

Revisión bibliográfica

Aroca R, Tomalá C, Medrano A, Holguín E. Causas más frecuentes de anemia hemolítica en menores de catorce años. Hospital Roberto Gilbert de Guayaquil. Rev Médica 2004;10(4):267-70.

La anemia hemolítica es consecuencia de la pérdida de sangre debida principalmente a la alteración en la producción de hematíes o aumento de la destrucción de los mismos. Las causas pueden ser congénitas o adquiridas aunque la médula ósea puede compensar estas alteraciones aumentando la producción de hematíes. En ocasiones no basta suplir la destrucción de estas células y se produce un proceso anémico, con síntomas como hipoxia tisular, palidez, mareo, vértigo, zumbido de oídos, disnea etc.; además cursa con esplenomegalia.

En un estudio de 6,736 menores de 14 años de ambos sexos, sólo 23 tenían anemia hemolítica es decir, de cada 100 pacientes el 0.34%.

Los pacientes se clasificaron de acuerdo a los resultados de laboratorio y los principales signos y síntomas. Las patologías más frecuentes fueron ictericia en 75% y esplenomegalia en 70%. En el laboratorio se encontró que la anemia, reticulocitosis e hiperbilirubinemia indirecta estuvieron presentes en el 100% de los casos.

Las patologías de los 23 pacientes se clasificaron en anemia falciforme en nueve (39.1%); disminución de la G6PD en dos, (8.6%); inmunes en tres (13%); infecciosa en nueve (39.1%).

Los autores concluyen que sus resultados coinciden con los de la literatura mundial y que la anemia de células falciformes en su país es la más frecuente debido al pleomorfismo étnico de la entidad, seguida de las anemias infecciosas

donde el paludismo encuentra las condiciones que favorecen su desarrollo provocando un severo problema de salud pública.

Resumido por: Dra. María Alejandra Soria Hernández. Bacteriología experimental.

Flores SS, González JF, Carrasco D, González ML. Comunicación de un caso de malformación arteriovenosa pulmonar en la adolescencia. Rev Inst Nal Enf Resp Méx 2006;19(1):47-0.

En 1897 en una autopsia se describieron por primera vez las malformaciones arteriovenosas pulmonares (MAVP) que son comunicaciones anormales entre las arterias y las venas pulmonares. Pueden ser congénitas o adquiridas. Se caracterizan por cortocircuitos venoarteriales de grado variable. El efecto de estas comunicaciones depende del tamaño de los vasos involucrados. Clínicamente pueden causar hipoxemia, hipocratismo digital y poligobulia. También se han descrito alteraciones neurológicas por complicaciones infecciosas, embólicas y hemorrágicas.

A una paciente de 14 años con hipocratismo digital desde los tres años y disnea de esfuerzo en los últimos seis meses, se le realizaron radiografía de tórax, ecocardiograma, tomografía computada y angiografía pulmonar que confirmaron el diagnóstico de fístulas arteriovenosas pulmonares. Durante una toracotomía se encontraron múltiples telangiectasias pulmonares; una sola arteria pulmonar irrigaba al lóbulo medio y dos venas pulmonares muy grandes drenaban directamente a la aurícula izquierda. Se realizó una lobectomía media; el lóbulo pulmonar era congestivo; su pleura era opaca y granular. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de malformación arteriovenosa.

Los autores mencionan que las MAVP no son de fácil diagnóstico, debido a que los signos y síntomas son subclínicos y que el tratamiento quirúrgico es muy útil en pacientes con lesiones macroscópicas localizadas, que pueden resecarse al mismo tiempo que las lesiones microscópicas vecinas con baja morbilidad.

Resumió: Dra. María Alejandra Soria Hernández. Bacteriología Experimental.

Donofrio TM, Bremer AY, Moskowitz BW. Diagnosis and management of restricted or closed foramen ovale in fetuses with congenital heart disease. Am J Cardiol 2004; 94: 1348-1351.

El *foramen ovale* (FO) permite que haya un cortocircuito obligado de derecha a izquierda a través del tabique interatrial en la etapa fetal. Al nacimiento, con el inicio de la respiración, la llegada del flujo sanguíneo a los pulmones y el incremento de la presión atrial izquierda, se cierra el FO en forma normal.

Un FO restrictivo o cerrado (FO R/C) impide el cortocircuito de derecha a izquierda o viceversa, dependiendo del tipo de cardiopatía presente y cuando la máxima velocidad atrial es mayor de 1.0 m/seg.

La frecuencia de FO R/C es mayor en fetos con cardiopatía congénita y cortocircuito atrial obligado y en la hipertensión atrial izquierda que causan estrés in útero o al nacimiento.

En un estudio de 370 fetos, 105 (28%) tuvieron cardiopatía congénita y seis (2%) tuvieron FO R/C. Todos los fetos con FO R/C tuvieron cardiopatía congénita. De los 105 fetos con cardiopatía el FO R/C representó el 6%.

De los seis fetos con FO R/C, dos desarrollaron *hydrops* persistente. Fallecieron cuatro (67%).

Los fetos con síndrome del ventrículo izquierdo hipoplásico tuvieron FO R/C en etapas tempranas de la gestación.

Estos fetos deben ser candidatos para una intervención temprana in útero, para abrir el *septum* interatrial, disminuir la presión del atrio

y ventrículo izquierdo y evitar lesiones al lecho vascular pulmonar.

Dr. Jesús de Rubens Figueroa. Cardiólogo pediatra. Adscrito al servicio de Cardiología. Instituto Nacional de Pediatría.

Mateos Gómez H. Cefaleas. Arch Neurociencias 2005;10:203-6

Thomas Willis usó por primera vez el término neurología en 1672 y describió los síntomas de la migraña. Propuso como posible causa la vasoconstricción. En el siglo XIX empezaron a usarse la ergotamina y la cafeína para su tratamiento.

La clasificación de la cefalea por la OMS es de 13 grupos mayores, desde la migraña y la cefalea tensional hasta las cefaleas no clasificables.

El dolor de cabeza es uno de los problemas más frecuentes de la humanidad. En los EE.UU. ocupa el décimo lugar como causa de consulta médica con casi 20 millones anuales. En 1873 Liveing señaló que era dos a tres veces más frecuente en las mujeres. En la actualidad se ha visto que en las mujeres ocurre en el 78% y en los hombres, 68%. Es más común en la población más joven, con mayor educación y más frecuente en los casados que en los viudos.

El estudio de la cefalea actualmente se enfoca a posibles cambios en el genoma para tratar de explicar la enfermedad. Se ha propuesto que la migraña tiene una patogenia neural que causa depresión eléctrica evolutiva con activación del sistema trigémino vascular como productor del dolor.

Hay factores que desencadenan el ataque: comidas, bebidas, tabaco, alergenitos, nitratos, glutamato sódico; medicamentos como estrógenos, sobredosis de ergotamina, cafeína, indometacina, nifedipina, reserpina; factores físicos: trauma, diálisis, masaje, altitud, luz intensa, ejercicio.

El ataque de migraña en mujeres se puede presentar sin aura o solamente durante el período menstrual; puede acompañarse de síntomas

visuales motores, de alteraciones del lenguaje, hemiplejía o sólo con el aura sin dolor.

Se han descrito trastornos depresivos y otras alteraciones psiquiátricas.

Tratamiento. Se pueden emplear antiinflamatorios no esteroideos: aspirina que es la más eficaz; acetaminofen, naproxeno, ibuprofeno, ketoprofeno y diclofenaco. La ergotamina se puede administrar

por vía oral o en supositorios y se puede combinar con aspirina o con metoclopramida; puede causar vómito, sensación de calor o de quemadura, vértigo, debilidad generalizada y cefalea.

Los pacientes requieren un estudio completo que incluya examen físico, radiológico, dental y psicológico a fin de dar un tratamiento correcto.

Resumió: Dra. Rosangela del Razo Rodríguez. R2 PM

medigraphic.com