

ATLAS COLOR

Temas de Angiología Pediátrica

C.M. Papendieck

Se trata de una nueva edición publicada por la Editorial Panamericana en Abril de 1992.

En este atlas se sintetiza con gran claridad y con una excelente iconografía una serie de malformaciones arteriales, venosas y linfáticas. Es el producto de años de observación y dedicación del autor a estas patologías. En verdad se resaltan las formas más graves de angiodisplasias.

Se presentan abundantes imágenes de excelente calidad de estas deformidades y una clasificación personal de las mismas. También se presenta un resumen de las malformaciones vasculares que acompañan a distintos síndromes, muchos de origen genético.

Este atlas constituye un capítulo de la especialidad muy bien documentado y que no siempre es tan completo en los libros de texto de la Cirugía Pediátrica.

Raúl Korman

HISTORIA DE LA ASOCIACION MEDICA ARGENTINA Y DE SUS SECCIONES

Dres. Carlos Reussi, Eifas Hurtado Hoyo, Rodolfo Maino, Roberto Garriz

Al cumplirse el primer centenario de la fundación de la Asociación Médica Argentina, la Comisión Directiva editó este volumen que recuerda una parte muy importante de la historia de la medicina en nuestro medio. Aunque no hay una referencia al capítulo de la Pediatría, sección desarrollada fuera de esa Asociación, este es un aporte valioso, para aquellos interesados en conocer la historia de la medicina en el país.

Raúl Korman

RESUMENES**Atresia de esófago y malformaciones asociadas: argumentos para una documentación uniforme.**

(Oesophageal atresia and associated anomalies: a plea for uniform documentation)

*N.A. Myers, S.W. Beasley, A.W. Auldrist
Pediatr Surg Int 7:97-100, 1992*

En la actualidad la mortalidad global en pacientes con atresia de esófago depende exclusivamente de las malformaciones asociadas. No existe hasta la fecha un criterio uniforme para clasificar estas malformaciones. Clasificaciones pronósticas muy utilizadas como la de Waterston dejarían de tener utilidad ya que es habitual encontrar una sobrevida del 100% en la mayoría de los grupos. En la experiencia de los autores, durante el período 1948-1991, en el Royal Children's Hospital de Melbourne, fueron atendidos 618 pacientes con atresia de esófago. 344 pacientes (56%) presentaron malforma-

ciones asociadas siendo las más frecuentes las cardiovascular (20,7%), seguidas por las urinarias (21,6%), gastrointestinales (22,7%) y ortopédicas (15,7%). Al revisar la experiencia mundial los autores se encuentran ante la imposibilidad de comparar los datos referidos en las distintas publicaciones ya que no coinciden en la forma de diagnóstico, la recolección de los datos ni en la clasificación de los mismos. Sugieren seguir las siguientes recomendaciones para clasificar las malformaciones asociadas 1) Recolección de datos en forma prospectiva; 2) Ecografía abdominal y Ecocardiografía de rutina; 3) Expresar las malformaciones como porcentajes de pacientes que las padecen y no como porcentajes de las malformaciones en sí mismas; 4) Diferenciar las verdaderas malformaciones congénitas de las lesiones adquiridas; 5) Reconocer el amplio y variado impacto que las mismas producen en el manejo inicial y alejado de los pacientes con atresia de esófago.

M. Martínez Ferro

Persistencia de esófago de Barrett en niños luego de cirugía antirreflujo: influencia del seguimiento

(Persistence of Barrett's esophagus in children after antireflux surgery: influence of follow-up care)

Cheu HW, Grosfeld J, Heifetz SA, et al.
J Pediatr Surg 27:260-266, 1992.

El esófago de Barret ocurre en el RGE de larga evolución y consiste en la metaplasia columnar del epitelio escamoso. Dos tipos de histología son compatibles con este diagnóstico: 1) epitelio tipo gástrico 2) el tipo intestinal delgado. Este último tendría más riesgo de displasia. La metaplasia difícilmente retrocede, a pesar de un efectivo tratamiento antirreflujo.

En adultos el 5-10% de los pacientes con E. de Barrett desarrollan un adenocarcinoma. En los niños esto ha sido menos estudiado. Se sabe que entre el 2,5 y 13% de los niños con RGE tienen metaplasia. Una particularidad es que esta no es macroscópicamente evidente en la endoscopia como lo es en el adulto y requiere de la biopsia para su diagnóstico.

El 5-10% de los adultos con adenocarcinoma esofágico tienen metaplasia. Se calcula que 1/48 a 1/442 pacientes con metaplasia/año, desarrollarán cáncer. Esta cifra trasladada a los niños con Barrett, daría que el 33% desarrollarían cáncer en 50 años.

El grupo de riesgo lo forman los niños con PC, los operados de Atrésia Esofágica, los que reciben QT por cáncer y aquellos con reemplazo esofágico. Estos pacientes desarrollarían E. de Barrett más frecuentemente de lo supuesto hasta hoy.

Se recomienda endoscopia anual y biopsia en los niños con Barrett pues el diagnóstico precoz de displasia, carcinoma intramucoso o aún intramural, permite su tratamiento quirúrgico. Ante displasia estaría justificada la esofagectomía.

F. Heinen

Fístula del ano en lactantes y niños: implicaciones y manejo.

Longo W, Touloukian RJ, Seashore MD (Yale-New Haven Hospital) *Pediatrics* (ed esp) 31:296-298, 1991.

La fístula perianal en lactantes es poco comprendida en su etiología y presenta una evolución diferente a la fístula del adulto. Se revisaron las historias de 40 pacientes operados. Hubo predominio en varones (4/1), con una edad media de 13 meses. Sólo el 33% se presentó como un absceso, el 10% tenía fisura anal y el 13% tenía constipación. La fístula fue unilateral en el 85%.

Se intentó y sin resultados, el tratamiento médico por un tiempo medio de 4 semanas en 37 pacientes de los 40, por lo que se indicó fistulectomía y esfinterotomía parcial. No se observó incontinencia luego de 7 años de seguimiento y sólo en el 10% se evidenció una recidiva entre 1 y 4 semanas luego de la operación.

Se discute la etiología: En pocos pacientes sería secundario a dermatitis o fisura anal infectada. La causa más aceptada es la anomalía congénita de las glándulas mucosas en las criptas de Morgagni.

F. Heinen.

Transmisión de HIV en el personal médico. "Tiempo para actuar"

(Transmission of the HIV in the health care setting. Time for action)

Brennan TA (Brigham and Women's Hospital, Boston, USA) *N Engl J Med* 324(21):1504-1509, 1991.

La alta prevalencia de seropositividad HIV debe ser una preocupación para las instituciones médicas incluyendo los aspectos éticos y legales que importan a su personal médico. Con los primeros contagios "desde" un profesional "hacia" un paciente, se ha creado una infortunada simetría en el riesgo y en el temor.

El riesgo que tiene un médico interno de un hospital en California de padecer SIDA es 4 veces superior al de un policía urbano. La posibilidad de contagio de un paciente sometido a un procedimiento invasivo por un médico infectado son también altas.

El sentimiento del "deber médico" en atender un paciente infectado, no es uniforme en todos los profesionales.

Según el Acta de Rehabilitación Federal (1973), no debe aceptarse la discriminación entre los pacientes. La determinación serológica masiva e involuntaria de todos los pacientes, viola la Constitución Federal que en su Cuarta Enmienda prohíbe la "investigación no justificada".

Pero la Suprema Corte y la Corte de California opinó que la posibilidad de contagio desde un personal médico, superaría la prohibición de la 4ª enmienda y la corte puede solicitar el estudio serológico de un profesional, ante la demanda de un paciente. La Asociación Médica Americana aconseja a los profesionales infectados a abstenerse de actuar con riesgo para los pacientes y el Centro de Control de Enfermedades (CDC) parece proclive a indicar el testeo en los profesionales, lo que aún hoy, está librado a una decisión personal.

Las recomendaciones de la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional han instado a los hospitales a intensificar la planificación para evitar el contagio hacia el personal expuesto, protegiéndolos y asegurando la privacidad, la no discriminación y la ocupación de los trabajadores infectados en tareas alternativas.

En el horizonte existen problemas que deben ser discutidos hoy en el "mundo médico", si se quiere evitar que las decisiones de mañana provengan de "cortes judiciales inexpertas" o de compañías de seguros que no están deseosas de cubrir el riesgo de los profesionales de la salud.

Los médicos debemos continuar discutiendo la utilidad del testeo de pacientes y de profesionales, debemos incrementar la conciencia hacia las normas de prevención y debemos determinar conductas institucionales para aquellos profesionales HIV positivos.

F. Heinen

Actualización sobre reflujo vesicoureteral (Update on reflux)

Lowell King (Duke University)
(Current opinion in Urology 1:124-127, 1991)

El autor revisa la literatura de 1989-90 de la que extractamos textualmente los conceptos principales.

Hidronefrosis antenatal: "La mayoría de las hidronefrosis fetales, no tienen RVU", "Sólo los fetos con RVU grado IV o V tienen dilatación pielocalicial, excepto cuando oranán". "La resolución espontánea del RVU es frecuente en los niños con rápido crecimiento". "Estudiados 25 hidronefrosis antenatales durante 2 años, el 68% no se infectaron bajo profilaxis, 12% tuvieron 1 infección y 20% múltiples, requiriendo cirugía antirreflujo. La desaparición de RVU con el crecimiento se constató en 35%". "En el Estudio Internacional de Reflujo la conformación en "hoyo de golf" de la unión ureterovesical resultó siempre en RVU de alto grado, persistiendo 5-9 años".

Significado de la Incontinencia Urinaria Diurna (wetting) y RVU: "Todos los niños mayores de 3 años y medio tuvieron una causa urodinámica de su incontinencia diurna y 11/72 pacientes tuvieron RVU, sólo 1/73 pacientes con incontinencia nocturna (enuresis) tuvieron alguna anomalía detectable". "Obviamente si existe RVU la obstrucción o falta de compliance vesical aumenta el volumen del RVU". "Tratando médicamente la disfunción vesical en 53 pacientes con reflujo y alteración urodinámica vesical, el RVU desapareció en el 92% de los casos. En 89% de los niños el estudio urodinámico fue normal. Es obvio que la disineria esfinteriana e inestabilidad vesical perpetúan el RVU". "Si se requiere cirugía antirreflujo, los resultados son mejores si el reimplante se realiza luego de normalizar la función vesical".

Desaparición del RVU con el crecimiento: "Estudio Internacional sobre Reflujo" "El RVU de alto grado requerirá frecuentemente corrección quirúrgica, sin embargo el riesgo de nuevas cicatrices renales es similar en el grupo con tratamiento médico y aquél con tratamiento quirúrgico".

Parecería que el RVU postoperatorio no se debe a falla técnica por un uréter intravesical corto sino, al engrosamiento temporario de la pared del uréter. El RVU cederá años después de la cirugía".

Inyección Endoscópica de Teflon: "Es un procedimiento cada vez más popular en el mundo, pero no en los EEUU por la no aprobación de la FDA. Se está experimentando con Ivalon con cierto éxito. Los intentos con inyección de grasa, músculo o cartilago autólogo han fallado por reabsorción. Tabulando los resultados de 17 centros se encuentra un resultado exitoso en 82,3% sobre 1290 uréteres tratados, sin complicaciones excepto la persistencia de RVU (17,7%). El teflón no complica la eventual cirugía antirreflujo. No se ha encontrado un sustituto efectivo del teflón".

F. Heinen

Hernia diafragmática congénita. Índices predictores de gravedad en la era del ECMO.

(Congenital diaphragmatic hernia: predictors of severity in the ECMO era)

S.M.Wilson, D.P.Craig, W.Lillehei, S.P.Vacanti.
Boston, Massachusetts.
J.Pediatr Surg 26(9) 1028-1034, 1991.

Los pacientes con HDC presentan una amplia gama de variables anatómicas y fisiológicas, lo que hace muy difícil la comparación de datos y parámetros sobre todo si los mismos provienen de distintas instituciones. En un intento de encontrar parámetros predictores de gravedad, los autores revisaron las historias clínicas de 110 pacientes desde 1984. Fueron considerados como graves los recién nacidos que comenzaron con síntomas dentro de las primeras 6 horas de vida (n=94) y se excluyeron aquellos pacientes que fallecieron por causas extrapulmonares o por malformaciones congénitas asociadas, quedando 59 pacientes para analizar. Para el análisis de estos pacientes se utilizaron índices creados por los autores: la Mejor PO2 Postductal (MPO2) y el Índice de Ventilación-Oxigenación (IVO). El IVO [IVO = PO2/(presión media de la vía aérea x frecuencia respiratoria) x 100] combina datos ventilatorios y de oxigenación. 45 pacientes tuvieron una MPO2 >100 mmHg y de estos 41 sobrevivieron (91%). 14 tuvieron una MPO2 <100 mmHg, sobreviviendo sólo 1 (7%) (p=.0001). Al analizar los datos según el método propuesto por Bohn (PCO2 v Índice Ventilatorio) no se encontró correlación entre parámetros ventilatorios y evolución observando además que algunos pacientes "viajaban" por las distintas Áreas de Gravedad según el momento en que se tomaban los datos. Sin embargo la MPO2 v el Índice Ventilatorio fue predictiva. Finalmente concluyen que 1) la MPO2 es un buen predictor de mortalidad en pacientes con HDC de alto riesgo, pero está condicionada al grado de ventilación y alcalosis; 2) el IVO predice mortalidad y gravedad correlacionando la oxigenación con los parámetros de ventilación y permite comparaciones con otras instituciones; 3) Los criterios de Bohn, al obtener los datos en horarios predeterminados, no sirven para obtener valores predictivos de gravedad y mortalidad; 4) Los pacientes no respondedores al tratamiento con parámetros respiratorios máximos (MPO2 > 100, MPCO2 < 40, IV > 1000) siguen siendo insalvables y no se han beneficiado con la introducción del ECMO.

M.Martínez Ferro