

PREGUNTAS RECIBIDAS EN NUESTRA REDACCION

*Alberto Folch y Pi**

El Dr. A.J.V. de México, D. F. solicita información acerca del choque que ha visto comentado en algunas publicaciones anglosajonas con el nombre de TSS (*Toxic Shock Syndrome*).

R. La relativa incomunicación en la que desde unos meses estamos con respecto a publicaciones hace difícil contestar en debida forma la pregunta. Pero podemos resumir los datos que al respecto poseemos.

Se trata probablemente de un proceso agudísimo —desarrollo en unas 48 horas— con fiebre, hipotensión, cefalea intensa, letargia, diarrea profusa y, en muchos casos, un exantema eritodérmico que recuerda las quemaduras solares.

Todo este cuadro aparece sin traumatismo, intervención quirúrgica o sepsis que pudieran explicarlo. Se ha atribuido al empleo de tapones vaginales que permitirían un crecimiento rapidísimo del estafilococo, seguido de absorción de toxinas y cuadro comatoso con oliguria, a veces edema pulmonar y disfunción hepatorenal grave.

Los fabricantes de tapones vaginales están esforzándose en obtener productos que absorban mejor el contenido vaginal sin “exprimirlo” y favorecer la absorción.

No se ha observado el cuadro en mujeres que emplean toallas sanitarias. En 1980 se publicaron unos 700 casos. Al cambiar la capacidad absorbente de los tapones, esta cifra ha disminuido rápidamente.

Se han observado algunos casos en varones sin explicación conocida.

El proceso es una urgencia médica. Con tratamiento muy enérgico la mortalidad ha sido alrededor del 10%. Siguen las investigaciones para aclarar la patogenia de este cuadro peligroso y raro.

* * *

El Dr. A.V.G. de México, D. F. pregunta si el interferón (o los interferones, ya que existen varios) puede tener alguna otra aplicación que en las neoplasias.

R. El valor real del interferón (de orígenes diversos según las especies animales) todavía no se ha establecido. Ha dado resultados espectaculares en experimentos animales; en el hombre son equívocos, básicamente por la muy breve duración de “vida” del producto. Por eso se está estudiando ahora sobre todo para poder estimular la producción de interferón, principalmente a base de polímeros de inosina y citosina.

En relación con la pregunta que Ud. nos hace, le remitimos a un trabajo publicado en *Sciences et Avenir*, enero 1982, pág. 39, que trata de su empleo en la rabia.

En el Instituto Pasteur de París se trató un caso de rabia en un paciente que había sufrido trasplante de córnea, para descubrirse luego que el donante había fallecido de rabia.

Como en la literatura había cuatro casos similares, todos mortales, los médicos del Instituto Pasteur intentaron, en forma puramente empírica, asociar al tratamiento antirrábico

* Sección de Graduados de la Escuela Superior de Medicina del I.P.N., México.

(muy probablemente destinado a fracasar) la administración de interferón: 3 millones de unidades el primer día, luego 2 millones mañana y noche durante los cuatro días siguientes. En total, 22 millones de unidades, junto con el tratamiento de antiglobulinas y antibióticos. El paciente se salvó y la córnea era transparente al cabo de varios meses.

Los autores se quejan de la dificultad para obtener interferón y esperan que el producido por la ingeniería genética les permita ensayarlo en otros casos.

* * *

El Dr. O.A.H. de Monterrey, N. L., escribe alarmado solicitando datos, pues ha leído que hace pocas semanas han muerto de peste bubónica varias personas en Nuevo México.

R. Efectivamente, la peste no ha desaparecido totalmente de la faz de la tierra. Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, en 1980 hubo más de 500 casos.

Aunque el trastorno es gravísimo sin tratamiento, actualmente la mortalidad es prácticamente nula si el diagnóstico temprano permite emplear antibióticos.

En un tiempo muy frecuente en el sur de Asia (se llamó peste oriental) y en todo el continente africano, quedan focos dispersos en diversas partes del mundo, y en el caso que nos ocupa en Arizona y Nuevo México. El motivo es que constituye una verdadera epidemia en muchos animales salvajes y la frecuencia de las pulgas transmisoras. Pero quizá la mayor dificultad proviene de no sospecharse la infección en sus primeras etapas. Como se encuentran anticuerpos en muchas personas que habitan zonas donde el proceso es casi endémico, se supone que estos individuos sufrieron infecciones subclínicas.

Que nosotros sepamos, en la República no ha habido casos declarados de peste bubónica, pero es posible que en cualquier momento aparezca alguno. De ser así, el tratamiento de sostén, la estreptomycinina y las tetraciclinas resuelvan rápidamente el problema.

No hay, pues, motivo de alarma. Si aparecieran algunos brotes, pronto se tendría conocimiento de ellos y se yugularían eficazmente.

Las vacunas ensayadas no han dado gran resultado, pero la terapéutica es tan segura que no se ha insistido mucho en el perfeccionamiento y purificación de supuestas vacunas que, por otra parte, tendrían poca aplicación práctica.

* * *

El Dr. M.G.N. de Guadalajara, Jal., pregunta si tiene real valor el ejercicio en pacientes con diabetes sacarina.

R. El tema ha hecho correr mucha tinta; la explicación más simple admitía que, al consumir más glucosa, el ejercicio facilitará la disminución de la glucemia e indirectamente será beneficioso. Sin embargo, el proceso es mucho más complejo.

Creemos interesante resumir los datos obtenidos en Dinamarca con la colaboración del Instituto NOVO.

Los autores partieron de la hipótesis siguiente: si —como muestra la práctica— el ejercicio tiende a disminuir la glucemia y la cantidad de insulina que estos pacientes necesitan, ¿no podría depender de una modificación en los receptores para insulina, que sabemos juegan tan importante papel en este caso, como en general en farmacología?

A un grupo de nueve pacientes los sometieron a ejercicio en bicicleta durante tres horas en fase posprandial y durante dos horas en ayunas. Se trataba de jóvenes sin entrenamiento atlético.

Se valoraron las cantidades de insulina fijadas por eritrocitos y monocitos. Después de comprobar que en estado normal la capacidad fijadora de insulina sufre variaciones periódicas circadianas, o sea, después de establecer valores basales para las diferentes horas del día, el ayuno y el ejercicio, repitieron los ensayos según se señaló antes.

Después del ejercicio posprandial aumentó en forma significativa la cantidad de insulina fijada por los glóbulos de la sangre; el aumento fue alrededor del 30%. Se admite que modificaciones similares han de producirse

en los receptores musculares, hecho comprobado con determinaciones en músculos del antebrazo.

El trabajo aporta datos objetivos interesantísimos para este controvertido tema. Pueden consultarse detalles en *The New England J. of Medicine* del 17 de abril de 1980, págs. 886-892.

El Dr. A.M.V., de México, D. F., solicita datos acerca de aquellos pacientes, principalmente adolescentes y gente joven, que presentan febrícula de causa imposible de descubrir (por lo menos clínicamente) y que le plantean problemas de pronóstico y tratamiento.

R. Este cuadro es bien conocido, al punto que, siguiendo su costumbre, los autores anglosajones lo han denominado FUD (fiebre de origen desconocido, *unexplained origin*). En Indiana (Indianápolis) en el Hospital Pediátrico J.W. Riley, recientemente se ha estudiado este problema en un grupo de 93 niños; sólo se ha podido crear otro término ("síndrome del niño vulnerable") pero se ha destacado que: a) el paciente suele estar bien nutrido y asintomático; b) no ha perdido peso; c) tiene velocidad de sedimentación de eritrocitos absolutamente normal; d) sufre repetidamente "catarros", "gripes", etc., es decir, procesos supuestamente infecciosos que curan espontáneamente pero repiten una y otra vez; e) muy frecuentemente lo único que ocurre es que el niño no va a la escuela, se retrasa en sus estudios y entre él y la familia se establece una relación especial de inquietud, pues ésta piensa que se trata de una enfermedad grave y brinda protección excesiva al primero.

En el caso de Indianápolis el estudio de los pacientes internados fue llevado a cabo muy intensamente; todos los datos fueron negativos. En algunas ocasiones la hora de aparición de la "fiebre" no correspondía a la que normalmente ocurre en los procesos febriles "clásicos", y repetidamente se descubrieron casos de superchería a base de calentar las puntas de dos dedos por frotamiento intenso y con ellas tomar el termómetro en su extremo con mercurio.

Sin afirmar que todos los casos sean de fiebre ficticia o provocada, e insistiendo en que no

hay correlación entre la temperatura y la frecuencia cardiaca, el estudio de esta "seudofiebre" parece señalar que algunos casos son realmente de origen infeccioso todavía no aclarado; la mayor parte, reales o ficticios, carecen de importancia. Un conocido profesor recomienda "romper el termómetro".

Por nuestra parte creemos que lo esencial es tranquilizar a los familiares, vigilar lo más estrechamente posible al paciente y quitar importancia al fenómeno. Más detalles pueden consultarse en el volumen I de *Clinicas Pediátricas de Norteamérica*, de 1982, en un trabajo del profesor Martin B. Kleiman.

* * *

El Dr. J.G.D., de Mexicali, B.C., solicita detalles acerca de la que ha venido a llamarse "enfermedad de los legionarios".

R. Podemos brindarle los siguientes: en julio de 1976 la rama Pensilvania de la Legión Americana de Veteranos tuvo una convención en Filadelfia. Un número elevado de asistentes se sintieron enfermos a los pocos días de regresar a sus domicilios (aproximadamente a la semana). Ciento ochenta y dos enfermaron gravemente y 29 murieron. El cuadro clínico era de una neumonía; el laboratorio no permitió establecer ninguna etiología admisible.

Luego se observaron casos dispersos sin relación con el foco anteriormente señalado: en Benidorm (España), en 1977; en 1978 ya se habían registrado 12 pequeñas epidemias. En 1979, en un brote aparecido en Inglaterra, se aisló un germen gramnegativo de 2 a 4 micras, aerobio, sin poder afirmar que fuera precisamente la causa.

Estudios posteriores han demostrado la transmisión al cobayo al emplear extractos de pulmón de pacientes fallecidos; en aquellos que sobrevivieron se descubrieron anticuerpos. Finalmente, el germen se ha denominado *Legionella pneumophila*. Tiene cuatro serotipos, pero las epidemias casi siempre son del tipo I. Los anticuerpos se descubren por el método de fluorescencia indirecta y también por fijación del complemento (no siempre) y por hemocultivo.

La curación se produce con tratamiento sintomático en plazo de unos diez días en el 50 por ciento de los atacados; el aclaramiento radiográfico del tórax tarda más en lograrse. La mortalidad actual, cuando ya disponemos de tratamiento bastante eficaz, sigue siendo del 15 por ciento aproximadamente.

Se combate con eritromicina y rifampina. Pero siguen presentándose de vez en cuando cuadros similares atribuidos a otro grupo de gérmenes gramnegativos (*Legionella atypical organisms*) rebeldes al tratamiento de la enfermedad "típica".

En resumen, queda todavía mucho por conocer acerca de esta enfermedad. Según estudios efectuados en Inglaterra el germen sería de tipo de rickettsia atípica, y se ha podido cultivar en embriones de pollo. Los resultados tanto diagnósticos como terapéuticos siguen siendo equívocos y dispares.

* * *

El Dr. J.C.P., de México, D. F., solicita algunos datos acerca de la enfermedad AIDS, de la cual se ocupa a veces la prensa diaria en forma algo extraña, presentándola como un azote físico y moral que amenaza principalmente a las grandes ciudades.

R. Desafortunadamente no es mucho lo que se ha podido obtener de publicaciones serias. AIDS son las siglas de *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, o sea, síndrome de inmunodeficiencia aguda adquirida. Descrito por primera vez en 1980, se han señalado casos y pequeñas zonas "endémicas". El interés que ha despertado esta grave enfermedad queda demostrado por los cuatro millones de dólares que han presupuestado los institutos nacionales de salud de EE. UU., y la reunión habida en el Centro Médico de la Universidad de Nueva York en marzo de este año.

El trastorno anula ("destruye") el sistema inmunitario del hombre; ha causado muchos centenares de muertes y tiene muy mal pronóstico. Al parecer porque las manifestaciones insidiosas iniciales hacen que el diagnóstico se establezca tardíamente. La prensa diaria acaba de

señalar que en el Instituto Pasteur de París se afirma haber descubierto "el virus" causal; pero mientras no aparezcan los correspondientes trabajos en publicaciones científicas, seguimos no sabiendo en realidad cuál sea la causa del proceso.

Desde hace mucho tiempo conocemos inmunodeficiencias congénitas: enfermedad de George, aplasia tímica; agammaglobulinemias; síndrome de Wiscott-Aldrich, etc. También formas adquiridas, en pacientes con timomas, leucemias, sobre todo mielomas, etc. Un grupo de trastornos de etiología oscura y sintomatología proteiforme fue denominado hace unos años SCID (*Severe Combined Immunodeficiency Diseases*) o sea, enfermedades con grave inmunodeficiencia combinada. Se han descrito asimismo formas de "parálisis" de inmunidad T o B.

El cuadro AIDS parece ser nuevo; lo descubre el laboratorio en pacientes con candidiasis generalizada, algunos tumores (principalmente sarcoma de Kaposi), granulomatosis, infecciones repetidas, neumonías por *Pneumocystis carinii*. Afecta a gente joven y se ha supuesto que era transmisible (en esposas de enfermos; hijos de toxicómanos); repetidamente se ha presentado en hemofílicos que sufrieron transfusiones múltiples. Parece ser más frecuente en homosexuales del sexo masculino. De los casos estudiados y publicados, el 80 por ciento han muerto en plazo máximo de dos años.

No se han logrado aislar bacterias, rickettsias ni virus. Empíricamente en EE. UU. se ha recomendado que los bancos de sangre no la adquieran de donadores homosexuales (constituirían hasta el 72 por ciento de los casos bien documentados).

Como tratamiento se han empleado transfusiones de médula ósea. Está en curso de ensayo el llamado "factor de Lawrence" que estimularía el sistema inmune y en algunos casos lo "restauraría". Se trata de transfundir un factor de pequeño peso molecular obtenido de linfocitos de personas sanas; se congelan y destruyen; se centrifuga la mezcla y en el líquido sobrenadante habría el factor, que puede separarse por diálisis. Este método todavía se halla en fase de estudio.

El Dr. A.A.P., de Coahuila, Coah. pregunta alguna referencia bibliográfica seria donde poderse formar una opinión acerca de la acupuntura.

R. Es enorme el número de trabajos que han aparecido, laudatorios unos, negativos otros. Un resumen ponderado y objetivo del Dr. J.S. Han, profesor de fisiología en China, y el Dr. L. Terenius, adscrito al Departamento de Farmacología de Upsala, Suecia, acaba de aparecer en *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, vol. 22, 1982, páginas 193 a 220. Muy documentado, y trata en particular de las relaciones entre acupuntura y endorfinas. Creemos que este trabajo puede ayudarle a formarse la opinión que solicita.

* * *

El Dr. C.S., de Guadalajara, Jal., pregunta cuál es el "método de Goekerman" para tratar la psoriasis, y cual es la modificación de Ingram.

R. El método de Goeckerman sólo lo encon-

trará descrito en textos clásicos, pues se emplea desde la década de 1930. Estriba en cubrir por la noche, al acostarse, las placas de psoriasis con pomada de alquitrán; a la mañana siguiente se limpia el alquitrán con aceite de oliva e inmediatamente se someten las zonas afectadas a una breve sesión de rayos ultravioleta. Este método se modificó más tarde, de manera que dos o tres veces al día se aplica primero la pomada de alquitrán, luego se limpia y se aplican los rayos ultravioleta a cada zona afectada. El enfermo ha de estar hospitalizado. Los resultados eran relativamente buenos; el aclaramiento inmediato, sin embargo, iba seguido de reaparición de lesiones en plazo de cuatro o cinco meses. En la década de 1950 Ingram aconsejó, en lugar de la pomada de alquitrán, emplear pasta de Lassar con 0.5% de antralina y 1% de ácido salicílico (para evitar la oxidación). La antralina es el sustituto de la crisarrobina; se trata del trihidroxiantraceno. Actúa, al parecer, igual o mejor y tiñe menos de color amarillo piel y ropa. Con este método, Ingram afirmó haber modificado simplemente la técnica de Goeckerman y logrado mejores resultados. Pero persisten las recidivas.