

Revisión bibliográfica

Rogel-Ortiz FJ. Autismo. Gac Méd Méx 2005;141(2): 143-7.

El autismo es una disfunción de uno o más sistemas cerebrales, que refleja una encefalopatía estática. Los principales síntomas son alteraciones en el comportamiento social, en la comunicación verbal y no verbal, la cual constituye el eje del diagnóstico temprano, alteraciones sensorio-perceptuales como hiper o hiposensibilidad a estímulos (auditivos, visuales, táctiles, etc), rasgos de conducta rígida, estereotipias motoras, conducta autoagresiva, deficiencia mental profunda o inteligencia superior, actividades e intereses particulares del niño (como observación prolongada de un objeto, comer siempre lo mismo etc). Se asocia con epilepsia, con trastorno por déficit de atención e hiperquinesia, con alteraciones del sueño y vagabundeo nocturno.

Se desconoce la etiología, se considera multifactorial. Entre las propuestas está la esclerosis tuberosa como la más común, pues se han visto nódulos que afectan los lóbulos frontal y temporal; la rubéola intrauterina; los síndromes X frágil de Cornelia de Lange, de Angelman; la encefalitis por herpes simple, la fenilcetonuria; el uso de fármacos durante el embarazo y de origen genético entre otras.

El dato histopatológico relevante es la alteración cerebral difusa, con mayor afectación del cerebelo, con cambios en la citoarquitectura, laminación cortical y en el número de neuronas. Bioquímicamente hay alteraciones en los receptores para glutamato tipo AMPA y en los transportadores de glutamato a nivel cerebeloso.

Los datos clínicos son la base del diagnóstico. El tratamiento farmacológico depende de la sintomatología individual; la terapia psicopedagógica temprana intensiva y multimodal es la clave para que los pacientes con autismo logren una evolución aceptable.

Chávez Delgado ME, Castro Castañeda S, Celis de la Rosa A, Jiménez Cordero AA. Comorbilidad en adenoamigdalitis crónica e hipertrófica. Estudio de 3600 casos. Rev Med IMSS 2005;43(2)103-16.

La amigdalitis crónica y la hipertrofia amigdalina con o sin alteración de las adenoides son procesos frecuentes de importancia clínica en el sector salud. La fiebre, la disfagia, la odinofagia son síntomas de amigdalitis; el ronquido, la respiración oral, la disnea y la apnea, manifestaciones de hipertrofia amigdalina. Histológicamente se observa un estado hiperplásico de las células linfoides, posible explicación entre amigdalitis e hipertrofia amigdalina. La principal función del tejido linfóide es la producción de anticuerpos, mecanismo de defensa contra microorganismos y sustancias exógenas.

La morbilidad coexistente del tejido linfóide en oídos, nariz y vía respiratoria superior favorece que la infección e inflamación provoquen disfunción de la trompa de Eustaquio, otitis media, rinosinusitis recurrente, bronquitis, cambios en el crecimiento facial y apnea obstructiva del sueño; la obstrucción del tejido linfopitelial también puede causar la muerte.

Se estudiaron 3600 pacientes menores de 50 años con diagnóstico de amigdalitis crónica e hipertrófica. El grupo susceptible a esta enfermedad fue de menores de 15 años.

La morbilidad coexistente más común fue la rinosinusitis recurrente seguida de obstrucción de la vía respiratoria superior, otitis serosa, otitis media crónica y absceso periamigdalino. Los tratamientos de elección fueron: antimicrobianos con cefotaxima y clindamicina; la adenoamigdalectomía, la amigdalectomía y adenoidectomía.

La experiencia en la adenoamigdalitis crónica e hipertrófica debe ser informada para tomar medidas preventivas acertadas, reducir su frecuencia y mejorar el tratamiento evitando los efectos adversos que de ellos se deriven.

Vega Valdés A, Vizzuett Martínez R. Frecuencia de malformaciones congénitas en un hospital general de tercer nivel. Rev Mex Pediatr 2005; 72(2); 70-3.

Las malformaciones congénitas tienen como común denominador la alteración estructural única o múltiple de origen prenatal con o sin repercusión posterior. En ocasiones están relacionadas con mecanismos hereditarios; en la actualidad son tan frecuentes que se encuentran en primer lugar de importancia ante el descenso de las enfermedades infecciosas en recién nacidos.

Se dividen en mayores, donde la alteración se realiza en la morfogénesis, limitan al individuo y requieren asistencia especializada; en las menores existe poca o ninguna limitación y el problema es más estético que funcional.

Se estudiaron 2234 neonatos, 50.1% niñas y 49.9% niños: Se les practicó examen clínico y exploración física; se registraron peso, talla y sexo. Las malformaciones se clasificaron de acuerdo al criterio de Spranger y Opitz quienes consideran dos grandes grupos: Externas (visibles) e internas (no visibles). Hubo malformación congénita en 69 de 1000 nacidos vivos y el número de defectos fue 94; de éstos el mayor porcentaje, 34.4%, fue cardiovascular; los de cara y cuello, 18.1%; sistema musculoesquelético, 13.8%.

El género masculino fue el más afectado y cuando la edad de la madre fluctuaba de 21 a 30 años, el porcentaje de malformaciones fue mayor. Como medida preventiva para el diagnóstico prenatal de las malformaciones se recomienda la ecosonografía.

Padrón Arredondo G. Embarazo en adolescentes. Estudio sociodemográfico de 218 pacientes. Rev Med Hosp Gen Mex 2005; 68 (1) 13-9.

La salud sexual forma parte de la salud general y en la adolescencia se posee la capacidad biológica para

el ejercicio sexual, pero también se carece de la madurez psicológica para tener una relación responsable que evite embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Se estudiaron 218 adolescentes embarazadas con edades de 11 a 18 años. El máximo grado de estudios fue preparatoria o carrera técnica, 65.5%; primaria, 59.1%; secundaria, 33.9%; sin escolaridad, 1.3%. Las adolescentes vivían en el área urbana, suburbana y rural, en núcleo familiar; la mayoría se consideró católica, dedicada al hogar, las demás eran empleadas o estudiantes. Menos del 10%, ingería bebidas alcohólicas, fumaba o consumía drogas. El principal pasatiempo fue asistir a centros de diversión; la mitad de las adolescentes acudía a servicios religiosos y el resto practicaba algún deporte. En la mayoría de los casos la orientación sexual fue impartida por la madre; sin embargo, un gran porcentaje declaró no haber recibido educación sexual. El estado civil fue unión libre, casadas y solteras. La vida sexual activa se registró entre 15 y 16 años; 18% de las adolescentes fue víctima de abuso sexual; 13.3% de violación y 13.3% de estupro. Más de la mitad de las encuestadas conocía los métodos anticonceptivos pero solo 8% usaba alguno.

El estudio se realizó en Playa del Carmen Quintana Roo, la edad promedio de las adolescentes embarazadas considerada fue 17 años, conducta normal en la sociedad mexicana. Estos datos muestran que la educación sexual debe impartirse en forma temprana y por gente capacitada, debe haber mayor difusión del control prenatal y en los casos previstos por la ley practicar legados gratuitos sin que las organizaciones civiles que se oponen a estas prácticas ejerzan presión económica, moral o ética.