

Resúmenes de novedades seleccionadas por el Comité de Redacción y los especialistas que integran la dirección científica de SIIC. Las fuentes de los artículos forman parte de SIIC Data Bases, cuyo repositorio se compone por alrededor de 90.000 documentos publicados en 1.500 fuentes estratégicas,\* cifras éstas en constante crecimiento.\*\* SIIC DB clasifica y produce información en tres idiomas (español, portugués e inglés). Es la única de origen iberoamericano citada junto a Medline, Science Citation Index, Embase y otras bases de renombre internacional.

\* Consulte la Lista Maestra de Revistas de SIIC en [www.siiic.com/lmr/listamrevhtm.php](http://www.siiic.com/lmr/listamrevhtm.php)

\*\* Ver incorporaciones de 2006 y 2007 en Novedades de SIIC [www.siiic.com/main/novedades/novedades\\_siic.htm](http://www.siiic.com/main/novedades/novedades_siic.htm)



## Conceptos y cifras

### Trastorno depresivo mayor

La depresión es muy frecuente en comparación con otros trastornos psiquiátricos de presentación habitual en ámbitos médicos no psiquiátricos. Se observa principalmente en mujeres y comienza, en general, a mediados de la segunda década de la vida. El trastorno depresivo mayor (TDM) altera la capacidad de funcionamiento del paciente, por lo cual el tratamiento efectivo es fundamental. Su prevalencia oscila entre el 15% y 17%. De acuerdo con los datos correspondientes a los Estados Unidos, sólo del 46% al 57% de los pacientes con TDM reciben tratamiento y del 18% al 25% son tratados adecuadamente [*Lancet* 367(9505):153-167].

### Trastorno bipolar

En general, la prevención a largo plazo de los pacientes bipolares consiste en la administración de estabilizadores del estado de ánimo como el litio. No obstante, no existe una definición consensuada acerca de las características de dichas drogas y muchos anticonvulsivos se incluyeron dentro del grupo. El estabilizador del estado anímico ideal debería ser efectivo para tratar los síntomas maníacos agudos y depresivos y prevenir los episodios subsiguientes a largo plazo. Sin embargo, habitualmente se observa que un determinado compuesto sólo es efectivo para prevenir los síntomas característicos de uno de los polos de la enfermedad [*Expert Opinion on Pharmacotherapy* 6(8):1401-08].

### Antiepilépticos I

De acuerdo con diferentes estudios, el porcentaje de pacientes epilépticos tratados con politerapia varía desde el 20% al 51% en la población general y llega al 65% en pacientes hospitalizados. En estudios a largo plazo se informó que la monoterapia fue inefectiva en hasta el 40% de los pacientes [*Drugs* 66(14):1817-29].

### II

Desde 1989 se aprobaron al menos 10 nuevos agentes antiepilépticos eficaces como tratamiento complementario para los pacientes con cuadros refractarios. Esto significa que muchos pacientes pueden beneficiarse a partir de la politerapia. Además, algunos de los agentes más nuevos tienen un mejor perfil de tolerancia en comparación con los más antiguos, con los cual las terapias combinadas también pueden resultar más tolerables [*Drugs* 66(14):1817-29].

## Estudian el compromiso de las manos en los pacientes con esclerosis sistémica

*Annals of the Rheumatic Diseases* 65(8):1088-1092, Ago 2006



París, Francia

En los pacientes con el subtipo subcutáneo difuso de esclerosis sistémica (ES), con el cual se asocia una tendencia hacia la fibrosis y la afeción funcional, se observa contractura de las manos en flexión. La frecuencia de calcinosis es similar en las formas difusa y limitada de la enfermedad, con una localización preferente en la mano dominante.

Del 46% al 97% de los pacientes con ES presentan compromiso articular. A pesar de que se han reconocido varias anomalías radiográficas características de esta entidad, aún queda por definir en forma precisa su prevalencia y distribución. Por otra parte, también pueden verse afectados el hueso y los tejidos blandos. Cuando existe compromiso de las manos, éste puede producir discapacidad. En el presente estudio, de diseño transversal, se buscó determinar la frecuencia de afeción articular, ósea y de los tejidos blandos de las manos en una población de pacientes con ES. Además, se investigaron las asociaciones con los fenotipos de la enfermedad.

El estudio incluyó a 120 pacientes (85% de sexo masculino) con una mediana de edad de 56.5 años y un promedio de duración de la ES de 6 años. Por su parte, fueron incluidos como población de control 27 mujeres con artritis reumatoide y 20 pacientes con antecedente de lesiones en los dedos (con medianas de edad de 62.5 y 52 años, respectivamente). En todos ellos se realizó el estudio radiográfico de las manos, el cual en cada caso fue analizado por investigadores que desconocían el diagnóstico.

En los pacientes con ES se constató la presencia de erosión (21%), estrechamiento del espacio articular (28%), artritis (definida como la combinación de los dos elementos anteriores, 18%), desmineralización radiológica (23%), acroosteólisis (22%), contractura en flexión (27%) y calcinosis (23%). La resorción de las falanges distales se asoció en forma significativa con la presencia de úlceras en los dedos, calcificación extraarticular e hipertensión arterial pulmonar. A

su vez, la forma subcutánea difusa de la enfermedad mostró una asociación con la presencia de contractura en flexión. Se observó una asociación entre la calcinosis y la presencia de estas úlceras. La frecuencia de la primera fue similar entre los pacientes con las formas cutáneas difusa o limitada de la enfermedad y su localización preferente fue en la mano dominante. En los sujetos que tenían afectadas ambas manos, las lesiones en la mano dominante fueron de mayor gravedad.

Los resultados del presente trabajo muestran la elevada prevalencia con que se ven afectadas las manos de los pacientes con ES en la evaluación radiográfica. Los hallazgos más frecuentes son la erosión, el estrechamiento del espacio articular, la combinación de los dos elementos anteriores, la desmineralización radiológica, la acroosteólisis, la calcinosis y la contractura en flexión. Esta última, que se asocia con la forma subcutánea difusa de la enfermedad, se produce por los cambios fibróticos que tienen lugar en la piel de los pacientes y determina discapacidad funcional. Por su parte, la lesión vascular parece desempeñar un papel importante en la aparición de calcinosis y de acroosteólisis ya que, según lo demuestran los resultados del presente estudio, estas últimas se asocian con la presencia de complicaciones vasculares dactilares y sistémicas. En futuras investigaciones, el análisis del compromiso de las manos de estos pacientes a través de imágenes obtenidas por resonancia magnética podría facilitar el estudio de cómo se ven afectados los diferentes tejidos.

 Información adicional en [www.siiic.com/dato/dato50/06901010.htm](http://www.siiic.com/dato/dato50/06901010.htm):

Título en inglés, cita bibliográfica completa, *microrresumen* del trabajo, palabras clave, *key words*, conflictos de interés, patrocinantes, otros autores, dirección de correspondencia, datos de la fuente editorial, especialidades relacionadas, autoevaluación de la lectura.

## La espectroscopia por resonancia magnética sugiere alteraciones metabólicas en la depresión mayor

*Psychiatry Research-Neuroimaging* 147(1):1-25, Jun 2006

Esmirna, Turquía

En una revisión sistemática de la información publicada hasta la fecha sobre la espectroscopia por resonancia magnética (ERM) para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor (TDM), los autores de este trabajo hallaron un aumento del índice colina/creatina (Co/Cr) en los ganglios basales de pacientes adultos, sin alteración de

los niveles de N-acetilaspártato (NAA), lo cual sugirió un incremento del metabolismo de membrana en el TDM, sin degeneración neuronal. Además, los valores más bajos del grupo Glx (glutamato/glutamina/ácido gamma-aminobutírico) en la depresión mayor, en relación con el trastorno bipolar, podrían implicar una diferente fisiopatología en ambas enfermedades.

El TDM es una enfermedad grave, con elevada prevalencia, que habitualmente repercute sobre el desempeño de los pacientes a largo plazo. Sin embargo, se conoce poco acerca de la fisiopatología cerebral que origina el trastorno. La ERM permite evaluar diferencias en la concentración de diversos compuestos químicos en el tejido cerebral y, entre todas, la ERM protónica es la más empleada en investigaciones acerca del TDM.

Los autores de este trabajo revisaron de manera sistemática toda la literatura médica publicada en la base de datos Medline-PubMed entre 1978 y noviembre de 2005, que hiciera referencia a estudios de ERM en sujetos con depresión. Los trabajos debían estar publicados en idioma inglés e incluir pacientes con diagnóstico de TDM, comparados con individuos sanos, o bien antes y después del tratamiento farmacológico. Además, se distinguieron los estudios con pacientes adultos de los que incluyeron niños.

Los revisores identificaron 14 ensayos cuya población estaba constituida por adultos; en conjunto, esos estudios compararon el pico de NAA entre 227 pacientes y 246 controles, el valor de Co entre 240 enfermos y 261 controles, el pico de mioinositol entre 96 pacientes y 104 controles, el grupo Glx entre 86 sujetos con depresión y 109 controles y el valor de la Cr entre 146 pacientes y 173 controles. Otros 6 estudios adicionales examinaron un total de 79 pacientes pediátricos con depresión.

La combinación de los estudios con características similares demostró que los valores de NAA y de NAA/Cr (considerados principalmente como marcadores de la integridad neuronal) en los sujetos con TDM son similares a los hallados en las personas sanas, tanto en los ganglios basales como en los lóbulos frontales. Este hallazgo podría deberse a la ausencia de muerte neuronal o a su existencia en grado mínimo, en comparación con el trastorno bipolar, en el cual se han establecido niveles menores de lo normal en los lóbulos frontales y en el hipocampo.

En concordancia con los estudios individuales, el presente metanálisis confirmó la elevación del pico de Co y del índice Co/Cr a nivel de los ganglios basales en las personas con TDM comparadas con los controles sanos. Debido al origen de ese marcador y a su prevalencia en la sustancia blanca del cerebro, su aumento indica generalmente alteración de las membranas celulares.

La cantidad de información disponible respecto de los valores del grupo Glx, principalmente dependiente del glutamato, fue más limitada. Los estudios sugirieron niveles más bajos de Glx en los lóbulos frontales

de los pacientes con TDM comparados con los de personas sanas. Debido a que la mayoría de los trabajos publicados indican que estos compuestos químicos se encuentran elevados en los pacientes con trastorno bipolar, la dirección del cambio en esa enfermedad parece ser opuesta a la del TDM.

Los autores comentan que los resultados de los análisis sugieren la participación fundamental de las células gliales en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo, sin pérdida de los elementos neuronales como sucedería en las afecciones bipolares.

En conclusión, los estudios revisados en el presente artículo confirman la presencia de alteraciones en el metabolismo regional de ciertos compuestos químicos en el TDM, con aumento del índice Co/Cr y descenso del valor de Glx. Las diferencias entre este perfil de metabolitos y los hallados en pacientes con trastorno bipolar apoyan la existencia de diferentes mecanismos fisiopatológicos subyacentes a ambos tipos de enfermedad.

 [www.siic.salud.com/dato/dat055/07117000.htm](http://www.siic.salud.com/dato/dat055/07117000.htm)

## El riesgo de dependencia del alcohol varía según la edad de comienzo del consumo

Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine  
160(7):739-746, Jul 2006



Boston, EE.UU.

En los individuos que comienzan a beber alcohol a una edad temprana, el riesgo de presentar dependencia dentro de los siguientes 10 años o antes de cumplir los 25 años es mayor que el observado en aquellos en los que el inicio del consumo se produjo a la edad de 21 años o más tarde.

En los EE.UU., el consumo excesivo de alcohol representa la tercera causa evitable de muerte. En un estudio llevado a cabo en 2003 en dicho país se demostró que 28% de los estudiantes de nivel secundario bebían alcohol en cantidad desde antes de los 13 años y que a los 17 años presentaban una elevada probabilidad de ingerir una mayor cantidad que aquellos que comenzaban su consumo a dicha edad. El consumo excesivo de alcohol ha sido definido en los hombres como la ingesta de 5 o más bebidas alcohólicas en el lapso de 2 horas y, en las mujeres, como el consumo de 4 o más en el mismo tiempo.

Con el estómago vacío, el consumo excesivo produce un nivel de alcoholemia de 0.08% o mayor, el cual en los EE.UU. representa el límite legal de intoxicación.

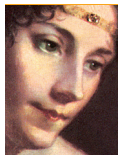
Los estudiantes que beben en exceso muestran una mayor tendencia a exponerse a sí mismos y a otras personas a situaciones de peligro, como conducir en estado de ebriedad, no usar cinturón de seguridad, portar armas o mantener relaciones sexuales sin protección. Además, cuando el comienzo del hábito de beber alcohol se produce a una edad temprana, se incrementa el riesgo de dependencia durante la vida adulta. Sin embargo, no se ha investigado si el inicio temprano en el consumo de alcohol se asocia con el desarrollo de dependencia a menor edad y con la dependencia crónica con recaídas o múltiples episodios. Es por eso que en la presente investigación, sus autores estudiaron dicha relación.

En 2001 y 2002 se llevó a cabo en los EE.UU. una encuesta en 43 093 adultos referida al consumo de alcohol. Sobre la base de estos datos se aplicaron los criterios de la cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* para la identificación de los casos de dependencia del alcohol. Estos comprenden la tolerancia al alcohol, el síndrome de abstinencia, beber cantidades mayores de las pretendidas o durante mayores períodos de tiempo, deseo persistente de beber, pasar mucho tiempo bebiendo o recuperándose de los efectos de la bebida, el abandono de actividades importantes en favor del consumo de alcohol y la continuación del hábito a pesar de la existencia de problemas psicológicos o físicos provocados por beber en exceso.

El 12.5% de las personas participantes en la encuesta cumplieron algún criterio de dependencia del alcohol en algún momento de su vida; en el momento de la encuesta este porcentaje era del 3.8%. Se observó que los individuos que comenzaron a beber alcohol antes de los 14 años tenían una mayor probabilidad de presentar dependencia que aquellos en los que el comienzo del hábito se había producido a los 21 años o más tarde, tanto crónica como dentro de los siguientes 10 años del inicio (riesgos relativos [RR] de 1.78 y 1.69, respectivamente). Además, los primeros mostraron una mayor probabilidad de presentar dependencia antes de los 25 años de edad (RR de 8.12), así como de padecer múltiples episodios de dependencia (RR de 3.09).

Según los resultados de este estudio, los individuos que comienzan a beber alcohol a una edad temprana tienen mayor probabilidad de presentar dependencia dentro de los siguientes 10 años o antes de la edad de 25 años que quienes inician el consumo en forma más tardía. Además, el comienzo temprano se asocia con la aparición de dependencia crónica con recaídas, caracterizada por múltiples episodios. Estos hallazgos destacan la importancia de asesorar a los adolescentes acerca del consumo de alcohol e idear intervenciones destinadas a demorar el comienzo de este hábito.

 [www.siic.salud.com/dato/dat050/06907018.htm](http://www.siic.salud.com/dato/dat050/06907018.htm)



Conceptos y cifras

**Tabaquismo I**

El hábito de fumar constituye uno de los más importantes problemas con los que debe enfrentarse la salud pública. Su magnitud se pone de manifiesto en las siguientes cifras estadísticas provistas por la Organización Mundial de la Salud: en el mundo hay 1 500 millones de fumadores, de los cuales 3.5 millones mueren cada año por trastornos vinculados con el tabaco, y se estima que en los próximos 10 años habrá 10 millones de muertes anuales [Jornal Brasileiro de Medicina 91(4):38-42].

**II**

La expectativa de vida de un individuo que fuma mucho es 25% menor que la de un no fumador, pues entre las 25 enfermedades relacionadas con el hábito de fumar, todas ellas mortales, se pueden mencionar las cardiovasculares (43%), el cáncer (36%) y las bronconeumopatías (20%) [Jornal Brasileiro de Medicina 91(4):38-42].

**III**

La terapia de reemplazo con nicotina se comprobó más efectiva que el placebo y con menores tasas de recaída; se suministra en diversas formas farmacéuticas (parche adhesivo, aerosol, goma de mascar y comprimido sublingual), pero la primera da lugar a menos efectos colaterales. La dosis inicial es de 15 mg diarios, aunque puede ser mayor en quienes consumen más de 25 cigarrillos por día. Los parches se cambian todos los días y el tratamiento dura 8 semanas para luego reducirse progresivamente la dosis hasta completar 1 año. La goma de mascar de 2 mg se emplea a razón de 10 dosis diarias [Jornal Brasileiro de Medicina 91(4):38-42].

**Rimonabant**

El tratamiento con 20 mg diarios de rimonabant, un bloqueante de los receptores CB1, en combinación con una dieta restringida en calorías, produce una modificación significativa de múltiples factores de riesgo cardiometabólicos [Journal of the American Academy of Physician Assistants (JAAPA) 19(2):8-11].

**Alteraciones tiroideas**

En los trabajadores de plantas nucleares con exposición ocupacional a radiación ionizante en el rango superior de las dosis permitidas se observa un riesgo aumentado de elevación de los niveles séricos de tirotrófina [Thyroid 16(10):1009-17].

**Enfermedad arterial periférica**

La diabetes es el predictor individual más importante de enfermedad arterial periférica (RR 4.05). Siguen en relevancia el tabaquismo (RR 2.55), la elevación de la proteína C-reactiva (RR 2.10), la hipertensión arterial (RR 1.51), la hiperhomocisteinemia (RR 1.44) y la hipercolesterolemia (RR 1.10) [Atherosclerosis Supplements 6(4):21-31].

**Factores asociados con la densidad mineral ósea en pacientes con bulimia**

European Journal of Endocrinology 155(2):245-251, Ago 2006



Estocolmo, Suecia

En las pacientes con bulimia, el antecedente de anorexia nerviosa es el principal factor determinante de la reducción de la masa ósea. Las variables endocrológicas relacionadas con la densidad mineral ósea (DMO) parecen ser determinantes secundarios, dependientes del mencionado antecedente y del índice de masa corporal (IMC).

Los resultados de los estudios realizados hasta el momento acerca de la DMO en mujeres con bulimia han sido contradictorios; en algunos trabajos se ha observado que estas pacientes presentan una baja DMO, aunque en otros se han constatado valores normales. Del 25% al 30% de las mujeres con bulimia presentan el antecedente de anorexia nerviosa, entidad asociada con una pérdida aparente de masa ósea y, en el 50% de los casos, con osteoporosis en la columna vertebral lumbar. En las pacientes con bulimia se observan trastornos hormonales que pueden afectar su masa ósea. Presentan con frecuencia alteraciones menstruales y niveles bajos de estradiol, además de valores elevados de cortisol y adrenocorticotrofina. Más aun, estas pacientes pueden mostrar un incremento en los niveles de andrógenos y una reducción de los correspondientes a las hormonas tiroideas. Según los autores, hasta el momento no se ha estudiado la influencia de los mencionados factores endocrinos y del antecedente de anorexia nerviosa sobre la DMO de las pacientes con bulimia. Por eso, llevaron a cabo la presente investigación con el objeto de evaluar la existencia de posibles asociaciones entre las mencionadas variables.

El estudio incluyó a 77 pacientes con bulimia y 56 mujeres sanas de las mismas edades y valores de IMC. La definición de bulimia nerviosa comprendió los episodios frecuentes de atracones y el uso regular de conductas compensatorias inapropiadas para evitar el aumento de peso, como vómitos autoinducidos, consumo de laxantes o períodos de ayuno. En cada participante se determinó la DMO a través del estudio de absorciometría de rayos X de energía dual, además de los niveles séricos de estradiol, testosterona, cortisol, globulina transportadora de hormonas sexuales, factor de crecimiento 1 similar a

la insulina (IGF-1), tirotrófina y tiroxina libre. Por su parte, cada participante proveyó la información acerca del antecedente de anorexia nerviosa y del patrón de sus períodos menstruales.

Se observó que las pacientes con bulimia presentaron valores significativamente menores de DMO lumbar que las mujeres del grupo control (1.06 y 1.11 g/cm<sup>2</sup>). En tanto, los respectivos valores de DMO corporal total en cada grupo fueron 1.12 y 1.14 g/cm<sup>2</sup>, y en los miembros inferiores, 2.36 y 2.42 g/cm<sup>2</sup>. La osteopenia corporal total fue significativamente más frecuente en las mujeres con bulimia que en las del grupo control, ya que ésta se observó en 10 pacientes del primer grupo y en ninguna de las del segundo. Las participantes bulímicas presentaron valores significativamente menores de cortisol sérico y de tiroxina libre, y más elevados de cortisol. Entre estas pacientes, 31.2% presentaban trastornos menstruales, 51.9% tenían antecedentes de amenorrea y 23.4%, de anorexia nerviosa. Las participantes con bulimia con antecedente de amenorrea y anorexia nerviosa presentaban valores de DMO total y lumbar significativamente menores que los observados en las mujeres del grupo control. El análisis univariado mostró que el antecedente de amenorrea, los niveles de cortisol y testosterona, el antecedente de anorexia nerviosa y el IMC se asociaban en forma significativa con la DMO lumbar. En el análisis de regresión múltiple se observó que el antecedente de anorexia nerviosa era el principal factor determinante de la DMO lumbar, al tiempo que no se constataron asociaciones entre esta variable, los factores endocrinológicos y el IMC.

Los resultados del presente trabajo indican que, en las pacientes con bulimia, la DMO lumbar es menor que la observada en las mujeres sanas, y que la frecuencia de osteopenia corporal total es mayor en las primeras. Al respecto, el principal factor determinante de la presencia de una masa ósea reducida en las mujeres bulímicas es el antecedente de anorexia nerviosa.



www.siicsalud.com/dato/dat050/06o31014.htm

**Significativo descenso de la mortalidad por preeclampsia**

JAMA 296(11):1357-1362, Sep 2006

Bergen, Noruega

En los embarazos complicados con preeclampsia, la frecuencia de muerte intrauterina se ha reducido notablemente en Noruega a lo largo de los últimos 40 años, no así la mortalidad neonatal. A pesar del incremento importante en el número de partos pretérmino, vinculado con estrategias más agresivas de manejo de la preeclampsia, el riesgo relativo de



muerte neonatal no se ha modificado con el tiempo.

La preeclampsia es una causa bien definida de mortalidad perinatal y constituye una indicación para la inducción del parto pretérmino en los países desarrollados, tendencia que ha sido apoyada, en parte, por los avances en el cuidado de los recién nacidos de escasa edad gestacional. Si bien se ha demostrado que la finalización del embarazo reduce la posibilidad de muerte fetal, es fundamental evaluar el efecto neto de esta conducta médica sobre la supervivencia de los recién nacidos.

Los investigadores examinaron los cambios observados a lo largo del tiempo en la mortalidad perinatal y la supervivencia de niños pequeños, en relación con el tratamiento de la preeclampsia en Noruega. El estudio se basó en la población general y tuvo un diseño observacional y longitudinal.

Se analizaron los datos de 804 448 primogénitos de madres noruegas, notificados al Registro de Nacimientos del país mencionado entre 1967 y 2003.

La preeclampsia se definió de acuerdo con los criterios del *American College of Obstetricians and Gynecologists* propuestos en 1972. En la población examinada se diagnosticó esa complicación en 33 835 gestantes (4.2% del total de embarazos).

Tanto la muerte fetal como neonatal fueron más frecuentes en las mujeres con preeclampsia, especialmente durante los años iniciales considerados en este estudio. La mortinatalidad se asoció de manera más firme con la presencia de preeclampsia y mostró mayor descenso con el transcurso del tiempo que la mortalidad neonatal.

La inducción del parto y la realización de cesárea antes de las 37 semanas de gestación aumentaron durante el período estudiado (8% durante 1967-1978 en comparación con 20% entre 1991 y 2003, en los casos de preeclampsia), y fueron 10 veces más frecuentes en las mujeres con preeclampsia que en aquellas sin esa complicación. Como consecuencia, hubo un aumento significativo de la tasa de partos pretérmino.

A lo largo de todo el estudio, el *odds ratio* (OR) corregido para la muerte fetal descendió de 4.2 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 3.8-4.7) a 1.3 (IC del 95%: 1.1-1.7) en los embarazos con preeclampsia comparados con aquellos sin tal afección ( $p < 0.001$ ). Por otra parte, el OR para la muerte neonatal permaneció bastante estable en el tiempo en los casos de preeclampsia (1.7 en 1967-1978 y 2.0 en 1991-2003;  $p > 0.05$ ). La mortalidad infantil, que pudo evaluarse sólo en los nacimientos informados a partir de 2000, tampoco mostró una variación significativa.

Los investigadores comentan que en el transcurso de los 37 años considerados se observó una notable reducción de la mortalidad intrauterina en los casos de preeclampsia, posiblemente como resultado del mejor manejo clínico y la terminación más temprana del embarazo. Potencial-

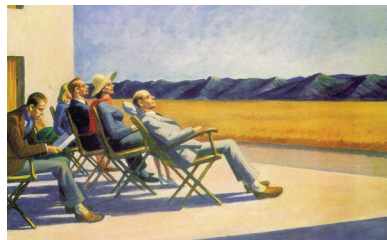
mente, los recién nacidos pretérmino de madres con preeclampsia presentan un incremento del riesgo de mortalidad neonatal. Ese no fue el caso en Noruega, donde los avances en la medicina han sido efectivos para prevenir la muerte fetal sin causar incremento de la mortalidad materna o neonatal.

Se concluye que, en Noruega, la mortalidad intrauterina se ha reducido notablemente en los últimos 37 años en las mujeres preeclámpicas, al tiempo que se observa un manejo clínico más agresivo de esa complicación, incluida la indicación de inducción del parto pretérmino. Sin embargo, el riesgo relativo de muerte neonatal se ha mantenido de manera estable en ese lapso.

 [www.siicsalud.com/dato/dat050/06o23013.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat050/06o23013.htm)

## Analizan casos de hiponatremia asociada al ejercicio

Journal of the Royal Society of Medicine  
99(7):363-367, Jul 2006



Perth, Australia

Para el tratamiento de los pacientes sintomáticos con hiponatremia asociada al ejercicio (HAE), los autores del presente artículo recomiendan el uso de soluciones hipertónicas.

La HAE puede aparecer después de la ejercitación prolongada, como consecuencia de la ingesta excesiva de líquidos hipotónicos tanto durante la realización del ejercicio como después. A pesar de que algunos individuos con HAE pueden permanecer asintomáticos, otros presentan complicaciones graves, como encefalopatía hiponatremia, edema pulmonar y muerte. La primera se asocia con vómitos, cefalea, confusión, coma, convulsiones y edema pulmonar. Su tratamiento resulta controvertido ya que, además de la necesidad de corregir rápidamente la hiponatremia, existe el riesgo de desmielinización cerebral asociada a la corrección demasiado rápida. Las recomendaciones terapéuticas varían entre la restricción de líquidos, la administración de solución salina al 0.9% o la provisión de solución hipertónica. En la maratón de Londres de 2003, participaron 32 563 corredores de edades comprendidas entre 18 y 92 años. En dicha ocasión, entre las millas 3 y 25 se podían encontrar estaciones de provisión de agua separadas por una distancia de 1 milla entre cada una, mientras que en las millas 5, 10, 15, 19 y 23 se entre-


gaba a los participantes una bebida deportiva con un contenido sódico de 22 mmol/l. En este estudio, sus autores analizaron la forma de presentación de la HAE, el tratamiento y la respuesta de los participantes de dicha maratón que fueron atendidos en un hospital de alta complejidad situado cerca de la línea de llegada de la mencionada competencia. El análisis incluyó a todos los pacientes que el día de la maratón fueron atendidos en dicha institución debido a un estado mental de confusión y a una concentración sérica de sodio menor de 135 mmol/l.

Catorce pacientes presentaron HAE el día de la competencia, con concentraciones séricas de sodio que variaron entre 116 y 133 mmol/l. Se constató confusión en 11 casos (con desorientación de tiempo, espacio y persona, o articulación de sonidos incomprensibles), 3 sujetos sufrieron desmayos y 7 vómitos. El paciente con la menor concentración de sodio presentó 2 convulsiones antes de arribar al departamento de emergencias, las cuales cedieron espontáneamente. Los 14 pacientes habían completado la maratón, y no se observó una relación entre el tiempo requerido en hacerlo y el nivel sérico de sodio. Con relación al tratamiento, en todos los casos se administró solución salina al 0.9% y 6 pacientes recibieron solución al 1.8%, en cantidades entre 250 y 1 000 ml. A pesar de ello, en algunos casos se produjeron descensos de los niveles de sodio sérico pocas horas después de iniciado el tratamiento. Trece pacientes se encontraban sin síntomas a la mañana siguiente, y el restante, aunque había mejorado sustancialmente, aún tenía levemente afectada la memoria. Sólo 1 paciente pudo brindar una estimación de su consumo de líquido, el cual fue de aproximadamente 13 l durante 5 horas.

Los investigadores sostienen que en el tratamiento de la HAE, la administración de solución salina al 0.9% puede no producir aumento del sodio sérico, posiblemente debido a la absorción persistente de los líquidos hipotónicos y a la continua pérdida de sal. Al respecto, recomiendan el uso de fluidos hipertónicos, aunque admiten que, en los casos leves, la conducta puede ser expectante, sin administración de líquidos y a la espera de la diuresis espontánea. La respuesta al ejercicio incluye cambios en el volumen circulante y los niveles de vasopresina, péptido natriurético auricular y aldosterona. Sin embargo, también se presenan variaciones individuales en la formación de orina y la pérdida de sodio, que podrían explicar las diferencias observadas.



[www.siicsalud.com/dato/dat050/06908005.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat050/06908005.htm)

 Título en inglés, cita bibliográfica completa, microrresumen del trabajo, palabras clave, key words, conflictos de interés, patrocinantes, otros autores, dirección de correspondencia, datos de la fuente editorial, especialidades relacionadas, auto-evaluación de la lectura.



## Conceptos y cifras

**Claudicación intermitente**

La presencia de enfermedad arterial periférica indica mayor riesgo de aterosclerosis en otros lechos vasculares. Entre el 25% y el 68% de los pacientes tienen enfermedad coronaria y entre el 34% y el 50%, enfermedad cerebrovascular. En estos pacientes el riesgo de mortalidad cardiovascular es entre 3 y 6 veces superior con respecto a la población general.

A pesar de la importancia de estos números, una proporción sustancial de personas afectadas no tienen diagnóstico y, por ende, no reciben el tratamiento adecuado.

Se calcula que entre el 3% y el 27% de los adultos de entre 45 y 74 años reúnen los criterios de enfermedad arterial periférica y que hasta un tercio de ellos presentan claudicación intermitente.

A medida que aumenta la edad, los hombres son más afectados que las mujeres [*Atherosclerosis Supplements* 6(4):21-31].

**Linfoma no Hodgkin en nasofaringe**

En los pacientes con linfoma no Hodgkin de localización en la nasofaringe, el tratamiento más adecuado parece ser la combinación de radioterapia y quimioterapia [*Leukemia & Lymphoma* 47(10):2132-39].

**Terapia electroconvulsiva**

La estrategia terapéutica antidepressiva más efectiva es la terapia electroconvulsiva, especialmente en los pacientes con síntomas psicóticos.

Sus efectos son de corto plazo, por lo cual, en general, es necesario administrar terapia farmacológica luego de su aplicación. El principal obstáculo para su empleo son los trastornos mnemónicos que provoca. El método de aplicación se relaciona con el grado de trastorno cognitivo posterior. Por ejemplo, la aplicación bilateral ocasiona un deterioro mayor en comparación con la aplicación unilateral [*Lancet* 367(9505):153-167].

**Cáncer de mama**

La incidencia del cáncer de mama es creciente, afecta a aproximadamente 1 millón de personas en todo el mundo, lo que se debe en parte a la implementación de mejores programas de detección.

En Europa, la cifra de nuevos casos anuales supera los 360 000 y en los Estados Unidos, los 200 000. Las tasas de mortalidad asociadas con la enfermedad comenzaron a declinar debido a la detección temprana y a los avances del tratamiento. Actualmente, las pacientes con cáncer de mama tienen una supervivencia global a 5 años del 75% [*Lancet Oncology* 7(12):991-96].

**La obesidad predispone al deterioro de función renal**

*Annals of Saudi Medicine* 26(4):288-295, Jul 2006

Al Hasa, Arabia Saudí

La obesidad constituye un factor de morbilidad importante para la función renal. Además de formar parte del síndrome metabólico, predispone a la glomerulosclerosis focal segmentaria y al carcinoma de células renales; también podría aumentar la velocidad de progresión de ciertas enfermedades subyacentes, como la nefropatía por IgA y, posiblemente, la diabética. Es necesario aplicar estrategias de prevención dirigidas a los individuos con mayor riesgo, para reducir las consecuencias de la obesidad sobre el funcionamiento renal.

La obesidad representa uno de los problemas más graves para la salud pública y, a medida que la epidemia se extiende, aumenta la preocupación por sus consecuencias, ya que se asocia con gran cantidad de enfermedades. Algunas investigaciones recientes han demostrado que la obesidad desempeña un papel fundamental en la aparición de alteraciones de la función renal en personas sin afección previa de dicho órgano, así como en la progresión del deterioro en quienes padecen insuficiencia renal. El presente trabajo revisa los conocimientos actuales acerca de las consecuencias de la obesidad sobre el funcionamiento de los riñones.

Diversos estudios han confirmado la sólida asociación entre la obesidad, la hipertensión arterial (HTA) y la proteinuria (microalbuminuria), con posibilidad de evolución a la glomerulosclerosis focal segmentaria. La obesidad claramente participa en la génesis y el mantenimiento de la HTA y, sumada a la presencia de otros factores de riesgo como diabetes o dislipidemia, puede potenciar la afección renal. Si bien no se ha aclarado el mecanismo de la HTA asociada con la obesidad, es posible que el aumento de la actividad simpática inducida por la leptina, las alteraciones en la regulación del sodio, la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona y el efecto mecánico directo de compresión ejercido por los depósitos grasos induzcan esa comorbilidad.

En sujetos sin antecedentes de enfermedad renal, la obesidad constituye un factor de riesgo independiente para la aparición de proteinuria. La glomerulosclerosis presenta características histopatológicas que la diferencian de la idiopática.

Además, en las últimas décadas se ha observado un aumento de la incidencia del cáncer renal, en forma paralela a la de obesidad, y se ha propuesto que las alteraciones hormonales e inmunes así como el aumento de la peroxidación lipídica estarían involucrados en la predisposición a dicha neoplasia.

También se ha confirmado la relación entre el aumento del índice de masa corporal, la formación de cálculos renales y la incidencia de cáncer de próstata. En personas con enfermedad renal previa como, por

ejemplo, nefropatía por IgA, se ha hallado que el sobrepeso predispone a la progresión del deterioro de la función renal. Recientemente se ha conjeturado acerca de que la obesidad puede constituir un factor pronóstico en la evolución de la nefropatía diabética, ya que algunos trabajos prospectivos demostraron que la reducción de peso y el uso de bloqueadores de los receptores de angiotensina mejoran la función renal en los pacientes diabéticos y obesos.

Respecto de los mecanismos de la lesión renal vinculada a la obesidad, se ha afirmado que la inadecuada adaptación de la hemodinamia glomerular, que produce aumento de la presión intraglomerular, junto con la síntesis y liberación de sustancias vasoactivas, fibrinogénicas y hormonales por los adipocitos, resultarían en la pérdida de nefronas en esa población.

De acuerdo con los datos disponibles, es fundamental la implementación de estrategias de prevención del compromiso renal en los sujetos obesos, las cuales deberían incluir la modificación de los hábitos de vida y el empleo racional de agentes hipolipemiantes (estatinas), de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueadores de los receptores de esta última y fármacos que aumenten la sensibilidad a la insulina (glitazonas).

En conclusión, la obesidad representa un factor de riesgo independiente para la aparición de nefropatía en sujetos por lo demás sanos, y para la progresión hacia la etapa final de la insuficiencia renal en quienes poseen afecciones previas de ese órgano.



[www.siicsalud.com/dato/dat051/06d21010.htm](http://www.siicsalud.com/dato/dat051/06d21010.htm)

**La cirugía bariátrica puede restaurar la normalidad del ciclo menstrual**

*Obesity Surgery* 16(11):1457-1463, Nov 2006

Filadelfia, EE.UU.

En las mujeres premenopáusicas con obesidad mórbida, la anovulación, reflejada en ciclos menstruales irregulares, representa un hallazgo común. La cirugía bariátrica produce la restauración de los ciclos normales en más del 70% de los casos.

Las mujeres obesas presentan anovulación con mayor frecuencia que aquellas con peso normal; la causa más frecuente es el síndrome de ovario poliquístico. En las mujeres con índice de masa corporal de 27 kg/m<sup>2</sup> o superior, el riesgo relativo de infertilidad anovulatoria es mayor de 3, aunque la ovulación puede ser restaurada con pérdidas de peso tan pequeñas como del 5% del total. Sin embargo, en las pacientes con obesidad mórbida la pérdida de peso requiere la realización de una cirugía bariátrica, la cual es efectiva no sólo para lograr la reducción sino también el mantenimiento del peso alcanzado. En consecuencia, en estas pacientes dicha cirugía podría

representar un tratamiento efectivo contra la infertilidad relacionada con la obesidad. En el presente estudio, sus autores buscaron determinar la prevalencia de ciclos menstruales irregulares en una población de mujeres sometidas a cirugía bariátrica, así como el efecto de dicha intervención sobre la menstruación. Además, se intentó identificar los factores asociados con el retorno a los ciclos normales luego de la intervención quirúrgica.

El estudio incluyó a 411 mujeres con el antecedente de haber sido sometidas a cirugía bariátrica por obesidad mórbida, de hasta 40 años y con el útero y ovarios intactos. Dichas pacientes fueron encuestadas a través de un cuestionario enviado por correo, en referencia a los ciclos menstruales previos y posteriores a la cirugía, los antecedentes obstétricos y de medicación para la fertilidad, y el uso de anticonceptivos orales. Para los propósitos del estudio se definió como ciclo menstrual normal a aquel de hasta 35 días de duración, en tanto que los de más de 35 días fueron considerados anormales e indicativos de anovulación.

Un total de 195 pacientes completaron el cuestionario. Los valores promedio de los índices de masa corporal prequirúrgico y posquirúrgico fueron 52.0 y 31.9 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente.

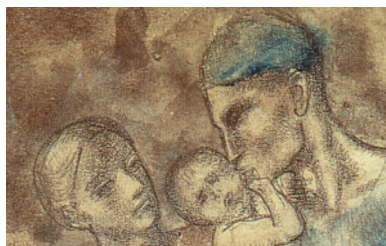
El 50.3% de estas pacientes presentaba ciclos menstruales anormales antes de ser sometidas a cirugía bariátrica, cifra que descendió a 17.5% luego de la intervención. La menstruación se restauró después de un promedio de 1.6 meses. Por su parte, todas las pacientes que presentaban ciclos normales antes de la cirugía continuaron de este modo, a pesar de la pérdida de peso sustancial producida por la intervención. El promedio de duración de los ciclos menstruales antes de la cirugía fue de 45.4 días y descendió a 27.5 días con posterioridad. Entre las pacientes que presentaban anovulación antes de ser intervenidas quirúrgicamente, la duración media del ciclo menstrual era de 124.7 días. De estas mujeres (n = 98), 70 obtuvieron una normalización de sus ciclos después de la cirugía (71.4%). Además, presentaron una mayor pérdida absoluta de peso y disminución del índice de masa corporal que aquellas en quienes persistió la anovulación. En las primeras, la pérdida absoluta de peso fue de 135.0 kg (porcentual de 40.4%) y la reducción del índice de masa corporal, de 22.3 kg/m<sup>2</sup>, en tanto que en las últimas las cifras fueron 109.7 kg (porcentual de 35.5%) y 18.0 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente.

Los resultados del presente trabajo demuestran que la cirugía bariátrica representa un tratamiento efectivo para los ciclos menstruales irregulares secundarios a anovulación en las mujeres con obesidad mórbida. Dicha intervención determina la restauración de ciclos menstruales normales en más del 70% de los casos con anovulación prequirúrgica.

 [www.siic.salud.com/dato/dat051/06d29020.htm](http://www.siic.salud.com/dato/dat051/06d29020.htm)

## Las infecciones son la causa más frecuente de mortalidad en niños previamente sanos

Archives of Pathology & Laboratory Medicine  
130(12):1780-1785, Dic 2006



Nueva Orleans, EE.UU.

Entre los niños previamente sanos, las enfermedades infecciosas son la causa más frecuente de muerte no traumática.

Los datos estadísticos referidos a las causas de mortalidad en la población infantil señalan a las lesiones congénitas y a ciertos cuadros originados en el período perinatal como las más importantes entre los niños menores de 1 año, mientras que los traumatismos y las enfermedades malignas son más frecuentes entre los niños mayores. Las causas parecen ser consignadas con mayor detalle en los certificados de defunción en los casos de muerte producida por traumatismos, enfermedades crónicas o cuadros derivados de la condición de prematuridad. Sin embargo, en los casos de los niños que presentaron una muerte súbita, en los cuales no pudo realizarse una evaluación clínica diagnóstica completa, ya sea porque no se realizó una autopsia o porque sus resultados aún no se encontraban disponibles, los certificados de defunción pueden no ser tan precisos. En el presente trabajo, sus autores investigaron las evaluaciones *post mortem* llevadas a cabo en un hospital pediátrico en una serie de fallecimientos inesperados de niños previamente sanos. Su objetivo fue determinar las causas de dichas muertes súbitas no traumáticas.

En el estudio, que comprendió el período 1985-2003, se analizaron los fallecimientos de niños que se encontraban sanos hasta unos pocos días antes de su internación y que fallecieron estando hospitalizados. Además de niños previamente sanos, también se incluyeron aquellos denominados "casi sanos", es decir, los que presentaban enfermedades comunes, como infección del tracto respiratorio superior, otitis media, infección del tracto urinario o síntomas gastrointestinales leves.

Durante el período analizado se realizaron 88 autopsias de niños previamente sanos o "casi sanos", 15% del total de procedimientos realizados (n = 572). El 52% de los pacientes era de sexo femenino; 46 eran menores de 1 año y, de los restantes, 20, 16 y 6 niños tenían de 1 a 4 años, de 5 a 14 años y de 15 a 18 años, respectivamente. La mediana de la estadía hospitalaria fue de 2 días y el 26% de los fallecimientos se produjeron dentro de las primeras 24 horas de la internación. En general, la causa más frecuente de muerte fue la infección (53%),

seguida por las neoplasias (15%) y las anomalías genéticas y del desarrollo (11%). Entre los casos de causa infecciosa, el sistema nervioso fue el más comúnmente afectado, seguido en frecuencia por la sepsis sistémica. Por su parte, entre las neoplasias, las más comunes fueron las correspondientes al sistema nervioso y las hematológicas. En general, el sistema neurológico fue el más frecuentemente afectado. En 3 casos, la causa de muerte no pudo ser identificada a partir de la autopsia. El último caso fatal de meningitis por *Haemophilus influenzae* fue registrado en 1990, aunque hubo 4 casos con anterioridad. Además, el último caso de síndrome de muerte súbita infantil en este estudio se observó en 1994, y se identificaron 2 muertes por síndrome de Reye, ambas antes de 1992.

Los resultados del presente trabajo demuestran que entre los casos de muerte súbita en niños previamente sanos, las infecciones representan la causa más frecuente seguida por las neoplasias y por las anomalías del desarrollo. El sistema nervioso es el más habitualmente afectado. Los autores destacan que la implementación de ciertos cambios en las medidas preventivas, como las inmunizaciones, la posición para dormir y el uso reducido de aspirinas en los niños, podría explicar que ya no se observen determinadas enfermedades como causa de muerte en los últimos años.



[www.siic.salud.com/dato/dat051/07129012.htm](http://www.siic.salud.com/dato/dat051/07129012.htm)

## Presentan experiencia en el diagnóstico y el tratamiento del mixoma odontogénico

Archives of Pathology & Laboratory Medicine  
130(12):1799-1806, Dic 2006

Beijing, China

En esta serie de casos con diagnóstico de mixoma odontogénico, los tumores presentaron un aspecto histopatológico uniforme, con elementos celulares escasos, sin imágenes de atipia celular, dispersos en una matriz intercelular rica en mucina, características por las cuales los autores destacan la posibilidad de errores en el diagnóstico diferencial histológico con otras neoplasias mixomatosas. Ya que se trata de una lesión infiltrativa, no encapsulada, es probable su recurrencia si la remoción quirúrgica es inadecuada.

Los mixomas son tumores benignos, aunque localmente invasivos, que afectan frecuentemente al tejido óseo y, cuando lo hacen, se localizan casi exclusivamente en los huesos maxilar superior o inferior. La OMS y otras organizaciones de referencia consideran al mixoma maxilar como un tumor de origen odontogénico, aunque esta suposición no ha sido confirmada. El tratamiento de tales lesiones es también un tema de debate en la actualidad.

El presente trabajo describe las características clínicas e histopatológicas de una





Conceptos y cifras

**Premenstruación  
Trastornos**

Las mujeres en edad reproductiva habitualmente presentan trastornos premenstruales relacionados temporalmente con la fase lútea del ciclo menstrual. Esta relación llevó a la identificación del "síndrome premenstrual" (SP) y del "trastorno disfórico premenstrual" (TDP). El TDP es un síndrome premenstrual grave en el cual predominan los síntomas emocionales. Aproximadamente del 50% al 80% de las mujeres en edad reproductiva presentan síntomas premenstruales leves, mientras que en el 20% de los casos dichos síntomas son más graves y requieren tratamiento. De 3% al 8% de las pacientes reúnen los criterios para el diagnóstico de TDP [CNS Drugs 20(7):523-47].

**Síntomas**

Los síntomas premenstruales pueden ser emocionales, como depresión, irritabilidad, ansiedad y labilidad afectiva, conductuales, y físicos, como mastalgia y cefaleas. Antes de la menstruación, es frecuente que las mujeres experimenten una disminución del interés por las actividades habituales, problemas de concentración y un sentimiento de pérdida de control o agobio. Estos cuadros tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida [CNS Drugs 20(7):523-47].

**Inhibidores de la bomba  
de protones**

El tratamiento prolongado con inhibidores de la bomba de protones (IBP) se asocia con un aumento en el riesgo de fracturas de cadera, especialmente en los pacientes que reciben dosis elevadas de IBP [JAMA 296(24):2947-53].

**Accidente cerebrovascular**

El análisis de las tendencias en la incidencia, riesgo, gravedad y mortalidad de los accidentes cerebrovasculares durante los últimos 50 años muestra que, si bien las dos primeras variables se redujeron, la tercera no se modificó, mientras que la disminución de la mortalidad sólo es significativa en el caso de los hombres [JAMA 296(24):2939-46].

**Terapia con alendronato**

Las mujeres con osteoporosis posmenopáusica que reciben alendronato e interrumpen el tratamiento después de 5 años no muestran un mayor riesgo de fracturas no vertebrales con relación a aquellas que continúan con el mencionado régimen [JAMA 296(24):2927-38].

**Activación de la coagulación**

Las comidas ricas en grasas podrían producir episodios procoagulantes y, de esta manera, inducir la aparición de complicaciones vasculares en pacientes susceptibles [International Journal of Cardiology 114(2):172-75].

amplia serie de casos de mixoma odontogénico, evaluados en un centro de alta complejidad y de formación universitaria de Beijing, China, durante un período de 20 años (1985-2005).

La población de estudio estuvo constituida por 25 pacientes (13 varones y 12 mujeres), cuya edad, en el momento del diagnóstico, oscilaba entre los 6 y 66 años (promedio 28.8 años). El 92% de los participantes se encontraba entre la segunda y la quinta década de la vida.

Todos los tumores constituyeron lesiones primarias intraóseas, la mitad de las cuales se localizaron en la mandíbula y el resto en el maxilar superior. Aquellos tumores de localización posterior tendieron a poseer mayor tamaño y a ser más destructivos, con invasión del seno maxilar. El edema fue el signo clínico hallado con más frecuencia.

Cuando se dispuso de las placas radiográficas, la mayor parte de las lesiones presentaban aspecto multilobulado, correspondiente a imágenes radiolúcidas con finas trabéculas en su interior.

En el examen anatomopatológico, las piezas quirúrgicas consistieron en masas de aspecto gelatinoso, con mínimo encapsulamiento o carentes de él. Histológicamente, todos los mixomas odontogénicos estuvieron compuestos por células ahusadas o estrelladas, en una matriz intercelular rica en mucina. Generalmente, los tumores mostraron poca cantidad de elementos celulares, con escasa mitosis y mínima vascularización. En alrededor de la mitad de los casos se observó cantidad notable de tejido fibroso o de bandas de colágeno.

Los investigadores analizaron las muestras con técnicas inmunocitoquímicas y constataron que las células tumorales mostraron tinción uniforme para vimentina y en parches para actina de músculo liso.

En cuanto a la terapéutica, 5 pacientes fueron tratados de manera conservadora con enucleación de la lesión y en los restantes enfermos el procedimiento quirúrgico fue más radical, con resección segmentaria o en bloque, maxilectomía o mandibulectomía parcial o total. Al analizar los datos de seguimiento de 22 individuos, disponibles para un intervalo de entre 2 y 12 años, se constató un solo caso de recurrencia en 1 paciente a quien se había enucleado el tumor. Debido a que la principal causa de la recurrencia se considera relacionada con la extirpación incompleta más que con el comportamiento biológico de la neoplasia, se recomienda el control durante al menos 2 años luego de la intervención quirúrgica, período en el cual es más probable que ocurra.

En resumen, de acuerdo con la presente serie de casos, los mixomas odontogénicos se presentan como tumores no encapsulados, de aspecto uniforme, con escasa cantidad de elementos celulares e imágenes de mitosis, pueden presentar dificultades en el diagnóstico diferencial histológico y recurrir cuando su extirpación es incompleta.

**Riesgo cardiovascular asociado a la hipercolesterolemia en la cirrosis biliar primaria**

Gut 55(12):1795-1800, Dic 2006

Milán, Italia

La hipercolesterolemia no se asocia en forma sistemática con la presencia de aterosclerosis subclínica en los pacientes con cirrosis biliar primaria (CBP).

En la CBP existe una colestasis crónica mediada por el sistema inmune, que determina que en los pacientes afectados sea frecuente el hallazgo de hipercolesterolemia. Sin embargo, aún no se conoce con claridad si la elevación de las lipoproteínas en esta enfermedad se asocia con un incremento del riesgo cardiovascular. Los autores del presente trabajo sostienen que en dicha investigación se deberían emplear marcadores de enfermedad cardiovascular como variables por analizar. Al respecto, la medición del espesor de la íntima-media (EIM) de la arteria carótida a través de la ultrasonografía de modo B representa un método seguro y no invasivo para la evaluación de la aterosclerosis subclínica.

El estudio incluyó a 103 pacientes con CBP, de los cuales 37 presentaban hipercolesterolemia (colesterol total en sangre = 6.21 mmol/l o superior). Al mismo tiempo, se incluyeron 37 individuos de control con hipercolesterolemia y 141 con niveles séricos normales de colesterol. Todos los participantes fueron sometidos a examen físico y al análisis de sus antecedentes médicos. En cada caso se evaluó el índice de masa corporal, la circunferencia de cintura y la tensión arterial, además de los niveles séricos de colesterol total, colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad y triglicéridos. Además, en todos los participantes se midió el EIM a través del estudio ultrasonográfico de la arteria carótida común, la bifurcación carótida y la arteria carótida interna tanto derecha como izquierda.

Se observó que los participantes del grupo control con hipercolesterolemia presentaban un mayor EIM (0.850 mm) y una mayor prevalencia de estenosis de la arteria carótida (43%) que los pacientes con CBP e hipercolesterolemia (0.616 mm y 19%, respectivamente). En este último grupo, los valores de ambas variables fueron similares a los observados en los pacientes con CBP y normocolesterolemia (0.600 mm y 5%, respectivamente). Los participantes del grupo control con hipercolesterolemia presentaron un mayor riesgo de incremento del EIM y de estenosis de la arteria carótida con respecto a los individuos normocolesterolémicos (*odds ratio* [OR] de 5.4 y 8.2, respectivamente), aunque esto no se observó con relación a los pacientes con CBP e hipercolesterolemia.

Los resultados del presente estudio demuestran que la presencia de hipercolesterolemia en los pacientes con CBP no determina, por sí misma, el desarrollo de aterosclerosis subclínica.