Consult at www.siic.info/inst-ingles.htm

Políticas de prevención a mediados del siglo pasado

En la Argentina de 1950, la salud pública era prioritaria

Un atlas publicado en Buenos Aires en ese entonces permite apreciar que las políticas sanitarias de hace cinco décadas indujeron una notable mejoría en la calidad de vida de la población.



En 1949, poco antes de cumplirse cien años de la muerte del Libertador José de San Martín, el Congreso argentino aprobó un programa de celebraciones en el que se incluía la declaración de 1950 como Año Sanmartiniano. Fue ése el momento elegido para dar a luz el atlas *La Nación Argentina Justa, Libre, Soberana*, un libro destinado a reseñar la evolución del país y la obra de sus autoridades. Se tomaron para ello, como tres momentos bien definidos, 1943, 1949 y las proyecciones para el futuro próximo.

La publicación era imponente: 806 páginas multicolores en el desusado formato de 36 x 25 cm. Cada rubro estaba desarrollado con un breve texto e ilustraciones en color a toda página, con profusión de gráficos y estadísticas. A la salud pública se le dedicaron 30 páginas; en el colofón se deja expresa constancia de que *«las tareas, ejecutadas por personal permanente del Estado, no han ocasionado ninguna erogación suplementaria al erario»*.

Prevención ante todo

La ilustración que aquí reproducimos ocupa la página 345. Se refiere a las cifras de inspecciones de salud pública realizadas en mercados, cementerios y redes cloacales de numerosos municipios en el curso de 1948. En esa época, el gobierno argentino hacía especial hincapié en la prevención como base de toda su política sanitaria. Era ministro de Salud Pública el doctor Ramón Carrillo; bajo su dirección el país estaba derrotando en esos años al paludismo. Gracias a la genial intuición de un especialista, el doctor Alvarado, había logrado imponerse el criterio de que el vector de esa enfermedad en el noroeste argentino no se desarrollaba en aguas estancadas, lo que indujo a introducir cambios esenciales en las campañas de erradicación.

En la página que comentamos puede leerse que en 1949 el presupuesto de salud pública de la República Argentina era 50 veces superior al de 1943. En la leyenda al pie del grabado se explica: *«Saneando los líquidos cloacales, inspeccionando las condiciones de limpieza de los mercados y controlando el estado de conservación de los cementerios también se contribuye a mejorar el nivel sanitario del país. Así lo entiende el Estado, y de ahí la estrecha vigilancia que ha dispuesto sobre dichas instalaciones públicas»*.

Otros tiempos

El gobierno del general Perón (1946-1955) puso siempre especial énfasis en la salud pública. Los logros alcanzados en esa época colocaron a la Argentina a la cabeza de Iberoamérica en materia sanitaria. Después, la inestabilidad política del país y la despreocupación de los sucesivos gobiernos por esos temas fueron causa de señalados retrocesos. Sin embargo, todavía pasarían muchos años antes de que se instaurara en el país la idea posmoderna de que la política asistencial es una debilidad o un derroche.

C.C.

Artigas, por la salud pública

(De *El ciclo artiguista*, por W. Reyes Abadie, O. H. Bruscherá y T. Melogno. Tomo 3. Ed. Centro Editor de América Latina/Universidad de la República/Impresora Córdón. Montevideo 1968).



Retrato de Artigas en su época de auge político.



Medalla otorgada a los soldados de Alvear que en 1814 tomaron Montevideo.

Entre los caudillos de la emancipación sudamericana, pocas figuras son tan interesantes como la de José Gervasio de Artigas (1764-1850), el Protector de los Pueblos Libres, protagonista del Exodo oriental y hombre que ajustó rigurosamente su conducta a la máxima por él mismo formulada: «Con libertad no ofendo ni temo». Como estadista de valía, Artigas no descuidó tampoco la atención de los problemas sanitarios de la época. Y así lo demuestra el texto que aquí ofrecemos.

La preocupación por defender a la población (de la Banda Oriental del Uruguay) del flagelo de la viruela se exteriorizó en los años 1815 y 1816. La vacuna antivariólica era la novedad científica de la hora, y el temible mal una realidad que empezaba *«a cundir con empeño»*, según la gráfica expresión de Artigas. El 26 de septiembre de 1815, el Cabildo de Montevideo promulgaba un Edicto sobre la vacunación, que expresaba:

«Conservar la salud pública es una de las principales atenciones del Magistrado: precaver cualquier accidente de contagio es un triunfo, que se consigue; impedir la peste de Viruela desoladora de nuestro continente, ha sido al presente lo que ha determinado el Gobierno con el antídoto experimentado de la Vacuna.»

«Por lo que invita a los Padres de familia, que tuviesen hijos sin viruelas, o no hayan sido inoculados, que se presenten con sus hijos en esta Sala Consistorial, el 27 del presente mes, desde las 4 de la tarde hasta las 6 de ella, en la que serán vacunados, cuya operación será repetida de ocho en ocho días, desde dicho 27; lo que se hará graciosamente a todos; a excepción de algunas personas pudientes que quisiesen hacer alguna limosna para los pobres del Hospital de Caridad.»

Asimismo, la Corporación ofició a Artigas, ofertándole el envío de la vacuna para Entre Ríos, Corrientes y Misiones y adjuntando *«un vidrio con el virus, un ejemplar del modo de ejecutar las operaciones y una lanceta para este fin»*.

El jefe oriental acusó recibo, manifestando:

«He recibido el ejemplar que V.S. me remite y las dos lancetas. El vidrio llegó quebrado y sin virus. El Físico inglés dice que todo se ha desvanecido. Por lo mismo sería loable que V.S. los haga remitir bien acomodados, los que se hayan de remitir a los Departamentos de Provincia. Espero con brevedad todos los que pueda mandarme para repartirlos en estos pueblos...»

Y una vez obtenidos los «vidrios» con el virus en condiciones, el Protector los remitió a los pueblos, recomendando su conservación y correcta aplicación para hacer efectivo *«este beneficio a la humanidad»*.

La documentación de la época nos revela que la providencia del Caudillo tuvo una diligente atención de parte de las autoridades de los pueblos, movidas, además, sin dudas por la notoria propagación del mal en las poblaciones.

Por lo demás, en la imprenta de Montevideo se confeccionaron las «instrucciones» para la vacuna y la Junta de Sanidad determinó, con el acuerdo de Barreiro, que se expidieran unos «Certificados», que debían ser exhibidos por todos los buques que salieran del Puerto, pagando ocho pesos los que fueran a puertos extranjeros y cuatro a los de las provincias, cuyo producido estaba destinado a incrementar los recursos del Hospital.