

## Sección bibliográfica

### Do seizures in children cause intellectual deterioration?

Elleberg J.H., Hirtz D.G., Nelsen K.B.  
*N. Eng. J. Med.* 1986; 314: 1985-8.

Se ha estudiado si las convulsiones en niños pueden afectar a su desarrollo intelectual. Se compara el coeficiente intelectual (C.I.) a los 7 años de niños que hayan padecido una o más convulsiones no febriles con el C.I. de sus hermanos, libres de convulsiones, determinado a los 7 años, no habiéndose encontrado diferencias significativas.

Se examina también el C.I. antes y después del inicio de las convulsiones en 62 niños cuya primera convulsión apareció entre los 4 y 7 años, no encontrándose tampoco diferencias significativas.

Se demuestra que no hay deterioro intelectual entre los chicos que presentan convulsiones no febriles.

M. Amengual  
I. Usandizaga

### ¿Endoscopia o radiología para los síntomas gastroduodenales?

*The Lancet.* (Ed. esp.) 1986. 9; 3: 42-3.

La dispepsia es un síntoma tan frecuente que muchos piensan que investigarla es innecesario y caro. Los pacientes mayores de 50 años y fumadores tienen mayores probabilidades de tener una enfermedad grave.

A la hora de elegir, como método

diagnóstico, entre la endoscopia y la radiología hay que tener en cuenta:  
*Precisión:* La endoscopia es más precisa que la radiología (tránsito baritado de doble contraste) con una sensibilidad del 92 % frente al 54 % y una especificidad del 100 % respecto al 91 %. Las posibilidades de biopsia aumentan la seguridad de la endoscopia.

*Seguridad:* En la endoscopia hay una mortalidad del 1/12.000 casos. Un T.G.D. es incruento y seguro.

*Coste:* El coste es similar en ambos métodos en el Reino Unido.

*Aceptabilidad:* El paciente prefiere el tránsito gastro-duodenal.

*Infeción:* La endoscopia puede transmitir algunos virus. En los pacientes infecciosos es de primera elección el T.G.D.

Es innecesario realizar ambas pruebas pero si el T.G.D. es negativo y la clínica es sospechosa hay que realizar endoscopia.

Son indicaciones de T.G.D.: el riesgo de infección (HB, SIDA), enfermedad cardio-respiratoria y divertículos faríngeos.

J. Vicens

### Disseminated macronodular cutaneous candidiasis in chronic alcoholic

Bardwell *et al.*  
*Arch. Intern. Med.* 1986. 146: 385-6.

Se describen dos casos de candidiasis diseminada (forma cutánea macronodular) en dos alcohólicos sin otros antecedentes conocidos. Se postula que el alcoholismo produciría una alteración de la opsonización sérica que predispondría a estos enfermos a la infección por *Candida*.

J. Altés

## ¿Existe algún tratamiento válido para la artritis reumatoidea?

Lience E.

*Med. Clín.* 1986. 86: 587-9.

Se hace una revisión de los resultados conseguidos con los fármacos inductores de remisión en la artritis reumatoidea como sales de oro, penicilamina, antipalúdicos de síntesis y citostáticos, llegando a la conclusión de que sólo se consiguen mejoras a corto y medio plazo y no remisiones a largo plazo. Se aconseja el uso de reposo más antiinflamatorios no esteroideos y corticoides a pequeñas dosis en los enfermos que no evolucionan bien.

J. Orfila

## Treatment of high blood pressure. Should clinical be based on result of clinical trials?

Wilco *et al.*

*Br. Med. J.* 1986. 293: 433-7.

Los autores revisan los diversos ensayos clínicos que en los últimos años se han venido llevando a cabo sobre el tema de la hipertensión arterial y su tratamiento. Llegando a una serie de conclusiones:

1) Los pacientes que se presentan

en forma de hipertensión maligna acelerada deben ser tratados inmediatamente. Pero para los que no presentan este tipo de evolución no existe un acuerdo de cuál es la cifra límite, a partir de la que debe instaurarse tratamiento farmacológico. Aunque para la mayoría de autores, esta cifra se situaría en valores diastólicos de 115-120 mm Hg.

2) No existe ninguna razón que justifique el tratar las hipertensiones sistólicas aisladas.

3) Antes de etiquetar a una persona de hipertenso e iniciar tratamiento, es preciso hacer varias mediciones de la T.A. en diferentes días. Los pacientes que presenten tensiones diastólicas de 100-105 mm Hg deben seguirse por el médico, sin iniciar tratamiento farmacológico.

4) En estos casos es más importante conseguir que el enfermo deje de fumar, si lo hace, que iniciar un tratamiento farmacológico, que implica un riesgo de efectos secundarios. Los métodos de tratamiento no farmacológicos (normopeso...) deben ser siempre los primeros en considerarse.

5) No hay evidencia de que una forma particular de tratamiento farmacológico sea más eficaz que otra para iniciar una terapéutica antihipertensiva. Excepto que se ha demostrado que los B-bloqueantes son menos eficaces en los fumadores.

A. Bassa

I. Usandizaga