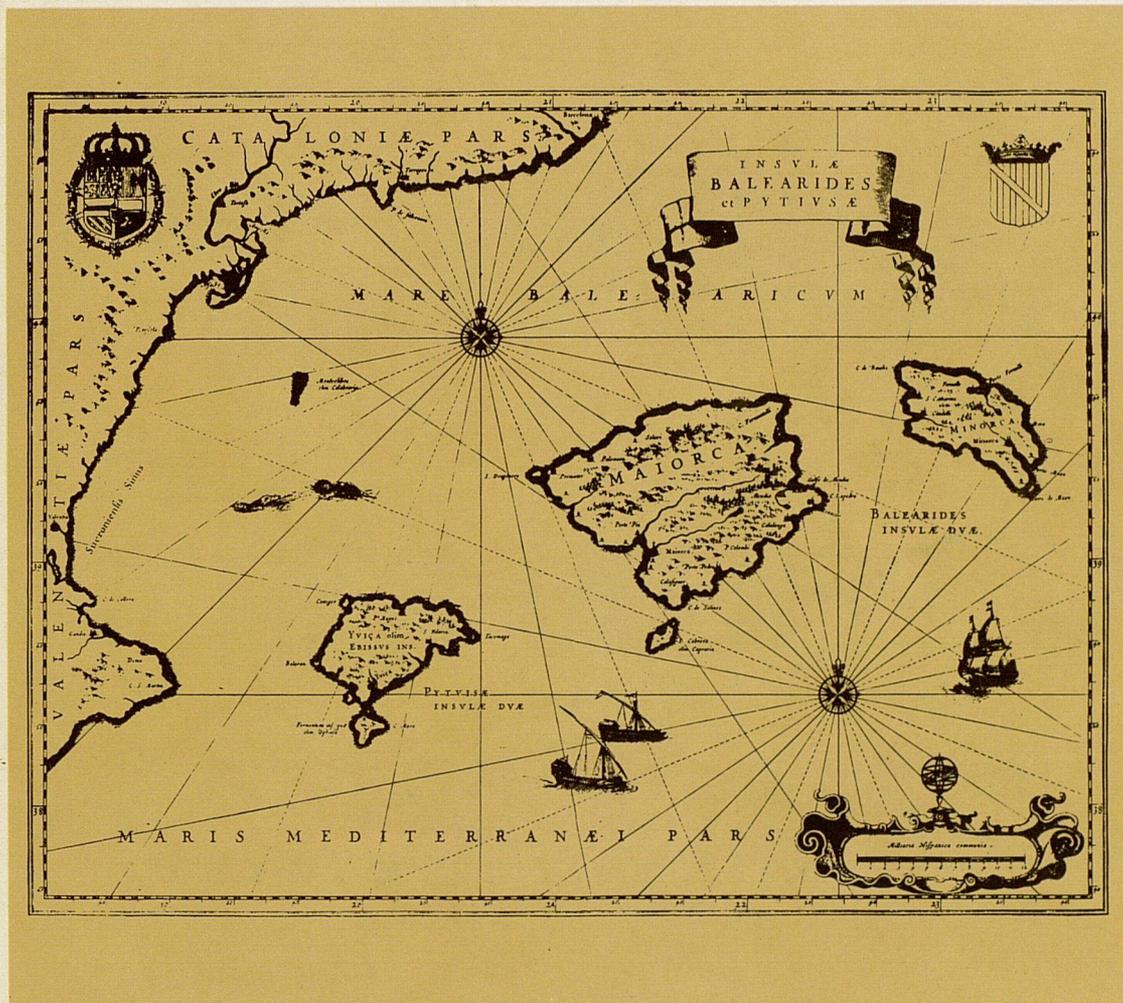


# Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PALMA DE MALLORCA



CON LA COLABORACION DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD DEL GOBIERNO  
DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LAS ISLAS BALEARES

# 100x3



# PERSANTIN® 100

Prevención de procesos tromboembólicos  
en tres tomas diarias

**Composición:** Una gragea contiene: *Dipiridamol* (100 mg, [2,6-bis (dietanolamino)-4,8-dipiperidino-pirimido-(5,4-d)-pirimidina]). Excipiente c.s. **Indicaciones:** Profilaxis de procesos tromboembólicos post-quirúrgicos o secundarios a circulación extracorpórea o hemodiálisis. **Posología:** **Adultos:** De 3 a 4 grageas al día, hasta un máximo de 6 grageas (600 mg) diarias. **Contraindicaciones y precauciones:** Por su acción vasodilatadora se usará con precaución en pacientes con angina en proceso rápido de agravamiento, estenosis aórtica subvalvular o con inestabilidad hemodinámica debida a infarto reciente. La utilización de Persantin, 100 mg durante los tres primeros meses del embarazo, debe someterse a las precau-

ciones habituales de cualquier medicación. **Interacciones:** La administración conjunta con anticoagulantes orales y ácido acetilsalicílico puede dar lugar a una potenciación del efecto anticoagulante. **Efectos secundarios:** Suelen ocurrir al principio del tratamiento. El más frecuente es cefalea vascular, que suele ceder por disminución de dosis. Más raramente aparecen dispepsia y diarrea. **Intoxicación y su tratamiento:** La sobredosificación puede dar lugar a dolor de cabeza, sintomatología gastrointestinal o hipotensión. En pacientes con alteraciones isquémicas del miocardio, la excesiva vasodilatación coronaria puede ocasionar dolor precordial. Se procederá a tratamiento sintomático y se instaurarán las medidas usua-

les de mantenimiento de constantes cardiocirculatorias. La aminofilina, en inyección intravenosa lenta, puede ser útil para revertir la vasodilatación coronaria. **Presentación y P.V.P. (IVA):** Envase con 50 grageas, 999,- Ptas.



**Boehringer  
Ingelheim**



# *Medicina* *Balear*

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PALMA DE MALLORCA

---

Volumen 3, Número 3

Septiembre/Diciembre 1988

---

**Presidente**

José M. Rodríguez Tejerina

**Director:**

Arnaldo Casellas Bernat

**Secretario de redacción:**

Juana M.<sup>a</sup> Román Piñana

**Comité científico:**

Francisco Medina Martí, José M. Mulet Fiol, Juan Manera Rovira, Santiago Forteza Forteza, Andrés Torrens Pastor, Victoriano Fernández Vila, Bartolomé Darder Hevia, Miguel Manera Rovira, Bartolomé Mestre Mestre, Pedro Aguiló, Santiago Luelmo Román, Miguel Munar Qués, Nicolás Pascual Piris, José Tomás Monserrat, Miguel Llobera Andrés, Guillermo Mateu Mateu, B. Cabrer Barbosa, José Miró Nicolau, Antonio Montis Suau, Feliciano Fuster Jaume.

CON LA COLABORACION DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD DEL GOBIERNO  
DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LAS ISLAS BALEARES

---

**Redacción:**

Morey, 8. Teléfonos: 721230. 07001 PALMA DE MALLORCA.



# Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PALMA DE MALLORCA

## SUMARIO

---

- Editorial** **El niño y su independencia.**  
J. María Román  
**137**
- Originales** **Estudio socio-epidemiológico de una muestra de casos de tuberculosis pulmonar en Baleares en los últimos diez años.**  
M. Hortal Tavira  
**139**
- Originales** **Diagnòstic no invasiu de la cardiopatía valvular. Cirurgia sense cate-  
terisme.**  
G. Pons Lladó, F. Carreras Costa, X. Borrás Pérez, J.M. Padró Fernández,  
A. Arís, J.M. Caralps Riera, M. García Moll  
**150**
- Originales** **Estudio de las necesidades reales de medios especiales de diagnòsti-  
co y cirugía cardíaca en Mallorca.**  
M. Fiol Sala, M. Ribas Garau, M. Triola Fort, J. Tomás Verdera, J.F. Forteza  
Alberti  
**155**
- Originales** **Prevalença de la càries dental en escolars de 4-5 anys.**  
M. Esteva, C. Abraham, A. Botey, J. Ferrer, J.C. March, S. Sancho, M.  
Siquier  
**162**
- Protocolo** **Medicina Preventiva en el Síndrome de Down.**  
G. Rullán Losada, J. Veny Roca, J. Perera Mezquida  
**165**
- Casos clínicos** **Linforreticulosis benigna o enfermedad por arañazo de gato.**  
P. Medina García, A.M. Vergara Gómez, M.P. Loren Berdusan, L. Pardos  
Rocamora  
**169**
- Historia** **Unas memorias del Dr. Méndez.**  
J. María Tejerina  
**173**

**Historia E. Doctor Warschawski.**

J. María Tejerina

**174**

**Noticias Nota Necrológica.**

Dr. José M.<sup>a</sup> Mulet Fiol

**175**

**Noticias Nuevo Académico.**

Dr. Carlos Viader Farré

**176**

# Editorial

## El niño y su independencia

Dra. Juana María Román

Pediatra

Sólo alguien que sea verdaderamente independiente se halla en realidad libre y a la vez capaz de aceptar la responsabilidad que esto implica. La independencia, la libertad y la responsabilidad son capacidades que se superponen una sobre otra. La independencia supone el poder evitar esa mutiladora ansiedad de separación que se encuentra en el fondo de la mayor parte de las condiciones neuróticas, ansiedad que es un miedo a perder la protección de una presencia interior mágica y omnipotente y simultáneamente un miedo a asfixiarse si dicha presencia es demasiado próxima.

Pocos padres desean intencionadamente conducir a sus hijos a la autodeterminación, a la independencia, considerándolos de alguna manera como una propiedad que les pertenece, minimizando así sus posibilidades, reforzando su impotencia y dando lugar a una dependencia emocional que aumentará su vulnerabilidad en esa sociedad competitiva en la que se encuentran inmersos. Hacer por el niño lo que él mismo puede hacer es frustrar la experiencia de su propia fuerza, es la demostración de nuestra falta de confianza en sus posibilidades, despojándolo del sentimiento de seguridad fundado sobre sus aptitudes para resolver problemas, poniendo en duda su derecho a ser independiente.

No se puede impedir la evolución madurativa del niño en función de una sobreprotección agobiante que dificulte el desarrollo de una personalidad adulta fuerte y autónoma.

Ciertamente los padres consideran a sus

hijos como parte de sí mismos, como una vida que aún separada de ellos les sigue perteneciendo e inconscientemente quisieran guardarse para sí esa fuerza naciente, alimentarse de ella y a nivel inconsciente intentar vivir de alguna manera, no «para los hijos» sino «de los hijos» en una relación de parasitismo absorbente.

Es evidente que el crecimiento marca el tránsito de la vida de dependencia absoluta del recién nacido, totalmente impotente, a la vida independiente del hombre adulto, de la protección total en las primeras etapas a la autonomía al final de la adolescencia. Sin embargo, es difícil renunciar progresivamente a alguien que ha supuesto la continuación genética y biológica de nosotros mismos y cuyos lazos emocionales se han introducido hasta nuestras raíces, las más profundas, y difícilmente —sino es a través de un esfuerzo consciente—, el hijo quedará aprisionado en esa red invisible que lo mantendrá unido todavía a aquel cordón umbilical que sólo fue seccionado simbólicamente manteniendo su minoría de edad hasta la adultez, y la figura de la «madre castradora» favorecerá el desarrollo de una personalidad enfermiza, insegura, dependiente y con grandes problemas de comunicación. Y así en la semblanza sobre los niños, del libanés Gibrhan queda plasmada su proyección autodeterminante:

«Vuestros hijos no son hijos vuestros  
Son los hijos de la vida deseosa de perpetuarse

Vienen a través vuestro, pero no desde vosotros

Y aunque estén con vosotros, *no os pertenecen*

Podeis brindarle vuestro amor, pero no vuestros pensamientos

Porque ellos tienen sus propios pensamientos

Podeis acoger sus cuerpos, pero no sus almas

Porque sus almas habitan en la casa del mañana, que vosotros

no podeis visitar ni aún en sueños

Podeis esforzaros en ser como ellos, pero

no pretendais hacerlos  
como vosotros,  
Porque la vida no retrocede ni se distrae  
con el ayer  
Vosotros sois el arco desde el que vues-

tros hijos como flechas vivientes  
son lanzados hacia adelante...».

Dra. Juana María Román  
Palma, julio 1988

# Original

## Estudio socio-epidemiológico de una muestra de casos de tuberculosis pulmonar en Baleares en los últimos diez años

Marisol Hortal Tavira\*

### Introducción

Como se sabe, la tuberculosis pulmonar es una enfermedad transmisible por vía aérea, producida por el *mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch y que si no se trata adecuadamente, puede llevar a la destrucción de zonas del tejido pulmonar con insuficiencia respiratoria y muerte. Según un informe de la Sociedad Española de Patología Respiratoria, la tuberculosis pulmonar, junto con el cáncer broncopulmonar y las bronquitis crónicas, suponen un capítulo importante al que las administraciones sanitarias deberían prestar una especial atención, dado el gasto sanitario que originan.<sup>1</sup>

En nuestro país, la tuberculosis pulmonar, gozó de atención especial por administraciones anteriores, hasta el punto de disponer de organizaciones especiales representadas por el Patronato Nacional Antituberculoso, son costosas campañas sani-

tarias. Dichas campañas, al parecer, y según estudios recientes, no han dado los frutos apetecidos. La tuberculosis no se ha logrado erradicar.

Y es que por su mecanismo de transmisión,<sup>2</sup> por vía aérea, y de reservorio humano fundamentalmente, y de hombre enfermo a hombre sano, son vehiculados los bacilos por los aerosoles producidos al toser, hablar o estornudar, en las gotas de Pflügge y núcleos goticulares de Wells, y que por su ínfimo tamaño pueden transportar los bacilos hasta los mismos alveolos pulmonares. Desde allí son recogidos por los vasos linfáticos y, vehiculados por la sangre, pueden llegar a tejidos bien oxigenados como las meninges, las metáfisis óseas, el riñón y fundamentalmente los pulmones, y dentro de ellos, en sus vértices.

La tuberculosis pulmonar es pues una enfermedad en la que las relaciones interpersonales tienen mucho de interés. Se dice que la tuberculosis es una enfermedad social. No sólo por el mecanismo de transmisión antes dicho, en que las relaciones personales y la agregación humana en un mismo lugar van a favorecer su propagación, sino porque también su diagnóstico y largo tratamiento, van a suponer unos costos económicos importantes y unas ausencias laborales dignas de consideración.<sup>3</sup> Los esfuerzos de los expertos en el tema van dirigidos a disminuir los costos humanos y sociales de la tuberculosis.

En la actualidad, parece ser que la administración sanitaria, tanto central como autonómica balear, desean llegar a un mejor conocimiento de la situación endémica real de esta enfermedad, para promover las acciones sanitarias precisas de lucha en el campo epidemiológico antituberculoso. Es decir, el conocer cada foco y actuar en su entorno, previniendo contagios o bien el desarrollo de la enfermedad en los ya contagiados y asimismo incidir sobre aquellos grupos de población donde pueda difundirse más fácilmente. El presente trabajo pretende cooperar al conocimiento de la situación socio-epidemiológica de la tuberculosis pulmonar en las Baleares en los últimos diez años,

\* (ATS) del Dispensario de Enfermedades del Tórax. Trabajo presentado como tesina del Curso de Diplomados en Sanidad. Palma de Mallorca, 1988. Tutor: J. Carrasco. Director del Dispensario de Enfermedades del Tórax.

mediante el estudio de las condiciones demográficas, sociológicas y epidemiológicas de los casos de tuberculosis detectados en el Dispensario de Enfermedades del Tórax de Palma de Mallorca.

## Metodología

La base para realizar el presente trabajo ha sido el buscar en archivo y extraer, todas las historias de tuberculosis pulmonar existentes en el Dispensario de Enfermedades del Tórax, desde el año 1978 hasta 1987.

La elección de estos diez años fue por tener un tiempo de estudio amplio y en una época socioeconómica importante en la historia de la región balear, en que la inmigración reciente habida, podría haber desarrollado algún papel en la epidemiología de la enfermedad por el citado carácter social de la misma.

Evidentemente, dada la hasta ahora, idiosincrasia de los sanitarios, los casos de tuberculosis estudiados, no son todos los casos de tuberculosis habidos en Baleares. Hasta hace un año, en que gracias a los esfuerzos de la Conselleria de Sanidad, se logró una mayor sensibilización en este sentido, y además una declaración nominal de cada caso, la tuberculosis como otras enfermedades, se declaraba sólo en una parte de los casos reales.

Las historias clínicas de las que se ha dispuesto, tienen su origen en casos bien autóctonos detectados por el Dispensario de Enfermedades del Tórax, o bien de comunicación de casos y peticiones de ingreso en el Sanatorio de Antituberculosos Juan March, de otros estamentos sanitarios, para cuyo trámite habían de conocerse los datos en el Dispensario.

De todas formas, pueden considerarse una muestra representativa por el repetido carácter social de la enfermedad, como luego se comprobará, aunque se hallan perdido numérica y socialmente casos de enfermos, descubiertos en consultas privadas que seguramente serán una minoría y que por el mayor poder económico de una clase social y aisladamente priva-

do, epidemiológicamente podría tener menos interés sanitario.

Se han obtenido datos de cada historia clínica referentes a edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, lugar de vivienda actual, lugar de tipo de trabajo, síntoma guía fundamental (el que el enfermo concedió más importancia y que le hizo ir al médico) y tiempo transcurrido entre el conocimiento de los síntomas y la primera visita al médico.

Igualmente se observó si había tenido antecedentes tuberculosos en la familia y si habían sido vacunados con BCG y el resultado de la prueba de la tuberculina. Se pretendió asimismo datos de cada enfermo inmigrante, de cuanto tiempo llevaba viviendo en Mallorca en el momento de enfermar, pero a pesar de figurar esta pregunta en las historias clínicas la respuesta aparece en blanco en la mayor parte de los casos.

Puede comprenderse el interés en conocer aquellos datos epidemiológicos, de edad, dada la mayor facilidad para desarrollar la tuberculosis en edades tempranas de la vida. En cuanto al sexo, el interés no lo era tanto, y en cuanto al estado civil, podría tenerse la consideración de un estado de vida y costumbres de vida distinto entre los casados y los solteros o separados, que pudieran favorecer el desarrollo de la infección o enfermedad.

El cambio de lugar entre el nacimiento, el actual de vivienda y el de trabajo, podría tener su importancia. Así como también fundamentalmente el tipo de trabajo, dada la epidemiología de la tuberculosis.<sup>4</sup>

El de antecedentes familiares por supuesto. Y por último, parecía interesante investigar los síntomas primeros más frecuentes y el tiempo transcurrido entre la aparición de los mismos y la consulta al médico, lo que podría tener importancia con vistas a campañas de información sanitaria.<sup>4</sup>

## Análisis

Han sido examinados un total de 284 casos de tuberculosis pulmonar detectados

en el dispensario de enfermedades del tórax de Palma.

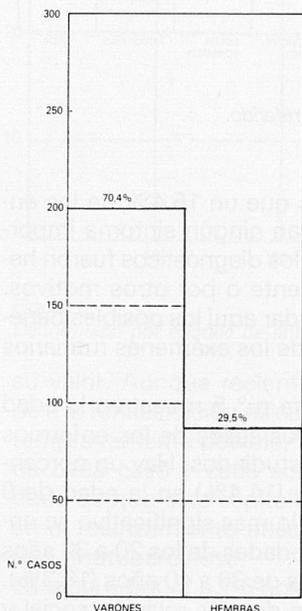
Corresponden a historias clínicas entre los años 1978 y 1987, ambos inclusive. El detalle del número de casos por año es:

1978	26 casos
1979	31 casos
1980	14 casos
1981	23 casos
1982	32 casos
1983	28 casos
1984	33 casos
1985	33 casos
1986	47 casos
1987	17 casos

La distribución por sexos nos indica un claro predominio de los varones sobre las hembras, lo que está de acuerdo con las estadísticas de autores en la materia, que

**TABLA I**  
DISTRIBUCIÓN POR SEXOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS

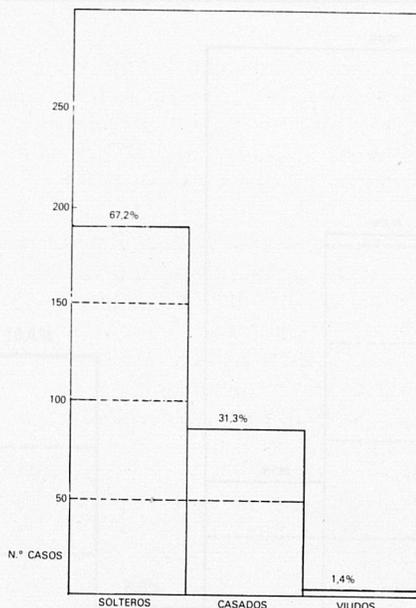
Varones	200	70,4%
Hembras	84	29,5%



*Figura 1*  
Distribución por sexos de casos de T.P.

**TABLA II**  
DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE ENFERMOS DE TUBERCULOSIS

Solteros	191	67,2%
Casados	89	31,3%
Viudos	4	1,4%



*Figura 2*  
Distribución por estado civil de casos de T.P.

dan un predominio de un sexo sobre otro, sobre todo en adultos.

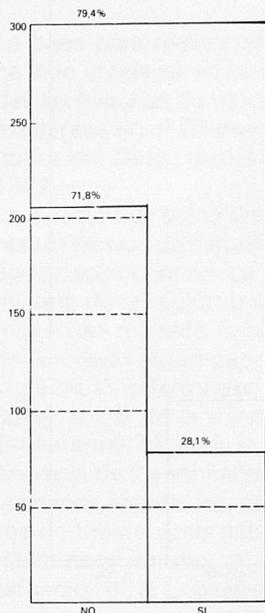
En los años citados hay un 70,4% de varones, frente a un 29,5% de hembras (Tabla 1. Figura 1).

Asimismo se ha visto que hay un mayor número de enfermos cuyo estado civil es el de soltero, el 67,2%, frente al 31,3% de casados y el 1,4% de viudos (Tabla y Figura n.º 2). Los casos encontrados de estado casado-separado, se han incluido entre los solteros por considerar que el tipo de vida que aquéllos podrían llevar sería similar a la de éstos.

La tabla y figura n.º 3 nos muestran el porcentaje de enfermos tuberculosos que han tenido otros casos anteriores en su misma familia. Un 28,1% de estos hallazgos es importante en la epidemiología de esta enfermedad. Si se tiene en cuenta

**TABLA III**  
**DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS**  
**EN RELACIÓN CON ANTECEDENTES**  
**FAMILIARES ESPECÍFICOS**

Con antecedentes familiares .....	80 .....	28,1%
Sin antecedentes .....	204 .....	71,8%

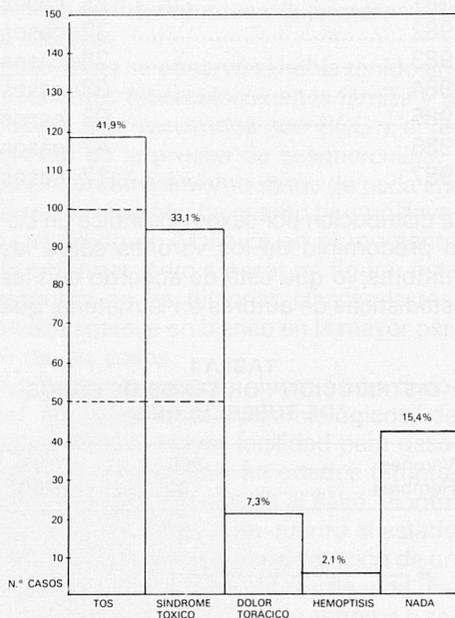


**Figura 3**  
*Antecedentes de T.P. familiar en los casos del estudio.*

que aproximadamente cada enfermo suele contagiar en su entorno a 20 personas, la realización de una oportuna quimiopprofilaxis tiene todo su valor.<sup>2</sup> En teoría, estos enfermos, con estos antecedentes, podrían haberse evitado si se hubiera realizado una quimiopprofilaxis adecuada. La tabla y figura n.º 4 nos indican los síntomas primeros y más importantes relatados por los enfermos en las historias clínicas. Aquéllos que les hizo pensar en acudir al médico. El más frecuente (41,9%) fue la tos, seguido por 33,1% del conjunto de síntomas difusos como suelen ser el no encontrarse bien, falta de fuerzas, falta de apetito, febrícula, etc. La hemoptisis, como se ve, no está entre los síntomas más frecuentes, y lo que sí es muy

**TABLA IV**  
**SÍNTOMAS PRINCIPALES REFERIDOS POR**  
**LOS ENFERMOS**

Tos .....	119	casos	41,9%
Síndrome de malestar general .....	94	casos	33,1%
Dolor torácico .....	21	casos	7,3%
Hemoptisis .....	6	casos	2,1%
Ningún síntoma .....	44	casos	15,4%



**Figura 4**  
*Síntoma principal referido.*

significativo es que un 15,4% de los enfermos no tenían ningún síntoma importante. Es decir, los diagnósticos fueron hechos fortuitamente o por otros motivos. Conviene recordar aquí los posibles beneficios sociales de los exámenes rutinarios de salud.

La tabla y figura n.º 5 muestran la edad global, en ambos sexos de los enfermos tuberculosos estudiados. Hay un porcentaje importante (14,4%) en la edad de 0 a 9 años, pero lo más significativo se encuentra en las edades de los 20 a 30 años (23,9%) y en las de 30 a 40 años (18,3%). Son las edades de más relación social y sobre todo de más actividad laboral. Los costes sociales se muestran aquí en todo

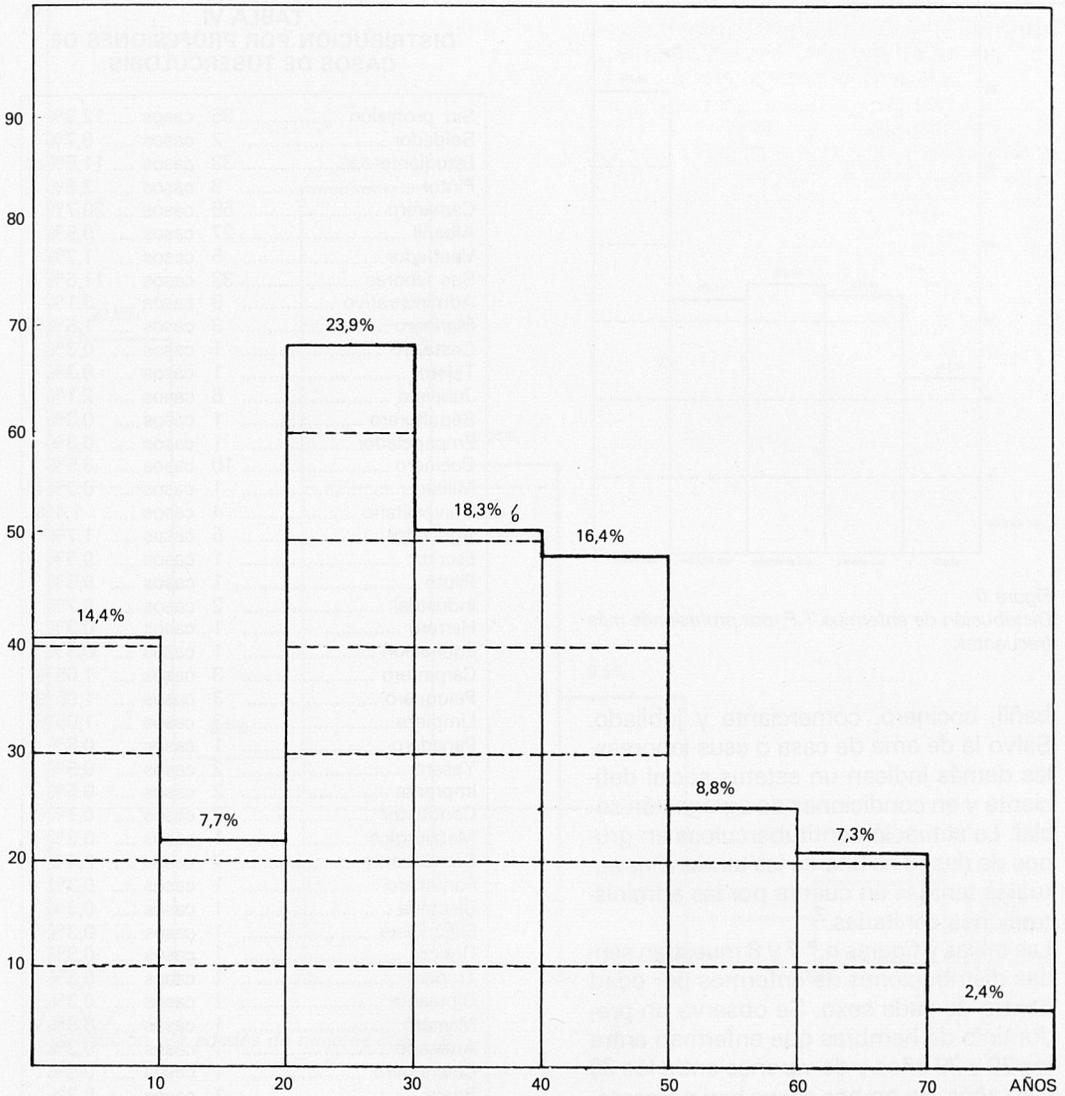


Figura 5  
Distribución por edades de enfermos con T.P.

su valor. Aunque recientemente se tiende a la rehabilitación física y laboral lo más tempranamente posible,<sup>2</sup> y dependiendo de cada caso y cada actividad no cabe duda de que este capítulo debe de pesar en el relanzamiento eficaz de una actividad antituberculosa.

La tabla y figura n.º 6 nos indican las profesiones más frecuentes encontradas en los enfermos. Estas son las de camarero, ama de casa, sin profesión, estudiante, al-

TABLA V  
DISTRIBUCIÓN POR EDADES AMBOS SEXOS

0-9 años ...	41 casos .....	14,4%
10-19 años ...	22 casos .....	7,7%
20-29 años ...	68 casos .....	23,9%
30-39 años ...	52 casos .....	18,3%
40-49 años ...	48 casos .....	16,4%
50-59 años ...	25 casos .....	8,8%
60-69 años ...	21 casos .....	7,3%
70 y más .....	7 casos .....	2,4%
TOTAL .....	284 casos .....	99,2%

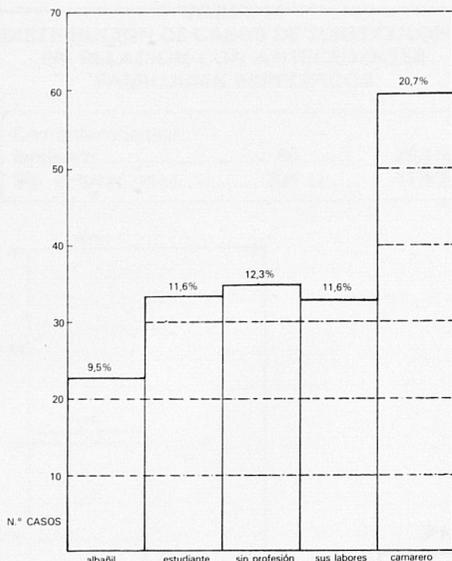


Figura 6  
Distribución de enfermos T.P. por profesiones más frecuentes.

bañil, cocinero, comerciante y jubilado. Salvo la de ama de casa o «sus labores», las demás indican un estatus social deficiente y en condiciones de agregación social. La actuación antituberculosa en grupos de riesgo es una de las tendencias actuales tenidas en cuenta por las administraciones sanitarias.<sup>2</sup>

Las tablas y figuras n.º 7 y 8 muestran sendas distribuciones de enfermos por edad dentro de cada sexo. Se observa un predominio de hembras que enferman entre los 20 y 30 años y de varones entre los 30 y 40 años. En ambos sexos hay porcentajes importantes, 22,6% de hembras y 11,5% de varones, en los primeros años de la vida, lo que tiene su importancia en la insistencia de realizar quimioprofilaxis en los escolares tuberculín-positivos, que, como se sabe, son enfermos en potencia.<sup>4</sup>

La tabla y figura n.º 9 nos muestran el tiempo en semanas que transcurrió entre que el enfermo notó los primeros síntomas y cuándo acudió al médico. Este es un dato muy apreciado al parecer en las últimas reuniones antituberculosas ya que si existiera una buena educación sanitaria el

TABLA VI  
DISTRIBUCIÓN POR PROFESIONES DE CASOS DE TUBERCULOSIS

Sin profesión	35 casos	12,3%
Soldador	2 casos	0,7%
Estudiante	33 casos	11,6%
Pintor	8 casos	2,8%
Camarero	59 casos	20,7%
Albañil	27 casos	9,5%
Vendedor	5 casos	1,7%
Sus labores	33 casos	11,6%
Administrativo	9 casos	3,1%
Marinero	3 casos	1,5%
Cristalero	1 caso	0,3%
Tejero	1 caso	0,3%
Jubilado	6 casos	2,1%
Sepulturero	1 caso	0,3%
Empapelador	1 caso	0,3%
Cocinero	10 casos	3,5%
Militar	1 caso	0,3%
Universitario	4 casos	1,4%
Agricultor	5 casos	1,7%
Escritor	1 caso	0,3%
Piloto	1 caso	0,3%
Industrial	2 casos	0,7%
Herrero	1 caso	0,3%
Equitación	1 caso	0,3%
Carpintero	3 casos	1,05%
Peluquero	3 casos	1,05%
Limpieza	3 casos	1,05%
Panadero	1 caso	0,3%
Yesero	2 casos	0,5%
Imprenta	2 casos	0,5%
Conductor	2 casos	0,7%
Metalúrgico	1 caso	0,3%
Comerciante	7 casos	2,4%
Fontanero	1 caso	0,3%
Bisutería	1 caso	0,3%
Electricista	1 caso	0,3%
Optico	1 caso	0,3%
Trapero	1 caso	0,3%
Dibujante	1 caso	0,3%
Maestro	1 caso	0,3%
Artesano	1 caso	0,3%
Colchonero	1 caso	0,3%
Poeta	1 caso	0,3%
Peletero	1 caso	0,3%
Pulidor	1 caso	0,3%

TABLA VII  
DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE MUJERES ENFERMAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR

0-9 años	19 casos	22,6%
10-19 años	7 casos	8,3%
20-29 años	24 casos	28,5%
30-39 años	16 casos	19,4%
40-49 años	8 casos	9,5%
50-59 años	4 casos	4,7%
60-69 años	3 casos	3,5%
70 y más	3 casos	3,5%

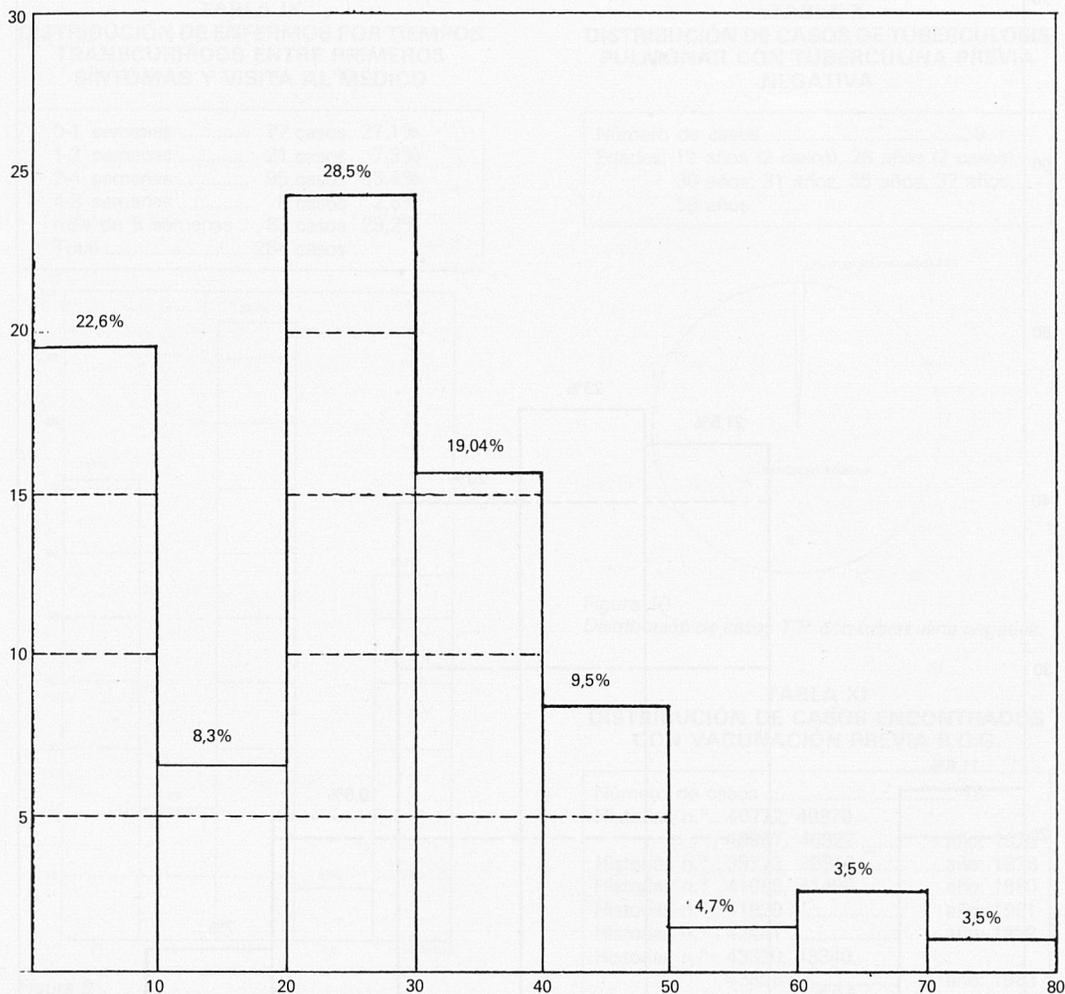


Figura 7  
Distribución por edades de mujeres con T.P.

enfermo consultaría antes y la enfermedad podría ser diagnosticada más precozmente con todas las consecuencias sociales y económicas que ello llevaría consigo. En nuestro estudio, estos tiempos son considerablemente largos. La mayor parte de los enfermos no acudieron al médico hasta pasadas dos o tres semanas. Hay también un porcentaje importante de enfermos que no fueron al médico hasta que no llevaban más de dos meses con síntomas (29,2%).

La tabla y figura n.º 10 nos da un dato

ya conocido y confirmado, como es la existencia de casos de tuberculosis pulmonar con la prueba de la tuberculina negativa. La explicación se da como consecuencia de una posible anergia primaria ante una masiva invasión bacilar, o incluso a técnicas deficientes en la prueba. La tabla y figura n.º 11 nos muestran la existencia ya conocida de casos de tuberculosis pulmonar en personas previamente vacunadas con BCG. Este es uno de los pilares para el abandono de la práctica de la vacunación antituberculosa masiva, el

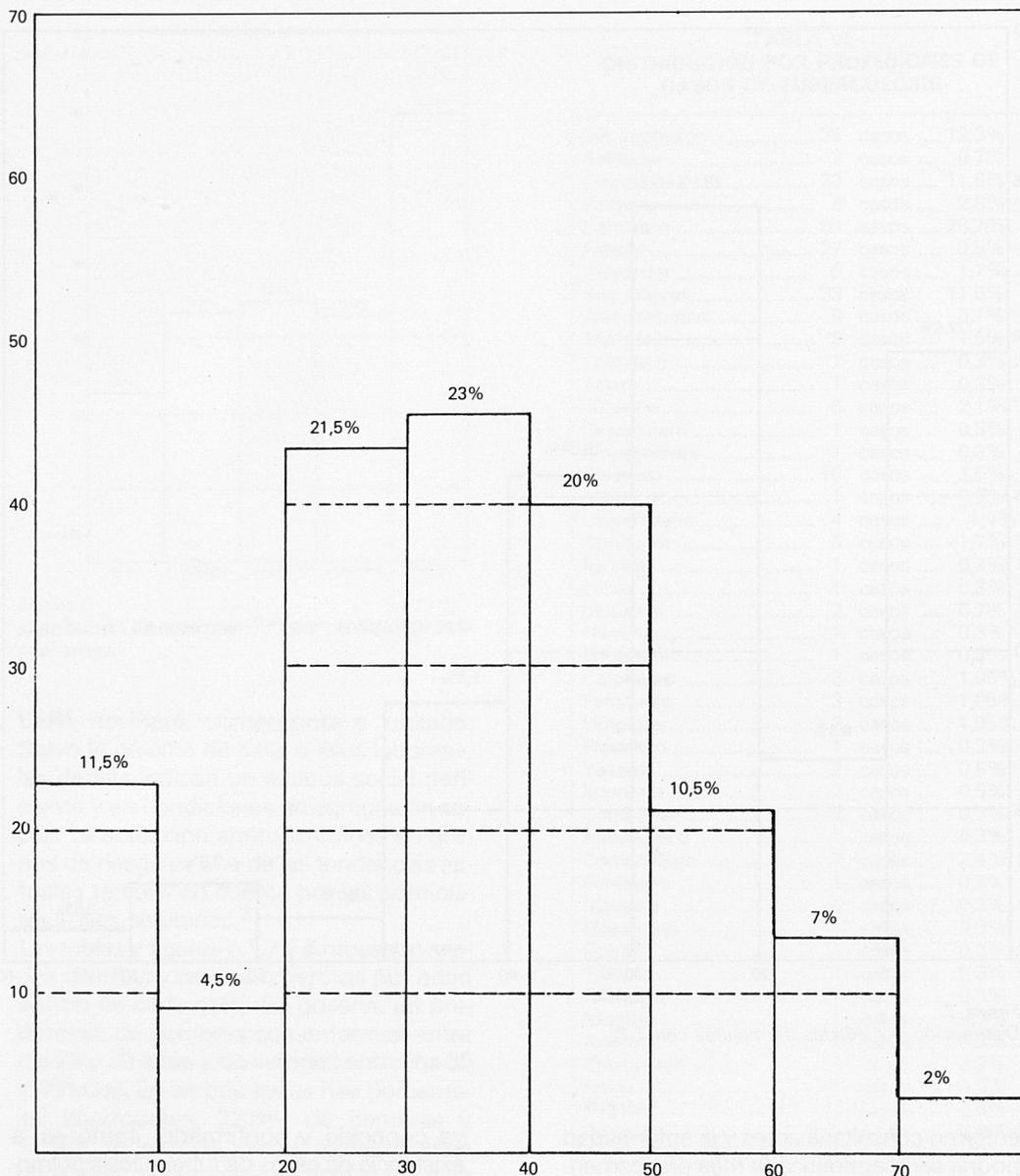


Figura 8  
Distribución por edades en hombres enfermos de T.P.

**TABLA VIII**  
**DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE HOMBRES**  
**ENFERMOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR**

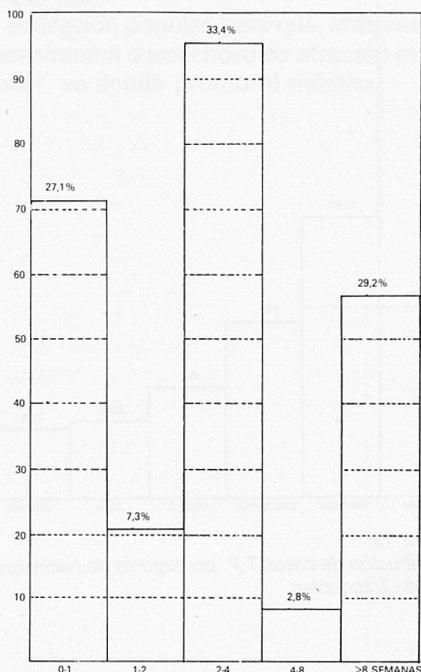
0-9 años	23 casos	11,5%
10-19 años	9 casos	4,5%
20-29 años	43 casos	21,5%
30-39 años	46 casos	23 %
40-49 años	40 casos	20 %
50-59 años	21 casos	10,5%
60-69 años	14 casos	7 %
70 y más	4 casos	2 %

que no es efectiva en todos los casos, aparte de otras consideraciones epidemiológicas.<sup>2, 4, 5</sup>

La tabla y figura n.º 12 nos muestran el origen del nacimiento de los enfermos con un lógico y claro predominio de personas nacidas y habitantes de la ciudad de Pal-

**TABLA IX**  
**DISTRIBUCIÓN DE ENFERMOS POR TIEMPOS**  
**TRANSCURRIDOS ENTRE PRIMEROS**  
**SÍNTOMAS Y VISITA AL MÉDICO**

0-1 semanas .....	77 casos	27,1%
1-2 semanas .....	21 casos	7,3%
2-4 semanas .....	95 casos	33,4%
4-8 semanas .....	8 casos	2,8%
más de 8 semanas ..	83 casos	29,2%
Total .....	284 casos	..



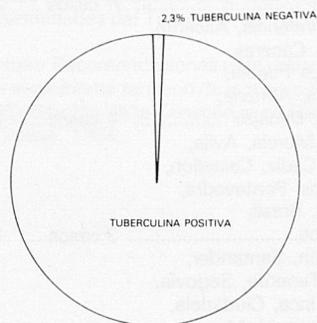
*Figura 9*  
 Tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la visita al médico.

ma, lo que incide asimismo en el carácter urbano y social de la mycobacteria,<sup>2</sup> es significativo a tener en cuenta ante posibles actuaciones futuras en grupos de riesgo, el origen frecuente del mayor porcentaje que le siguen al ya citado de Palma (24,2%), los de Granada (11,6%), Barcelona (8,09), Sevilla 4,5%), Jaén (2,8%), Málaga (2,4%).

Hubiese sido interesante conocer el tiempo que llevaba viviendo en Baleares al enfermar desde el momento de su inmigración, pero como se dijo más arriba, este dato no pudo ser recogido.

**TABLA X**  
**DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS**  
**PULMONAR CON TUBERCULINA PREVIA**  
**NEGATIVA**

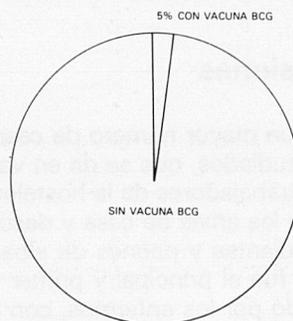
Número de casos .....	9
Edades: 19 años (2 casos), 28 años (2 casos), 30 años, 31 años, 36 años, 37 años, 50 años	



*Figura 10*  
 Distribución de casos T.P. con tuberculina negativa.

**TABLA XI**  
**DISTRIBUCIÓN DE CASOS ENCONTRADOS**  
**CON VACUNACIÓN PREVIA B.C.G.**

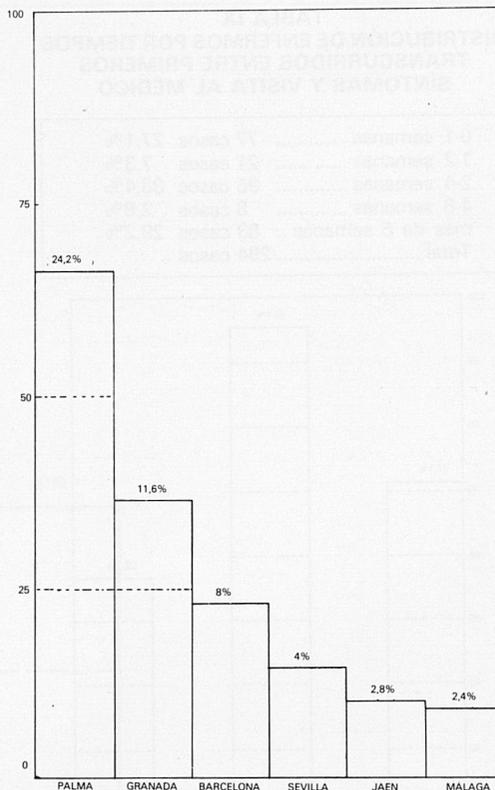
Número de casos .....	19
Historias n.º . 40772, 40870, 40907, 40927 .....	año: 1979
Historias n.º . 39773, 39810 .....	año: 1978
Historias n.º . 41088, 41496 .....	año: 1980
Historias n.º . 41929 .....	año: 1981
Historias n.º . 42441 .....	año: 1982
Historias n.º . 43330, 43340, 43808 .....	año: 1983
Historias n.º . 44275 .....	año: 1984
Historias n.º . 45667, 46040 .....	año: 1985
Historias n.º . 47165, 47435 .....	año: 1986
Historias n.º . 48337 .....	año: 1987



*Figura 11*  
 Distribución de casos T.P. con previa vacunación BCG.

**TABLA XII**  
**DISTRIBUCIÓN DE ENFERMOS POR SU**  
**LUGAR**  
**DE NACIMIENTO**

Palma de Mallorca .....	69 casos ..	24,2%
Granada .....	33 casos ..	11,6%
Barcelona .....	23 casos ..	8,1%
Sevilla .....	13 casos ..	4,5%
Jaén, Madrid .....	8 casos ..	2,8%
Málaga .....	7 casos ..	2,4%
Coruña, Valencia, Alicante, Córdoba, Cáceres, Huelva, La Puebla, Tarragona, Almería, Albacete, Badajoz .....	4 casos ..	1,4%
Felanitx, Murcia, Avila, Cuenca, Cádiz, Castellón, Marruecos, Pontevedra, Zaragoza, Brasil, Salamanca.....	3 casos ..	1,0%
Ibiza, León, Santander, Toledo, Tenerife, Segovia, Algaida, Inca, Ciudadela, Muro, Montuiri, Manacir, Palencia, Soller, Llullmayor.....	2 casos ..	0,7%
Burgos, Ceuta, Campos, Petra, Santa María, Benisalem, Alcudia, Canarias, Italia, Esporlas, Soria, San Luis, Sancelles, Sineu, Alaro, Bilbao, Consell, Escocia, Francia, Lloret, Llubi, Lugo.....	1 casos ..	0,3%



*Figura 12*  
*Distribución de casos T.P. por lugares de nacimiento más frecuentes.*

Por otra parte se pudo comprobar que no había diferencia significativa entre las ciudades donde vivían los enfermos y los lugares de su trabajo.

## Conclusiones

1. Existe un mayor número de casos entre los estudiados, que se da en varones solteros, trabajadores de la hostelería seguidos de las amas de casa y desocupados, estudiantes y peones de albañil.
2. La tos fue el principal y primer síntoma referido por los enfermos, con el hallazgo importante de un 15,4% sin sintomatología.
3. Un número importante (28,1% de los

casos) había tenido antecedentes familiares de tuberculosis pulmonar.

4. El tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y la visita al médico, en la mayor parte de los enfermos, fue superior a dos o tres semanas.

5. Las edades donde apareció la enfermedad más frecuentemente fue la de 20 a 30 años en mujeres y 30 a 40 años en hombres.

6. El lugar de origen de los casos fue en primer lugar el de Palma, seguido de personas nacidas en provincias andaluzas (Granada en primer lugar) y de Barcelona.

7. Se encontraron casos de tuberculosis Pulmonar con Tuberculina Negativa, y otros con vacunación previa BCG.

Por todo lo cual parece razonable pensar

que la actividad antituberculosa, podría seguir en las líneas de:

a) realizar quimioprofilaxis exhaustivamente en los contactos y familiares de cada caso de T.P. conocido.

b) actuar selectivamente sobre grupos de riesgo de población (reconocimientos antituberculosos previos a cada contrato de hostelería, profesores de enseñanza, guarderías, etc.)

c) educación popular, para que, ante cualquier síntoma sospechoso de afección pulmonar, se acuda pronto al médico.

## Bibliografía

1. Estudio Sociológico sobre las Enfermedades Respiratorias en España. (Libro Blanco de la SEPAR). Febrero 1984 *pág.* 69.
2. Informe sobre la Tuberculosis en Cataluña. Generalitat de id. *pág.* 19.
3. Estudio Sociológico sobre las Enfermedades Respiratorias en España. (Libro Blanco de la SEPAR). Febrero 1984 *pág.* 29.
4. Aspectos Epidemiológicos de la Tuberculosis. Revista Enfermedades del Tórax. vol. 33 1984 *págs.* 5-9.
5. Criterios y Recomendaciones para una actuación eficaz en el problema sanitario de la tuberculosis pulmonar. Publicación de la Conselleria de Sanidad de Govern Balear. 1984.

# Original

## Diagnòstic no invasiu de la cardiopatia valvular. Cirurgia sense cateterisme

G. Pons Lladó, F. Carreras Costa,  
X. Borrás Pérez,  
J.M. Padró Fernández\*, A. Arís\*,  
J.M. Caralps Riera\*, M. García Moll

### Introducció

L'estudi diagnòstic prequirúrgic de la cardiopatia valvular requereix una informació detallada del grau d'incompetència valvular així com de les repercussions hemodinàmiques pròpies de la valvulopatia. Fins ara, el cateterisme cardíac, ha estat l'exploració indicada per a obtenir aquestes dades. No obstant, els inconvenients d'aquesta tècnica, tals com el seu caràcter invasiu, el cost elevat i, fins i tot, les seves pròpies limitacions en alguns aspectes diagnòstics concrets, feien que l'exploració s'hagués de restringir a malalts seleccionats, havent de ser practicada, a més, per personal molt especialitzat i dins d'un mitjà altament tecnificat.

Sortosament, la ràpida evolució experimentada aquests darrers anys en el camp dels ultrassons ha permès arribar a considerar aquestes tècniques com a una alternativa al cateterisme en el diagnòstic de la cardiopatia valvular. Encara que l'eco-

cardiograma en modo-M fa ja més de 10 anys que s'aplica de forma rutinaria, no ha estat fins l'incorporació de l'examen Doppler a l'ecocardiografia convencional quan s'ha pogut considerar la possibilitat d'un diagnòstic complet aportant informació hemodinàmica, amés de morfològica de les valvulopaties, per mitjans no invasius. Obviament, l'aplicació de l'ecocardiografia-Doppler en aquest sentit requereix un pas previ, com es la validació de la tècnica en cada un dels defectes valvulars, per comparació amb els resultats de l'hemodinàmica convencional, per tal de poder oferir una adequada fiabilitat diagnòstica. El nostre grup es va proposar, després de portar a terme un extens programa de validació de la tècnica<sup>1-11</sup> (Taula I), l'aplicació sistemàtica de l'ecocardiografia-Doppler a l'estudi prequirúrgic de la cardiopatia valvular. Presentem en aquest article els resultats obtinguts amb aquesta nova sistemàtica en una llarga sèrie de malalts sotmesos a cirurgia valvular.

### Material i mètodes

Entre el mes de febrer de 1986 i l'abril de 1988 es varen operar al nostre centre 460 malalts consecutius (216 homes i 244 dones, d'edat mitjana  $51 \pm 13$  anys), amb el diagnòstic de valvulopatia reumàtica (59%), aòrtica degenerativa (42%) i, en un petit grup (2%), prolapse mitral. Tots aquests malalts s'havien inclòs dins d'un programa denominat de «cirurgia sense cateterisme», en el qual, i sobre la base de l'ecocardiografia-Doppler, s'intentava estalviar sistemàticament els estudis invasius preoperatoris. Els procediments quirúrgics a que varen ser sotmesos aquests pacients posteriorment s'especificuen a la Taula II. La sistemàtica diagnòstica preoperatoria incloïa un estudi eco-Doppler complet, utilitzant un equip *Honeywell Ultramager*, amb sondes de 2,25 i 3,5 MHz, tant per imatge bidimensional com per a Doppler pulsat, i, amés, un sistema Doppler sense imatge *Vingmed SD-100*, per a Doppler continu. Com a part del protocol, en dos

---

Departament de Cardiologia i Unitat de Cirurgia Cardíaca\*.  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

**TAULA I**  
**AVALUACIÓ DE LA CARDIOPATIA VALVULAR PER ECOCARDIOGRAFIA-DOPPLER. RESULTATS DE LA COMPARACIÓ AMB EL CATETERISME. EXPERIÈNCIA PERSONAL**

	N	Detecció		Cuantificació	
		Sens.	Espec.	r	p
<b>A) Lesions regurgitants:</b>					
Insuficiència tricuspídea <sup>9</sup>	32	88%	100%	0,98	<0,001
Insuficiència mitral <sup>1, 2</sup>	55	89%	88%	0,88	<0,001
Insuficiència aòrtica <sup>5, 6</sup>	87	98%	100%	0,86	<0,001
<b>B) Lesions obstructives:</b>					
Estenosi mitral <sup>3, 4</sup>					
Gradient mig diastòlic:	20			0,85	<0,001
Càlcul de l'àrea valvular:					
Pt 1/2 vs. fórmula Gorlin	17			0,63	<0,01
Pt 1/2 vs. àrea cirurgia	26			0,62	<0,001
2D vs. àrea cirurgia	23			0,80	<0,001
Estenosi aòrtica <sup>7, 8</sup>					
Gradient sistòlic mig	37			0,80	<0,001
Gradient sistòlic màxim	38			0,80	<0,001
<b>C) Càlcul pressió pulmonar:</b>					
Temps acceleració fluxe <sup>10</sup>	41			-0,84	<0,001
Velocitat màxima IT <sup>11</sup>	16	0,96	<0,001	0,96	

Sens: sensibilitat; Espec: especificitat; r: coeficient de correlació; Pt 1/2: temps de reducció a la meitat del gradient mitral; 2D: ecocardiografia bidimensional; IT: insuficiència tricuspídea.

**TAULA II**  
**PROCEDIMENTS QUIRÚRGICS REALITZATS**

<b>Recanvis valvulars:</b>	
— Aòrtics:	250
— Mitrals:	221
— Tricuspídis:	3
Total:	474
Comisurotomia mitral:	95
Anuloplastia tricuspídea:	27

situacions s'indicava també la pràctica d'un cateterisme cardíac convencional: quan l'estudi ultrassònic resultava tècnicament inadequat i quan existien discrepàncies entre l'avaluació clínica i els resultats de l'eco-Doppler.

Un problema particular important, en els pacients valvulars amb perspectiva quirúrgica, es la possible coexistència d'una malaltia arterial coronària, que podria fer canviar l'estratègia en el moment de l'intervenció o, fins i tot, generar complicacions operatories. A fi de descartarla, s'indicava així mateix coronariografia selectiva en les següents condicions: quan hi havia història clínica de dolor toràcic sospitós de coronari, o bé, en tots els homes majors

de 55 anys i les dones de més de 60 anys, donat que en un estudi previ del nostre grup,<sup>12</sup> havíem mostrat que per sota d'aquests límits d'edat, la prevalència de malaltia coronària, en absència de clínica específica, es pràcticament menyspreable.

## Resultats

Dels 460 pacients estudiats, 437 (95%) van ser operats sense haver-se practicat estudi hemodinàmic pel diagnòstic de la seva valvulopatia. En 23 casos (5%) es va considerar precis un cateterisme preoperatori, bé per una prova eco-Doppler tècnicament inadequada (6 pacients) o bé per discrepàncies clínic-ecocardiogràfiques (17 casos). En aquest darrer grup, el diagnòstic final hemodinàmic va confirmar els resultats de l'estudi ultrassònic en 10 casos, mentre que en 7 pacients es va haver de reconsiderar el diagnòstic ecocardiogràfic. A la Taula III s'especifiquen aquests casos cateteritzats per discrepàncies entre les dades clíniques i ecocardiogràfiques.

La coronariografia selectiva preoperatoria

es va practicar en 190 pacients (41 % del grup total), en 86 casos per història clínica de dolor toràcic i en 104 malalts pels criteris d'edat esmentats abans. Curiosament, només en 25 casos (13% de totes les coronariografies) es va detectar una aterosclerosi coronària significativa, i d'aquests, tan sols 4 pacients pertanyien al grup estudiat per criteris d'edat, es a dir, sense clínica previa sospitosa d'angina. A l'intervenció, en cap cas hi va haver discrepàncies rellevants entre els diagnòstics ecocardiogràfic i operatori. La mortalitat quirúrgica global, que inclou desde l'intervenció fins als primers 30 dies postoperatoris, va ser del 3% (14 pacients), similar en tot a la obtinguda pel mateix equip quirúrgic en una etapa anterior, quan tots els pacients eren sotmesos sistemàticament a cateterisme cardíac complet preoperatori.

## Discussió

Després dels nostres resultats, creiem que es confirma, a la pràctica, l'utilitat de l'ecocardiografia-Doppler en la valoració preoperatoria incruenta de les valvulopaties, lo qual permet d'estalviar el cateterisme cardíac en la majoria dels pacients, limitant la seva pràctica a casos concrets. Abans de l'introducció de l'examen Doppler a la clínica alguns autors havien pro-

posat ja el diagnòstic preoperatori no invasiu en base a l'ecocardiografia en mode-M i bidimensional.<sup>13, 14</sup> Aquesta pràctica va ser discutida, donat que, efectivament, l'ecocardiografia, per sí mateixa, no permet un diagnòstic acurat del grau d'estenosi o regurgitació valvular.<sup>15-17</sup> El caràcter quantitatiu de l'informació que aporta l'examen Doppler, combinada amb l'ecocardiografia convencional, permet, en canvi, una avaluació hemodinàmica completa per mitjans incruents. No obstant, hi han dos aspectes que cal tenir en compte en aquest sentit: per una part, les potencials limitacions tècniques dels ultrasons i, més important, l'experiència del laboratori d'ecocardiografia, la qual s'hauria de basar, idealment, en la pròpia realització d'estudis comparatius entre els resultats de l'eco-Doppler i els obtinguts al laboratori d'hemodinàmica.

És important resaltar que, al llarg del nostre programa, només en 17 dels pacients estudiats (7%) es va precisar d'un cateterisme cardíac per aclarir discrepàncies entre l'orientació clínica i els resultats de l'eco-Doppler (Taula III). No obstant, després de practicada l'hemodinàmica en aquests casos, únicament en 7 pacients (2%) es varen trobar diferències significatives entre el resultat eco-Doppler i el que va aportar l'estudi hemodinàmic. En 4 pacients, es tractava d'una insuficiència mitral incorrectament quantificada; siguent el prolapse mitral l'etiologia en 2 dels malalts. En 2 casos l'ecocardiografia-Doppler va infravalorar el grau d'insuficiència aòrtica i, curiosament, ambdós pacients presentaven una estenosi aòrtica concomitant amb ventricle esquerre petit. Per últim es va informar com estenosi aòrtica un pacient afecte d'una estenosi a nivell subaòrtic, però amb esclerosi de les sigmoideas. Veiem com, en alguns d'aquests casos, la causa de la discrepància és, si més no, discutible, donada l'imperfeció de l'angiohemodinàmica com a patró de referència, especialment en casos de lesions combinades.<sup>18</sup>

La possible coexistència d'una malaltia coronària en pacients que s'han d'intervenir de cirurgia valvular, obliga a alguna mena

**TAULA III**  
CORRELACIÓ ENTRE ELS DIAGNÒSTICS  
FINALS PER ECO I PER HEMODINÀMICA EN  
17 PACIENTS CATETERITZATS PER A  
DISCREPÀNCIES CLÍNICO-  
ECOCARDIOGRÀFIQUES

<i>Concordància eco-hemodinàmica:</i>	10 pacients
– Insuficiència aòrtica:	3
– Estenosi aòrtica:	2
– Insuficiència mitral:	2
– Estenosi mitral:	1
– Hipertensió pulmonar:	1
– Estenosi tricuspídea:	1
<i>Discordància eco-hemodinàmica:</i>	7 casos
– Insuficiència mitral:	4
– Insuficiència aòrtica:	2
– Estenosi aòrtica:	1

de *screening* d'aquest grup de malalts que, forçosament, s'ha de basar en la coronariografia convencional. Si bé sembla clar que la prova s'ha de practicar en tots els pacients valvulars que refereixen dolor toràcic sospitós de coronari, en aquells sense símptomes cal aplicar criteris epidemiològics a fi de rentabilitzar l'exploració. En el nostre cas, i havent comprovat que la prevalència d'arterioesclerosi coronària significativa es mínima en homes asimptomàtics per sota de 55 anys i en dones de menys de 60,<sup>12</sup> només es va practicar coronariografia selectiva, en absència de clínica de possible angor, per sobre d'aquests límits d'edat. Tot i aplicant aquets criteris restrictius, es de destacar que només en 4 de 104 malalts amb coronariografia per criteris d'edat es va detectar malaltia coronària significativa i, fins i tot, dels 86 pacients amb dolor toràcic, únicament el 25% tenien llesions coronàries. Donada aquesta baixa prevalència, i a que no hi ha acord, avui dia, en que hi hagi que practicar, amés de la substitució valvular, un by-pass aorto-coronari sistemàtic pel sol fet de que es detectin llesions coronàries,<sup>19, 20</sup> probablement, en el futur, es podrà restringir encara més la necessitat de coronariografia preoperatoria en els pacients valvulars.

En conclusió, creiem que els nostres resultats permeten afirmar que l'avaluació no invasiva completa de la cardiopatia valvular per mitjans de l'ecocardiografia-Doppler es una realitat a la pràctica diària, fins al punt de poder realitzar la cirurgia correctora valvular en la major part dels malalts, sense necessitat d'un cateterisme cardíac, encara que amb el mateix grau de fiabilitat. Així, aquesta política forma ja part del protocol assistencial al nostre centre<sup>21</sup> i, tal com hem pogut observar, això comporta importants implicacions, tant d'ordre assistencial, estalviant temps i risc als pacients, com d'ordre econòmic, ja que l'avaluació preoperatoria resulta així sensiblement menys costosa. El cateterisme cardíac queda d'aquesta manera reservat per a aquella minoria de casos amb aspectes diagnòstics concrets no aclarits per l'eco-Doppler, així com a l'estudi de l'ana-

tomia coronària en aquells pacients que ho requereixin.

## Bibliografia

1. Pons-Lladó G, Carreras-Costa F, Ballester-Rodés M, Augé-Sampera JM, Crexells-Figueras C, Oriol-Palou A. Pulsed Doppler patterns of left atrial flow in mitral regurgitation. *Am. J. Cardiol.* 1986; 57: 806-10.
2. Pons-Lladó G. Examen Doppler en la insuficiència valvular mitral: nuevos aspectos de un viejo problema. *Medicina Balear* 1986; 1: 39-43.
3. Pons-Lladó G, Carreras F, Borrás X, Augé JM, Crexells C, Oriol A. El examen Doppler en la valoración de la estenosis mitral. *Rev. Esp. Cardiol.* 1986; 39 (III): 42-7.
4. Pons-Lladó G, Carreras F, Borrás X, Padró JM, Caralps JM, Arís A. Anatomical validation of echocardiographic and Doppler estimation of mitral valve area (abs.). *Eur. Heart J* 1987; 8 (sup. 2): 16.
5. Borrás X, Carreras F, Augé JM, Pons-Lladó G. Ecocardiografía-Doppler en la insuficiència valvular aòrtica crónica. *Rev Esp Cardiol* 1986; 39 (II): 26-31.
6. Borrás X, Carreras F, Augé JM, Pons-Lladó G. Detection and quantitative assessment of aortic regurgitation by a combined echo-Doppler method: prospective validation (abs.). *Echocardiography* 1988; 5: 79.
7. Pons-Lladó G, Carreras F, Borrás X, Leech GJ. Doppler echocardiographic assessment of aortic stenosis in adults (abs.). *Eur Heart J* 1987; 8 (sup. 2): 131.
8. Pons-Lladó GJ, Carreras Costa F, Borrás Pérez X, Leech GJ. L'examen Doppler: una innovació en el diagnòstic quantitatiu de l'estenosi valvular aòrtica. *Medicina Balear* 1987; 2: 41-47.
9. Carreras F, Pons G, Ballester M, Augé J, Crexells C, Oriol A. Valor del Doppler pulsado en la detección y cuantificación de la insuficiència tricuspídea (abs.). *Rev Esp Cardiol* 1985; 38 (sup. II): 19.
10. Carreras F, Pons G, Ballester M, Augé JM, Oriol A, Crexells C. Prediction of pulmonary artery pressure by pulsed Doppler (abs.). *Eur Heart J* 1985; 6 (sup 1): 5.
11. Thwaites B, Carreras F, Shapiro L, Castle G, Donaldson R. Assessment of pulmonary hypertension by two Doppler echocardiography methods (abs.). *Br Heart J* 1985; 6 (sup. I): 5.
12. Carreras F, Borrás X, Pons-Lladó G, Abadal ML, Augé J, Crexells C, Oriol A. Prevalence of coronary artery disease in chronic valvular heart disease (abs.). *Eur Heart J* 1987; 8 (sup. 2): 142.
13. St John Sutton MG, St John Sutton M, Oldershaw P et al. Valve replacement without preoperative cardiac catheterization. *N Engl J Med* 1981; 305: 1233-8.
14. Borow KM, Wynne J, Sloss LJ, Cohn LH, Collins JJ. Noninvasive assessment of valvular heart disease: surgery without catheterization. *Am Heart J* 1983; 106: 443-9.
15. Hall RJC, Kadushi OA, Evemy K. Need for cardiac catheterization in assessment of patients for valve surgery. *Br Heart J* 1983; 49: 268-75.

16. Roberts WC. Reasons for cardiac catheterization before cardiac valve replacement. *N Engl J Med* 1982; 306: 1291-3.
17. O'Rourke RA. Preoperative cardiac catheterization. Its need in most patients with valvular heart disease. *JAMA* 1982; 248: 745-50.
18. Croft CH, Lipscomb K, Mathis K et al. Limitations of qualitative angiographic grading in aortic or mitral regurgitation. *Am J Cardiol* 1973; 31: 696-705.
19. Bonow RO, Kent KM, Rosing DR et al. Aortic valve replacement without myocardial revascularization in patients with combined aortic valvular and coronary artery disease. *Circulation* 1981; 63: 243-51.
20. Exadactylos N, Sugrue DD, Oakley CM. Prevalence of coronary artery disease in patients with isolated aortic valve stenosis. *Br Heart J* 1984; 51: 121-4.
21. Carreras F, Pons-Lladó G, Borrás X, Subirana MT, García-Moll M. Utilidad de la ecocardiografía-Doppler en la valoración prequirúrgica de las cardiopatías. *Sant Pau* 1987; 8: 83-8.

# Original

## Estudio de las necesidades reales de medios especiales de diagnóstico y cirugía cardíaca en Mallorca

Miguel Fiol Sala; Miguel Ribas Garau;  
Miguel Triola Fort; Jaime Tomás-Verdera;  
José Francisco Forteza Alberti\*

### Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la causa más frecuente de mortalidad en los países industrializados (43% de las muertes) y este hecho constituye un problema sanitario, social y económico muy importante. Desde el punto de vista sanitario hemos asistido en los últimos 15 años a la creación de las Unidades de Hemodinámica, Unidades Coronarias y al desarrollo de la Cirugía Cardíaca en numerosos hospitales de nuestro país.<sup>1</sup> Con la experiencia de nuevas técnicas quirúrgicas y cuidados pre y postoperatorios se ha conseguido reducir la mortalidad en un 1-2%. Por otra parte, en estudios controlados se ha demostrado que el tratamiento quirúrgico es superior al tratamiento médico para mejorar la calidad de vida de los pacientes<sup>2-4</sup> e incluso la supervivencia<sup>4</sup> por lo que las indicaciones quirúrgicas han aumentado.<sup>5</sup> Ya en 1975 se intervenían en USA una

proporción de 280 enfermos/millón de habitantes llegando a 900/millón en la actualidad. Ignoramos cuál es la proporción actual en España pero es un sentimiento general de los miembros de la Sociedad Balear de Cardiología que en estos años ha ido aumentando el número de pacientes remitidos a otros centros ante los buenos resultados terapéuticos pero también hay un sentimiento general de las dificultades socio-económicas y familiares que supone este tipo de traslado así como de la necesidad de limitar considerablemente las indicaciones para no sobrecargar dichos centros.

Es por esto que la Sociedad Balear de Cardiología ha querido calcular las necesidades reales de dichos medios de diagnóstico y tratamiento para la Comunidad Autónoma de Baleares. Con este fin ha puesto en marcha un protocolo prospectivo de recogida de datos.

### Material y métodos

Se han recogido prospectivamente los datos de pacientes a los que se trasladaba fuera de la Comunidad Autónoma para ser sometidos a medios especiales de diagnóstico (Coronariografía, hemodinámica) y tratamiento.

El protocolo de recogida de datos se presenta como Anexo I. Las hojas fueron rellenas de forma anónima por los médicos que atendieron a los pacientes.

Hubo un considerable número de casos no recogidos en la estadística procedentes de Cardiología Pediátrica, Clínica Privada, Ibiza y Menorca por lo que calculamos que los datos que presentamos deberían ser multiplicados por un factor de corrección aproximado de 1,5.

### Resultados y comentarios

Se analizaron 432 traslados correspondiente a 316 pacientes.

La media de edad de los enfermos fue de 52 años. En la figura 1 se especifica la

\* Miembros de la Sociedad Balear de Cardiología.

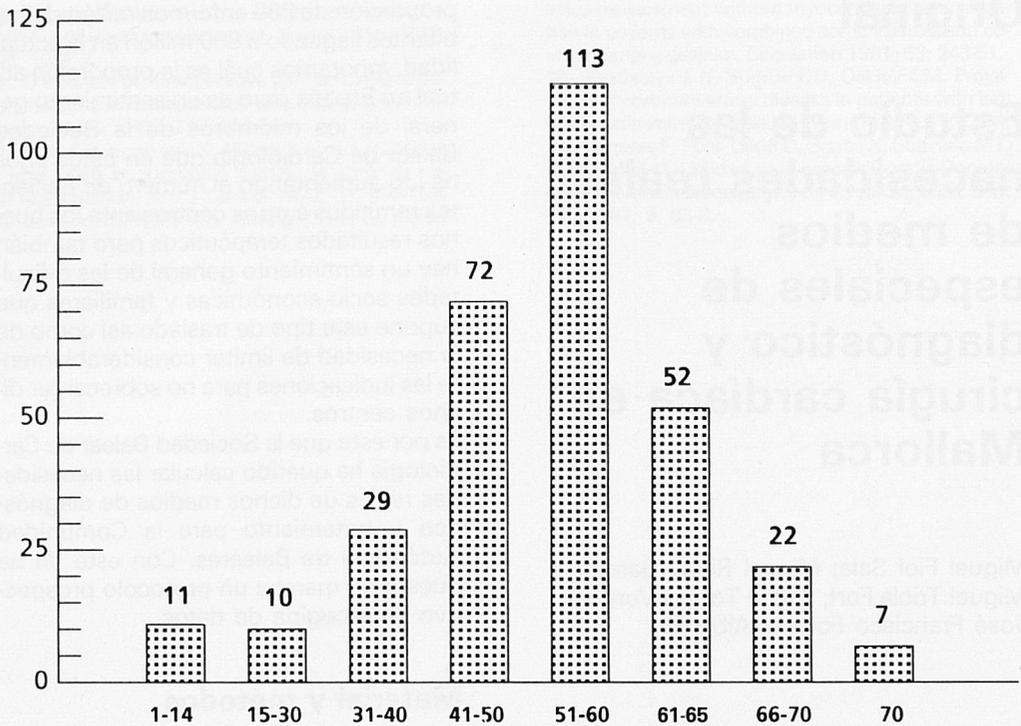


Figura 1  
Edad de los pacientes (media de edad 52 años).

edad de 1-14 años ya que es la edad pediátrica actual. También se especifica la década de los 60-70 años ya que por lo menos en el hospital de Son Dureta (INSALUD) se sigue más o menos un criterio de selección de pacientes según la edad siendo raro el traslado de enfermos mayores de 65 años; criterio, por otra parte, dirigido a dar paso a los más jóvenes y no basado en posibles resultados pobres en pacientes geriátricos. En sendas revisiones de Duran y cols.<sup>6</sup> y González y cols.,<sup>7</sup> la mortalidad operatoria de enfermos mayores de 70 años fue del 3% y 8% y la supervivencia a los 5 años del 78% y 75% respectivamente. No debe olvidarse tampoco cierto número de renuncias a la posibilidad de terapéutica quirúrgica de los propios pacientes de tercera edad ante el trauma personal y familiar que supone el traslado fuera de las islas.

Treinta y ocho de 432 traslados (Fig. 2)

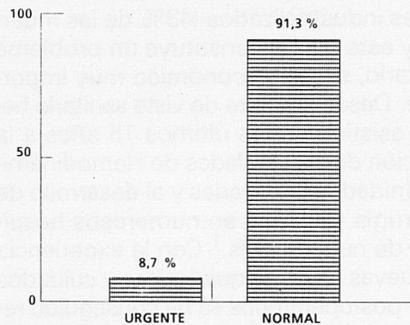


Figura 2  
Carácter del traslado (n.º de desplazamientos: 432).

fueron con carácter de urgencia (9%), utilizando avión ambulancia por los siguientes motivos: 16 casos de angor postinfarto, 10 angor inestable, 7 valvulopatías, 2 miocardiopatías, 1 cardiopatía congénita y 2 secuelas mecánicas postinfarto.

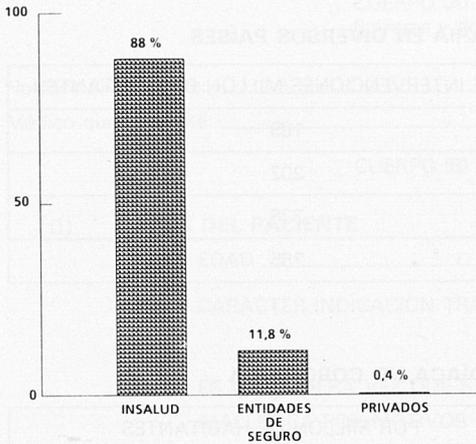


Figura 3  
Procedencia de los pacientes.

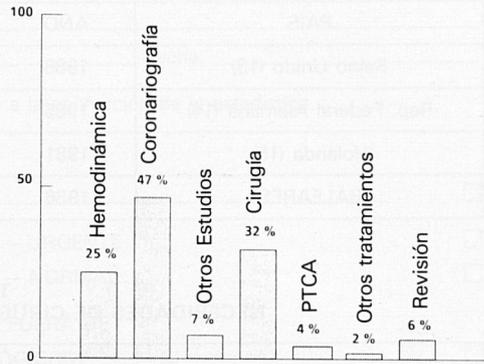


Figura 5  
Finalidad del traslado.

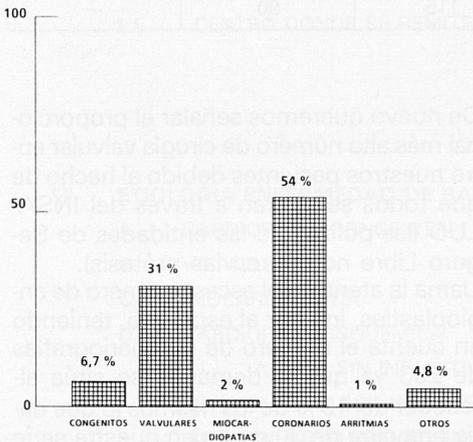


Figura 4  
Etiología de la enfermedad de base que justificó el traslado.

Un cierto número de pacientes con angina inestable presentaron signos de necrosis mientras esperaban cama en el centro de referencia y no se han incluido en el estudio porque ya no había indicación de traslado.

La mayoría de enfermos (89%) procedían del INSALUD (Fig. 3). Debe señalarse que dicha cifra sería todavía mayor si no hubiera listas de espera en los Centros de Referencia lo que hace desplazar a estos en-

fermos (sobre todo los coronarios) hacia hospitales privados a través de las entidades de Seguro Libre de Enfermedad. En la etiología de la enfermedad de base predomina la patología coronaria (Fig. 4). La finalidad del traslado (Fig. 5) fue: Estudio hemodinámico en 108 y coronariografía en 203. Ambos estudios fueron realizados simultáneamente en 28 casos por lo que la cifra de cateterismos fue de 383. Si se añaden los casos que no hemos podido controlar esta cifra superaría los 450. Creemos que es un número suficiente para justificar la existencia de un laboratorio de hemodinámica según las normas del Department of Health and Human Services de USA.<sup>8,9</sup> Además esta cifra está por encima del número de exploraciones (286 por Unidad y año) que se realizaban en España en 1979 (sólo en 13 de 47 laboratorios existentes entonces realizaban más de 300 estudios por año).<sup>10,11</sup> Por otra parte la población de la Comunidad Autónoma Balear es de 752.740 habitantes, llegando a 900.000 de población flotante. La proporción actual (1986) en España de laboratorios de hemodinámica por habitantes es de 1: 833.000<sup>12</sup> estando por debajo de otros ocho países europeos y por supuesto de los Estados Unidos que disponen de 1:250.000. Es cierto que esta

**TABLA I**  
**NECESIDADES DE CIRUGÍA CORONARIA EN DIVERSOS PAÍSES**

PAIS	AÑO	N.º DE INTERVENCIONES/MILLÓN DE HABITANTES
Reino Unido (13)	1985	189
Rep. Federal Alemana (14)	1985	202
Holanda (15)	1981	328
BALEARES	1986	285

**TABLA II**  
**NECESIDADES DE CIRUGÍA CARDÍACA NO CORONARIA**

PAÍS	AÑO	POR MILLÓN DE HABITANTES		
		Valvular	Congénita	Miscelánea
Reino Unido (13)	1985	90	60	12
Rep. Federal Alemana (14)	1985	88	59	15
BALEARES	1986	115	90	—

proporción depende en parte del nivel económico del país, renta per cápita, etc. pero en este sentido no debemos olvidar que la Comunidad Balear es la de renta per cápita más alta del país y está separada del laboratorio de hemodinámica más próximo por 300 km. de mar.

El número de intervenciones quirúrgicas fue de 138, sin contar con las intervenciones sobre pacientes pediátricos (59 casos remitidos a centros de referencia) y otros enfermos de clínica privada, Menorca e Ibiza no controlados en esta serie con lo que se llegaría a la cifra de 200 casos (45% de los casos estudiados previamente con hemodinámica) y justificaría también la existencia de una Unidad de Cirugía Cardíaca según las normas del Department of Health and Human Services.<sup>8</sup> La proporción por millón de habitantes sería de 285 intervenciones sin tener en cuenta los casos urgentes que se operarían entre las aproximadamente 500.000 personas de población flotante (turística nacional y extranjera). En la Tabla I se expresan las necesidades de Cirugía Coronaria en diversos países europeos. En la Tabla II las necesidades de Cirugía no Coronaria.

De nuevo queremos señalar el proporcional más alto número de cirugía valvular entre nuestros pacientes debido al hecho de que todos se operan a través del INSALUD (las pólizas de las entidades de Seguro Libre no cubren las prótesis). Llama la atención el escaso número de angioplastias, inferior al esperado, teniendo en cuenta el número de coronariografías de 203 ya que la demanda se sitúa alrededor del 15% de los mismos lo que daría una cifra de 30 casos en nuestra serie según se desprende de un informe por la Conselleria de Sanidad de Cataluña.<sup>16</sup> La angioplastia puede reemplazar a la cirugía en la mayoría de pacientes con enfermedad de 1 vaso y puede completar a la cirugía en algunos enfermos si aparecen estenosis de by-pass.<sup>17</sup>

## Conclusiones

El análisis de nuestra serie sugiere la necesidad de un laboratorio de hemodinámica en la Comunidad Autónoma Balear en base a:

— Carácter insular. A este respecto que-

CUERPO (A) Destinado a control por Secretaría de Academia Médica  
Baleares y de carácter confidencial y reservado.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Médico que lo remite: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CUERPO (B) Destinado a la confección de la estadística

(1) **DATOS DEL PACIENTE**

- 1.A. EDAD \_\_\_\_\_
- 1.B. CARÁCTER INDICACIÓN TRASLADO: — URGENTE   
— NORMAL
- 1.C. ES LA PRIMERA VEZ QUE SE REMITE FUERA DE  
MALLORCA POR MOTIVOS CARDIOLÓGICOS: — SI   
— NO
- 1.D. TIPO DE PACIENTE: INSALUD   
ENTIDADES SEG.   
PRIVADO
- 1.E. CENTRO DONDE SE REMITE: BARCELONA   
RESTO ESPAÑA   
EXTRANJERO

(2) **ETIOLOGIA ENFERMEDAD DE BASE QUE JUSTIFICA EL TRASLADO**

- A. CARDIOPATIA CONGENITA
- B. VALVULOPATIA
- C. MIOCARDIOPATIA
- D. CARDIOPATIA ISQUEMICA
- 1/. ANGOR SIN INFARTO PREVIO
- 2/. ANGOR CON INFARTO PREVIO
- 3/. INFARTO PREVIO SIN CLINICA
- 4/. SECUELAS MECANICAS POST INFARTO
- E. ARRITMIAS
- F. PATOLOGIA GRANDES TRONCOS ARTERIALES
- G. OTRAS (Especificar)

(3) **FINALIDAD DEL TRASLADO**

- 3.A ESTUDIOS
- |                                                   |                                                           |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1/. ERGOMETRIA <input type="checkbox"/>           | 5/. ESTUDIOS ISOTOPICOS <input type="checkbox"/>          |
| 2/. ERGOMETRIA CON TALIO <input type="checkbox"/> | 6/. ESTUDIOS ELECTROFISIOLOGICOS <input type="checkbox"/> |
| 3/. ECO 2D <input type="checkbox"/>               | 7/. HEMODINAMICA <input type="checkbox"/>                 |
| 4/. ECO + DOPPLER <input type="checkbox"/>        | 8./ CORONARIOGRAFIA <input type="checkbox"/>              |
|                                                   | 9/. OTROS (Especificar) .....                             |

3.B TRATAMIENTOS

- 1/. MEDICO
- 2/. PTCA
- 3/. MARCAPASO

- 4/. CIRUGIA
- a) congénitos
- b) valvular
- c) coronario
- d) trasplante

3.C. REVISION

CUERPO (C) DESTINADO A CODIFICACION ESTADISTICA (NO LLENARLO)

(1)-A	<input type="text"/>	(2)	<input type="text"/> A	<input type="text"/> B	<input type="text"/> 1	(3) A	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 6	(3) B	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> a	(3) C
(1)-B	<input type="text"/> SI	<input type="text"/> NO	<input type="text"/> C	<input type="text"/> D	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 7	<input type="text"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/> b	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(1)-C	<input type="text"/> SI	<input type="text"/> NO	<input type="text"/> E	<input type="text"/> F	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 3	<input type="text"/>	<input type="text"/> c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(1)-D	<input type="text"/> I	<input type="text"/> E	<input type="text"/> P	<input type="text"/> G	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> d	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(1)-E	<input type="text"/> B	<input type="text"/> E	<input type="text"/> Ex	Especificar:		<input type="text"/> 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Especificar:

remos recordar la opinión de nuestros centros de referencia actuales: «... en el futuro parece lógico suponer que una población de las características de la Balear tendrá solución propia sin necesidad de desplazamientos caros y peligrosos para el enfermo...»<sup>18, 19</sup>

— Número actual de estudios hemodinámicos-coronariográficos de alrededor de 450/año o de 600 /millón de habitantes.

— Otros motivos: Población flotante de 500.000 personas, zona turística, renta per cápita elevada, etc.

Nuestro estudio también sugiere la necesidad de una Unidad de Cirugía en base a:

— Carácter insular.

— Número actual de intervenciones de alrededor de 200/año o 370/millón de habitantes.

— Poder resolver las urgencias: angor

inestable en lista de espera, aneurismas de aorta torácica, etc.

— Poder practicar angioplastias.

Bibliografía

1. Valle Tudela V, Pajarón López A. Desarrollo y resultados de la cirugía de revascularización coronaria en España. Rev. Esp. Cardiol. 38: 237-248, 1985.
2. Peduzzi P, Hultgren HN. Effect of medical vs surgical treatment on symptoms in stable angina pectoris. The veterans administration cooperative study of surgery for coronary arterial occlusive disease. Circulation 60: 888, 1979.
3. CASS Principal Investigators and their associates coronary artery surgery study (CASS): A randomized trial of coronary artery by-pass surgery. Quality of life in patients assigned to treatment groups. Circulation 68: 951, 1983.
4. European coronary surgery study group. Long term results of prospective randomized study of coronary artery by-pass surgery in stable angina pectoris. Lancet 2: 1173, 1982.

5. Rothlin ME. The need for coronary artery surgery: expand or restrict? a european view. *Eur Heart J.* 11: 51-55, 1987.
6. Durán E y cols. Cirugía coronaria en pacientes mayores de 70 años (experiencia con 40 casos). *Rev. Esp. Cardiol.* 40: 256-260, 1987.
7. González Santos JM y cols. Cirugía cardíaca abierta en el septuagenario. Experiencia con 190 casos. *Rev. Esp. Cardiol.* 38: 326-331, 1985.
8. Kennedy RH, Smith HC. Toward optimal utilization of cardiac resources. *Int J Cardiol* 3: 474, 1983.
9. McGregor M, Pelletier G. Planing of specialized health facilities. Size vs cost and effectiveness in heart surgery. *N Eng J. Med.* 299-179-181, 1978.
10. Esplugas E, Betriu A. Estado actual (1979) de la hemodinámica en España. *Rev. Esp. Cardiol* 34: 95-99, 1981.
11. Crexells C, Oriol A. El caos hemodinámico. *Rev. Esp. Cardiol* 34: 93-94, 1981.
12. Dorr R, Effert S. Possibility of invasive cardiologial diagnosis and therapy in West Germany: A comparison with other european countries and the USA. *Eur Heart J* 11: 62-66, 1987.
13. Society of thoracic and cardiovascular surgeons of Great Britain and Ireland. Return of the UK Cardiac Surgical Register, 1985.
14. Rodewald G, Kalmar P. Cardiac surgery in the Federal Republic of German during 1985. A report of the German Society for thoracic and cardiovascular surgery. *Thorac Cardiovasc Surgeon* 34: 406-408, 1986.
15. Health Council of the Netherlands. Report on cardiac surgery containing on stimate of the need for heart surgical procedures in the Netherlands in circa 1990. The Hagne 1984.
16. ACTP. Informe especial para la Conselleria de Sanidad de Cataluña. Indicaciones, demanda, estado actual de técnica, acreditación, productividad e implicaciones organizativas y costos. *Rev. Esp. Cardiol.* 38: 7, 1985.
17. Kaltenbach M. Does coronary angioplasty replace, delay or complement aortocoronary by-pass surgery? *Eur Heart J.* 11: 47-49, 1987.
18. Esplugas E, Navarro López F, Oriol Palou A, Soler Soler J. Present i futur de la cardiopatia terciaria a Catalunya. *Ann Med* 68: 695-717, 1982.
19. La Cardiologia a les Illes Balears. Hospital de E. del Tórax «Juan March», 1981.

# Original

## Prevalença de la càries dental en escolars de 4-5 anys

M. Esteva, C. Abraham, A. Botey, J. Ferrer, J.C. March, S. Sancho, M. Siquier

Paraules clau: Càries, Promoció de la Salut Bucodental.

### Introducció

La càries és una de les malalties dentals més importants. La prevalença de la càries ha anat en augment en el transcurs dels darrers 200 anys fins a convertir-se en un problema sanitari i social important. La incidència màxima es produeix a la infància i afecta principalment nins de 5 anys en un 48% i joves de 15 en un 93%.<sup>1</sup>

La investigació moderna ha confirmat que el problema de la càries es pot prevenir amb simples canvis d'hàbits, juntament amb d'altres mesures que inclouen la fluorització d'aigües de subministre públic.<sup>2</sup> La situació actual en el món respecte a la càries dental, ha sofert canvis notables. Per primera vegada, la freqüència de càries és més alta en els països del tercer món que en els industrialitzats. Segons el banc de dades de l'OMS, al 1982 el CAOD als països del tercer món era de 4,1 i 3,3 en els desenvolupats. Fa vint anys, el CAOD era d'1 en els països subdesenvolupats i de 10 en els industrialitzats.<sup>3, 4</sup>

Diversos autors, coincideixen<sup>3-5</sup> en afirmar que en els països on s'han establert programes de Prevenció de la Càries ha disminuït aquesta en un 30 a un 50%. (EUAU, Regne Unit, Finlàndia). Succeeix el contrari en els països subdesenvolupats, on el canvi d'hàbits alimenticis —com l'augment de consum de sucre— ha disparat la prevalença de la càries.

Al nostre país, el panorama de la salut dental, sembla que ha empitjorat. Comparant els resultats de l'enquesta de l'OMS sobre salut buco-dental realitzada a Espanya l'any 1983 amb els de l'enquesta de Gimeno Sande el 1969, es pot apreciar una notable progressió. Així en el grup d'edat de 12 anys, s'ha passat d'un CAOD = 1,9 el 1969, a un CAOD = 4,2 en l'actualitat. Si bé, segons l'OMS és un CAOD moderat, semblant al dels països desenvolupats, hem de valorar, que aquests, vénen d'un índex de malaltia alt, amb tendència decreixent per a les amples mesures preventives aplicades.

La manca de dades epidemiològiques existents en el nostre país sobre prevalença de càries a les edats tempranes de 4 i 5 anys, va plantejar la necessitat de fer-ne una recollida que servís d'ajuda per valorar la premura de fer extensiu en aquesta població, el Programa de Salut-Bucodental que l'Ajuntament de Palma (Servei de Salut Escolar) està aplicant als escolars de 6 a 13 anys de les Escoles Públiques.

### Material i mètodes

La població sobre la que es realitza l'estudi pertany a tots els cursos de preescolar de 4 i 5 anys de les escoles públiques de Palma que sumen un total de 55 centres. Es va extreure una mostra per edat de 260 nins de 4 anys i 349 de 5 anys.

Les exploracions es realitzaren a les escoles pel personal sanitari del servei, mitjançant sonda dental i mirallet durant els mesos d'octubre i novembre de 1985.

### Resultats i discussió

1) Els resultats dels índex CO (Taula I); 0,93

**TAULA I  
POBLACIÓ ESTUDIADA**

Pob. d'origen		Mostra	
4 anys	1.401	260	nins 167 nines 93
5 anys	1.847	349	nins 183 nines 166

**TAULA II  
DISTRIBUCIÓ DE LA PREVALENCIA DE  
LA CÀRIES**

4 anys			5 anys		
	casos	%		casos	%
PTC	76	29,2	PTC	162	46,4
PTO	1	0,38	PTO	2	0,57
			PPC	1	0,28
Índex CO 0,93			Índex CO 1,96		

**TAULA III  
EVOLUCIÓ DE L'ÍNDEX CO**

Índex CO als 4 anys: .....	0,93
Índex CO als 5 anys: .....	1,96
Índex CO als 6 anys: .....	2,26

**TAULA IV  
DISTRIBUCIÓ DE LA PREVALENCIA DE  
LA CÀRIES PER SEXE**

PTC nins	26,35	PTC nins	46,62
PTC nines	34,41	PTC nines	50,60
Índex CO nins	0,86	Índex CO nins	1,63
Índex CO nines	1,06	Índex CO nines	2,32

als 4 anys i 1,96 als 5 anys, no són molt alts, comparativament amb d'altres països com Regne Unit on es descriuen nivells d'afectació de 4 o 5 peces CO als 5 anys o d'Estats Units que als 3 anys ja tenen 3 peces amb càries (biblo. 7).

Potser, la importància d'aquest índex, vendria referida a la tendència d'increment progressiu que existeix en la nostra població i no és massa aventurat predir que hi haurà un augment de consum de sucre a conseqüència de l'entrada d'Espanya al

Mercat Comú que pot repercutir en un major índex de càries.

2) D'altra banda, tenint en compte que el nombre de nins amb càries no és elevat —un 29,2% als 4 anys i un 46% als 5 anys (Taula 2)— l'estat de tractament es perfilava extremadament baix, un 0,4 i un 0,5% respectivament, amb un índex de restauració de 0,013 als 4 anys i 0,012 als 5, el que significa que de cada 100 peces corcades, 99 estàn sense obturar.

3) La comparació d'aquestes dades amb les obtingudes d'un estudi avaluatiu en una mostra d'escolars de 6 anys realitzat l'any 1984, ha permès entreveure l'evolució de la càries en les tres edats correlatives, evidenciant una evolució ràpida de la malaltia ja que entre els 4 i 5 anys es duplica el CO i entre els 5 i 6 anys, augmenten amb un 30% les peces afectades amb càries (Taula 3).

4) Analitzant la prevalença de la càries entre nins i nines (Taula 4) no s'ha trobat diferència significativa alguna, al contrari del que s'ha detectat en edats posteriors (Informes Anuals Revisions Mèdiques, Servei de Salut Escolar, Ajuntament de Palma), on els nins de 6 anys tenen més càries temporals i les nines de 13, més càries permanents.

## Conclusions

En termes generals, podríem considerar els nivells de càries de la població estudiada com a moderats, malgrat ens faltin més dades de referència respecte als índex propis d'aquestes edats. Ara bé, la ràpida aparició de noves peces amb càries, els baixos nivells d'obturgació de les peces corcades juntament amb la tendència en augment de la càries ens fa valorar la necessitat d'incloure als escolars de 4 i 5 anys dins el Programa de Prevenció de la Càries Dental, iniciat en d'altres edats. Amples polítiques en prevenció de la càries haurien d'esser instaurades a tot arreu d'Espanya per tal d'aconseguir una inversió de les actuals tendències en el nostre país i arribar a l'any 2000 amb un CAOD inferior a 3 als 12 anys.

## Bibliografía

1. Health Education Council-Junta de Andalucía, Fundamentos de Educación Sanitaria Dental. 1985.
2. I.J. Moller and O.P. Lind. Dental Public Health.
3. A. Sheiman. Changing Trends in Dental Caries. International Journal of Epidemiology, Vol 13 1.2, 142-147, 1984.
4. Grupo de Trabajo (OMS, FDI) Patrones Cambiantes de Salud Buco-Dental e implicaciones para los

recursos humanos dentales. International Dental Journal, 35, 235-251, 1985.

5. R.J. Anderson, G. Bradnock. The Reduction of Dental Caries Prevalence in English School Children. J. Dent. Res. 61 (Sp. Iss) 1311-1316, nov. 1982.
6. Cuenca i Sala E. La Encuesta de la OMS sobre la Salud Buco-Dental en España. Archivos de Odontología. Vol. 2, 1, 1986.
7. L.M. Silverstone. Odontología Preventiva. Ediciones Doyma 1980.

# Protocolo

## Medicina Preventiva en el Síndrome de Down

G. Rul-Ian Losada<sup>1</sup>, J. Veny Roca,  
J. Perera Mezquida

### Introducción

Los progresos en el conocimiento de los problemas que afectan a las personas con Síndrome de Down siguen, en el momento actual, tres líneas principales: 1) desarrollo de programas de Medicina Preventiva, con un doble enfoque, médico y psicopedagógico, con objeto de proteger y promover la Salud, en su sentido más amplio, entre los afectados. 2) conocimientos sobre la dotación genética del cromosoma 21 y repercusión de disponer de un determinado material genético en exceso y 3) conocimiento sobre las anomalías cerebrales, a nivel molecular, celular y funcional, que permitan comprender las dificultades y limitaciones en el aprendizaje. Una cuarta línea de interés la constituye la investigación epidemiológica y los factores etiológicos sugeridos por ella.

El Síndrome de Down, como es sabido, asocia siempre una deficiencia mental. Es destacable, además, la frecuencia con que se producen diversas anomalías o complicaciones médicas que, según distintos estudios, constituyen, en conjunto, un importante factor pronóstico en relación al

desarrollo. Pese a existir una gran variabilidad, en el sentido de que no todos los afectados van a tener todas las complicaciones, la elevada frecuencia o la gravedad de algunas de ellas, así como la posibilidad de un evidente beneficio derivado de una detección y tratamiento precoz, justifican la implantación de los programas de Medicina Preventiva cuyo objetivo es no sólo la salud física sino que persiguen permitir que las personas con Síndrome de Down tengan también la oportunidad de conseguir el mayor grado de autonomía, desarrollo afectivo e integración social.

En 1981, en Estados Unidos, se preparó un primer programa de Medicina Preventiva en el Síndrome de Down por parte de la «Children's Brain Research Clinic» de Washington D.C. Este Protocolo es revisado cada dos años. En España se han realizado versiones del protocolo de 1985 (Síndrome de Down: Noticias, 2; 13, 1985) publicación de la Fundación Síndrome de Down de Cantabria, Asesor Científico Prof. J. Flórez; Flórez J. y Troncoso MV: Avances en Terapéutica, 13: 158-177, 1985; Anguita y cols: But. Soc. Cat. Pediat. 47: 33-41, 1987-Equipo de la Fundación Catalana per a la Síndrome de Down) y del protocolo de 1987 (Flórez J: Síndrome de Down: Noticias 5, 1: 4-7, 1988; Fundación Catalana per a la Síndrome de Down: Síndrome de Down, 5: 1-6, 1988), cuya versión original preparó el Dr. G.A. Lentz de la Clínica de la Universidad de Maryland.

El objeto de presentar nuestra adaptación de este último protocolo es, fundamentalmente, favorecer la difusión entre los profesionales de la Sanidad de nuestra comunidad de las recomendaciones actuales, entendidas como una guía general, en relación a cada edad y ante síntomas específicos, en el Síndrome de Down, afección con una incidencia actual en España de 1,5/1.000 recién nacidos vivos (Fuente: E.C.E.M.C. Boletín Epidemiológico Semanal nº 1.786). Como corresponde a un buen programa, no deberá obviarse la valoración individual que conduzca a tratamientos específicos e individualizados. En

---

Centro Asistencial Príncipe de Asturias.  
Asociación Pro Síndrome de Down de Baleares (Asnimo).

<sup>1</sup> Conselleria de Sanitat.

algunos casos, la práctica de determinados exámenes puede resultar difícil o gravosa, por ejemplo son escasos los laboratorios que disponen de la técnica de determinación de Vitamina A sérica.

Quizás sea conveniente insistir en que, una vez aceptado que no se dispone, en la situación presente, de ningún tratamiento farmacológico específico para el Síndrome de Down, los mayores esfuerzos se dirigen, además de a la prevención, hacia la Estimulación Precoz (o Intervención Temprana) y la acción educativa.

## **Programa de Medicina Preventiva en el Síndrome de Down. Recomendaciones en relación a la edad**

### **1. Período neonatal**

— HISTORIA: Si hay vómitos excesivos o ausencia de deposiciones descartar obstrucción gastrointestinal. Revisar alimentación.

— EXPLORACION: Descartar cianosis, arritmia o soplo cardíaco, desplazamiento de cadera, cataratas congénitas, otitis media, valorar audición. Evaluación por cardiólogo infantil de ECG y Rx tórax.

— LABORATORIO: Cariotipo, función tiroidea (Programa de Detección Precoz de metabolopatías de la Conselleria de Sanitat), hemograma, Vit. A y caroteno, Potenciales Evocados de Tronco Cerebral.

— RECOMENDACIONES: Consejo Genético por parte de pediatra bien informado o genetista. Remitir a alguna asociación local de padres de niños con S. de Down; informarles sobre asociaciones nacionales; proporcionarles libros o artículos adecuados. Iniciar programa de Estimulación Precoz.

— DIETA: Si no hay lactancia natural, la fórmula debe tener la grasa adecuada (al menos, 30% de las calorías totales).

### **2. Período 2-12 meses**

— HISTORIA: Investigar antecedentes de infecciones, en especial otitis, y de crisis convulsivas.

— EXPLORACION: Exámenes periódicos pediátricos, neurológicos y ortopédicos. Evaluación desarrollo psicomotor.

— LABORATORIO: Al año función tiroidea (TSH), vit. A, hemograma.

— RECOMENDACIONES: Reevaluación cardiológica (entre 6-9 meses) con ECG y Rx tórax. Examen por oftalmólogo pediátrico en caso de estrabismo o nistagmus. Preparados oftalmológicos con antibióticos si hay conjuntivitis. Evaluar audición con impedanciometría. Extracción de cerumen cada 6 meses; remitir a especialista si hay anomalías anatómicas del conducto auditivo externo que dificultan su exploración o limpieza. Consulta ortopédica en caso necesario.

— DIETA: Proporcionar caroteno (verduras verdes y amarillas, zanahorias, frutas).

— INTERVENCION TEMPRANA: Seguimiento programa adecuado. Evaluación a los 3 meses por fisioterapeuta especializado. Control periódico del desarrollo psicomotor. Evaluación del lenguaje a los 9 meses por terapeuta especializado. Enriquecimiento ambiental continuado. Apoyo familiar. A los 12 meses evaluación psicológica global para determinar prioridades en el siguiente año.

### **3. Período entre 1 año y pubertad. Exámenes anuales**

— HISTORIA: Evaluación de actitud y expectativas familiares. Control de técnicas educativas y de habilitación. Registrar antecedentes de infecciones, problemas auditivos y oftalmológicos. Revisar datos de laboratorio e informes audiológicos y oftalmológicos. Control psicológico (evaluar presentación de reacciones psicopatológicas).

— EXPLORACION: Examen general pediátrico y neurológico. Control crecimiento y obesidad.

— LABORATORIO: Control anual de función tiroidea (TSH). Vit. A. Caroteno.

— RECOMENDACIONES: Examen dental inicial a los 2 años con seguimiento cada 6-12 meses. Examen de audición con impedanciometría. Extracción cerumen cada 6-12 meses y control por especialista en caso de otitis frecuentes. Examen oftalmológico.

lógicos entre 18-24 meses y seguimiento anual hasta los 6 años. Después, cada 2 años. A los 4 años Rx lateral de columna cervical, en flexión y extensión, y repetir antes de la pubertad, para descartar inestabilidad atlantoaxial. Repetir ante sospecha de compresión medular (ej. dolor cervical, tortícolis, fatiga o debilidad progresivas, cambios en la marcha, incontinencia esfínteres, hiperreflexia, espasticidad de las piernas). Control ortopédico de los pies a los 2-3 años.

— DIETA: Ingesta calórica basada, más que en la edad, en la talla y grado de actividad física. Probablemente será algo inferior a la recomendada para niños de la misma edad o estatura.

— HABILITACION: Seguimiento programa de Estimulación Precoz (Intervención Temprana). Incluir fisioterapia y logoterapia. Evaluaciones periódicas. Pruebas de inteligencia previas a escolarización. Control de las necesidades familiares de apoyo, consejo, entrenamiento o formación. Orientación escolar y apoyo psicopedagógico individualizado. Planificación del ocio y tiempo libre.

#### **4. Adolescencia y edad adulta.**

##### **Exámenes cada 2 años**

— HISTORIA: Revisar ajuste educativo y profesional. Valorar la capacidad de establecer relaciones sociales y de independencia. Valorar necesidad de educación sexual. Registro de infecciones, síntomas de hipotiroidismo, convulsiones, disminución de visión, alteraciones psíquicas o deterioro de los hábitos de autonomía. Revisar datos de laboratorio e informes audiológicos y oftalmológicos.

— EXPLORACION: Examen general y neurológico. Exploración de la pelvis.

— LABORATORIO: Valorar función tiroidea, incluyendo anticuerpos antitiroideos. Vitamina A. Descartar hepatitis.

— RECOMENDACIONES: Descartar inestabilidad atlantoaxial si no se hizo antes de la pubertad. Pruebas audiométricas y colocar aparato auditivo si es preciso. Exámenes oftalmológicos regulares, en especial control de la refracción a los 18-20 años y el inicio de cataratas en el adoles-

cente y el adulto.

— DIETA: Bien equilibrada, baja en calorías. Las necesidades calóricas totales suelen ser inferiores a las normales debido a que el nivel de actividad suele ser bajo.

— HABILITACION: Después de la etapa escolar, preparar para vida adulta de trabajo mediante programa de formación profesional. Estimular independencia en la vida diaria y en las relaciones. Educación sexual adecuada. Ayuda familiar, consejo y apoyo psicológico. Planificación del futuro, alternativas para la integración en la vida comunitaria. Sugerir abogados familiarizados con la normativa estatal en relación a personas con necesidades especiales. Si es preciso, orientación respecto a tabaco, alcohol y drogas.

##### **Precauciones especiales**

— HABILITACION PSICOSOCIAL: Estimulación ambiental continuada para ayudar al desarrollo del individuo. Facilitar recursos materiales y emocionales para que la familia pueda afrontar el stress que representa un miembro minusválido.

— EXPLORACIONES OFTALMOLOGICAS: Debido a la hipersensibilidad colinérgica, se recomienda precaución en el uso de atropina, pilocarpina o eserina. Se aconseja el ciclopentolato como midriático, en especial en el primer año de vida.

— CIRUGIA: En la anestesia usar dosis bajas de atropina debido a la hipersensibilidad colinérgica.

##### **Recomendaciones para síntomas específicos**

- Alopecia areata: Determinar Vit. A y función tiroidea. Analizar otras enfermedades autoinmunes.

- Autismo (síntomas de): Medir ácido úrico, magnesio, fenilalanina, ácido láctico y ácido pirúvico en suero. Determinar en orina de 24 h. la eliminación de ácido úrico, calcio, magnesio, ácido homovanílico, metabolitos de niacina y succinilpurinas. Vigilar esteatorrea.

- Trastornos de conducta: Valorar plomo, TSH, Alzheimer, depresión.

- Visión borrosa: Considerar miopía y/o

keratoconus (si hay keratoconus medir nivel de Vit. A).

- Estreñimiento: Suprimir suplemento de hierro en la fórmula infantil. Si no hay una razón física (por ejemplo, enfermedad de Hirschsprung) añadir magnesio.
- Conducta alterada (con síntomas psicóticos o depresión): Estudiar el entorno familiar y existencial teniendo en cuenta la teoría del aprendizaje social con un abordaje positivo de las motivaciones. ¿Son realistas las expectativas familiares en relación a lo que se puede conseguir? Control de la función tiroidea. Posible ensayo de fármacos antipsicóticos o antidepresivos y/o suplementos de colina.
- Espasmos infantiles: Aplicar pauta diagnóstica y terapéutica en centro hospitalario adecuado.
- Pérdida de hábitos de autonomía y laxitud general: Considerar la posibilidad de inicio de enfermedad tiroidea, enfermedad de Alzheimer y depresión.
- Obesidad: Función tiroidea, esteatorrea. Calcular dieta calórica y fomentar ejercicio.
- Palidez y petequias: Examen hematológico, nivel de caroteno sérico.
- Neuropatía periférica: Determinación de metabolitos de niacina en orina, niveles de folato y Vit. B 12 en suero.
- Piel áspera, cuarteada: Pruebas tiroideas, niveles de Vit. A, Vit. E y riboflavina.
- Tartamudeo y lenguaje confuso: Medir calcio y fósforo en suero y en orina de 24 h., nivel sérico de 1,25 dihidroxi Vit. D 3.
- Temblores: Medir magnesio y calcio en suero y en orina de 24 h.
- Crecimiento exageradamente escaso: Descartar cardiopatía, disfunción tiroidea, esteatorrea y déficit de Vit. A.

- Debilidad en extremidades inferiores y/o dolor cervical: Puede tratarse de una urgencia neuroquirúrgica. Valoración radiológica de la articulación atlantoaxial.

#### Bibliografía

1. Anneren G y col.: Growth and somatomedin responses to growth hormone in Down's syndrome. Arch Dis Child 61: 48-52, 1986.
2. Barden HS: Vitamine A and carotene values of institution mentally retarded subjects with and without Down's syndrome. J Ment Defic Res 21: 63-74, 1977.
3. Coleman M: Down syndrome children with autistic features. DS-PAP 9: 1-2, 1986.
4. Cutler NR y col.: NIH Conference: Alzheimer's disease and Down's syndrome: new insights. Ann Intern Med 103 (4): 566-78, 1985.
5. Dhale AJ y col.: Hearing and otologic disorders in children with Down syndrome. Am J Ment Def 90 (6): 636-42, 1986.
6. Diamond LS y col.: Orthopedic disorders in patients with Down's syndrome. Ortho Clin North Amer 121, 1, 1981.
7. Harris SR: Neuromotor assessment and intervention for infants with Down Syndrome. DS-PAP 11, 7: 1-4, 1988.
8. Ludon MM y col.: Thyroid dysfunction in Down's syndrome. Arch Dis Child 60 (12): 1.149-51, 1985.
9. Pueschel SM y col.: Symptomatic atlantoaxial subluxation in persons with Down's syndrome. J Pediatr Orthop 4 (6): 682-8, 1984.
10. Robinson LL y col.: Down syndrome and acute leukemia in children: 10-year retrospective survey from children's Cancer Study Group. J Pediatr 105 (2): 235-42, 1984.
11. Sapiro MB y col.: The ocular features of Down's syndrome. Ann J Ophthalmol 99 (6): 659-63, 1985.
12. Spicer RL: Cardiovascular disease in Down syndrome. Pediatr Clin North Amer 31 (6): 1.331-43, 1984.
13. Tatsuno y col.: Epilepsy in childhood Down syndrome. Brain Dev 6 (1): 37-44, 1984.
14. Thase ME y col.: Age-related neuropsychological deficits in Down's syndrome. Bio Psychiatry 19 (4): 571-85, 1984.

# Casos clínicos

## Linforreticulosis benigna o enfermedad por arañazo de gato

P. Medina García\*,  
A.M. Vergara Gómez,\*\*  
M.P. Loren Berdusan\*\*,  
L. Pardos Rocamora\*\*

### Introducción

No es habitual, en la práctica diaria, observar cuadros de linforreticulosis benigna, pues al presentar, como signo fundamental, adenopatías regionales desvía la atención del clínico hacia enfermedades más graves con sintomatología parecida. Hemos tenido la oportunidad de diagnosticar y seguir tres casos en la misma familia, aparecidos en corto espacio de tiempo.

### Material y métodos

#### Historia nº 1 (10-11-87)

J.R.V., varón de 10 años de edad. Padres sanos. Un hermano de 12 años sin nada de interés. Sin antecedentes patológicos anteriores, que, desde hace dos semanas, presenta fiebre persistente con elevaciones vespertinas, remitente con antitérmicos para reaparecer horas después. En los últimos cuatro días, observa un «bulto» doloroso sobre la clavícula derecha, con

aumento de tamaño progresivo y que se inició como un «pequeño tumor duro». Al examen físico se aprecian múltiples arañazos y erosiones en parte alta del tórax, unas recientes y otras en período de cicatrización. Según se refiere juega con un gatito y tiene la costumbre de colocarse sobre el pecho.

Tumoración de tamaño 2 × 3 cm. en región supraclavicular derecha, dolorosa y fluctuante, no adherida a planos superficiales ni profundos, cubierta de piel roja a tensión y rodeada de tres adenopatías del tamaño de un garbanzo.

Resto de órganos y sistemas dentro de la normalidad.

Hemograma, bioquímica en sangre y orina e ionograma sin alteraciones.

Aglutinaciones y Mantoux negativos.

Cultivo de aspirado obtenido del adenoflemón, sin crecimiento bacteriano. Estudio anatomopatológico (biopsia ganglionar) «necrosis central avascular rodeada de abundantes histiocitos, células gigantes y linfocitos». Lesiones sugestivas de linforreticulosis benigna.

#### Historia nº 2 (1-12-87)

A.R.V., varón de 12 años de edad. Padres sanos. Un hermano de 10 años con fiebre y adenopatías desde hace tres semanas. Presenta febrícula, astenia, sudoración profusa y dolores erráticos desde hace una semana y una tumoración en axila derecha que notó en las últimas 48 horas.

En la exploración se visualizan arañazos y erosiones en manos y muñecas, más numerosas en mano y muñeca derecha. Tumoración en región axilar derecha de 3 × 4 cm. dura y dolorosa con bordes regulares, y sin adherencias a planos superficiales ni profundos. Resto anodino.

Estudios complementarios sin alteraciones.

No se efectúa biopsia ganglionar por presentar sintomatología y exploración análoga al anterior hermano.

#### Historia nº 3 (9-1-88)

M.V.T., hembra, casada, con dos hijos varones de 10 y 12 años con adenopatías regionales y fiebre (historias núm. 1 y 2). Re-

---

\* Jefe de la Unidad Pediátrica  
\*\* Médico Adjunto.  
Unidad Pediátrica.  
Hospital «Can Misses», Ibiza.

fiere que la semana de «caer enfermo» su hijo mayor padece intenso cansancio al menor esfuerzo, pérdida de apetito y fiebre alta persistente alcanzando por la tarde hasta 39° C axilar, remite de forma espontánea o con antitérmicos y sudoración abundante. Desde hace cuatro días «bulto en axila derecha» muy doloroso y con aumento de tamaño progresivo.

Existen múltiples lesiones diseminadas semejantes a las descritas anteriormente, en ambas manos y muñecas. Tumoración dolorosa del tamaño 4 × 3 cm. dura, sin adherencias y de bordes regulares. Resto de la exploración totalmente normal.

Estudios complementarios dentro de la normalidad.

Biopsia ganglionar con lesiones anatomo-patológicas semejantes a las descritas para la historia nº 1.

Toda la familia tiene contacto con un gato, menos el padre.

## Discusión

A pesar de que durante siglos los gatos convivían con niños y adultos, intercambiando caricias y arañazos, fueron Dabre, Lamy, Costil y Jamme<sup>1</sup> los que publicaron, en el año 1950, un caso observado en un niño parisino de seis años de edad, basándose en el cuadro clínico y pruebas cutáneas positivas con antígeno preparado por Lee Foshay microbiólogo de la Universidad de Cincinnati.

Al parecer, dos años antes, Pezatekis (1943) en Grecia y L. Foshay (1947) en Estados Unidos, habían descrito cuadros clínicos semejantes.

Lee Fashey realiza un estudio minucioso para diferenciar la Enfermedad por arañazo de gato de la Tularemia mediante pruebas serológicas.

Independientemente, y casi por las mismas fechas, Molleret, Reilly, Bastin y Tournier,<sup>2</sup> basándose en el estudio de ocho enfermos, hacen una descripción clínica más completa.

Molleret y colaboradores,<sup>3</sup> logran la transmisión experimental mediante la inoculación de un preparado elaborado con ex-

tracto de biopsia ganglionar, primero a monos «*Methius sabaus*» y después a voluntarios humanos.

Como es norma habitual en la literatura médica, esta entidad clínica se encuentra descrita bajo múltiples denominaciones: Linfadenitis bacteriana regional no supurada.

Linforeticulitis de inoculación.

Linfadenitis por virus del arañazo.

Cat scratch disease.

Katzenkratzkrankheit (K.K.K.).

Adenopatía subaguda regional por arañazo de gato.

Cat fever.

Felinosis.

Linfadenitis vírica benigna.

Enfermedad de Foshay-Pezatekis-Molleret-Debre.

## Etiología

En la actualidad desconocida, aunque se ha sugerido la posibilidad de que podía ser producida por bacterias, microplasmas, virus, hongos o clamidias, sin poder demostrarse.

Molleret y sus colaboradores,<sup>3</sup> insinuaron que el agente causante sería una Clamidea, fundamentándose en que las lesiones histopatológicas del granuloma venéreo eran muy similares a las existentes en los ganglios linfáticos afectados por la enfermedad del arañazo de gato, sin llegar a conclusiones definitivas.

Boyd y Graig,<sup>4</sup> lograron aislar una microbacteria fotocromatógena en algunos ganglios por lo cual pensaron que dicha bacteria era la productora, pero trabajos posteriores de Carithers,<sup>5</sup> estudiando un grupo de veinte enfermos no pudieron confirmarlo.

Turner y colaboradores,<sup>6</sup> suponen que este cuadro clínico es debido a un virus al lograr una hemoaglutinación con extractos ganglionares.

Kalter,<sup>7</sup> logró aislar del material obtenido en ganglios linfáticos afectados un virus semejante al del herpes mediante microscopía electrónica.

Ninguno de estos trabajos de investigación han podido confirmarse posteriormente.

## Distribución y transmisión

Su distribución es mundial con predominio estacional, apareciendo el mayor número de casos en otoño-invierno, coincidiendo con la adquisición familiar de gatos jóvenes.

Es más frecuente en niños, disminuyendo a partir de los 13 a 15 años.

Estudiando una serie de 501 casos, Spaulding y Hennessy<sup>8</sup> demuestran que en el 90% había contactos con gatos, el 62% de los enfermos presentaban mordeduras o arañazos, normalmente el animal tenía edad inferior a seis meses, que es cuando juegan con niños y adultos.

Como norma general, el gato no manifiesta síntomas de enfermedad, por lo cual se piensa que actúa como vector pasivo del agente infectante y no como reservorio, ya que se han descrito casos aislados secundarios a pequeñas heridas cutáneas producidas por espinas, astillas o arañazo de perro o puercoespín.

## Clínica y diagnóstico

Después de un período de incubación oscilante entre 10-30 días, aparece un cuadro clínico caracterizado por:

— *Heridas y erosiones*, por arañazo previo, que persisten durante dos o tres semanas, presentes en el 90% de los casos.

— *Adenopatías sin linfangitis*, localizadas en la región correspondiente a la zona de inoculación, son dolorosas no adherentes a planos superficiales ni profundos, y en ocasiones fluctuantes, cubiertas de piel enrojecida y con tendencia a la supuración. Molleret, P.; Reilly, J.; Bastin, R.<sup>9</sup>

— *Fiebre*, presente en el 30% de los casos, oscilante entre la febrícula y la hipertermia.

— *Síntomas inespecíficos*, astenia, anorexia, sudoración, que son meros acompañantes de cualquier enfermedad infecciosa.

Los *criterios diagnósticos* son:

*Linfoadenopatía*, única o múltiple casi siempre regional.

*Contactos con gatos*.

*Lesiones de inoculación visibles*.

*Estudio histopatológico característico.*

*Prueba cutánea positiva con antígeno específico.*

*Pruebas negativas para otras enfermedades.*

La existencia de *adenopatías* más cuatro de los cinco criterios es de valor diagnóstico.

Diagnóstico diferencial. Kenneth M. Boyer y James D. Harry.<sup>10</sup>

Infeciosas	No infecciosas
Otras linfadenitis/	Enfermedad de Hodking
Abcesos piógenos	Linfomas no de
Linfadenitis por micro- bacterias atípicas	Hodking.
Linfogranuloma venéreo	Histiocitosis.
Tularemia	Quiste conducto tirogloso.
Mononucleosis infec- ciosa	Higroma quístico.
Tuberculosis ganglionar	Quiste dermoide.
Toxoplasmosis	Quiste bronquial.
Peste	Sarcoidosis.
Fiebre por mordedura de rata.	

## Evolución y tratamiento

Evolución hacia la curación espontánea en el plazo de dos-tres meses, persistiendo más tiempo las adenopatías.

Al no existir tratamiento específico, por ignorarse la etiología, se prescribirá medicación sintomática, según evolución clínica. Como complicación grave se citan algunos casos de meningoencefalitis (Steiner M., Vuckovitch D. y Hadawi S.<sup>11</sup>), que remitieron con medicación sintomática.

## Resumen

Se presentan tres casos de enfermos, pertenecientes a una misma familia, cuya sintomatología fue coincidente con la anteriormente citada.

Uno de ellos fue tratado con *aspiración* de adenoflemón y antibióticos para evitar la infección secundaria (Aureomicina una cápsula cada 6 horas, durante diez días), remitiendo el cuadro clínico en tres semanas, en su totalidad.

En los dos restantes se prescribió antitérmicos-antiinflamatorios (Acido acetil salicílico) a dosis de 500 mg. cada ocho horas si la temperatura fue superior a 38, remitiendo la sintomatología general en cuatro semanas y persistiendo la adenopatía durante dos semanas más.

Palabras clave: Adenopatías, erosiones cutáneas y fiebre persistente.

#### Bibliografía

1. Debre R, Lamy M, Jammet y Costill: «La maladie des griffe de chat». Semaine Hôpital Paris, 26: 1895-1904, 1950.
2. Molleret P, Reilly J, Bastin R y Tournier: «Sur un adenopathie regionale subaigüe et spontanement curable avec intradermoreaction et lesions ganglionnaires particulieres». Bull. Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 66: 424-449, 1950.
3. Molleret P y colaboradores: «La decouverter de virus de la lymphoreticulosis benigne de inoculation». Press. Med., 59: 681-682, 1951.
4. Boyd G y Graige G: «Etiology of cat scratch fever». J. Pediatr., 59: 313-317, 1961.
5. Carithers HA: «Unclassified mycobacteria in the etiology of cat scratch fever. A skin test evaluation». Pediatric 31: 1039-1041, 1963.
6. Turner W, Bigley NB y colaboradores: «Hemagglutinating virus isolated from cat scratch disease». J. Bacteriol. 80: 430-435, 1960.
7. Kalter S, Kim CS y Heberling RL: «Herpes-like virus particles associated with cat scratch disease». Nature 224: 190, 1969.
8. Spaulding WB y Hennessy JN: «Cat scratch disease. A study of eighty-three cases». Am. J. Med. 28: 504-509, 1960.
9. Molleret P, Reilly J y Bastin R: «Sur un adenopathie regionale subaigüe et spontanement curable, avec intradermo-reaction et lesions ganglionnaires particulaires». Bull. Mem. Soc. Hôp. Paris 66: 424-449, 1950.
10. Kenneth M, Boyer y James D Harry: «Textbook of pediatric infestius disease». WB Saunders Company. pp. 192, 1981.
11. Steiner M, Vuckovich D y Hadawi S: «Cat scratch disease with encephalopathy». J. Pediatr. 62: 514-520, 1963.
12. Czarnetzki P, Pomeranz J y colaboradores: «Cat scratch disease skin test. Studies of specificity and histopatologia features». Arch. Dermatol. 111: 736-739, 1975.
13. Carithers HA: «Cat scratch disease. Notes on its history». Am. J. Dis. Child. 119: 200-203, 1970.
14. Margileth AM: «Cat scratch disease. Noubacterial regional lymphademitis». Pediatric, 42: 803-818, 1968.

# Historia

## Unas memorias del Dr. Méndez

José María Tejerina

Siempre me llamó la atención la dedicatoria, «A Rafael Méndez» que figura en la cabecera de un poema del *Romancero Gitano* de Federico García Lorca. Ahora, al cabo de los años puedo saber, al fin, su origen.

Una tarde, en la biblioteca de la *Residencia de Estudiantes* de Madrid, se encuentran Federico y Rafael. Ambos son residentes, aficionados al cante jondo; amigos. El poeta pregunta al futuro médico cuál romance de los dos que acaba de componer le gusta más; *Pena negra* o *Reyerta*. Rafael Méndez elige *Reyerta*. Le parece «más fino, más lírico en sus imágenes». Más cercano también a él geográficamente, nacido en un pueblo grande de la provincia de Murcia:

«... las navajas de Albacete  
bellas de sangre contraria  
relucen como los peces».

Esta anécdota la refiere el doctor Méndez en un pequeño libro autobiográfico que me ha prestado mi admirado amigo el doctor Arnaldo Casellas, antiguo discípulo suyo. El opúsculo fue impreso recientemente en México. Se titula, *Caminos inversos. Vivencias de ciencia y guerra*.

Huelga el decir que Rafael Méndez es un eminente médico español, exiliado, jefe del Departamento de Farmacología del *Instituto Nacional de Cardiología* creado en México por el doctor Ignacio Chávez. Pero, tal vez, son pocos conocidos algunos lances de su asendereada y dilatada existencia.

Rafael Méndez fue alumno de don Teófilo Hernando. Y, después; y predilecto, de

don Juan Negrín. Obtuvo una cátedra de Farmacología en 1934, todavía muy joven, a los veintiocho años. Ya pertenecía al partido socialista. Desempeñó «cierto papel» en la revolución de Asturias. En los comienzos de la Guerra Civil fue secretario particular del doctor Negrín, cuando éste fue nombrado ministro de Hacienda. Luego es enviado al extranjero, a comprar material de guerra. Llegó a tener a su nombre grandes sumas de francos y dólares en bancos de París y Nueva York. Pero, de una probidad extraordinaria, nunca percibió comisión alguna. Tras sus gestiones regresaba a España con las manos vacías. Hacia 1938 llega a ser Director General de Carabineros y Subsecretario de Gobernación. Al terminar la contienda es nombrado cónsul en Perpiñán. Después emigra a los EE.UU. Logra ingresar como investigador en la *Universidad de Harvard*. Más tarde es designado profesor de la *Universidad Jesuita de Loyola*, en Chicago. A raíz de la muerte de su esposa se traslada, con sus dos hijos, a México, al *Instituto de Chávez*. Se hace súbdito mexicano. Vuelve a casarse. Consigue renombre universal por sus hallazgos sobre el funcionamiento del corazón humano. Es galardonado con importantes premios.

Sus memorias son las de un científico español que triunfa plenamente en los EE.UU. y en México. Su devoción por su maestro, don Juan Negrín, es inmovible. Durante su exilio mantiene relaciones muy afectuosas con personalidades tan dispares como Luis Buñuel, Manuel Fraga Iribarne; el cantante Manuel de Molina. Conoció, además, a lo largo de su vida, a otros muchos personajes; Jiménez Fraud, Dalí, Alberti, Unamuno, Azaña, Largo Caballero, Indalecio Prieto, Zugazagoitia, Vicente Rojo, Allan Dulles, Hemingway...

Don Rafael esboza sus biografías discretamente; púdicamente.

El doctor Méndez, jubilado, octogenario, aunque visita con frecuencia España, continúa residiendo en México.

# El Doctor Warschawski

José María Tejerina

Entre los médicos que desembarcaron en Mallorca con las tropas del capitán *Bayo* a mediados de agosto de 1936, figuraba uno francés de origen polaco; el doctor *Stanislas Warschawski*.

Tenemos noticias de su biografía gracias, en primer lugar, a un documento que conserva la familia *Bayo*. Una hoja que lleva un membrete que reza así:

*Docteur Stanislas Warschawski. Ancien Interne Prov. Des Hospices de Montpellier.* Bajo este epígrafe aparece una fecha, 22/8/36. Y un lugar, *Café Alta Peña*. La nota va dirigida por el *Médico Delegado del Servicio Sanitario de las Milicias Antifascistas*, al *Comité Político* de las mismas. Dice el facultativo galo en ella que, desembarcó en la Isla, «porque las circunstancias no le permitieron antes», el día 20 de agosto. No debió arribar, pues, a Mallorca en el *Marqués de Comillas*, el buque hospital, sino, tal vez, en el mercante *Mar Negro*.

*Stanislas* llegó acompañado por siete sanitarios; cinco mujeres y dos varones. Entre las primeras, *Jeanette Bloch*, estudiante de Medicina, y cuatro enfermeras; *María Ruiz*, *Amparo Maylench*, *Francisca Frontera* y *Bárbara Domínguez Fernández*. Estas dos últimas se marcharon a Mahón, nada más pisar el muelle, en un bote de carabineros, sin permiso de nadie. *Francisca* aterrorizada por los bombardeos. *Bárbara* por ser una escandalosa que, ya a bordo, «había vuelto loca a la tripulación».

*Warschawski*, indignado, propone al *Comité* dar de baja a ambas de las Milicias. Los hombres eran dos, *Mariano Malta*, practicante de Cirugía, y *M. Karmiol*, mancebo de botica.

El quehacer médico de *Stanislas*, en tierra, debió ser harto reducido. Curas de urgencia, traslados. El *Marqués de Comillas*, como sabemos, disponía de varios equi-

pos quirúrgicos bien organizados que trataban adecuadamente a los heridos y los evacuaban enseguida a los hospitales de Mahón y Barcelona.

Volvemos a encontrarnos con el médico francés en un libro del destacado miembro del POUM, *Julián Gómez*, «*Gorki*», titulado *El proceso de Moscú en Barcelona*. Como tantos otros comunistas disidentes, *Warschawski* estuvo preso en la primera galería de la Cárcel Modelo de la Ciudad Condal. Se había enrolado, luego del reembarque de la columna de *Bayo*, en las Brigadas Internacionales. Aunque había pertenecido a las milicias del PSUC, se hizo sospechoso de *trotskyista* ante los ojos de la mujer de *André Marty*, agente de la policía secreta soviética. La NKVD estaba entregada, por entonces, a la tarea de purgar el Partido de antiestalinistas. Mantenían al doctor en la cárcel, pese a que el Tribunal de Espionaje y Alta Traición no había encontrado cargo alguno contra él. En la Modelo *Warschawski* vivía en la mayor miseria. Destinado en la enfermería, curaba a sus compañeros torturados por los esbirros de *Alexander Orlov*. Los enfermos le cedían parte de su mísero rancho y le daban prendas de vestir. *Stanislas Warschawski* y *Julián Gorki* soñaban, durante sus largas charlas, en poder comer un día en un restaurante de París.

Tanto la esposa de *André Marty* como *Carmen*, una mujer con aspecto de marimacho, gorda y muy fea, perteneciente a la sección alemana de la NKVD, veían espías por todas partes.

Don *Manuel Azaña* en el tomo IV de sus *Obras Completas*, al juzgar la fallida operación militar del capitán *Bayo*, menciona a *Stanislas Warschawski*. «En un semanario francés, *Vendredi* o *Marianne* u otro de este tipo — escribe — leí algún tiempo después una narración de un médico francés que se agregó en Barcelona a la expedición. Allí se palpa el desorden, la imprecisión, la chiquillada».

El doctor *Stanislas Warschawski*, antiguo interno de los hospicios de Montpellier, debió ser un espíritu crítico, romántico, poco conformista.

# Noticias

## Nuevo académico

El pasado día 18 de octubre ingresó en nuestra Real Academia de Medicina y Cirugía como Académico Numerario el M.I. Sr. Dr. Don Carlos Viader Farrè, cuyo discurso de ingreso versó sobre el tema «Ingeniería Genética y Medicina (Algunas aplicaciones)». La contestación corrió a cargo por la M.I. Sra. Dra. D<sup>a</sup> Juana M<sup>a</sup>. Román Piñana.

## Nota necrológica

Dr. José María Mulet Fiol  
1899 - 1988

Mi profunda amistad y cariño hacia el Dr. Mulet, me obliga a escribir esta breve nota necrológica, amistad nacida y desarrollada por nuestra asidua convivencia durante treinta y cinco años en la Casa de Socorro de Palma y de más de veinte en la Real Academia de Medicina de nuestra ciudad.

José M<sup>a</sup>. nació en Palma el día 12 de Octubre de 1899, en 1916 termina su Bachillerato y acto seguido inicia su carrera de medicina en la Facultad de Barcelona, se traslada a la de Valencia licenciándose en la misma el año 1923. Inmediatamente durante cuatro años ejerce la profesión en el pueblo de Estallenchs, dos años en el Pont d'Inca para instalarse definitivamente en Palma, por haber ganado por oposición una plaza de médico numerario de la Casa de Socorro de Palma, en la que trabajó hasta su jubilación de la que fue Decano Jefe. El año 1932 fue nombrado Inspector Médico Escolar. Ingresó en la Real Academia de Medicina de Palma como Académico Numerario el año 1946, leyendo el discurso de recepción que tituló «Síndrome Coronario», siendo contestado por el Muy Ilustre Sr. D. Miguel Sureda y Blanes.



Durante sus cuarenta y dos años de Académico pronunció dos discursos inaugurales y presentó varios trabajos en sesiones Literarias. Fue Tesorero de esta Corporación desde 1952 a 1985.

José M<sup>a</sup>. Mulet fue un hombre en toda su dilatada vida cotidiana y profesional, extraordinariamente trabajador, ordenado y meticuloso; se puede definir como persona totalmente dedicada a la actividad médica siendo ésta su verdadero y único «Hobby» vaya como ejemplo este detalle: Mulet vino haciendo durante muchos años el relevo nocturno de guardia de este servicio en la Casa de Socorro diariamente a las 7 de la mañana, y puedo asegurar que jamás se retrasó un solo minuto, tanto si llovía o hacía frío en la obscuridad invernal de tan temprana hora, con la particularidad que ya antes había hecho varias visitas domiciliarias. Esta dedicación profesional sin vacaciones ni fines de semana, unida a su afabilidad y preparación científica, le llevó a convertirse en un codiciado médico de cabecera de numerosas familias importantes mallorquinas; «especimen» médico hoy en vías de total extinción.

Mulet, hombre de gran sensibilidad afectiva y ferviente católico; recibió en el año 1975 un rudo golpe moral por el fallecimiento de su esposa, Dña. María Palou Coll (Q.E.P.D). Por esta razón se recluyó en su domicilio durante tres años llevando una vida de misántropo. Desde el año

1985 venía aquejando una enfermedad de Parkinson progresiva que fue la causa de su fallecimiento el día 10 de Septiembre de 1988.

Descanse en Paz mi querido amigo.

Dr. Miguel Menara Rovira

2 Octubre 1988



# Disgren



## Bloquea el proceso trombótico



Dibujo de J. Marqués

### Descripción:

DISGREN es un inhibidor de la agregación plaquetaria sintetizado y desarrollado en el Centro de Investigación Uriach, que posee una acusada actividad antitrombótica puesta de manifiesto en la experimentación farmacológica y clínica. La actividad antiagregante y antitrombótica de DISGREN constituye la base fisiológica de su eficacia en la profilaxis y tratamiento de las enfermedades tromboembólicas y de los procesos patológicos originados o que cursan con una hiperactividad de las plaquetas.

### Composición:

300 mg de trifusal (DCI) por cápsula.

### Indicaciones:

Tratamiento y profilaxis de la **enfermedad tromboembólica** y de todos los procesos patológicos asociados con hiperactividad de las plaquetas. Tratamiento y profilaxis de los **trastornos vasculocerebrales isquémicos** y de sus recidivas. Tratamiento y profilaxis de las **vasculopatías periféricas**.

Prevención de las **trombosis venosas profundas** y de los accidentes trombóticos en el postop-

eratorio de la cirugía vascular periférica y de la cirugía traumatológica.

Situaciones de riesgo trombótico.

Complemento de la terapia anticoagulante en pacientes mal descoagulados.

Hipercoagulabilidad.

### Posología:

1-3 cápsulas diarias, durante o al final de las comidas.

**Dosis preventiva:** 1 cápsula diaria.

**Dosis de mantenimiento:** 2 cápsulas diarias.

**Dosis en situaciones de alto riesgo:** 3 cápsulas diarias.

### Presentaciones:

Disgren 50 cápsulas (P.V.P. 4.677, — ptas.)

Disgren 30 cápsulas (P.V.P. 2.811, — ptas.)

Disgren Envase Clínico 500 cápsulas.

### Interacciones:

Potencia a los anticoagulantes, AAS y sulfonilureas. Asociado al dipiridamol se potencia la acción de ambos fármacos.

### Contraindicaciones:

Deberá administrarse con precaución en la úlcera péptica y en pacientes con sensibilidad a los

salicilatos. No está demostrada su inocuidad en el embarazo.

### Efectos secundarios:

En raros casos molestias gástricas que se evitan administrando el medicamento con las comidas y que ceden con antiácidos.

### Intoxicación:

No se han descrito fenómenos tóxicos incluso a dosificaciones de 1.800 mg diarios. En caso de intoxicación accidental los síntomas son: excitación o depresión del SNC, alteraciones circulatorias y respiratorias y del equilibrio electrolítico, hemorragias digestivas y diarreas. Tratamiento con carbón activo, eliminación del fármaco (vómito, aspiración, lavado), prestando atención al equilibrio electrolítico e instaurando tratamiento sintomático.



J. URIACH & Cia, S.A.  
Decano Bahí, 59  
08026 Barcelona