

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

Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PALMA DE MALLORCA

SUMARIO

Volumen 9, Número 1

Enero/Abril 1994

Presidente:

José Tomás Monserrat

Director:

José M.^a Rodríguez Tejerina

Secretario de redacción:

José Alfonso Ballesteros Fernández

Redactores:

Miguel Llobera Andrés
Guillermo Mateu Mateu
Antonio Montis Suau
Carlos Viader Farré
Juan Buades Reinés
Miguel Roca Bennasar

Comité Científico:

Juan Manera Rovira, Santiago Forteza Forteza, Bartolomé Darder Hevia,
Miguel Manera Rovira, Bartolomé Mestre Mestre, Pedro Aguiló Aguiló,
Santiago Luelmo Román, Miguel Munar Qués, Juana M.^a Román Piñana,
Nicolás Pascual Piris, Arnaldo Casellas Bernat, Bartolomé Cabrer Barbosa,
José Miró Nicolau, Feliciano Fuster Jaume, Bartolomé Anguera Sansó,
Bartolomé Nadal Moncada, Miguel Muntaner Marqués, Francesc Bujosa Homar

CON LA COLABORACIÓN DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD DEL GOBIERNO
DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ISLAS BALEARES

Redacción:

Morey, 8. Teléfono: 72 12 30. 07001 PALMA DE MALLORCA.

Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PALMA DE MALLORCA

SUMARIO

- Editorial** **Los médicos y la televisión**
5
- Original** **Resultado a largo plazo de la corrección quirúrgica del origen anómalo de la arteria coronaria izquierda, naciendo del tronco de la arteria pulmonar**
A. Casellas Bernat, L. Riera de Barcia
7
- Original** **Dieta i caracterització poblacional en malalts coronaris a Mallorca**
J. Bergadà, M. Crespí, P. Marsé, C. Braña, P. Martorell, X. Verd, E. Benito, M. Mulet, P. Roca
12
- Original** **El penjall estel en cirurgia de la mà**
J. Canet i Adrover, J.M. Magrinyà i Bosch, M. Martínez i Muñoz, P. Suñer i Llabres
18
- Original** **Estudio de las alteraciones rotulianas en el ciclismo**
Bartolomé Marí, Teodorico Cabanes
23
- Original** **Patología rectosigmoidea. Tratamiento mediante el resectoscopio urológico; nuestra experiencia**
E. de Sala O'Shea, M. Zurita Romero, Mas Cánaves, A. Carme Rauet, J.M. López de Carlos, J. Darder Cirera
30
- Revisión** **Comparación entre colecistectomía por métodos mínimamente invasivos y la colecistectomía clásica**
A. Pagán Pomar, J. Ruiz Roselló, J. Lago Rodríguez, J.A. Soro Gonsálvez
33
- Revisión** **Síndrome de los anticuerpos antifosfolípido (y II). Estrategia terapéutica**
L. Pallarés, I. Usandizaga, A. Payeras
36

Historia	La atención médica en la crianza de los niños. Alimentación y cuidados del recién nacido en la obra de Damián Carbó (Palma 1541) Antonio Contreras Mas 40
Humanidades	Crónica del desamor José M. ^a Rodríguez Tejerina 49
Humanidades	Piromanía P. Moreno Egea 51
Noticias	Nuevo Académico de Honor : Dr. Jean Dausset 54

Editorial

Los médicos y la televisión

La escandalosa difusión por algunos medios informativos de errores médicos obedece a oscuras motivaciones. Es innegable que existen casos desgraciados producidos por la negligencia o mercantilismo de malos profesionales de la Medicina. Pero, la mayoría de las veces, se magnifican, intencionadamente, dolencias agravadas tras un diagnóstico equivocado o un tratamiento ineficaz.

Errores médicos los hubo siempre. Año tras año, abundantemente, por ignorarse, en absoluto, la etiología microbiana de las enfermedades infecciosas. Hoy, porque todavía la Medicina continúa siendo un Arte, el Arte de Curar, y no una Ciencia.

Pese a sus maravillosas conquistas sigue sin conocer la causa de procesos como el cáncer, y no sabe curar a los enfermos de SIDA. Muchas, escondidas predisposiciones genéticas, están aún por descubrir. Se escapan, también, de nuestros cuidados sanadores padecimientos originados por la acción de los virus. El organismo humano, en fin, en su urdimbre más íntima, en su fisiologismo más hondo, es, todavía, un arcano, que varía de un individuo a otro. Cuyas reacciones biológicas y psíquicas ante una acción médica o quirúrgica son imprevistas. Tomarse una vulgar tableta de aspirina puede acarrear, en determinados pacientes, un edema agudo de glotis que obligue a realizar una traqueotomía; o una profusa hemorragia gástrica tributaria de una intervención quirúrgica. La administración de una inyección de vitamina B o de unas unidades de penicilina desencadena, a veces, temibles complicaciones, incluso letales. Y, sin embargo, son fármacos altamente beneficiosos para la inmensa mayoría de los humanos. Las trampas de la Cirugía, a su vez, son infinitas. Recorde-

mos que la reina Federica de Grecia dejó este mundo por una frívola operación de cirugía estética.

Antiguamente estos riesgos iatrogénicos, producidos directamente por la acción presuntamente curativa de los médicos, eran mucho más frecuentes y no respetaban, tampoco, clase social alguna. Varias señoras de la realeza, espiguemos un ejemplo, fallecieron víctimas de las calenturas que sobrevinían después del parto. La reina María de Portugal, esposa de Felipe II, sucumbió a poco de parir a consecuencia de las fiebres puerperales. Las sabihondas cortesanas atribuyeron el fallecimiento a que había ingerido, horas antes, un limón. Fruto peligrosísimo, pensaban, para las parturientas. La superstición y la ignorancia andaban estrechamente unidas. Otras soberanas murieron, asimismo, de fiebres puerperales... y de las sangrías que les prodigaron, para intentar curarlas, nuestros compañeros, los dogmáticos médicos de la Corte. Tuvieron que pasar muchos años para que Semmelweis pusiera higiénico remedio a la enorme mortandad de las mujeres que acababan de dar a luz.

De errores médicos colectivos tenemos evidente constancia. En la postrera gran epidemia que padeció la Humanidad de cólera morbo asiático, los galenos mallorquines creyeron que el azote *no era contagioso*. Fue allá por el año 1865. Como tampoco admitían que pudiera serlo la infantil difteria, ni la romántica tuberculosis, enfermedad esta última que, afirmaban, "distingue y mata". Pero los allegados de estos enfermos, malparados o muertos, jamás soñaron con recurrir a la Justicia en demanda de posibles indemnizaciones. En la pasada centuria, por saberse lo limitado del acervo científico de los médicos, se respetaba a és-

tos, se les temía. En la actualidad la Medicina ha conseguido progresos técnicos espectaculares. Mas, la actitud del médico frente a sus pacientes, por falta de tiempo, exceso de burocracia, carencia de estímulos, debemos reconocerlo, es, en demasiadas ocasiones, distante, poco afectuosa. Cuando la comunicación médico-paciente es fluida, cordial, por erróneo que haya sido el diagnóstico, equivocado el tratamiento, no suele producirse protesta alguna. Por el contrario, si la relación fue displicente, obligada, con un facultativo no elegido, es fácil surja la denuncia, aventada pronto por leguleyos ansiosos de ganancias y gacetilleros con desmesurados afanes sensacionalistas. Los médicos tememos vernos sentados en el banquillo. Experimentamos el lógico *síndrome del paraguas*. Nos refugiamos en la práctica de una *Medicina Defensiva*. Tímida. Ordenamos innecesarios y costosos análisis, excesivas exploraciones diagnósticas. Rehuimos ejercer especialidades de alto riesgo; la anestesia, la neurocirugía. Habría que poder realizar una Medicina

menos socializada y estatal. Más sosegada. Una Cirugía sin el agobio de las interminables listas de espera. Procuremos retornar a los viejos hábitos, cuando el médico disponía del debido tiempo de sentarse en una silla a la cabecera del enfermo. Y sabía escuchar, caritativamente, sus cuitas; y sus silencios. Y brotaba entre ellos una beneficiosa transferencia afectiva.

Ciertos medios de comunicación televisivos, por ética, deberían dejar de emitir programas-basura, *reality shows*, contra los médicos, protagonizados por presentadores carroñeros, azuzados por abogados ávidos de lucro, políticos en busca de votos, sociólogos pedantescos.

La difícil, hermosa profesión de médico no se merece ser vilipendiada sistemática, rencorosamente. Porque logra, en muchísimos casos, resultados curativos casi milagrosos. Lo testifica un programa de la televisión privada, de signo bien contrario a los reseñados, dirigido por un médico mallorquín, el doctor Bartolomé Beltrán, y que se titula *En buenas manos*.

Original

Resultado a largo plazo de la corrección quirúrgica del origen anómalo de la arteria coronaria izquierda, naciendo del tronco de la arteria pulmonar

Arnau Casellas Bernat*, Luis Riera de Barcia**

Introducción

En recientes revisiones^{1, 2}, señalamos que en sujetos con edades inferiores a los 30 años y de modo especial, en el transcurso de una práctica deportiva, la muerte inesperada primaria o muerte súbita se atribuye un elevado porcentaje de casos, 35 % según Waller³, a una anomalía congénita de las coronarias, predominando los casos en que la arteria coronaria izquierda nace de la arteria pulmonar, hecho que ya había remarcado Ruddock⁴ en 1943, en estudios necrópsicos.

Edwards⁵, describió la fisiopatología de dicha anomalía en tres etapas, en la primera etapa o fase neonatal, el flujo a través de la arteria coronaria anómala proviene de la arteria pulmonar; en una segunda etapa, a causa de la disminu-

ción de la presión arterial pulmonar, el flujo se hace a expensas de las arterias colaterales que le proporciona la coronaria derecha; en una tercera etapa, debido al incremento de la circulación colateral y la baja presión de la arteria pulmonar, se desarrolla un cortocircuito izquierda-derecha, como auténtica fístula arterio-venosa.

A continuación presentamos el caso de un sujeto que fue diagnosticado de dicha anomalía a la edad de 5 años, presentando además un aneurisma ventricular izquierdo y que fue intervenido colocándole un by-pass de dracon, desde la coronaria izquierda hacia la aorta, y reseándole el aneurisma de la cara antero-lateral. A los 23 años de este caso quirúrgico y contando el paciente con 29 años, lleva una vida completamente normal.

Descripción del caso

Paciente de 29 años que vimos a la edad de 5 años, con motivo de haberle diagnosticado después de un estudio hemodinámico de miocardiopatía dilatada y haberle formulado, por aquella época, un pronóstico fatal. El padre contaba con 51 años y la madre 48 años. No tenían antecedentes patológicos de interés. Cuatro hermanos sanos. El embarazo y el parto fueron normales. No cianosis ni disnea. A los 3 meses, a raíz de un cuadro diagnosticado de bronquitis, le oyen un soplo y en una radiografía le dicen tiene cardiomegalia importante. A los 4 años, le descubren pulso taquicárdico, acompañado de vómitos y le aprecian latido rápido en región apexiana.

A raíz de este episodio, el 4-VII-1970, le practican en un Centro de Cirugía Cardio-vascular estudio hemodinámico y llegan a la conclusión de la existencia de una miocardiopatía dilatada, efectuando el pronóstico referido anteriormente.

Vimos por primera vez al paciente, el 8-II-1971, cuando contaba 5 años.

Presentaba déficit pondo-estatural. No se advertía ingurgitación yugular y el latido carotídeo era regular, igual y homocroto. Palpamos un amplio latido de punta de 6º eii, por fuera de la l.m.c. La

* Académico Numerario de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca.

** Policlínica Femenica S.A.

TA en la auscultación, mostraba un soplo sistólico +/+, en todo el mesocardio (Fig. 1). La TA 90/60. Se palpaban pulsos distales. A RX, había una cardiomegalia grado ++, a expensas del ventrículo izquierdo, que tenía la punta levantada y con latido poco enérgico (Fig. 2).

En el ECG (Fig. 3), llama la atención una imagen de necrosis antero-lateral, con gran onda Q en D1 y aVL, desnivel positivo de ST en D1, aVL, V3, V4 y V5 y T negativa de V2 hasta V5. Había signos sugestivos de creciente biventricular asociado. Fue precisamente este trazo el que nos hizo sospechar que pudiera tratarse de una anomalía congénita de las arterias coronarias, con aneurisma ventricular, por cuyo motivo, solicitamos nuevo estudio hemodinámico y coronariografía, cosa que se practicó el 17 de julio de 1971 con los siguientes resultados:

1) Cineangiografía. Se llena un ventrículo izquierdo muy dilatado, con gran déficit generalizado de la contractilidad. Hay ligera insuficiencia mitral. Zona aneurismática antero-lateral.



Figura 1. C2-2: Soplo sistólico y desdoblamiento variable del 2º ruido.

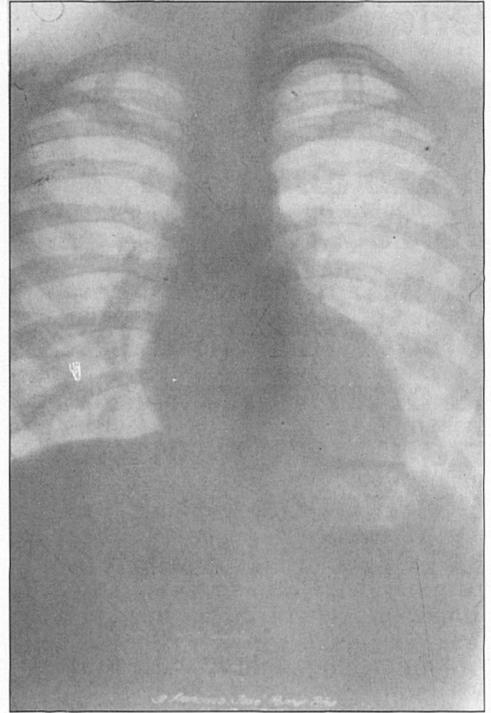


Figura 2. RX: Agrandamiento del ventrículo izquierdo.

2) Coronariografía Selectiva.

a) La inyección en el seno coronario izquierdo, demuestra ausencia de llenado de la arteria coronaria izquierda (Fig. 4).
b) La inyección en la arteria coronaria derecha nos muestra una arteria dominante, dilatada y tortuosa y que da la rama para el nodo auriculo-ventricular y la descendente posterior. Unas colaterales se comunican con la rama descendente anterior de la coronaria izquierda, que desemboca en el tronco de la arteria pulmonar, determinando un discreto Shunt, (11 %) arteriovenoso pulmonar.

Así pues, con los diagnósticos de origen anómalo de la arteria coronaria izquierda en el tronco de la arteria pulmonar, con colaterales intercoronarias que determinan un régimen fistuloso de la arteria coronaria derecha a la rama descendente anterior de la arteria coronaria izquierda y consiguiente Shunt arteriovenoso pulmonar, aneurisma ventricular de la cara antero-lateral del ventrículo iz-

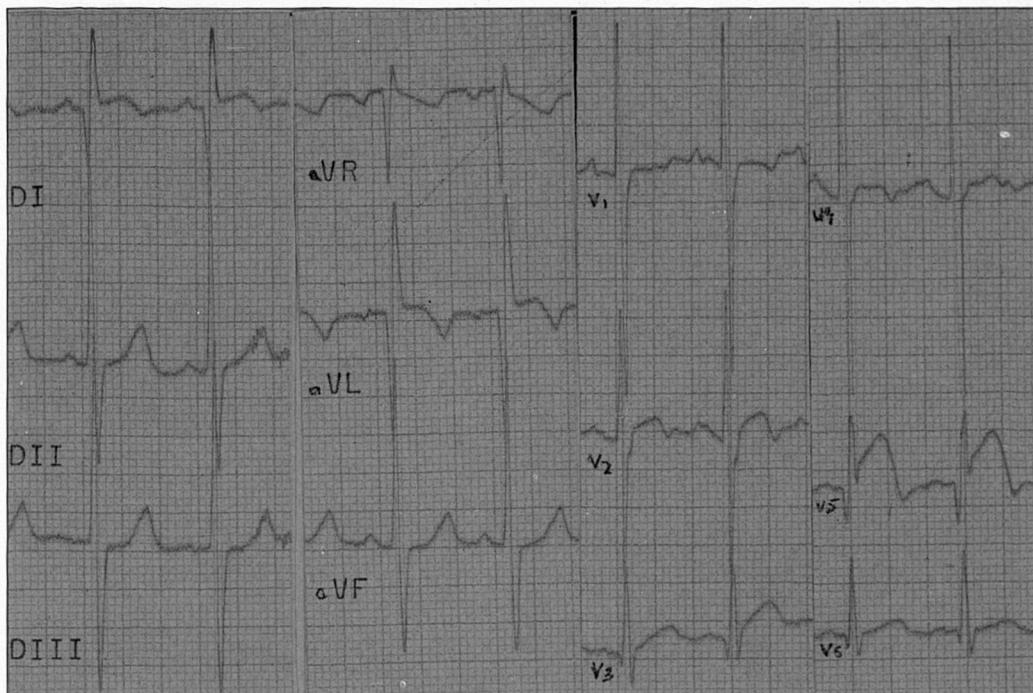


Figura 3. Necrosis de cara antero-lateral y apical con acusado desnivel positivo de ST en V5, como expresión del aneurisma ventricular izquierdo.

quiero y discreta insuficiencia mitral pasó a Cirugía Cardíaca, siendo intervenido el 24-X-72. Se resecó el aneurisma ventricular y una vez liberada la arteria

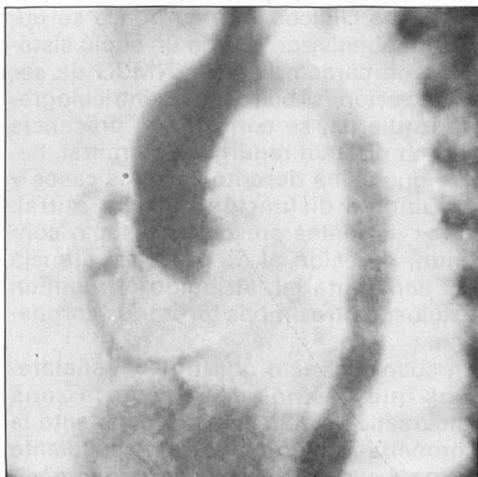


Figura 4. Aortograma que sólo muestra e llenado de la coronaria derecha y ausencia de la coronaria izquierda.

coronaria izquierda del tronco de la arteria pulmonar, se le practicó un by-pass con dracon hacia la aorta.

La evolución del paciente ha sido muy satisfactoria y así en una revisión practicada a los 13 años de la intervención, se encontraba asintomático. A la auscultación sólo identificamos ligero soplo de insuficiencia pulmonar. A RX, la silueta cardíaca sólo presentaba un ventrículo izquierdo globuloso, aunque el ECG, seguía mostrando la imagen de una necrosis antero-lateral y normalización de la recuperación ventricular de V1 a V6 (Fig. 5).

Discusión

Si bien es cierto que la muerte inesperada primaria o súbita en edades inferiores a los 30 años es una rareza, y sólo por el mero hecho de darse en sujetos que practican deporte, no deja de ser curioso que un elevado porcentaje de estos casos ocurre en personas que la

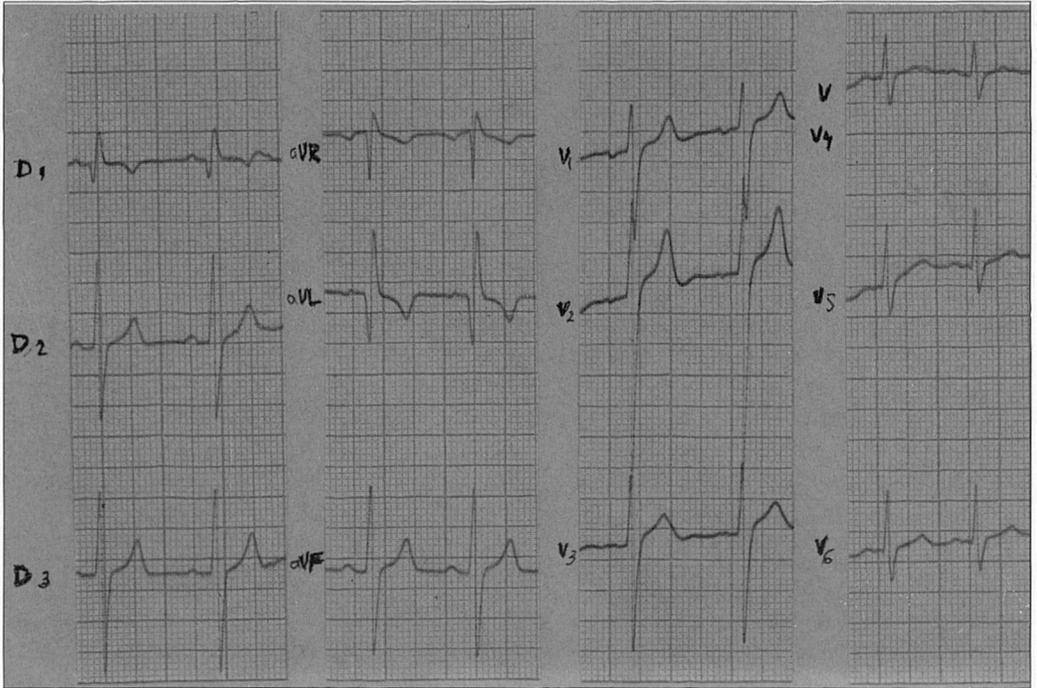


Figura 5. Trazo obtenido a los 13 años de la intervención, que seguía mostrando la imagen de anti-gua necrosis antero-lateral alta, con normalización de la recuperación ventricular en las derivaciones precordiales.

autopsia demuestra que tenían una anomalía de las arterias coronarias, que por los motivos que fuese, no se había diagnosticado, cuando con un simple ECG, se hubiera podido sospechar.

Aun cuando el nacimiento de la arteria coronaria izquierda a partir del tronco de la arteria pulmonar es una anomalía con elevada mortalidad en el transcurso de los primeros meses de la vida, como refiere Wesselhoeft y cols⁶ y Augustsson⁷, existen casos que llegan a la edad adulta, gracias al establecimiento de una circulación colateral, que desde la coronaria derecha nutre el territorio de la coronaria izquierda, como ocurría en las publicaciones de Pérez Fernández y cols⁸, Peña R. y cols⁹ y Caralps J.M. y cols.¹⁰.

Nuestro caso a los 5 años ya había desarrollado una amplia red colateral con un régimen fistuloso arterio-venoso, aunque de poca magnitud. El ventrículo izquierdo no sólo estaba muy dilatado sino que su pared era muy delgada y

fibrosada y se había desarrollado un acusado aneurisma ventricular, que posiblemente motivaba arritmias ventriculares malignas, que sospechamos por los datos clínicos, si bien nunca se pudieron objetivar. Existía un soplo sistólico con características FNMCG de ser de eyección, si bien en la ventriculografía izquierda, se confirmó la presencia de una discreta regurgitación mitral, hecho que se ha descrito en otros casos y atribuido a disfunción valvular mitral. Otros pacientes presentaron soplo continuo, parecido al de una persistencia del canal arterial, atribuido al régimen fistuloso entre ambos territorios coronarios.

En cuanto al acto quirúrgico, señalaremos que además de reseca la zona aneurismática ventricular, se reimplantó la coronaria izquierda a la aorta, mediante by-pass con dracon, ya que no fue posible utilizar la vena safena, habida cuenta de su delgadez y finas paredes. Otros casos en los adultos han sido interveni-

dos mediante ligadura de la arteria coronaria anómala, de modo especial si el régimen fistuloso es muy importante, con buenos resultados.

En este paciente, la evolución después de 23 años de seguimiento ha sido excelente en cuanto a la capacidad funcional. La auscultación sólo muestra un suave soplo de insuficiencia pulmonar, que tuvo lugar al desinsertar la coronaria izquierda del tronco de la arteria pulmonar y a RX, así como con el ECO-Doppler el ventrículo izquierdo muestra unos diámetros sistólicos y diastólicos dentro de la normalidad y la hipocinesia de la cara anterior, donde asentaba el aneurisma, se ve contrarrestada por una simple contractilidad de la pared posterior, septum y pared lateral. No existiendo regurgitación mitral, pero sí la discreta insuficiencia pulmonar de causa quirúrgica.

Bibliografía

1. Arnau Casellas B. Mort inesperada d'origen cardiovascular. Conferencia Inaugural Año 1993. Boletín de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca.

2. Arnau Casellas B. La Muerte Inesperada del Deportista. 100 Anys U.H. 26-V-1993.

3. Waller BF. Exercise Related sudden in young (Age-30 years) and old (age+30 years) conditioned subjts. Cardiovasc Clin 1985; 15: 9.

4. Ruddock JC, Stahly CC. Anomalous origin of left coronary artery. Case Report. US Nav Med Bul 1948; 41: 175-177.

5. Edwards JE. The direction of blood in coronary arteries arising from the pulmonary trunk. Circulation 1964; 29: 163-166.

6. Wesselhoeft H, Fawcett JS, Johnson AL. Anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary trunk. Its clinical spectrum, pathology and pathophysiology base on a review of 140 cases with seven further cases. Circulation 1968; 38: 403-425.

7. Augustsson MH, Gasul BM, Fell EH. Anomalous origin of left coronary artery from pulmonary artery. Diagnosis and the treatment of infantile and adult types J.A. Ma 1962; 180, 15-21.

8. Pérez Fernández E, Pomar F, Paya R. Origen anómalo de la arteria coronaria izquierda desde la arteria pulmonar en el adulto. Rev Esp Cardiol 1989; 42: 425-427.

9. Peña R, Alcibar J, Cabrera A. Origen anómalo de la coronaria en la arteria pulmonar. A propósito de un caso en la edad adulta. Rev Esp Cardiol 1991; 43: 500-502.

10. Caralps JM, Subirana MT, Naja I, Auge J, Torner Soler M. Origen anómalo de la arteria coronaria izquierda, naciendo del tronco arterial pulmonar. Rev Lat Card 1993; 14: 40-43.

Original

Dieta i caracterització poblacional en malalts coronaris a Mallorca

J. Bergadà, M. Crespí, P. Marsé, C. Braña, P. Martorell, X. Verd, E. Benito*, M. Mulet*, P. Roca**

Introducció

En la malaltia coronària es descriuen clàssicament una sèrie de factors de risc com són la hipertensió, la hiperlipidèmia, el tabaquisme i la diabetis. Entremig de tots ells la dieta té un paper central, així, la dieta s'esdevé important en el control de la hipertensió, l'obesitat i la diabetis, en la regulació del nivell de colesterol lligat a proteïnes de molt baixa densitat (LDL-c) i menys el lligat a les d'alta densitat (HDL-c). També la dieta interacciona amb factors de risc, com el tabaquisme. En el Multiple Risk Factor Intervention Trial¹ es va poder comprovar que els homes que seguien fumant responien pitjor, respecte dels nivells de lípids, a la dieta que els que havien deixat de fumar. Malgrat va creixent l'evidència que uneix ingesta de colesterol i risc de malaltia coronària (MC), segueix existint un debat al voltant de la intensitat de la relació dieta-cor^{2,3}.

L'estudi de les set nacions⁴ mostrarà una clara relació entre dieta i MC, així països amb major ingesta de greixos saturats tenien un nivell de colesterol més elevat i més percentatge de MC, això corresponia als països nòrdics i EE.UU., per contra els països del sud d'Europa que malgrat tenir una ingesta elevada de greixos totals, bàsicament en forma d'àcids grassos monoinsaturats (MUFA) tenien un nivell de colesterol inferior i una menor incidència de MC, s'atribueix això al consum preferent de greix vegetal (oli d'oliva). D'aquí s'esdevé la teoria que la dieta anomenada «Mediterrània» podria tenir un efecte protector sobre el risc coronari⁵. Les característiques fonamentals d'aquesta dieta són: baixa en greix i proteïnes d'origen animal, baixa en colesterol (< 250-300 mg/dia), alt contingut de fibra vegetal i midó, alta proporció d'oli d'oliva i relació greixos saturats/poliinsaturats (SFA/PUFA) de 2,5 aproximadament (l'ideal seria 1).

L'objectiu d'aquest treball és estudiar els hàbits alimentaris d'un grup de malalts coronaris d'una comunitat Mediterrània (Mallorca) i comprovar si compleixen el que s'anomena dieta mediterrània.

Malalts i Mètodes

L'objecte d'estudi són 26 malalts (23 homes i 3 dones) afectats d'infart agut de miocardi o angina de pit ingressats en una Unitat Coronària (UCIC). En tots ells era el primer episodi d'isquèmia coronària, no patien o havien patit complicacions hemodinàmiques i no presentaven dificultats d'expressió o comunicació. L'exploració i entrevista tenia lloc el darrer dia d'estança a la UCIC quan el malalt ja tenia autonomia de moviments dins l'habitació individual, estava assegut en una butaca i amb ambient relaxat. Un grup de 4 infermeres ensinistrades dugueren a terme les entrevistes que es feien al malalt tot sol o, posteriorment, es demanava l'ajut de la seva parella si no sabia respondre a qualche pregunta relativa a consum alimentari. L'enquesta realitzada a cada malalt consta de dues parts: Part I. Dades personals, dades fisiològiques (pes, talla, circum-

Unitat Medicina Intensiva-Unitat Coronària. Hospital Son Dureta.

*Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Mallorca.

**Departament de Bioquímica. Universitat Illes Balears.

Ciutat de Mallorca.

ferència del braç i plec cutani), activitat física (treball i lleure), hàbits i antecedents patològics (tabac, hipertensió, diabetis, hiperlipidèmia i antecedents familiars). Part II. Enquesta dietètica: Qüestionari retrospectiu del darrer any de freqüències de consum d'aliments, de tipus semiquantitatiu amb 102 ítems i conversió a freqüència de consum mensual, segons un model descrit prèviament⁶. Per als aliments de consum estacional s'aplica un factor de correcció i el consum d'oli s'ha deduït del consum familiar dividit pel nombre d'individus de cada família. El càlcul del consum de nutrients s'obté de les taules de Varela⁷ i per als aliments que no hi figuren i per obtenir la composició dels diferents tipus d'àcids grassos de les taules de S. Renaud⁸. Les racions mitjanes de consum en grams i la conversió automàtica a consum individual diari de nutrients s'ha fet a través d'un programa informàtic, segons s'ha descrit per E. Benito⁹.

De les dades antropomètriques s'analitza la relació pes/alçada distribuït amb percentils segons l'edat, seguint les taules d'Alastué¹⁰.

S'ha calculat l'índex d'aterogenicitat (IA) de la dieta segons la fórmula¹¹:

$$IA = \frac{\sum SFA}{\sum PUFA + \sum MUFA}$$

on $\sum SFA$: suma dels àcids grassos saturats C12:0, C14:0, C16:0; PUFA: àcids grassos poliinsaturats i MUFA: àcids grassos monoinsaturats. No s'ha pogut excloure l'àcid esteàric C18:0 dels SFA.

Resultats

A la Taula I es mostren les dades generals d'edat, anys viscuts a Mallorca i

TAULA I
DADES GENERALS*

Malalts	26 (23 H. i 3 D.)
Edat	60 (39-81)
Anys Mallorca	50 (10-81)
Anys d'escolarització	5,6±2,8

*: mitjana ± desviació estàndard

mitjana d'anys d'escolarització. El 73 % dels malalts eren nascuts a Mallorca i en el 58 % de casos la parella del malalt també era nascuda a l'illa, dels no nascuts a l'illa 6 provenien del sud d'Espanya i 1 de Catalunya. La mitjana d'escolarització, fora d'un cas corresponia a nivell d'estudis primaris. Respecte a l'activitat laboral, tots els homes eren o havien estat assalariats excepte un que era un petit comerciant, les dones totes eren mestresses de casa. En l'activitat física global (feina i lleure) s'observà que el 57 % de les hores del dia era sedentària. Durant el temps de lleure el 70 % dels malalts feien una activitat moderada (passejar), el 15 % feien activitat moderada (corresponia als treballadors del camp) i el 15 % restant no feien cap mena d'activitat física durant el lleure (Taula II).

A la Taula III s'expressa la classificació ponderal en funció del valor de la relació pes/alçada, distribuïda en percentils segons les taules d'Alastué, on s'accepte

TAULA II

Activitat Laboral	96 % Assalariats
Activitat Física (feina i lleure)	57 % del temps: Sedentari

TAULA III
RELACIÓ PES/ALÇADA*

Edat	Percentil					
	25	50	75	90	95	99
30-39			1			
40-49	1	2		1		
50-59	3		2			1
60-69	1	3	3	1	1	1
>70	1	3		1		

*: Segons Taules Alastué

ta com indicador d'obesitat els valors superiors al percentil 90. L'11 % dels malalts es podrien considerar obesos i com es pot observar en la distribució de la Taula III, el conjunt de la mostra tendeix al sobrepès.

Respecte als factors de risc coronari, podem observar (Fig. 1) que el 8 % (2) dels malalts no tenien cap factor de risc conegut, el 46 % (12) tenien almenys un factor de risc, el 34 % (9) en tenien dos i el 11 % (3) en tenien tres. El més freqüent era el tabac (54 %), seguit de la hiperlipèmia (42 %), la hipertensió (27 %) i la diabetis (23 %), tenint en compte que en 12 malalts existia més d'un factor de risc. En 6 malalts (23 %) existien antecedents familiars de cardiopatia isquèmica.

L'anàlisi de la ingesta diària d'energia i nutrients dóna els següents resultats: Ingesta mitjana d'energia 2.569 ± 800 Kcal/malalt/dia, que és el 90 % superior a la ingesta recomanada. La distribució energètica a partir dels principis immediats prové en un 15 % de la ingesta proteica, en un 43 % a partir dels greixos, en un 37 % a partir dels hidrats de carboni i en un 5 % a partir de l'alcohol (Fig. 2). La ingesta proteica és de 96 ± 31 g/dia, el 70 % és proteïna d'origen animal i la resta vegetal, això representa el 218 % de la ingesta proteica recomanada¹². El consum d'hidrats de carbó és de 255 ± 84 gr/dia, que equival al 37 % de l'aportament calòric total, clarament inferior al perfil calòric ideal recomanat per l'OMS que se situa al voltant del 60 %.

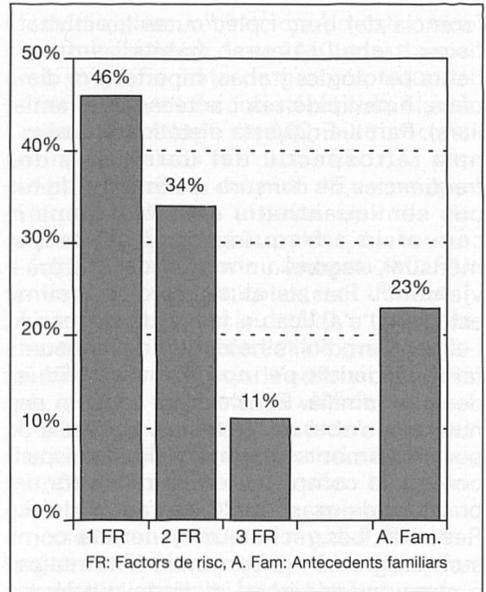


Fig. 1. Factors de risc (tabac, HTA, hiperlip., diabetis).

El consum de greix és de 124 ± 46 g/dia, que representa el 43 % de l'aportament calòric total, l'OMS recomana que no sobrepassi el 30 % del total energètic. La distribució d'àcids grassos respecte el total del greix mostra que un 21 % (62 g) correspon als àcids grassos monoinsaturats (MUFA), un 16 % (41 g) als àcids grassos saturats (SFA) i un 16 % (15 g) als àcids grassos poliinsaturats (PUFA). La dominància dels MUFA és deguda al consum preferent d'oli d'oli-

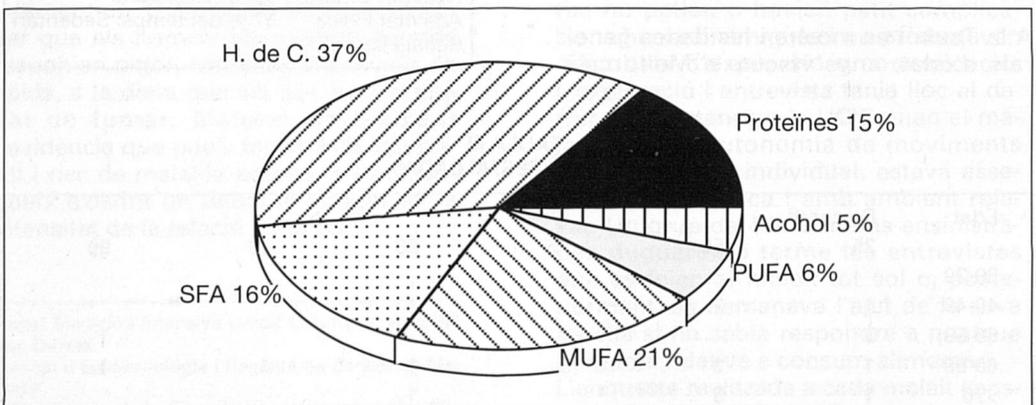


Fig. 2. Distribució en % de la ingesta calòrica. Ingesta mitjana: 2.569 ± 800 Kcal/dia.

TAULA IV
ÍNDEX D'ATEROGENICITAT

Mallorca, 1992	0,57
Esquimals, 1980	0,39
Anglaterra, 1983	0,93
Dinamarca, 1980	1,29

va. La relació SFA/PUFA de la dieta estudiada és de 2,6, però ja que això no contempla als MUFA, és més adient en les nostres contrades el càlcul de l'índex d'aterogenicitat que és inferior a 0,57, ja que no s'ha d'exclòs dels SFA l'àcid esteàric (C18:0), índex que s'acosta més a la dieta dels esquimals que a la dels països del nord d'Europa (Taula IV)^{13, 14}.

El consum de colesterol és de 146 mg/1.000 Kcal/dia (361 ± 118 mg/dia), és un poc superior a la ingesta recomanada de 100 mg/1.000 Kcal/dia.

El consum de fibra i altres nutrients per malalt i dia i el percentatge de variació segons les recomanacions dietètiques, adaptades al nivell d'ingesta calòrica, s'expressa a la Taula V.

És de destacar que l'alcohol representa el 5 % de la ingesta calòrica i correspon a una ingesta mitjana de 18 ± 26 g/dia.

Discussió

Malgrat disposar d'un nombre petit de malalts, en comparar amb altres sèries publicades en el nostre país, com podem observar a la Taula VI, els resultats són força semblants¹⁵⁻¹⁷.

La població objecte d'estudi té un hàbit físic que no es pot considerar obès, és sedentària i el 91 % té almenys un factor de risc coronari, predominant l'hàbit de fumar.

Calories. El nivell d'ingesta calòrica és semblant a la dels països més industrialitzats, així Adelson i Keys¹⁸ en el 1962 estudien la dieta de 123 executius de Minnesota mitjançant el mètode de la pesada de tots els aliments, i troben una ingesta mitjana de 2.514 Kcal/dia i de 2.491 Kcal/dia en treballadors de la companyia de ferrocarril, distribuïdes en els dos grups amb un 15 % de proteïnes i un 39 % de greixos. Les variacions res-

TAULA V
INGESTA MALALT/DIA I % D'APORT
SEGONS RECOMANACIONS
DIETÈTIQUES (RD)

Nutrients	Ingesta (l)	(%) l/RD
Fibra (g)	23,6	(-)
Calci (mg)	1.011	152
Ferro (mg)	16	133
Zinc (mg)	10	71
Magnesi (mg)	362	114
Tiamina (mg)	1,47	163
Riboflavina (mg)	1,88	134
Eq. Niacina (mg)	39	260
Àc. Fòlic (µg)	228	195
Vit. B ₁₂ (µg)	19	990
Vit. C (mg)	192	325
Vit. A	1.157	171
Vit. D (µg)	1,45	45
Vit. E (mg)	4,60	46
Caroteno	655	(-)

pecte de les dades publicades en el nostre país (Taula VI) son inapreciables.

Proteïnes. El consum proteic, discretament elevat per les recomanacions dietètiques, és també molt semblant als països europeus i USA⁴. En qualsevol cas no s'ha relacionat la ingesta proteica amb la malaltia coronària.

H. de C. El nivell de consum d'H. de C. és relativament baix, menys de l'esperat pel que considerem la dieta tradicional i s'acosta més a la dieta dels països industrialitzats. No augmenta el risc coronari, però el fet és que en disminuir la ingesta d'H. de C. augmenten les calories provinents dels greixos.

Greixos. El percentatge de calories (43 %) obtingudes a partir dels greixos és semblant en països tan diferents com: Creta (el de menys incidència de MC), Holanda, USA i Finlàndia (el de major incidència de MC); i és superior a països més mediterranis com Itàlia, Grècia, Croàcia i Sèrbia⁴ que n'obtenen al voltant del 30 % de les calories ingerides. La diferència entre els països nòrdics i USA respecte dels mediterranis és la distribució dels àcids grassos amb SFA, MUFA i PUFA; des de Finlàndia amb un 22 %, 14 % i 3 % fins a Creta amb un 8 %, 29 % i 3 % respectivament. La nostra distribució de SFA 16 %, MUFA 21 % i PUFA 6 % se situa en un punt intermedi, sempre amb

TAULA VI
RELACIÓ ALTRES SÈRIES

	N	Energia Kcal/dia	Prot. %	H.C. %	Greix %	Alcohol %	Fibra g/dia
J. Bergadà 1992 (Mallorca)	26	2.569 ± 800	15	37	43	5 18 g/dia	23,6
E. Benito 1988 (Mallorca)	158 (Contr.)	2.038 ± 48	14,3	41,2	37,4	7,1 21,3 g/dia	15,5
A. Carvajal 1988 (País Basc)	4.695	2.875	13	40	43	4 171 g/dia	22
J. Sáenz 1990 (País Basc)	2.348	2.485	16	45	37	8 28,4 g/dia	21,7

TAULA VI (Cont.)
RELACIÓ ALTRES SÈRIES

	PUFA %	MUFA %	SFA %	Colesterol mg/dia
J. Bergadà 1992 (Mallorca)	13	52	35	361,7
E. Bonito 1988 (Mallorca)	14	50	36	339
J. Sáenz 1990 (País Basc)	24	42	34	516,5

el predomini dels MUFA, gràcies al consum d'oli d'oliva. Val a dir que els percentatges expressats per aquests països corresponen a estudis fets els anys setanta i aquests perfils poden ser diferents en l'actualitat.

Colesterol. La quantitat de colesterol de la dieta i nivell de colesterol sanguini s'ha relacionat amb la malaltia i la mortalitat cardíoc-vascular i coronària^{19, 20}. A la nostra població la ingesta obtinguda és superior a la mitjana obtinguda a l'estudi de Keys⁴ dels països de l'àrea mediterrània que era als anys setanta de 250 mg/dia. Les recomanacions del Adult Treatment Panel of the National Cholesterol Education Program (NCEP) són que la ingesta de colesterol sigui inferior a 300 mg/dia, discretament inferior als 361 mg/dia dels nostres malalts. Els diferents estudis realitzats en diferents regions d'Espanya assenyalen un increment del nivell mitjà de colesterol en sang²¹, en canvi ha disminuït la mor-

talitat cardíoc-vascular i la coronària des de l'any 1968 al 1987, pel que es creu que podríem estar en un període d'incubació de l'epidèmia coronària o que realment en el sud d'Europa existeixen uns factors protectors de la MC²².

Fibra. La quantitat de fibra ingerida és semblant als estudis fets al nostre país i als països de l'àrea mediterrània que és de 24 g/dia^{4, 16, 17}. La relació fibra-MC és encara conflictiva, sobretot perquè és diferent considerar dietes altes amb fibra a causa dels diferents constituents dels vegetals respecte a dietes que contenen fibra com un ingredient afegit.

Antioxidants. Són els elements que protegeixen el colesterol-LDL de l'oxidació i per tant de la seva incorporació a les cèl·lules de la placa d'ateroma; són principalment la Vitamina E, C i carotenoides. En la població estudiada observem una ingesta menor de Vit. E i carotenoides respecte de l'estudi de E. Benito¹⁵ que utilitza la mateixa metodologia i

àrea geogràfica. Ignoram si es tracta d'un efecte mostral o té relació amb la malaltia ja que s'han descrit efectes protectors de la Vit. E en la MC i mortalitat cardíoc-vascular, que són independents del nivell de colesterol²³.

Respecte la resta de micronutrients les ingestes diàries són equivalents a les recomanacions dietètiques.

En conclusió observem que la dieta del grup de malalts estudiats s'acosta a la resta de la dels països més industrialitzats i amb major incidència de malaltia coronària, si bé es manté la diferència que podríem anomenar Mediterrània, gràcies al consum d'àcids grassos monoinsaturats de l'oli d'oliva fonamentalment.

Bibliografia

1. Caggiula AW, Christakis G, Farrand M, Hulley SB, Johnson R, Lasser NL, Stamler J, Widdowson G. The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). IV. Intervention on blood lipids. *Prev Med* 1981; 10: 443-475.
2. Mann GV. Diet-heart: End of an era. *N Engl J Med* 1977; 297: 644-650.
3. Oliver MF. Dietary fat and coronary heart disease. *Br Heart J* 1987; 58: 423-428.
4. Keys A. Coronary heart disease in seven countries. *Circulation* 1970; 4 (suppl I): I-1-I-211.
5. Keys A. Olive oil and coronary heart disease. *Lancet* 1987; i: 983-984.
6. Benito E, Obrador A, Stiggelbout A, Bosch FX, Mulet M, Muñoz N, Kaldor J. A population-based case-control study of colorectal cancer in Majorca. I. Dietary factors. *Int J Cancer* 1990; 45: 69-76.
7. Varela G. Tablas de composición de alimentos. Instituto de Nutrición (CSIC), Madrid, 1987.
8. Renaud S, Attie MC. La composition des aliments. Edition 1986. INSERM. Unité 63. Astra-Calvé, 1986.
9. Benito E. La dieta como factor de riesgo en el cáncer colorrectal. Tesis doctoral. 1990; Universitat Autònoma de Barcelona.
10. Alastue A, Sitges-Serra A, Jaurrieta E, Sitges-Creus A. Valoración de los parámetros antropométricos en nuestra población. *Med Clin (Barc)* 1982; 78: 407-415.
11. Ulbricht TLV, Southgate DAT. Coronary heart disease: seven dietary factors. *Lancet* 1991; 338: 985-992.
12. Varela G, Moreiras-Varela O, Requejo A. Tabla de ingestas recomendadas en energía y nutrientes para la población española. Instituto de Nutrición (I.N.E.). Madrid 1985. Tomo 2 (2.ª parte).
13. Bang HO, Dyerberg J, Sinclair HM. The composition of the Eskimo food in north western Greenland. *Am J Clin Nutr* 1980; 33: 2657-2661.
14. Bull NL, Day MJL, Burt R, Buss DH. Individual fatty acids in the British household food supply. *Human Nutr Appl Nutr* 1983; 37A: 373-377.
15. Benito E, Stiggelbout A, Bosch FX, Obrador A, Kaldor J, Mulet M, Muñoz N. Nutritional factors in colorectal cancer risk: A case-control study in Majorca. *Int J Cancer* 1991; 49: 161-167.
16. Carvajal A, Varela Moreiras G. Hábitos alimentarios y estado nutritivo, juzgados por la dieta, de la población del País Vasco. En: *Symposium de Nutrición. Problemas de la Nutrición en las Sociedades Desarrolladas*. Ed: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria 1988; 378-390.
17. Sáenz de Buruaga J, González de Galdeano L et al. Encuesta nutricional. En: *Documentos técnicos de salud pública*. Ed.: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria 1990.
18. Adelson S, Keys A. Diet and some health characteristics of 123 business and professional men. *U.S. Department of Agriculture Publ ARS* 6211, 1962.
19. Shekelle RB, Stamler J. Dietary cholesterol and ischaemic heart disease. *Lancet* 1989; 1: 1177-1179.
20. Pekkanen J, Linn S, Heiss G, Suchindram CM, Leon A, Rifkind BM, Tyroler HA. Ten-Year mortality from cardiovascular disease in relation to cholesterol level among men with and without preexisting cardiovascular disease. *N Engl J Med* 1990; 322: 1700-1707.
21. Carmena R. Dieta y colesterol sérico. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 56-59.
22. Banegas Banegas JR, Villar Álvarez F, Martín Moreno JM, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J. Relevancia de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en España. *Rev Clin Esp* 1992; 190: 321-327.
23. Riemersma RA, Wood DA, Macintyre CCA, Elton RA, Gey KF, Oliver MF. Risk of angina pectoris and plasma concentrations of vitamins A, C and E and carotene. *Lancet* 1991; 337: 1-5.

Original

El penjall estel en cirurgia de la mà

J. Canet i Adrover, J.M. Magrinyà i Bosch, M. Martínez i Muñoz, P. Suñer i Llabres*

Resum

S'exposen els criteris bàsics del penjall "estel" en cirurgia de la mà, des de la descripció anatòmica de la zona fins a les indicacions, amb referència a la tècnica quirúrgica. Es demostra la fiabilitat del penjall i la possibilitat d'estendre'l a altres aplicacions.

Introducció

D'entre les múltiples tècniques de cobriment cutani de la mà mitjançant la utilització dels penjalls vascularitzats en illa^{3, 7}, volem presentar-ne particularment un, el "penjall estel", descrit per Foucher el 1979³, enomenat així per la similitud i la imaginació ("cerf volant"). Es tracta d'un penjall provist d'un triple pedicle -arterial, venós i nerviós- que s'extreu del dors de la mà a l'altura de la segona articulació metacarpo-falàngica. En el nostre Servei en fem ús des del 1988, i ens és útil en alguns casos per a cobriments de pèrdues de substància del polze.

Bases anatòmiques. El sistema arterial intermetacarpia del primer espai està sotmès a una notable variabilitat anatòmica¹, tot i que l'artèria denominada intermetacarpiana dorsal, l'origen de la qual és a l'artèria radial al nivell de l'angle format pel primer i segon metacarpians, la podem trobar en situació

supra o sub-aponeuròtica en relació a l'aponeurosi del múscul primer interossi dorsal². Aquesta artèria té les seves terminacions a la pell del dors de la primera falange de l'índex i a la regió metacarpo-falàngica⁸.

Quant al sistema venós, cal assenyalar que, generalment, existeixen en aquesta zona dues venes de notable calibre, constants, de trajecte subcutani, responsables del drenatge del dors del segon dit.

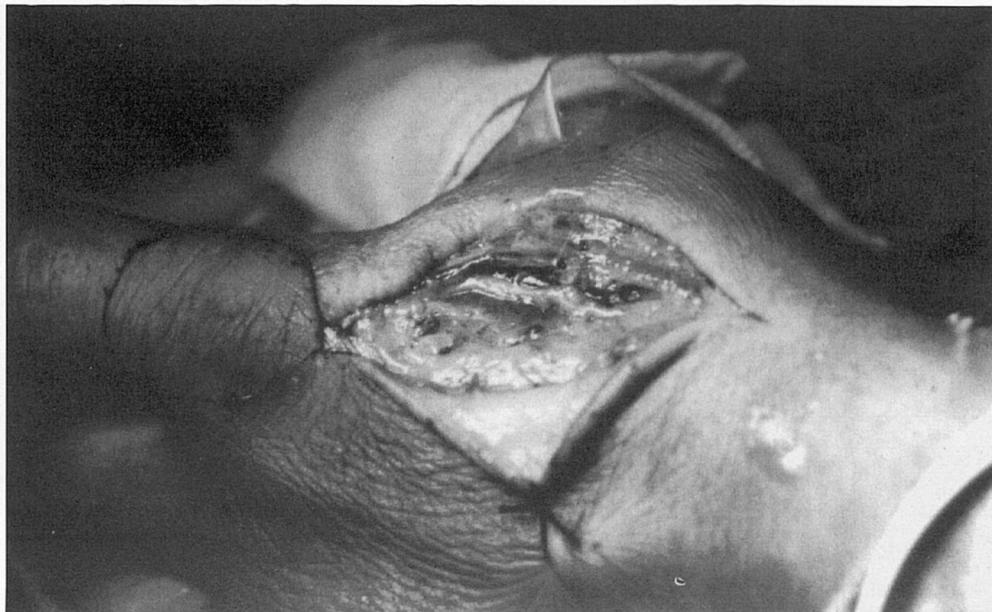
La innervació és tributària d'una branca terminal de la part sensitiva del nervi radial, subjectada també a múltiples canvis pel que fa al seu recorregut i relacions⁵.

Material i mètodes

Indicacions. Coincidint amb altres autors^{2, 3, 4, 5, 7}, la indicació fonamental és la pèrdua de substància dorsal del polze. L'empelt ha estat també utilitzat com a cobriment cutani en monyons defectuosos d'amputacions parcials del primer dit. Aquests cobriments es poden estendre a altres zones de la mà, especialment de la primera comissura⁸.

Tècnica quirúrgica. La realitzam sota anestèsia per plexe braquial i buidat sanguini, i per a la dissecció ens són molt útils les ulleres-lupa. Es dibuixa el penjall a la zona donant esmentada en funció de la lesió que cal cobrir (Fig. 1). L'acció quirúrgica s'inicia, després de la incisió cutània sinuosa en el primer espai intermetacarpia, dissecant en primer lloc l'artèria (AIMID), i a continuació es fa el mateix amb una de les venes regionals i amb la branca sensitiva del nervi radial. Identificats d'aquesta manera els tres elements del pedicle, procedim a "alçar" el penjall (Fig. 2), cosa que es realitza de distal a proximal; la lligadura venosa es fa a la part més distal del penjall mitjançant coagulació bipolar i es procura conservar intacte el peritendó. Aconseguida aquesta situació, el penjall es trasllada a la zona receptora per mitjà de tunelització subcutània. La zona donant és coberta amb un empelt dermoepidèrmic extret de l'eminència hipotenar. El postoperatori és senzill: únicament un benatge simple que cal canviar

*Clínica de la Mútua Balear (Palma de Mallorca). Servei de Traumatologia i Rehabilitació.

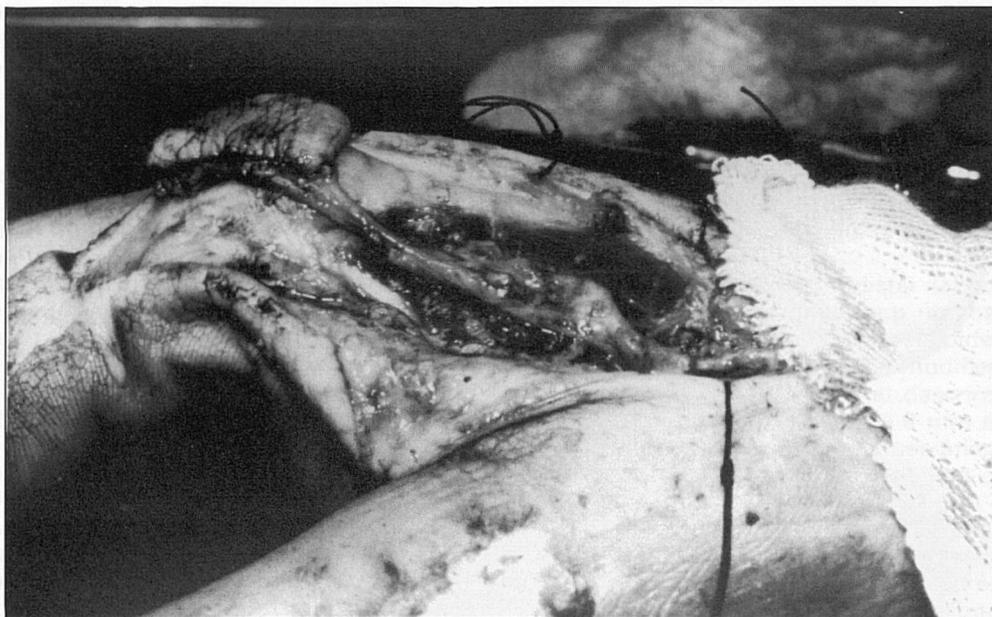


Fotografia 1. Penjall dibuixat. Inici de la dissecció del pedicle.

a les 48 hores. Els punts de pell són retirats als 12 dies.

Pacients. Hem realitzat la tècnica en set ocasions, totes les vegades en va-

rons, amb una mitjana d'edat de 29 anys. La mà més afectada ha estat l'esquerra. L'etiologia en tots els casos va ser traumàtica i laboral. Quant a la loca-



Fotografia 2. Pedicle dissecat. Penjall aixecat.



Fotografia 3. Pèrdua de substància (pell i tendó).

lització de la lesió, s'observaren quatre pèrdues de substància en el dors del polze (Fig. 3 i 4) i tres amputacions de la segona falange del primer dit (Fig. 5 i 6).

Pel que fa a les pèrdues dorsals, dues eren simples amb exposició de l'aparell extensor, una necrosi després de la reconstrucció d'un greu traumatisme del



Fotografia 4. Cas anterior ja cicatritzat.

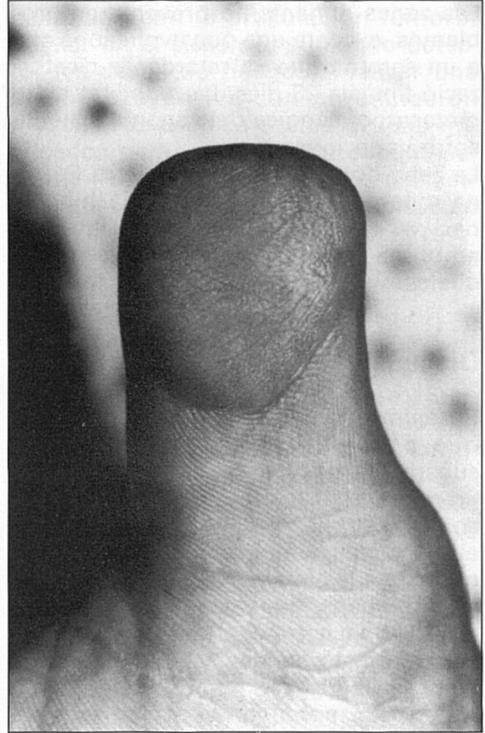


Fotografia 5. Monyó defectuós al polze.

polze amb exposició del material d'osteosíntesi, i una pèrdua de l'aparell extensor que als dos mesos de realitzat el penjall va necessitar un empelt tendinós. Les pèrdues de la segona falange del polze eren a causa de dos monyons defectuosos, producte d'una cicatrització per segona intenció, i d'un cobriment per empelt lliure rere una lesió per avulsió no reimplantable, lesió que en un segon temps, després del penjall, es va beneficiar d'un allargament.

Resultats

Cal tenir en compte que la valoració dels resultats és distinta si es tracta d'un cobriment en el dors del polze —on serà menys transcendent la sensibilitat— que si es tracta del cobriment d'un monyó. És a dir, si consideram el penjall únicament com a element de cobri-



Fotografia 6. Resultat final.

ment cutani o com a compost vàsculo-nerviós.

En els quatre casos del dors del polze, es va aconseguir la supervivència total del penjall, amb pell de bona qualitat que fins i tot va permetre, en un cas, realitzar un ulterior empelt tendinós. L'aspecte estètic va ser molt acceptable, amb molt bona "integració" a les zones veïnades.

En els casos de cobriment distal del polze tampoc no hi va haver cap necrosi, però en un observarem una desepidermització superficial que no va modificar el resultat final. La sensibilitat discriminativa als 14 mesos va ser de 9 mm en un, 10 en un altre, i en el tercer únicament es va observar una sensibilitat de defensa. Aquest cas va coincidir amb el que es va desepidermitzar en el postoperatori. L'"encoixinat" va ser correcte en els tres casos i no s'ha de fer cap esment de dolor residual al tracte o d'intolerància al fred.

Les zones donants no presentaren problemes, excepte una que evolucionà cap a un seroma que va retardar la cicatrització fins als 23 dies. La mobilitat de la metacarpofalàngica del segon dit no va sofrir variacions.

La zona donant de l'empelt lliure (la zona més cubital de l'eminència hipotenar) va cicatritzar per segona intenció amb una mitjana de 18 dies i sense seqüeles.

Discussió

Si tenim en compte l'arsenal terapèutic que posseïm per a les pèrdues de substància en la mà⁴, aquest penjall és un més d'entre el grup dels illots. Usat com a cobriment en el dors del polze té el principal avantatge en la seva bona qualitat, cosa que permet, com s'ha esmentat abans, nous gests quirúrgics secundaris. La comoditat del postoperatori és netament superior a la d'altres tipus de penjalls locals i, no cal dir-ho, als de distància. Emprat com a penjall sensible en el polze, el reservam únicament per a monyons d'amputació a l'altura de la primera falange, especialment en pacients als quals no resulten indicades altres tècniques més sofisticades. La qualitat cutània és excel·lent i la sensibilitat, tot i que no sigui "brillant", s'aconsegueix almenys que sigui de defensa. Per a la nostra curta experiència és clar que el penjall de Littler (penjall en illa extret de l'hemipalpis cubital del tercer dit) ofereix millors discriminacions, però també més costoses quant al temps de les "reintegracions" sensibles i majors les seqüeles pel que fa al dit donant.

És un penjall "fiable" que fa necessari, tot i que no sigui fàcil la seva dissecció, sobretot l'arterial, conèixer les possibles variacions anatòmiques de l'AIMD. Aquí esmentarem que el cas que va evolucionar amb la desepidermització va ser el

de dissecció arterial més difícil, perquè l'artèria era de calibre ínfim. Sempre ens hem quedat amb el dubte de saber si realment era permeable, perquè si no ho era, s'hauria tractat solament d'un cas de penjall "neuro-venós".

Conclusions

1. És una tècnica amb indicacions precises i limitades, destacant les pèrdues de substància dorsal del polze, i les amputacions o monyons defectuosos en les pèrdues de més de la meitat de la segona falange del primer dit.
2. La qualitat cutània és molt bona.
3. El nivell de sensibilitat és solament acceptable (quan s'empra com a penjall sensible).
4. La comoditat del postoperatori és superior a la d'altres tècniques.
5. Per a realitzar-lo és precís conèixer l'anatomia de la zona.

Bibliografia

1. Dautel G, Merle M, Borrelly J, Michon J. Variations anatomiques du reseau vasculaire de la premiere comisure dorsale. Applications au lambeau cerf-volant. *Annales de Chirurgie de la main*, 1989; 1: 53-59.
2. Earley. The second dorsal metacarpal artery neurovascular island flap. *The Journal of Hand Surgery*, 1989; BV, 4: 434-440.
3. Foucher G. A new island flap in surgery of the hand. *Plastic Reconstructive Surgery*, 1979; 63: 28-31.
4. Foucher G, Dury M, Boukaert M. Indications des "petits" ilots en chirurgie de la main. *Annals de Chirurgie de la main*, 1988; 2: 163-165.
5. Marin-Braun F, Merle M, Foucher G. Le Lambeau cerf-volant. *Annals de chirurgie de la main*, 1988; 2: 147-150.
6. Oberlin Ch, Sarcy JJ, Alnot JY. Apport arteriel cutane de la main. Application à la réalisation des lambeaux en ilot. *Annales de chirurgie de la main*, 1988; 2: 122-125.
7. Small F, Brennen R. The first dorsal metacarpal artery neurovascular island flap. *The journal of Hand Surgery*, 1988; BV, 2: 136-145.
8. Tubiana. Lambeau Cerf-Volant. *Traité de Chirurgie de la main*, 1984, II, 250-255.

Original

Estudio de las alteraciones rotulianas en el ciclismo

B. Marí*, T. Cabanes**

Introducción

La patología del aparato extensor de la rodilla en general y la rotuliana en particular son causa de lesiones frecuentes en la práctica del ciclismo, tanto competitivo como de aficionados. Las alteraciones anatómicas, morfológicas o funcionales de las diferentes estructuras que implican esta articulación son factores potenciales determinantes de lesionabilidad que se ve agravada, en muchos casos, por el ciclo de movimiento típico del pedaleo, que somete todas estas estructuras a sobrecargas importantes. En muchas ocasiones, alteraciones anormales de los ejes de carga del tren inferior o variaciones de los ángulos de apertura de la rótula o del canal troclear hacen que estas lesiones se manifiesten más frecuentemente en el ciclista. Otros factores externos como son los pedales, zapatillas de ciclismo, calapiés y altura del sillín pueden influir decisivamente en que las estructuras de la rodilla deban adaptarse a cambios de posición o fuerza realizada en el ciclo de pedaleo, induciendo a un mayor índice de lesionabilidad.

El objetivo de este estudio es intentar detectar el riesgo de lesionabilidad re-

lacionado con la articulación fémoropatelar en el ciclismo, pudiendo detectar los casos de riesgo y realizar una acción preventiva con potenciación muscular específica de los grupos implicados para conseguir su compensación y evitar los desequilibrios de fuerzas causantes de lesiones tan típicas en el ciclista como la condromalacia rotuliana.

Material y métodos

El estudio se ha realizado sobre 13 ciclistas, 12 hombres y una mujer, de alto rendimiento, pertenecientes a la Comisión Nacional Olímpica de Ciclismo.

El objetivo era buscar las alteraciones de la altura de rótula y las desviaciones axiales de la misma susceptibles de causar patología a este nivel, principalmente condromalacia rotuliana, ya que ésta es muy frecuente en el ciclismo cuando no se procede a la potenciación compensada de los músculos que conforman el cuádriceps, sobre todo del vasto interno, debido a que el propio deporte del ciclismo por sus características potencia más el vasto externo.

Para dicho estudio, se practicaron radiografías de la articulación de la rodilla en perfil de 30 y 90 grados y axiales de rótula a 30 y 60 grados. La medición de los ángulos, tanto en el momento de hacer las radiografías como en su posterior medición sobre las placas, se hizo con un goniómetro Motric de alta precisión. Para medir la altura rotuliana se han utilizado la línea de Blumensaat, el índice de Insall-Salvatti (LT/LP), el índice de Blackburne-Peel y el método de Labelle-Laurin, comparando posteriormente los resultados obtenidos por los diferentes sistemas (anexo 1).

En el estudio de las desviaciones axiales se ha medido el índice TA/GT, el ángulo de apertura rotuliano y el ángulo de apertura troclear (anexo 2), tomando referencias de normalidad sobre los trabajos publicados por Anglietti y Hougston. Todos los resultados hallados radiológicamente se compararon con la exploración clínica y con la sintomatología presentada en los casos que existía.

* Federación Balear de Ciclismo.

** Federación Española de Ciclismo.

Médicos especialista en medicina de la educación física y el deporte.

Resultados

La medición de la altura rotuliana mediante la línea de Blumensaat (gráfico 1), resulta muy poco fiable, dado su alto índice de falsos positivos de rótula alta. Coincidimos con otros autores (Vilarrubias et al.), en que el método debe abandonarse a pesar de su simplicidad, ya que puede ocasionar errores diagnósticos. Más fiable parece ser el método de Insall-Salvatti (gráfico 2), que establece un índice entre la longitud del tendón rotuliano y la longitud de la patela (LT/LP). El valor promedio oscila entre 1,01 y 1,06 con una desviación estándar de 0,13. Con este sistema encontramos 5 casos de rótula alta bilateral. No obstante, este método resulta erróneo y no valorable cuando existen secuelas de enfermedad de Osgood-Slatter o de síndrome de Larsen, ya que de esta manera la medición de la longitud del tendón rotuliano puede verse alterada.

El método de Blackburne-Peel (gráfico 3), también utiliza un índice, dividiendo la distancia entre el platillo tibial y la superficie articular de la rótula por la distancia de la cara articular de la rótula (A:B) (ver anexo 1). Los valores normales oscilan entre 0,54 y 1,06 con un valor medio de 0,8. Este sistema es el más recomendado por la bibliografía internacional para la medición de la altura rotuliana, ya que difícilmente se producen superposiciones radiológicas que pue-

GRÁFICO 2
MEDICIÓN SEGÚN MÉTODO DE
INSALL/SALVATI (LT/LP)

NOMBRE	ROD. DERECHA	ROD. IZQUIERDA
A.	0,96	1,22
S.	1	1
J.	Medición no válida por Osgood-Slatter	
E.	0,91	1,10
A.	1,13	0,96
G.	1,15	1,18
J.A.	1,34	1,37
J.	1,12	1,12
A.	1	1
J.	1	1,01
F.	1,14	1,30
J.J.	1,22	1,24
N.	1,22	1,15

B. Mari, T. Cabanes 1992
Referencias de valores normales en proyección de perfil a 30 grados:
Varones 1,04-1,01 (Arglietti) (D.E. 0,13).
Hembras 1,06-1,01 (Arglietti) (D.E. 0,13)

dan falsear la medición. A pesar de todo, hay que ser muy rigurosos en la medición goniométrica cuando se realizan los resultados, de lo contrario éstos pueden falsearse, puesto que si varía el ángulo de proyección cambiarán también las distancias y no se podrán comparar con los valores de referencias.

GRÁFICO 1
MEDICIÓN SEGÚN LÍNEA DE BLUMENSAAT
(Rx perfil 30°)

NOMBRE	ROD. DERECHA	ROD. IZQUIERDA
A.	R. alta	R. alta
S.	R. normal	R. normal
J.	R. alta	R. alta
E.	R. alta	R. alta
A.	R. alta	R. alta
G.	R. alta	R. alta
J.A.	R. alta	R. alta
J.	R. alta	R. alta
A.	R. alta	R. alta
J.	R. alta	R. alta
F.	R. alta	R. alta
J.J.	R. alta	R. alta
N.	R. alta	R. alta

B. Mari, T. Cabanes 1992

GRÁFICO 3
MEDICIÓN SEGÚN MÉTODO DE
BLACKBURNE/PEEL

NOMBRE	ROD. DERECHA	ROD. IZQUIERDA
A.	0,92	0,66
S.	0,60	0,90
J.	0,50	0,50
E.	0,65	0,84
A.	0,41	0,41
G.	0,75	0,87
J.A.	0,71	0,69
J.	0,53	0,63
A.	0,47	0,73
J.	0,70	0,47
F.	0,65	0,42
J.J.	0,56	0,86
N.	0,54	0,43

B. Mari, T. Cabanes 1992
Referencias de valores normales en proyección de perfil a 30 grados:
0,54-1,06.

Por último el método de Labelle-Laurin (gráfico 4), para la medición de la altura rotuliana creemos que es sumamente útil y sobre todo muy sencillo para detectar los casos de rótula alta. En nuestro estudio, los resultados han sido similares a los obtenidos por el Blackburne-Peel, que aunque es más fiable también es más difícil de calcular radiológicamente.

En el estudio de las alteraciones axiales de la rótula, analizamos en primer lugar el índice TA/GT, midiendo la distancia entre una línea trazada sobre la línea proyectiva de la tuberosidad tibial anterior y otra que se proyecta sobre ésta desde la cresta rotuliana (ver anexo 2). El índice normal TA/GT debe ser menor o igual de 14 mm, lo contrario indicaría una inestabilidad rotuliana que potencialmente puede causar patología. En nuestro estudio, hallamos 5 casos de inestabilidad rotuliana, lo que representa un 38,4 %. Aunque este método tiene una buena correlación, en ocasiones hemos detectado que es difícil visualizar radiológicamente la sombra superpuesta de la tuberosidad tibial anterior, por lo que esto puede afectar a la fiabilidad de los resultados si las radiografías no están técnicamente perfectas y con el grado de penetración adecuado para poder visualizar bien esta estructura. A parte de este problema técnico, nos

GRÁFICO 4
MEDICIÓN SEGÚN MÉTODO DE LABELLE/LAURIN (RX PERFIL 190°)

NOMBRE	ROD. DERECHA	ROD. IZQUIERDA
A.	N	R. alta
S.	N	N
J.	N	N
E.	N	R. alta
A.	N	N
G.	N	N
J.A.	N	N
J.	N	N
A.	R. alta	N
J.	N	N
F.	N	N
J.J.	N	N
N.	N	N

B. Mari, T. Cabanes 1992

GRÁFICO 5
ÍNDICE TA/GT

NOMBRE	ROD. DERECHA	ROD. IZQUIERDA
A.	18 mm	24 mm
S.	14	20
J.M.	10	12
E.	12,5	12,5
A.S.	12,5	9
G.	17	10
J.A.	15	12
J.	21	27
A.	19	22
J.M.	12	12
F.	26	27
J.J.	14	11
N.	16	20

Valor normal inferior a 14 mm
Dr. B. Mari, Dr. T. Cabanes 1992

parece un sistema válido y fácil de calcular (gráfico 5).

Otras mediciones que nos han resultado muy útiles para la detección de las desviaciones axiales de la rótula y el cálculo del riesgo de aparición de condromalacia rotuliana son el ángulo de apertura rotuliana (valores normales 120 a 140 grados), y el ángulo de apertura troclear (valores normales 110 a 135 grados) (gráficos 6 y 7). En nuestro estudio, hemos hallado un 53,8 % de ciclistas con mayor apertura de la normal del ángulo

GRÁFICO 6
ÁNGULO DE APERTURA ROTULIANO

NOMBRE	ROD. DERECHA	ROD. IZQUIERDA
A.	136°	135°
S.	137°	133°
J.	138°	140°
E.	157°	149°
A.	145°	131°
G.	153°	160°
J.	144°	136°
J.	144°	148°
A.	149°	152°
J.	133°	134°
F.	143°	144°
J.	140°	140°
N.	152°	148°

Ángulo normal de 120 a 140° (ver bibliografía)

Dr. B. Mari, Dr. T. Cabanes 1992

GRÁFICO 7
ÁNGULO DE APERTURA TROCLEAR

NOMBRE	ROD. DERECHA	ROD. IZQUIERDA
A.	145º	133º
S.	142º	138º
J.	140º	138º
E.	152º	145º
A.	136º	137º
G.	143º	158º
J.	141º	142º
J.	142º	136º
A.	136º	143º
J.	123º	131º
F.	127º	121º
J.	144º	137º
N.	139º	134º

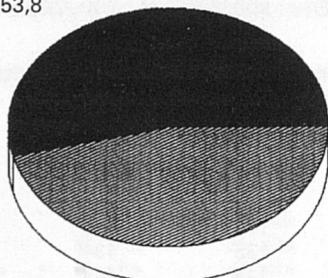
Ángulo normal de 110 a 135º (ver bibliografía)

Dr. B. Mari, Dr. T. Cabanes 1992

rotuliano (gráfico 8), y un 46,15 % con mayor apertura del ángulo troclear (gráfico 9). Estas variantes pueden considerarse en algunos casos fisiológicas. Otras por hipoplasia del cóndilo interno o hiperplasia del externo y creemos que, dada la corta trayectoria deportiva de estos ciclistas (menos de 10 años en la alta competición), no son producidas

GRÁFICO 8
ALTERACIONES DE LA RODILLA EN CICLISMO
ÁNGULO DE APERTURA ROTULIANO

APERTURA MAYOR
53,8



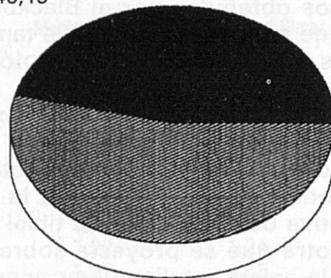
APERTURA NORMAL
46,2

MAYOR RIESGO TEÓRICO DE LESIONABILIDAD

Dr. B. Mari, Dr. T. Cabanes

GRÁFICO 9
ALTERACIONES DE LA RODILLA EN CICLISMO
ÁNGULO DE APERTURA TROCLEAR

APERTURA MAYOR
46,15



APERTURA NORMAL
53,85

MAYOR RIESGO TEÓRICO DE LESIONABILIDAD

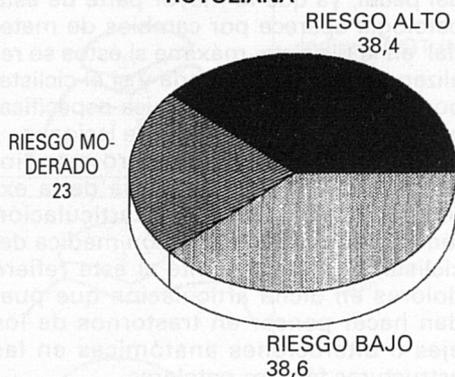
Dr. B. Mari, Dr. T. Cabanes

por desgastes consecutivos a la práctica del ciclismo, sino meros hallazgos radiológicos, pero que, en muchos casos, pueden influir en la aparición de condromalacia debido a la incongruencia del canal fémoro-patelar. Hay que tener en cuenta que un ciclista de competición entrena de 15.000 a 25.000 km anuales, indudablemente esto tiene una influencia sobre este canal fémoro-patelar, sobre todo si consideramos el número de pedaladas/km. Cuando existen alteraciones anatómicas a la larga se produce patología que puede verse desencadenada por determinados factores como el cambio de pedales, zapatillas o desarrollos altos que pueden influir en el cambio de las fuerzas biomecánicas que actúan sobre la articulación. Sobre estas bases hemos estimado unos riesgos potenciales de condromalacia rotuliana que serían los siguientes: (gráfico 10).

- Riesgo alto 38,4 %
- Riesgo moderado 23 %
- Riesgo bajo 38,6 %

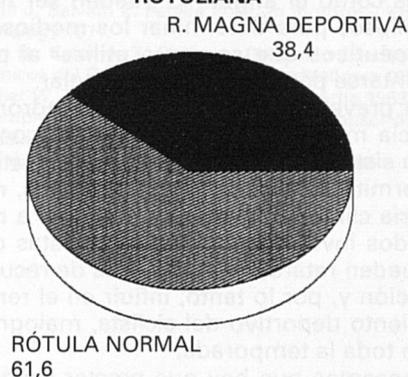
Pensamos que el riesgo de condromalacia en el ciclismo no es aplicable a otros deportes, ya que el índice de sollicitación de la articulación fémoro-rotuliana no se halla sometido a un stress tan alto como en el ciclismo, no obstante hemos de-

GRÁFICO 10
ALTERACIONES ROTULIANAS EN EL
CICLISMO
RIESGO DE CONDROMALACIA
ROTULIANA



VALORACIÓN DEL RIESGO DE CONDROMALACIA
 B. Mari, T. Cabanes 1992

GRÁFICO 12
ALTERACIONES ROTULIANAS EN EL
CICLISMO
VARIACIONES DE LA MORFOLOGÍA
ROTULIANA



INCIDENCIA DE RÓTULA MAGNA DEPORTIVA
 B. Mari, T. Cabanes 1992

tectado casos frecuentes en basket y atletismo de fondo.

Complementariamente al estudio, se ha realizado una revisión morfológica de las estructuras de la rodilla, ambas rótulas, 2 casos de Osgood-Slatter y 5 casos de Patela Magna de tipo deportivo (gráfi-

cos 11 y 12), lo cual representa un índice de 38,4 % de Patela Magna deportiva, porcentajes similares a los detectados por Müller en futbolistas (34 %). El efecto de la Patela Magna deportiva se produce por el stress al que está sometida ésta por las fuerzas laterales de tracción, lo que motiva una reacción ósea en los márgenes de la rótula que le permiten efectuar un mayor reparto de las fuerzas de compresión por unidad de superficie rotuliana.

GRÁFICO 11
ALTERACIONES MORFOLÓGICAS
DETECTADAS

NOMBRE	ROD. DERECHA	ROD. IZQUIERDA
A.	Diferencias morfológicas entre ambas rótulas	
S.	Patela magna de tipo deportivo	
J.	Restos de Osgood-Slatter fraccionado bilateral	
E.	Patela magna de tipo deportivo	
A.		
G.		
J.		
J.	Patela magna de tipo deportivo, Osgood izqdo.	
A.	Patela magna de tipo congénito o deportivo	
J.	Patela magna de tipo deportivo	
F.		
J.		
N.		

B. Mari, T. Cabanes 1992

Discusión

Pensamos que el estudio radiológico de las estructuras fémoro-patelares es sumamente útil para la detección precoz de las desviaciones axiales de la rótula y de los desplazamientos superiores e inferiores de ésta, que sin duda acelerarán la aparición de patología fémoro-patellar, sobre todo en deportes en que esta articulación está sometida a un alto índice de stress como en el caso del ciclismo. Este estudio se hace indispensable cuando aparecen signos o síntomas compatibles con patología fémoro-patellar para proceder a su corrección, bien sea a través de la potenciación de grupos

musculares específicos, fisioterapia y cirugía, siempre y cuando no se halle mejoría clínica con los demás tratamientos prescritos. La valoración de otros índices como el ángulo Q pueden ser muy valiosos para determinar los medios terapéuticos que se van a utilizar al presentarse patología fémoro-patelar.

La prevención del riesgo de condromalacia mediante ejercicios específicos es un sistema práctico, útil y no traumático, permitiendo, en muchas ocasiones, mejoría clínica sin tener que recurrir a métodos invasivos o intervencionistas que pueden retardar los procesos de recuperación y, por lo tanto, influir en el rendimiento deportivo del ciclista, malogrando toda la temporada.

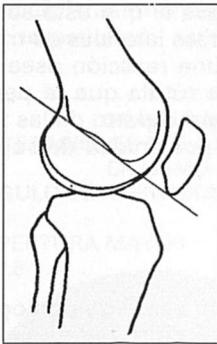
Pensamos que hay que prestar especial

atención al material deportivo utilizado, sobre todo en los tipos de pedales y fijaciones, así como en la altura del sillín, tipo de cuadro y longitud de las manivelas del pedal, ya que la mayor parte de esta patología aparece por cambios de material en la bicicleta, máxime si éstos se realizan en plena temporada y si el ciclista, por una alteración anatómica específica, está predispuesto a tal tipo de lesiones.

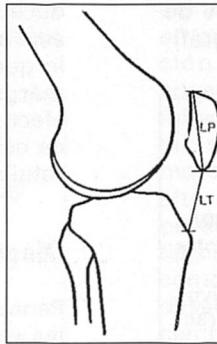
Como conclusión de nuestro estudio, destacaríamos la importancia de la exploración minuciosa de la articulación fémoro-patelar en la revisión médica del ciclista, primordialmente si este refiere dolores en dicha articulación que puedan hacer pensar en trastornos de los ejes o alteraciones anatómicas en las estructuras fémoro-pelares.

Anexo 1

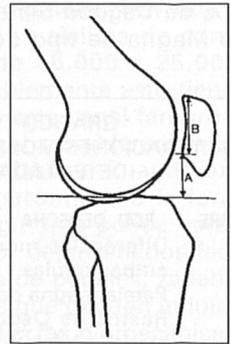
Estudio de las alteraciones de la altura rotuliana RX rodilla perfil a 30° y 90°



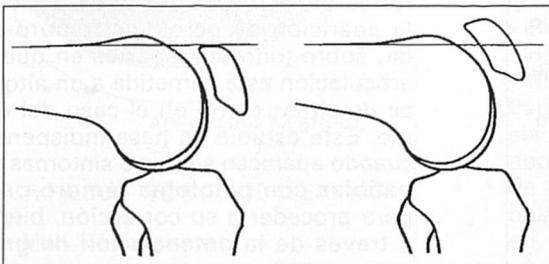
L. de Blumensaat



Insall/Salvatti (LP/LT)
1.01/1.04 M
1.01/1.06 F



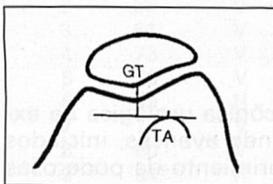
Blackburne/Peel
0.54/1.06



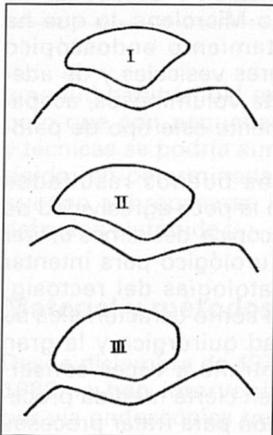
Método Labelle/
Laurin

Anexo 2

Estudio de las desviaciones axiales de la rótula. RX axiales de rótula a 30° y 60°



Índice TA/GT (N-14 mm)



Ángulo de apertura rotuliano (N-130°)

Ángulo del sulcus o apertura troclear (N 140°)

Bibliografía

- Blackburne JS, Peel TE. A new Method of measuring patellar height. J Bone Joint Surg 1977.
- Ficat RP. Pathologie fémoro-patellaire. Ed. Masson. Paris 1970.
- Insall J, Salvati E. Patella Position in normal Knee. Radiology 1971.
- Mari B, Cabanes T. Ciclismo. Colección Cuadernos Técnicos del Deporte. nº 3. Palma de Mallorca 1990.
- Müller W. The Knee. Springer Verlag. Berlín 1983.
- Vilarubias JM. Patología del Aparato Extensor de la Rodilla. Monografías Icatme. Ed Jims. Barcelona 1986.

Original

Patología rectosigmoidea. Tratamiento mediante el resectoscopio urológico: nuestra experiencia

E. de Sala O' Shea*, M. Zurita Romero**, Mas Cánaves**, A. Carme Rauet**, J.M. López de Carlos** y J. Darder Cirera***

Resumen

Se presenta una serie de 10 pacientes (1977-1986) a los que se les han practicado 12 intervenciones endoscópicas con el resectoscopio urológico, para tratar diferentes patologías en la región rectosigmoidea. Se comenta la técnica quirúrgica seguida por nosotros y su semejanza con la resección transuretral de los tumores vesicales.

Destacamos la ausencia de complicaciones quirúrgicas o postoperatorias inmediatas, así como la poca agresividad que comporta la técnica. No encontramos alteraciones analíticas en el ionograma postoperatorio, siendo la media de estancia hospitalaria inferior a 4 días.

Encontramos una indicación precisa en

pacientes cuya patología no haya sido resuelta por métodos endoscópicos convencionales, antes de emplear una técnica quirúrgica a cielo abierto.

Introducción

La cirugía endoscópica urológica ha experimentado grandes avances, iniciados ya con el descubrimiento de poderosas fuentes de iluminación y de ópticas de amplia visión tipo Microlens, lo que ha permitido el tratamiento endoscópico de grandes tumores vesicales y de adenomas de próstata voluminosos, acaparando casi totalmente este tipo de patología.

Animados por los buenos resultados obtenidos junto a la poca agresividad de esta cirugía endoscópica, decidimos utilizar el resectoscopio urológico para intentar tratar algunas patologías del rectosigma. El recto tiene como característica su mala accesibilidad quirúrgica y la gran dificultad que entraña a veces conservarle, y repugna en cierta medida proceder a su extirpación para tratar procesos en principio benignos.

Por otra parte el rendimiento como instrumento quirúrgico del fibrocoloscopio flexible, queda casi reducido al tratamiento endoscópico de pólipos intestinales no excesivamente grandes, pero sí necesariamente bien pediculados, junto a la toma de biopsias en el resto de las lesiones, requiriendo su visión una luz intestinal previamente limpia al ser su capacidad de lavado mínima, siendo utilizado el aire como medio de distensión de la luz intestinal.

El resector urológico que fue utilizado (Storz 27040 E), reúne para este tipo de patología las siguientes características: 1) visión de gran calidad por tratarse de una óptica rígida; 2) uso de líquido de lavado (solución de glicina) para el arrastre de restos fecales, moco o sangre, que permitirá una visualización perfecta de la lesión a tratar; 3) posibilidad de gran rendimiento quirúrgico por su asa de electrorresección o coagulación, según necesitemos. Como limitaciones podemos destacar: a) lesiones situadas a más de 20-25 cm del reborde anal,

Servicio de Urología (Dr. M. Ozonas Moragues).
Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

* Servicio de Urología.

** Departamento de Cirugía y Digestiva (Dr. J.A. Soro).

*** Servicio de Anestesia y Reanimación (Dr. M. Barrios).

TABLA I

CASO	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO	DÍAS POSTOP	EVOLUCIÓN	COMPLICACIONES
1	41	H	Rectitis crónica	6	Buena	Recidiva operada
2	56	V	Aden velloso Recto	2	Buena	Recidiva. Estenosis
3	61	V	Aden velloso Recto	2	Buena	Ninguna
4	73	V	Aden velloso Recto	1	Buena	Ninguna
5	70	V	Aden velloso Recto	3	Buena	Ninguna
6	49	H	Aden velloso Recto	2	Buena	Ninguna
7	75	V	Aden velloso Recto	8	Buena	Ninguna
8	60	V	Pólipo hiperplásico	3	Buena	Ninguna
9	54	H	Poliposis familiar	1	Buena	Ninguna
10	59	H	Neo Recto Irresecab	4	Buena	Ninguna

longitud habitual del resector urológico, pero que con pequeñas modificaciones y técnicas se podría aumentar y b) al ser rígido, en determinadas situaciones no pueden sobrepasarse las angulaciones del colon sigmoide.

Material y métodos

Desde diciembre de 1977 a diciembre de 1986 se han intervenido 10 pacientes por vía endoscópica transanal con el resector convencional, usado habitualmente para el tratamiento de tumores vesicales, es decir, óptica de 30°, vaina sin pico y solución de glicina como líquido de lavado. Han sido 6 hombres y 4 mujeres, cuyos límites de edad varían entre 41 y 75 años y una edad media de 60 años entre ambos sexos.

Salvo en 2 casos urgentes, procedimos a la preparación de los pacientes como para cirugía colorrectal. No se usaron antibióticos. El equipo quirúrgico siempre estuvo constituido por urólogo-cirujano, ante la eventualidad de ser necesaria una lapatomía urgente.

Bajo anestesia general y por lo común raquídea, se coloca al paciente en posición de resección endoscópica, algo más elevado de lo normal en estos casos. La asepsia es poco importante. Se debe estar bien protegido contra el agua. La fuente de luz, electrobisturí y líquido de lavado, en las mismas condiciones que para la cirugía endoscópica urológica. Se procede a la introducción anal de un resector calibre 27 Ch, practicándose a continuación una explora-

ción rectosigmoidea exhaustiva, para reconocer la lesión o lesiones a tratar. El líquido de lavado distiende el recto (ocasionalmente se requiere dilatación anal) permitiendo una visión perfecta y saliendo por el ano al alcanzar una pequeña presión.

La edad, sexo, diagnóstico, días postoperatorio, evolución y complicaciones, se detallan en la Tabla I.

Las intervenciones quirúrgicas consistieron en la resección y coagulación de la base. No se presentó ninguna perforación yatrogénica. Se transfundió a un paciente, ya que por el gran tamaño del pólipo se produjo importante cuadro hemorrágico peroperatorio. En 2 casos tuvimos que actuar con carácter de urgencia debido a rectorragias masivas, que ya habían requerido 2 y 5 litros de sangre (rectitis hemorrágica y adenoma velloso sangrante), resolviéndose satisfactoriamente ambos casos. En el postoperatorio inmediato no evidenciamos distensión abdominal en ningún caso como tampoco alteración hidroelectrolítica. Todos los pacientes presentaron deposiciones líquidas y en dos casos con restos hemáticos. No hipertermia. Alta hospitalaria entre las 24 horas y los 8 días.

Perdimos un paciente a los 7 meses (afectado de cáncer de recto metastásico ya inicialmente). Dos casos presentaron recidiva (adenoma velloso y pólipos hiperplásicos) y que fueron nuevamente intervenidos. Entre las complicaciones tardías destacamos una discreta estenosis rectal a los 3 meses de la intervención, en un paciente que precisó de una

resección circunferencial total intestinal y no recidivada hasta la fecha.

Discusión

La patología rectosigmoidea más adecuada para el tratamiento endoscópico son los pólipos y adenomas vellosos rectales, teniendo su aplicación más precisa cuando la base es amplia. Destacamos su aplicación en la resolución de rectorragias importantes no resueltas por métodos convencionales, como en nuestros dos casos.

La técnica quirúrgica es tan semejante a la de la resección de tumores vesicales, que nos parece estar dentro de la cavidad vesical. Evidentemente el riesgo de perforación es mayor debido a que la pared colorrectal es más delgada que la vesical, exigiendo pues una técnica cuidadosa. En ocasiones la localización del tumor puede resultar difícil al poder confundirse su periferia con los pliegues intestinales.

La hiponatremia, tan habitual en las resecciones prostáticas y menores en los tumores vesicales, no se ha detectado en ninguno de nuestros pacientes, aunque es un parámetro a vigilar en el postoperatorio.

Respecto a la poca agresividad de la técnica, podemos observar el período

transcurrido desde la intervención hasta el alta hospitalaria, observándose que las 3/4 partes de los pacientes fueron dados de alta antes de los 4 días, prolongándose más el momento de la misma por el estado precario del paciente, más que por la propia técnica en sí misma.

Conclusiones

El tratamiento de cierta patología rectosigmoidea mediante el resector urológico convencional nos parece una técnica poco agresiva que puede solucionar de manera rápida y satisfactoria unas situaciones imposibles de solucionar con el fibrocolonoscopia y que serían tributarias de cirugía abdominal importante e incluso mutilante. El uso de soluciones isotónicas de glicina en la luz intestinal no comporta complicaciones especiales, siendo semejante sus efectos a los de un enema de limpieza.

Bibliografía

1. Blandy JP. Resección transuretral. Ed JIMS, 1981.
2. Gayá J, Obrador A, Ozonas M, Salas E. Use of the urologic resectoscope in rectal pathology. Endoscopy, 1983; 15: 260-262.
3. Greene JF, Segura JW. Transurethral surgery. W.B. Saunders Co. 1979.

Revisión

Comparación entre colecistectomía por métodos mínimamente invasivos y la colecistectomía clásica

A. Pagán Pomar*, J. Ruiz Roselló**, J. Lago Rodríguez**, J.A. Soro Gonsálvez***

Desde la realización de la primera colecistectomía por Langenbuch en 1882 a través de una incisión en T, se han propuesto unas vías de acceso distintas e incluso unos tratamientos no quirúrgicos alternativos.

El desarrollo de técnicas mínimamente invasivas ha estimulado a los cirujanos a desarrollar distintas técnicas que hagan factible el tratamiento de la patología biliar con una mínima agresión.

Nosotros revisamos nuestra práctica con 31 pacientes a los que se practicó colecistectomía a través de una incisión subcostal mínima y los comparamos a 216 pacientes a los que se practicó colecistectomía por medio de laparotomía transrectal derecha según la metodología tradicional.

*Adjunto Servicio de Urgencias.

**Adjunto Servicio de Cirugía General.

***Jefe de Departamento y Servicio de Cirugía General.

Hospital Son Dureta.

Pacientes y métodos

Revisamos 216 pacientes a los que se practicó colecistectomía por laparotomía transrectal derecha entre junio de 1986 y septiembre de 1987. Entre febrero y diciembre de 1991 se han practicado 31 colecistectomías a través de una incisión subcostal de 6 centímetros como longitud media (con unos límites entre 4 y 9 centímetros). La edad media de los pacientes fue de 56 años, límites entre 30 y 75 años, 13 varones y 11 hembras. Los dos grupos eran comparables entre sí, con una edad media, para los pacientes con colecistectomía por laparotomía transrectal de 58 años con límites entre 23 y 80 años, 74 varones y 142 hembras. En los dos grupos de pacientes se ha excluido el diagnóstico de coledocolitiasis. El diagnóstico que determinó la indicación quirúrgica en el grupo de colecistectomía por laparotomía transrectal fue de 93 pacientes con cólico biliar (43%), 67 con colecistitis aguda (31%), 52 con colecistopancreatitis (24%) y 4 con epiema vesicular (2%). Todos los pacientes fueron sometidos a fase de enfriamiento y operados entre 1,5 y 3 meses tras el brote agudo (Tabla I). Se comparan estancias hospitalarias, complicaciones postoperatorias y la fiabilidad de la ecografía como única prueba complementaria evitando la colangiografía peroperatoria salvo en los casos en que se apreciaban signos inequívocos que obligarían a su realización.

Técnica quirúrgica

La colecistectomía por laparotomía se realizó con anestesia general, mediante incisión transrectal derecha y en todos los pacientes se practicó colangiografía peroperatoria. Tras la colecistectomía se dejó un drenaje de penrose por contraincisión.

La colecistectomía por minilaparotomía con los pacientes bajo anestesia general, con una incisión subcostal de 6 centímetros de longitud de media y unos límites entre 4 y 9 centímetros. La posición del paciente eran en hiperextensión de la columna vertebral. Se practicó mioto-

TABLA I
INDICACIÓN COLECISTECTOMÍA

	Colecistectomía	
	M. clásico (n = 216)	Minilaparoscopia (n = 31)
Cólico biliar	93 (43 %)	15 (48 %)
Colecistitis aguda	67 (31 %)	14 (45 %)
Colecistopancreatitis	52 (24 %)	1 (6,5 %)
Empiema vesicular	4 (2 %)	1 (6,5 %)

mía del recto anterior. Se utilizaron hemoclips de Weeck para la oclusión de la arteria y del conducto cístico en la mitad de los pacientes y en el resto ligaduras dobles de seda de 2/0 para el conducto cístico y ligaduras simples para la arteria cística. Se practicó colangiografía peroperatoria en 18 de los 31 pacientes y se mantuvo drenaje aspirativo cerrado 24 horas en 24 de los 31 casos.

Resultados

En el grupo de 31 pacientes intervenidos por minilaparotomía la ecografía fue diagnóstica de colelitiasis en el 100 %.

La ecografía abdominal diagnóstico de colelitiasis a 190 pacientes de los 216 estudiados (87 %), informó la dilatación de la vía biliar principal sin coledocolitiasis en 11 casos (6 %), informó de coledocolitiasis no comprobada por colangiografía peroperatoria en 6 casos (2,7 %) y no informó de dilatación de vía bi-

liar principal, aunque sin coledocolitiasis, en 9 casos (4 %).

En ningún grupo hubo mortalidad. De los 31 pacientes intervenidos por minilaparotomía, 4 presentaron complicaciones, 8 % de los casos (1 arritmia cardíaca, 2 retenciones de orina y 1 infección de la herida).

De los 216 pacientes intervenidos por laparotomía transrectal derecha, 26 presentaron complicaciones postoperatorias, 12 % de los casos (11 infecciones de la herida, 3 filtraciones de bilis por orificio de drenaje, 1 hemorragia de la herida quirúrgica, 1 insuficiencia renal aguda de causa prerrenal, 7 íleos prolongados, 1 infección urinaria, 1 arritmia cardíaca y 1 neumonía) (Tabla II).

En el grupo de 216 pacientes se practicaron 14 coledocotomías por dilataciones documentadas al realizar la colangiografía peroperatoria sin que en ninguna de ellas se obtuviesen cálculos en el interior del colédoco; en 1 de las 14 coledocotomías se practicó una papiloplastia transduodenal.

TABLA II
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

	M. Clásico 26/216	Minilaparotomía 4/31
Arritmia	1	1
Retención orina	0	2
Infección herida	11	1
Filtración bilis	3	0
Hemorragia herida	1	0
Insuficiencia renal	1	0
Íleo prolongado	7	0
Infección orina	1	0
Neumonía	1	0

TABLA III
COMPARACIÓN ENTRE MINILAPAROTOMÍA Y LAPAROTOMÍA

	Colecistectomía	
	M. Clásico	Minilaparotomía
Complicaciones postoperatorias	10 %	3,2 %
Estancia hospitalaria	9,5 días	3 días

La estancia hospitalaria en el primer grupo fue de 3 días como media con unos límites entre 1 y 6 días. Para el segundo grupo, colecistectomía por laparotomía, la estancia fue de 9,5 días con unos límites entre 5 y 37 días.

Discusión

La minilaparotomía es una buena vía de acceso para la extirpación de la vesícula biliar, que en nuestro caso siempre ha sido posible, si bien es cierto que los pacientes fueron previamente seleccionados y se excluyeron todos aquellos casos en los que la clínica-analítica hacía sospechar la presencia de coledocolitiasis y la ecografía detectaba la presencia de coledocolitiasis o mencionaba la existencia de una dilatación de la vía biliar principal.

Las complicaciones quirúrgicas a nivel local, atribuidas propiamente a la técnica quirúrgica desarrollada, se reducen significativamente en el grupo de la minilaparotomía presentando tan sólo 1 caso en que aparece infección de la herida (3,2 %), mientras existen 11 casos de infección de la herida, 3 filtraciones de bilis por el orificio de drenaje, 1 hemorragia de la herida laparotómica y 7 íleos prolongados en los pacientes con laparotomía transrectal derecha (10 %).

La estancia hospitalaria se reduce significativamente en el grupo de la minilaparotomía, 3 días, frente a la estancia

que presentan los pacientes con laparotomía transrectal derecha, 9,5 días. Esta estancia se ve favorecida en los pacientes que presentan problemas en el postoperatorio, y en estos pacientes es de 12 días como media con unos límites entre 8 y 33 días (Tabla III).

Todo ello y si tenemos en cuenta que esta técnica puede ser desarrollada con el mismo instrumental con el que se efectúa la laparotomía transrectal creemos que representa un elevado beneficio financiero y además de procurar menor número de complicaciones y menor dolor en el postoperatorio con ventajas estéticas añadidas.

La principal desventaja es la necesidad de una rigurosa selección de los pacientes ante la imposibilidad obvia de realizar técnicas quirúrgicas sobre el colédoco. Debiendo tener en cuenta la posibilidad de ampliar la incisión ante la presencia de cálculos en la vía biliar principal para evitar yatrogenias.

Bibliografía

1. Reddick EJ, Olsen DO. Laparoscopic laser colecystectomy. *Surg Endosc* 1989; 3: 131-133.
2. Grace PA, Quereshi A. Reducción de la hospitalización postoperatoria con la colecistectomía laparoscópica. *Br J Surg* 1991; 78: 160-162.
3. García-Valdecasas JC, Almenara R. Subcostal incision versus midline laparotomy in gallstone surgery: a prospective randomised trial. *Br J Surg* 1988; 75: 473-475.
4. Ruíz Rosello J, Pagán Pomar A, Gamundi Cuesta M, Abad de Castro S, Frau Tugores A, Soro González JA. Colecistectomía por minilaparotomía. *Medicina Balear* 1992; 7: 135-138.

Revisión

Síndrome de los anticuerpos antifosfolípido (y II): Estrategia terapéutica

L. Pallarés, I. Usandizaga, A. Payeras*

Introducción

Desde la definición del síndrome de los anticuerpos antifosfolípido (AAF), o síndrome antifosfolípido (SAF) en 1986, hasta la actualidad, han sido numerosos los trabajos y estudios realizados sobre esta entidad. También han sido muchos los avances conseguidos en el conocimiento de las manifestaciones clínicas asociadas a estos anticuerpos y de los posibles mecanismos etiopatogénicos, si bien quedan todavía muchas incógnitas por resolver¹⁻⁸.

Uno de los aspectos aún no resuelto en el SAF es el tratamiento. Desde el conocimiento de esta entidad se han ensayado diferentes pautas de tratamiento que incluían la administración de corticoides, inmunosupresores, inmunoglobulinas y plasmaféresis, de forma aislada o en combinación. En la actualidad, estas pautas no están indicadas en el tratamiento de los anticuerpos antifosfolípidos (AAF), salvo que se requieran para el control de una enfermedad de base asociada, como el lupus eritematoso sistémico (LES).

El tratamiento de los enfermos con AAF se basa en la premisa de que éstos desempeñan un papel etiopatogénico en el desarrollo de las manifestaciones clínicas asociadas. Por este motivo, una aproximación al manejo de estos pacientes sería proceder de forma similar a como se actúa con los pacientes con otros factores de riesgo trombótico, como tabaquismo, hipertensión o hiperlipidemia. Esto implicaría, en primer lugar, intentar suprimir los AAF y, en segundo lugar, la utilización apropiada en cada caso de agentes antiagregantes, anticoagulantes o fibrinolíticos⁹.

Actitud terapéutica

La actitud terapéutica expuesta a continuación se resume a modo de esquema en la tabla I.

1. Eliminación de los AAF

La administración de fármacos inmunosupresores o gammaglobulinas y la plasmaféresis consiguen en algunos casos la eliminación de los AAF. Sin embargo, tras la supresión de estas terapias se produce normalmente una nueva elevación de estos anticuerpos (efecto rebote). Asimismo, solamente un tercio de los pacientes con AAF desarrolla fenómenos trombóticos y no existe una clara evidencia de que la administración de inmunosupresores evite la aparición de estos fenómenos.

Por ello, el uso de inmunosupresores no está indicado, excepto si se requiere para el control de la enfermedad de base, como el LES.

2. Eliminación de los factores de riesgo trombótico

Dado que pueden potenciar el riesgo trombótico, en los pacientes con AAF es preciso actuar enérgicamente contra la presencia de otros factores de riesgo, como hipertensión, hiperlipemia, tabaquismo, antecedentes de trombosis, síndrome nefrótico o sedentarismo. Mención especial requiere el uso de anticonceptivos orales. Se han descrito varios casos de fenómenos trombóticos graves en pacientes con AAF al iniciar una pauta

*Grupo de Trabajo en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas.
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

TABLA I
ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN EL SAF

- **Factores de riesgo**
 - Hipertensión arterial
 - Dislipemias
 - Hábito tabáquico
 - Sedentarismo
 - Anticoncepción oral
 - Antecedente de trombosis
- **Profilaxis arterial**
 - Antiagregantes plaquetarios (AAS: 100 mg/día)
 - Niveles AAC moderados-altos persistentes (IgG)
 - Actividad AL mantenida
 - Factores de riesgo vascular
- **Profilaxis venosa**
 - Heparina (subcutánea: 25.000, o endovenosa: 40.000 u)
 - Sedentarismo
 - Hospitalización
 - Intervención quirúrgica
- **Complicaciones tromboticas**
 - Heparina (Howell 10-15 m)
 - Dicumarínicos (INR aprox. 3-4)
 - Durante períodos largos o continuo (efecto rebote)
 - Control estricto coagulación
- **Prevención abortos repetición**
 - Antiagregantes plaquetarios (AAS: 50-100 mg/día)
 - Corticoides (PDN 15-20 mg/d)
 - Elevación niveles AAF
- **Trombocitopenia**
 - Antiagregantes plaquetarios (AAS: 50-100 mg/día)
 - Danazol (200 mg/6-8 horas)
 - Corticoides (PDN 1 mg/kg/día)
 - Inmunosupresores (AZT 2-3 mg/kg/día)
- **SAF catastrófico**
 - Anticoagulantes
 - Plasmáferesis

AAS: ácido acetilsalicílico

PDN: prednisona

AZT: azatioprina

anticonceptiva oral con estrógenos¹⁰. Sería prudente, por tanto, evitar el uso de estos fármacos en estas pacientes.

3. *Profilaxis de las trombosis arteriales en pacientes asintomáticos*

La profilaxis de las trombosis arteriales es controvertida en la población general y aún lo es más en los pacientes con AAF. Se recomienda, no obstante, la ad-

ministración de antiagregantes plaquetarios¹¹, ácido acetilsalicílico (AAS) (100 mg/día) en aquellos pacientes que presentan de forma persistente títulos altos de anticuerpos anticardiolipina del isotipo IgG o actividad anticoagulante lúpico mantenida. Esta pauta sería también recomendable en aquellos pacientes con AAF y otros factores de riesgo trombotico adicionales. La hidroxicloroquina ha demostrado poseer efectos antiagregantes, y su uso podría estar indicado como fármaco de segunda elección.

4. *Profilaxis de las trombosis venosas en pacientes asintomáticos.*

Es también recomendable la profilaxis de las trombosis venosas con heparina en aquellos pacientes con AAF sometidos a intervenciones quirúrgicas, o que requieren largas estancias de encamamiento. Dado que estos pacientes suelen tener cierta resistencia a la heparina, suele ser necesaria la utilización de dosis más altas que las habituales (10.000-15.000 unidades) en la población general. Así, los pacientes con AAF suelen requerir 25.000 unidades diarias de heparina subcutánea o 40.000 de heparina endovenosa.

5. *Tratamiento de las complicaciones tromboticas*

En la población general, las indicaciones para la administración de los fármacos antiagregantes, anticoagulantes o fibrinolíticos dependen de la localización de las trombosis y de sus características clínicas. La experiencia en el tratamiento de los pacientes con AAF y fenómenos tromboticos se basa fundamentalmente en estudios retrospectivos y, por lo tanto, de un valor limitado. Así pues, es recomendable, hasta que no se disponga de los resultados de estudios prospectivos protocolizados actualmente en marcha, seguir las mismas pautas terapéuticas que en la población general con fenómenos tromboticos, iniciando anticoagulación con heparina sódica y dicumarínicos.

Sin embargo, en los casos en que se efectúe anticoagulación es preciso tener en cuenta algunas consideraciones especiales:

- a. Debido a la elevada frecuencia de recurrencia de los fenómenos trombóticos, los pacientes requerirán la anticoagulación durante largos períodos de tiempo y, probablemente, de por vida.
- b. En caso de usar heparina, el control de la coagulación debe efectuarse mediante el test de Howell, y no mediante el test de la cefalina (TTPA). El tiempo ideal de formación del coágulo en estos pacientes debe ser de 10-15 minutos. Los niveles de heparina o el tiempo de trombina también pueden usarse para monitorizar a estos pacientes.
- c. En caso de usar dicumarínicos, hay que tener en cuenta que en muchos casos se ha observado cierto grado de resistencia a estos anticoagulantes orales, por lo que se requieren dosis relativamente más altas, con la finalidad de mantener unos índices normalizados (INR) alrededor de 3-4, en lugar de los habituales entre 2-2,5.
- d. Dado que es también habitual en estos pacientes la oscilación de los valores de anticoagulación, debido probablemente a la propia oscilación de los títulos de AAF, es muy importante el control frecuente de la coagulación (mínimo 2 veces al mes).

6. *Prevención de los abortos de repetición*

Para el tratamiento de las mujeres con AAF y antecedentes de abortos de repetición se han ensayado diversas pautas terapéuticas. Sin embargo, únicamente la administración de dosis bajas de ácido acetilsalicílico (50-100 mg/día) durante el embarazo ha demostrado ser eficaz en muchos casos y sin efectos indeseables importantes^{12, 13}. No obstante, debido al riesgo de complicaciones hemorrágicas, tanto para el feto como para la madre, el tratamiento con ácido acetilsalicílico debe interrumpirse 48-72 horas antes del parto.

La asociación de corticoides estará condicionada a la presencia de una enfermedad asociada, como el LES, y a la existencia de actividad o inactividad de ésta. No obstante, algunos autores aconsejan administrar corticoides a ba-

jas dosis (15-20 mg/día) en presencia de una elevación de los niveles de AAF. Asimismo, es obligatorio un control estricto del embarazo mediante técnicas de doppler, con la finalidad de detectar una insuficiencia vascular placentaria. Igualmente, está indicada la interrupción del embarazo y el parto por cesárea ante los primeros indicios de distrés fetal. Por último, si la paciente estaba recibiendo tratamiento con warfarina, deberá sustituirse por heparina subcutánea, debido a los efectos teratógenos de aquella, en especial durante el primer trimestre del embarazo.

7. *Tratamiento de la trombocitopenia*

La trombocitopenia asociada a los AAF es generalmente moderada, y no requiere tratamiento. Sin embargo, en algunos casos puede ser severa, y refractaria al tratamiento con prednisona. La administración de ácido acetilsalicílico a bajas dosis (50-100 mg/día) ha demostrado ser eficaz en algunos casos¹⁴, pero su uso no está exento de riesgos, en especial en aquellos pacientes con cifras de plaquetas $< 20 \times 10^9/L$. El uso de inmunosupresores (azatioprina, 2-3 mg/kg peso/día) puede ser efectivo en estos casos. También se ha usado el danazol (600-800 mg/día) y la administración endovenosa de gammaglobulinas, si bien la experiencia es escasa.

Por el contrario, la esplenectomía debe ser valorada con precaución en estos pacientes, debido al elevado riesgo de trombosis en relación con la trombocitosis post-esplenectomía.

8. *Síndrome antifosfolípido catastrófico*

Recientemente se ha reconocido la aparición en algunos pacientes con AAF de un cuadro trombótico de tipo multisistémico y, en muchas ocasiones, de curso catastrófico (síndrome antifosfolípido catastrófico)¹⁵.

Estos pacientes presentan en común una evidencia clínica de afección de tres o más órganos (generalmente riñón, cerebro, corazón y pulmón), lesiones anatómicas compatibles con trombosis arteriales y venosas múltiples, tanto de grandes vasos como de la microcirculación, y títulos elevados de AAF, con es-

casa o nula actividad inmunológica en los casos de pacientes con LES (anticuerpos anti-DNA nativo normales o sólo ligeramente elevados).

El reconocimiento de este cuadro es de vital importancia, pues la supervivencia depende fundamentalmente de la precocidad en instaurar un tratamiento adecuado. Los casos descritos son escasos, por lo que no existe un tratamiento bien estandarizado. Se aconseja un tratamiento agresivo con anticoagulantes y plasmaféresis. Los inmunosupresores y los bolus de corticoides son generalmente inefectivos. El uso de estreptokinasas y otros agentes fibrinolíticos en estos pacientes, deberá ser evaluado en un futuro. La hipertensión y el fallo renal asociado en estos pacientes requiere asimismo una terapia agresiva.

Numerosos grupos de investigación, clínicos y básicos, han dedicado sus esfuerzos en los últimos 5 años a estudiar el mecanismo de producción de este proceso, clarificar sus manifestaciones clínicas y mejorar su tratamiento. No obstante, la actitud terapéutica en esta entidad no está aún bien definida y sigue siendo motivo de debate.

Bibliografía

1. Hughes GRV, Harris EN, Gharavi AE. The anticardiolipin syndrome. *J Rheumatol* 1986; 13: 486-489.
2. Harris EN, Baguley E, Asherson RA, Hughes GRV. Clinical and serological features of the antiphospholipid syndrome (APS) (abstract). *Br J Rheumatol* 1987; 26: 19.
3. Cervera R, Font J, López-Soto A, Casals FJ, Palla-

rés L, Bové A, Ingelmo M, Urbano-Márquez A. Isotype distribution of anticardiolipin antibodies in systemic lupus erythematosus: prospective analysis of a series of 100 patients. *Ann Rheum Dis* 1990; 49: 109-113.

4. Alarcón-Segovia D. Clinical manifestations of the antiphospholipid syndrome. *J Rheumatol* 1992; 19: 1778-1781.

5. Font J, Cervera R, López-Soto A, Pallarés L, Bosch X, Ampurdanés S, Casals FJ, Ingelmo M. Anticardiolipin antibodies in patients with autoimmune diseases: isotype distribution and clinical associations. *Clin Rheumatol* 1989; 8: 475-483.

6. Asherson RA, Khamashta MA, Ordi-Ros J et al. The «primary» antiphospholipid syndrome: Major clinical and serological features. *Medicine (Baltimore)* 1989; 68: 366-374.

7. Font J, López-Soto A, Cervera R, Balasch J, Pallarés L, Navarro M, Bosch X, Ingelmo M. The «primary» antiphospholipid syndrome: Antiphospholipid antibody pattern and clinical features of a series of 23 patients. *Autoimmun* 1991; 9: 69-75.

8. Sammaritano LR, Gharavi AE and Lockshin MD. Antiphospholipid antibody syndrome: immunologic and clinical aspects. *Semin Arthritis Rheum* 1990; 20: 81-96.

9. Asherson RA and Cervera R. Anticardiolipin antibodies, chronic biologic false positive tests for syphilis and other antiphospholipid antibodies. En: Wallace DJ, Dubois EL (ed). *Lupus erythematosus*. Lea-Febiger, Philadelphia, 1991.

10. Asherson RA, Harris EN and Hughes GRV. Complications of oral contraceptives and antiphospholipid antibodies. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 575-576.

11. Antiplatelet trialist' collaboration. Secondary prevention of vascular disease by prolonged antiplatelet treatment. *Br J Med* 1988; 296: 320-331.

12. Walport MJ. Pregnancy and antibodies to phospholipids. *Ann Rheum Dis* 1989; 48: 795-797.

13. Balasch J, Font J, López-Soto A et al. Antiphospholipid antibodies in unselected patients with repeated abortion. *Human Reprod* 1990; 5: 43-46.

14. Alarcón-Segovia D and Sánchez-Guerrero J. Correction of thrombocytopenia with small dose aspirin in the primary antiphospholipid syndrome. *J Rheumatol* 1989; 16: 1359-1361.

15. Asherson RA. The catastrophic antiphospholipid syndrome. *J Rheumatol* 1992; 19: 508-512.

Historia

La atención médica en la crianza de los niños: alimentación y cuidados del recién nacido en la obra de Damián Carbó (Palma 1541)

A. Contreras Mas

Antecedentes históricos de la atención médica en la crianza de los niños

La atención a las enfermedades de los niños, tanto en forma de capítulos en los tratados generales o de forma monográfica sobre determinadas afecciones, es un hecho constante en la historia de la ciencia médica. Desde el *Corpus Hippocraticum* o los textos pediátricos de Sorano de Éfeso (s. II) se establece una tradición de estudios sobre las enfermedades infantiles.

La *Puericultura* de Sorano, es un apéndice pediátrico de su tratado ginecológico. En esta obra se encuentran, por lo que a nosotros interesa, algunos breves capítulos dedicados a la asistencia médica de los recién nacidos y a la higiene y alimentación de los lactantes. Dicha obra fue traducida al latín por Celio Aureliano en el s. V y puesta en forma de manual, a base de preguntas y respuestas por Muscio o Moschion, en el siglo siguiente. La obra de Sorano se trans-

formó, así, en el punto de partida de una tradición de estudios monográficos sobre enfermedades infantiles, que se mantuvo vigente hasta el Renacimiento. Independientemente de la tradición iniciada por la obra de Sorano, se desarrolló otra opción en el terreno de la literatura monográfica sobre enfermedades de los niños. Esta segunda orientación corresponde a textos consagrados de forma exclusiva a las afecciones infantiles, sin conexión alguna con tratados tocoginecológicos. El iniciador de esta tendencia es el tratado de Rufo de Éfeso (s. II) *Sobre la curación de los niños*. Continuadores de esta línea son Pablo de Egina (s. VII) y el gran clínico árabe Rhazés (865-925). El texto pediátrico de este último autor, en traducción latina, llevada a cabo en Toledo, a fines del s. XII, fue la obra más influyente, en este campo, a lo largo de toda la Baja Edad Media.

A fines del s. XV y principios del XVI, aparecerán las primeras obras impresas sobre tema pediátrico. Entre ellas se advierten las dos tendencias ya enunciadas: una exclusivamente dedicada a las afecciones de los niños y otra de tipo materno-infantil en la cual se presta atención a la patología de la relación madre-hijo. Entre las primeras podemos situar las obras de Paolo Bagellardo (1487)¹, Bartholomäus Metlinger (1473) y la de Cornelius Roëllans (1485). En la segunda opción, encabezada por la obra de Eucharius Roesslin (1513)² debemos colocar la obra que será objeto de nuestra atención: el libro del mallorquín Damián Carbó, escrito entre 1528 y 1541, que será publicado en este último año³. La obra de Carbó es el texto médico más temprano de toda la literatura monográfica española de tema pediátrico del Renacimiento, siendo el segundo tratado de la línea materno-infantil, sólo precedido por la obra de Roesslin, aunque con un contenido independiente del que ofrece ésta. El texto de Carbó es, por tanto, uno de los primeros aparecidos en lengua romance, es decir al alcance de todo el mundo no estrictamente científico. Su título completo es *Libro del arte de las comadres, madriñas y del regimiento de las preñadas y*

paridas y de los niños. Fue impreso en Ciutat de Mallorca, por Hernando de Cansoles, en 1541. Es un volumen en cuarto, que consta de una epístola introductoria, de tres folios no paginados, y 118 folios de texto, numerados en el recto de cada folio. Está impreso en caracteres góticos y cada página consta de 31 líneas, con las iniciales xilografadas.

Por lo que a nosotros concierne, el texto de Damián Carbó ofrece algunos capítulos de especial interés. En concreto aquellos en los cuales presta su atención al cuidado y alimentación del recién nacido y del lactante. A este tema están dedicados los capítulos *XXXII: Del regimiento de la criatura después de nacida*; *XXXIII: Del regimiento del mamar del niño*; *XXXIV: De la elección del ama* y *XXXVI: De la forma de criar al niño*. El interés de los mismos presenta una relevancia especial, a nivel histórico, si consideramos que los antecedentes más inmediatos e importantes de la obra de nuestro autor, los textos de Pedro Bagellardo y de Eucharius Roesslin, ofrecen una académica, breve y escasa información acerca de estos temas. Esto nos hace ver a nuestro autor como un verdadero precursor en el campo de la divulgación de la normativa médica sobre la alimentación y cuidados a mantener respecto al lactante.

Antes de revisar las opiniones de Carbó, consideramos oportuno referir las informaciones biográficas que nos han llegado de este singular personaje. Poseemos al respecto un núcleo de noticias escaso, tanto sobre su trayectoria vital como la profesional. El conjunto de las mismas apenas permite trazar un perfil biográfico somero. A pesar de lo exiguo del mismo, consideramos que puede resultar valioso a la hora de comprender de forma más adecuada e intentar explicarnos algunas de las motivaciones personales que, tal vez, le llevaron a redactar la obra que nos ocupa. Más adelante, a fin de encuadrar de la manera más adecuada los capítulos objeto de nuestra atención, nos ocuparemos de la obra en conjunto. Para ello, nos basaremos, sobre todo, en las aportaciones que se han realizado hasta la fecha acerca de la misma.

Notas biográficas de Damián Carbó

Damián Carbó nació en Mallorca. Algunos autores lo hacen natural de Palma⁴, mientras que otros opinan que nació en Campos del Puerto⁵. Esto último parece muy plausible, ya que, en Mallorca, su apellido, durante la Edad Media y Renacimiento, está localizado de forma primordial en dicha localidad. Era hijo del cirujano Andrés Carbó y de Arcenda Malferit.

La primera mención documental que conocemos sobre Carbó data de 1509. Se trata de un documento legal, en el cual el Gobernador de Mallorca ordena que le sea abonada cierta cantidad de dinero, que se le adeuda en razón de los servicios profesionales prestados⁶. Este tipo de escritos, en los cuales se obliga a un sujeto a abonar una deuda a un profesional de la sanidad, suele ser hasta cierto punto corriente entre la documentación de la época. En este caso nos ofrece una primera noticia acerca de la profesión de Damián Carbó: era cirujano. El hecho tiene amplios visos de certeza, ya que en aquella época los hijos acostumbraban a adoptar la misma profesión de los padres, y ya hemos visto que el padre de Carbó era cirujano. Esto daba lugar a verdaderas estirpes profesionales, de las cuales la familia Carbó, como veremos, constituye un claro ejemplo.

Entre otras razones que pudieran motivar la transmisión familiar de la profesión, estaba el trato de favor que los miembros de cada gremio dispensaban a los hijos de los profesionales de su mismo oficio. Uno de estos aspectos de la protección gremial a los hijos de los barberos y cirujanos afiliados al *Collegi Chirurgicorum et Barbitonsororum* de Ciutat de Mallorca, era que estos últimos no estaban comprendidos en la normativa del período de formación mínimo obligatorio. Este período exigía un aprendizaje de cinco años si el aprendiz tenía menos de quince años y de cuatro si tenía quince o más años. De esta forma, el hijo de un cirujano o de un barbero podía declarar, según esto, su *encartament*, esto es su inicio del aprendizaje,

mucho antes que cualquier otro sujeto y cumplir su período de formación a una edad mucho más temprana. Si consideramos que, además, el examen para obtener el reconocimiento profesional, el título en palabras actuales, se restringía a un candidato anual, según el orden de inscripción de acuerdo con la fecha de inicio del aprendizaje, tenemos ante nosotros un verdadero método de control para el ejercicio de una profesión por una serie de clanes familiares⁷.

El siguiente documento que nos habla de nuestro cirujano, es diez años posterior (1519). En él, una donación dineraria a su hijo Cosme, se advierte que Carbó ya no es calificado de cirujano, sino de médico⁸. Esto representa un importante progreso en la cualificación social y profesional. Socialmente significa que pasa a ser un miembro del estamento ciudadano, en vez de formar parte del estamento menestral. Es decir, hay un cambio cualitativo de clase social. En el campo profesional representa también un ascenso, ya que pasa de ser considerado un artesano, un trabajador manual, a ser incluido entre los universitarios, colocándose así dentro de los profesionales intelectuales de la sanidad, que eran los más prestigiosos en todos los órdenes.

En este documento existe otra información que cabe destacar: su hijo Cosme. No es, sin duda, casual que su nombre sea éste, ya que S. Cosme y S. Damián, nombres que ostentan padre e hijo y que no siguen la tradición familiar de la época de conservar los nombres de los abuelos, son los patronos del Gremio de Cirujanos de Mallorca. Parece muy probable que el hecho sea una muestra de la fuerte vinculación de la familia Carbó a su grupo profesional. Esta vinculación, expresada a través de la religión, auténtico vehículo de la vida social de la época, como tantas veces lo ha mostrado el P. Llopart, podemos hallarla también en la dedicatoria de la obra de Carbó, en cuyo colofón final dice, de forma textual: *Fenece el presente libro a loor y gloria de nuestro Señor Jesu Christo y de su bendita madre y del Apostol Sant Mathia y de los bienaventurados médicos Sant Cosme y Sant Damián*. Aparte de la obligada dedicatoria a Je-

sucristo y a la Virgen, vemos también mencionados, de modo explícito, a sus santos protectores personales, a quienes testifica su especial devoción. Esta devoción la volvemos a hallar reflejada en la iconografía de su domicilio privado. A través de uno de los epígrafes de su testamento, sabemos que en su capilla había *hun pali de pint[ura] ab figures de Sant Matia y Sant Cosme y Sant Demia ab les armes del dit defunt*⁹.

Al año siguiente, 1520, Damián Carbó firma un contrato con el cirujano Anthoni Larget o Larget, para alquilar una *botiga*. Seguramente a fin de ejercer en la misma sus actos profesionales¹⁰. Parece que Anthoni Larget, debía de ser ya de edad avanzada y se deshacía de lo que ahora denominaríamos su despacho profesional. Antoni Larget o Larget era uno de los cirujanos de Mallorca con más prestigio entre los de su profesión, en la época que nos ocupa. Había sido rector del gremio en 1489, interviniendo de forma activa en la redacción de los nuevos Capítols, que se efectúan en esas fechas, a fin de regular determinados aspectos concernientes al ejercicio profesional del gremio de los barberos y cirujanos de Ciutat¹¹. Debemos destacar que en este contrato, firmado entre miembros del área sanitaria, entre quienes la cualificación profesional es objeto de extremada valoración y precisión, Carbó es calificado de *cirurgia i batxiller en medicina*. Es decir, nuestro cirujano, que es ya un *mestre de botiga*, la más alta cualificación en el gremio quirúrgico, posee también el grado universitario de Bachiller en medicina, el título inferior entre los que concede la Facultad médica.

Dos años más tarde, 1522, lo hallamos citado en el curso de un acta que nos testimonia el desempeño de su profesión al servicio de la política. Ante las sospechas de la existencia de peste en Manacor, Carbó acompaña allí a Joan Paretó, Lugarteniente del Gobernador de la isla, a fin de determinar la existencia o no de tal enfermedad¹². El hecho reviste una especial importancia, ya que en caso de que exista una epidemia de peste en dicha villa, los diezmos y censales pagaderos en trigo, que los pobla-

dores de la misma deben enviar a Palma, no podrán ser trasladados para evitar la transmisión de la epidemia, por aquella época uno de los azotes más importantes de la población. Ello significa privar a Palma de una de sus fuentes de aprovisionamiento triguero, y la falta de trigo puede significar hambre o revueltas populares, como el movimiento de la Alemania que en aquellos momentos tenía lugar y cuyos dirigentes, que controlaban el gobierno de la capital, debían asegurar su aprovisionamiento. Probablemente la reticencia de Manacor a enviar el trigo a Ciutat, responde a un enfrentamiento entre ambas comunidades por motivos políticos derivados de la Alemania, pero dilucidar este hecho escapa a nuestro propósito¹³.

En este documento lo vemos calificado de cirujano, aunque el cometido que realiza, determinar la existencia de una enfermedad, es en realidad exclusivo de un médico y no de un cirujano. Esto puede obedecer a que Carbó fuese, en aquellos momentos el cirujano de la Morbería, institución sanitaria que controlaba la salubridad de los productos y las gentes que entraban en Palma, pero no puede afirmarse con seguridad. En el presente documento, queda testimoniada, por primera vez, la asociación de Carbó a tareas de la Sanidad pública, de las cuales, unos años más tarde, como veremos, llegará a ser uno de sus máximos dirigentes¹⁴.

El documento testamentario que redacta su hijo Roque, *apotecari* de profesión, con motivo de tener que ausentarse de la isla, en 1524, nos hace saber que Carbó, por esas fechas era ya *licenciat en arts i medicina*. Había superado, por tanto, un escalón más de la gradación médica universitaria¹⁵.

Cuatro años más tarde, el 20 de noviembre de 1528 finalizaba la primera parte de su obra y al cabo de ocho días, el 28 de ese mismo mes y año, lo sabemos efectuando su examen para el grado de Doctor en medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia. Su "promotor" o padrino fue otro médico mallorquín, Pere d'Olese¹⁶, por entonces desempeñando tareas docentes en la Facultad de Medicina valencia-

na. Sus examinadores fueron L. Oruño y B. Esteve. Su hijo Cosme Carbó, natural de Mallorca, se graduaba de bachiller en medicina, también en la facultad valenciana, al año siguiente¹⁷. La continuidad en profesión familiar quedaba así asegurada.

La formación científica, que por aquellos años propocionaba la facultad valenciana, podemos encuadrarla dentro de lo que se conoce como "galenismo arabizado", tendencia científica que dominó el ambiente intelectual de esta facultad en los últimos años del S. XV. El galenismo arabizado se había establecido como único paradigma médico, es decir como único patrón explicativo e interpretativo de la enfermedad, desde la Baja Edad Media. Durante los años de transición del s. XV y las tres primeras décadas del s. XVI, este paradigma continuó dominando la medicina española, siendo transmitido y mantenido en las universidades a través de las versiones latinas de los grandes tratados árabes. El texto fundamental de esta medicina escolástica arabizada fue la traducción latina del *Canon* de Avicena¹⁸. Veremos, más adelante, la clara y precisa adscripción de Carbó a los presupuestos y autores de este movimiento intelectual.

En 1530 fue nombrado médico de la Custodia de la Sanidad o Morbería de Mallorca, cargo que aún ostentaba en 1541, como informa el colofón de su obra, impresa en esa fecha. Su nombramiento como médico de esta prestigiosa e importante institución, a la cual hemos visto ligado a nuestro autor con anterioridad, representa el reconocimiento de su capacidad personal y de su cualificación profesional, culminando de esta forma su carrera profesional.

En diciembre de 1541 se acaba de imprimir su obra, por parte del palentino Hernando de Cansoles, afincado en Mallorca. La relación entre ambos, nos la viene a iluminar, en cierta manera, el recibo que Cansoles efectúa a los frailes de *La Merce*, a los cuales ha impreso varias bulas para la redención de cautivos. En este documento, en el cual nuestro autor firma como testigo, lo vemos citado como *Reverendus Damianus Carbó in medicina magister*¹⁹. Un tratamiento

semejante, in artibus et medicina magister, se le concede en el acta notarial que se levanta sobre sus bienes, tras su fallecimiento.

Carbó falleció a fines de 1542, seguramente en diciembre de ese año. En esa fecha, su esposa, Ypólita, hizo efectuar el inventario de todos sus bienes, que se llevó a cabo entre el 18 de diciembre de 1542 y el 2 de enero de 1543. Es el documento más largo, nueve folios por ambas caras, que poseemos sobre el personaje que nos ocupa. Es la fuente principal para poder deducir cómo era su realidad diaria. Este documento nos informa acerca de qué ropas vestía, cómo era su domicilio, en qué vajilla comía, qué utensilios había en su cocina, cuáles eran sus pertenencias personales. Nos permite afirmar sus devociones religiosas, como ya hemos visto²⁰. También nos ofrece una magnífica perspectiva de su saber profesional y sobre sus inquietudes culturales, ya que su biblioteca, que constaba de 140 ejemplares, se halla descrita pieza a pieza²¹. El análisis de la misma puede permitirnos efectuar aseveraciones sobre su orientación intelectual y acerca de cuáles podrían ser sus conocimientos profesionales.

El Libro del arte de las comadres

La obra de Carbó está dividida en dos partes. La primera es *Del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*. Esta parte se acabó de redactar, como hemos indicado más arriba, en 1528. La segunda parte lleva como título *De la dificultad de la empreñación* y fue publicada junto con la anterior, por primera y única vez en Mallorca. La razón de que no volviera a editarse parecen ser las numerosas obras que sobre dichas materias aparecieron, por aquellos años, en España. No obstante, fue una obra bastante difundida, como así parecen probarlo las numerosas citas de la misma que podemos hallar en las bibliografías y el elevado número de ejemplares que de esta obra se conservan en diver-

sas bibliotecas. Es la obra más difundida de todas las de medicina impresas en Mallorca durante el siglo XVI, pues se conocen ejemplares en once bibliotecas y aparece citado en seis de los más importantes repertorios bibliográficos²².

El *Libro del arte de las comadres* es una obra que tiene poco, o nada, que ver con el *Rossgarten* de Roesslin, pues los planteamientos de ambos autores difieren de modo notable. Roesslin se ocupa de forma primordial acerca de la tocología y dedica solamente un corto capítulo a la pediatría. Carbó orienta su libro hacia problemas similares pero tratados y expuestos de forma distinta. La segunda parte de la obra de Carbó sobre la esterilidad, tanto masculina como femenina, no tiene equivalente alguno en la obra de Roesslin. Esto y la escasa difusión que por aquel entonces tenía el alemán en el mundo científico y la casi segura ignorancia de dicho idioma por parte de Carbó²³, hacen que la posibilidad de influencia de una obra en otra, sea punto menos que nula. Se ha señalado la posibilidad de que la obra de Roesslin fuera conocida y silenciada por Carbó, por deseo de originalidad, pero hay que descartar plenamente esta objeción pues entre los valores de la época no entraba la búsqueda y pretensión de originalidad²⁴.

La obra de Carbó es la de un médico universitario, apegado a la ortodoxia, que quiere impresionar a sus lectores con su erudición, de ahí las numerosas y abundantes citas explícitas de autores clásicos y árabes. Menciona, entre los primeros, a Hipócrates, Aristóteles y Galeno. Entre los autores árabes hallamos citas de Avicenna, Rhazes, Avenzoar, Averroes, Isaac Israeli, Serapión, Ali Abbas y otros muchos. Como autores bajo-medievales vemos citados a Pietro d'Abano, Arnau de Vilanova, Gentile da Foligno, Niccolò Faluccci, etc.²⁵. Bastantes de ellos aparecen entre los que figuran en el inventario de obras de su biblioteca.

Las opiniones de todas estas autoridades son citadas junto a la propia experiencia personal de Carbó, que no duda en apelar a la casuística propia. No obs-

tante, esta experiencia personal no es utilizada, en ninguna ocasión, para contrastar las opiniones de los maestros, ni siquiera para arbitrar las posibles discrepancias que existían entre ellos. Su único propósito es mostrar que sus observaciones se atenían totalmente a la ortodoxia de las opiniones sustentadas por las "autoridades"²⁶.

En su obra podemos apreciar su adscripción al grupo intelectual que hemos mencionado como "galenismo avicenisista" o "galenismo arabizado". Aunque al final del último capítulo del primer libro, surge una discrepancia con Avicenna. Este último autor prohíbe terminantemente dar vino a los niños. Carbó se muestra más indulgente en este punto, justificando la postura de Avicenna en virtud de su ideología religiosa musulmana²⁷.

Cabe destacar la precisión de sus descripciones clínicas y su inteligencia a la hora de efectuar diferenciaciones en la etiología de las enfermedades²⁸, así como su acertada visión sobre determinados problemas anatómicos concernientes a la anatomía de los genitales femeninos, que supera la de algunos de sus contemporáneos. A la hora de describir la sintomatología del embarazo, las descripciones de nuestro autor son mucho más detalladas que las de otros autores renacentistas posteriores a él²⁹.

Al final del libro primero hallamos un auténtico "regimen sanitatis" dedicado a definir y regular las *sex res non naturales* concernientes a los niños. Carbó, como la mayoría de los autores de este tipo de tratados, se centra principalmente en la comida y la bebida, tratando brevemente las otras medidas higiénicas concernientes las otras cinco *res*³⁰.

El libro segundo está dedicado, en principio, a tratar el problema de la esterilidad. Los catorce capítulos de que consta esta parte de la obra, se ocupan de las causas de esta cuestión y del estudio de los signos y señales que permitirán orientar el diagnóstico. Describe diversas técnicas, cuya utilización facilita el descubrimiento de las causas de la misma y aporta una serie de tratamientos sobre esta patología³¹.

La alimentación y cuidados del recién nacido en la obra de Damián Carbó

Nuestro autor dedica cuatro capítulos de su obra a tratar, de forma exclusiva, sobre las normas que deben seguirse en la alimentación y cuidados higiénicos del recién nacido hasta que cumpla alrededor de los tres años de edad. A continuación vamos a efectuar una breve revisión de la información que expone Carbó, ya que algunas de las prácticas que se siguen realizando en la actualidad están inspiradas directamente en sus planteamientos intelectuales. Nuestro objetivo, aparte del estudio de esta parte de su obra, es reconocer su aportación y valorarla de modo adecuado.

El primer capítulo dedicado al tema que nos ocupa es el que trata *Del regimiento de la criatura después de nacida*. Es el capítulo XXXII y comprende los folios L a LIII v.. Está dedicado a la atención del recién nacido desde el parto hasta la retirada del pecho. Se basa, en apariencia, en las recomendaciones efectuadas por Avicenna, en la tercera parte de su monumental *Canon*. Este libro, auténtico compendio del saber médico medieval, era el texto *princeps* de los galenistas arabizados, que fundamentaban la mayoría de sus planteamientos en las palabras del mismo. El *Canon* constituía un auténtico "tratado de cabecera" para los médicos adscritos a la corriente intelectual mencionada y podemos verlo bien representado en la biblioteca de Damián Carbó. En ella, además de existir la obra completa, podemos advertir la existencia de diversos comentarios a determinadas partes del mismo, efectuadas por algunos de los más prestigiosos miembros de la tendencia que hemos citado como galenismo arabizado.

Este capítulo proporciona unos consejos de índole general, a seguir en los primeros momentos de vida del recién nacido. Entre ellos se indica cómo y cuándo debe ser la sección y cuidados del cordón umbilical, así como la higiene del mismo, basándose en las recomendaciones efectuadas por Galeno y Avicenna. Carbó ofrece también, su opinión

personal de cómo deben llevarse a cabo estas atenciones. Continúa con las medidas de limpieza y verificación de la permeabilidad de los orificios anal, bucal, nasales, oculares y auriculares. Determina cuáles deben ser las medidas preventivas para evitar las convulsiones perinatales, basando sus recomendaciones, en este caso, en las opiniones que manifiestan un autor italiano que no hemos podido identificar, Leonardo Camillo Pisano y el médico árabe Ali Abbas, en su *Practica*. La obra de este último autor, cuya presencia hemos comprobado en la biblioteca de Carbó, es otro de los textos fundamentales del galenismo arabizado.

Recomienda, Carbó, que se le dé al recién nacido un poco de miel, para motivar de esta forma su primera deposición. A partir de la cual considera que puede iniciarse su alimentación mediante la lactancia. Paolo Bagellardo prescribe, por su parte, dar al recién nacido una confitura de manzana con azúcar, en lugar de miel. El resto del capítulo es similar, en cuanto a la protocolización de la conducta de la comadrona, a la primera parte del texto de Bagellardo, así como a lo que señala el texto de Eucharis Roesslin. Las motivaciones de esta identidad de planteamientos entre los tres autores son debidas a que todos ellos se inspiran en la obra de Avicenna, que cada uno desarrolla y expone según sus capacidades u objetivos.

El capítulo XXXIII: *Del regimiento que se debe tener en el mamar del niño*, comprende los folios LIII V. a LV. Entre las palabras que podemos leer en él, cabe destacar la siguiente frase: *La más dulce cosa para el niño es la leche de la madre*. Dichas palabras, que Carbó hace suyas, siguiendo las muy respetadas y estimadas opiniones de Galeno y Avicenna, nos orientan de modo claro acerca de la favorable postura que mantiene nuestro autor sobre la lactancia a cargo de la madre o una nodriza.

Fundamenta esta postura en la similitud que existe entre la leche materna y la alimentación seguida por el niño antes de su nacimiento, *porque la leche es del mismo sangre nutrimental de la madre*. Piensa Carbó que la leche materna es

más conveniente que otra... porque tienen conveniencia en la materia, entre la constitución de la misma y la del niño. Señala asimismo el efecto tranquilizador para el bebé que tiene el *poner el peçón... en la boca del niño*, indicando que esto le hace *tollerar cualquiera cosa que le sea dañosa, como dolor, clamor o angustia*. Refiere también cuáles son las condiciones imprescindibles, por parte de la madre del niño, para que la alimentación sea óptima, precisando la frecuencia con la cual debe ser alimentado. El capítulo XXXIV se ocupa *De la election del ama por sus señales*. Comprende los folios LV a LVIII. Aquí reitera Damián Carbó su opinión acerca de la conveniencia de la lactancia materna: *Otrosi dar la madre la teta al hijo es muy natural*. Como alternativa a la madre se puede recurrir a la lactancia por un ama, dice Carbó, siguiendo una vez más, las orientaciones de Galeno y Avicenna. A definir las condiciones adecuadas para una lactancia y educación óptima, dedica Carbó esta parte de su obra. El capítulo en cuestión destaca asimismo por su protocolización y sistematización de las condiciones que debe reunir el ama a escoger. Las siete condiciones, estimadas idóneas por nuestro autor, podemos verlas asimismo en el texto de Bagellardo, que sigue, también en este aspecto, las palabras de Avicenna. La exposición de Carbó es notablemente más clara y está presentada de forma mejor ordenada, ofreciendo un comentario más amplio de cada uno de los puntos tratados. Bagellardo, por su parte, se limita a un comentario escueto de los mismos, concediéndoles escaso relieve.

A la hora de precisar las características adecuadas que debe reunir la leche materna o del ama, vemos que Carbó coincide con lo señalado en su texto por Roesslin, partiendo ambos de lo expresado por Avicenna. Carbó se rige también por la opinión de este último autor, al prescribir los remedios farmacológicos destinados a corregir las deficiencias que pueden presentarse en la leche que debe alimentar al recién nacido, según las características temperamentales del mismo.

El capítulo XXXVI, último de los destinados a nuestro tema, está destinado a orientar acerca *De lo que el ama tiene de servir en criar el niño*. Abarca los folios LIX v. a LXI. Está dedicado a señalar los cuidados de tipo general que deben tenerse con el niño desde su nacimiento. Hace especial hincapié en la cantidad y frecuencia con la que debe ser alimentado el niño, siguiendo, como es habitual, lo preconizado por Avicenna. Sus recomendaciones, en este caso, no hallan paralelismo alguno con las que pueden hallarse en Bagellardo y Roesslin.

Ofrece Carbó remedios de tipo "casero", para los casos de indigestión, por exceso de ingesta alimentaria. Propone también que si al niño le empiezan a apetecer alimentos alternativos pueden empezársele a dar a partir de que *les salgan los dientes delanteros*. Matizan-do que deben dársele *con su orden porque toda mutación subita es periculosa y natura no la consiente*. Estos nuevos alimentos se proporcionarán, por ello de forma progresiva y siempre de acuerdo con la constitución del infante. Recomienda no ser especialmente precoces en fomentar la ambulación, dada la inconsistencia del esqueleto infantil. Determina que en la dentición de caninos no se debe permitir que masquen cosas duras, para que las piezas dentarias no sufran desgaste.

A pesar de que Carbó sigue como Bagellardo y Roesslin, las opiniones vertidas por el texto de Avicenna, es un autor que ofrece, por lo que respecta a los capítulos referidos, una explicación notablemente más completa, detallada y pormenorizada que los autores mencionados. Presenta una sistematización más ordenada de los temas tratados que estos dos autores, ofreciendo, por lo regular, los nombres de los autores o sus textos, en los cuales fundamenta las opiniones y consejos que expresa. Esto descarta, prácticamente por completo, la posibilidad de que Carbó conociera la obra de Roesslin, ya que posiblemente habría citado en alguna ocasión a este autor.

A la claridad y amplitud de las exposiciones efectuadas por Carbó, hay que añadir también la abundancia de fórmu-

las farmacológicas presentadas. Están destinadas a corregir o mejorar los posibles trastornos, patológicos o no, que puedan presentarse en el período que trata. A su intención de ofrecer una información de tipo divulgativo y a disposición de un público más o menos letrado, añade una amplia gama de posibilidades farmacológicas, de tipo exclusivamente técnico, destinadas, sin duda, a los profesionales sanitarios de más alto nivel. Estas recetas, redactadas en latín, en lugar del castellano en que se lee el texto general, no tratan de disimular su diferente objetivo. Se trata, aparentemente, de presentar una serie de soluciones terapéuticas, más rigurosas y mejor fundadas científicamente que las habituales adoptadas y sugeridas por las comadronas, a los problemas que puedan surgir tanto en el niño como en sus eventuales alimentadoras. Los médicos se interesarán por la obra de Carbó, patentizándose esta atención, a través de la presencia del texto que nos ocupa, en las bibliotecas sanitarias mallorquinas de la segunda mitad de este siglo.

La adscripción de Carbó, a la tendencia médica de la época denominada galenismo arabizado, nos la hace ver un somero examen de los autores mencionados en estos capítulos. De un total de 33 citas, la cifra (24) y el porcentaje (72,72 %) más elevado corresponde a autores árabes (Avicenna, Ali Abbas, Averroes y Serapión), de los cuales el *excelente y buen doctor* Avicenna, con 20 citas y un 60,60 % del total, es, con mucho, el autor a quien con más frecuencia recurre Carbó. Galeno ocupa un segundo puesto con 6 citas y un 18,18 %. Más de la mitad de los textos de Galeno a los cuales recurre Carbó, son, lógicamente, al tratarse de una parte de su obra dedicada a la alimentación obras de dietética: el *Regimen Sanitatis* y el *De virtute ciborum*.

Otros tres autores, Aristóteles, un comentarista del texto de Avicenna y un desconocido Leonardo Camillo Pisano, son citados una sola vez. Mientras que el texto de Aristóteles, *Política*, no ofrece duda alguna respecto a su identificación, los numerosos comentarios a las obras de Avicenna que posee Carbó en su bi-

bliblioteca hace que sea difícil precisar en cuál de ellos se basa en esta ocasión.

Debemos señalar también que la obra de Damián Carbó es uno de los textos que reflejan de manera más precisa la conexión de Mallorca con el mundo científico de la época. En este sentido, no cabe duda que la obra de Carbó representa un ejemplo sobradamente significativo, ocupando en el entorno científico-médico de su tiempo, un lugar destacado.

Bibliografía

1. De este autor hemos seguido la edición de 1487, cuyo título es: *Libellus de egritudinibus infantium per magistrum Paulus Bagellardus a flumine... impresus...* per P. Mateum de Vindischgretz, ¿Venecia?
2. En los comentarios efectuados en el presente artículo hemos seguido la edición latina (1544) de esta obra: *De partu hominis et quae circa ipsum accidunt*, Franc[furt] apud Chri. Egen.
3. Este planteamiento general sobre la historia de los estudios pediátricos está redactado siguiendo la Introducción del libro de J.M. López Piñero y Francesc Bujosa y Homar (1982) *Los tratados de enfermedades infantiles en la España del Renacimiento*, Valencia.
4. Bover de Rossello JM. (1868) *Biblioteca de Autores Baleares*, vol. I, Palma de Mallorca, 158.
5. Francisco Talladas y Ramón Rosselló Vaquer cits. por J.M. López Piñero y Francesc Bujosa y Homar (1982) op. cit. 29.
6. A.R.M., L.C. 252, fol. 67. Debo esta cita y algunas de las siguientes a Ramón Rosselló Vaquer. Conste aquí mi agradecimiento.
7. Sobre la organización del Gremio de Cirujanos y Barberos de Palma, cf. Antonio Contreras Mas (1992). *La formación profesional de los barberos y cirujanos en Mallorca durante los siglos XIV y XV*, *Medicina e Historia*, núm. 43, Tercera Época.
8. A.R.M., Protocolos Notariales, Notario Felip Ballester, B-205, fol. 10 v.
9. A.R.M., Protocolos Notariales, S-1216, fol. 272 v.
10. A.R.M., Protocolos Notariales, Notario Bernat Parera, P-501, fol. 6-6 v.
11. Sobre el enfrentamiento entre los *jovents barbers* y los *mestres cirurgians*, así como el papel de mestre Antoni Larguet en el mismo puede verse mi artículo, ya citado (1992).

12. Ramón Rosselló Vaquer i Onofre Vaquer Bennasar (1991). *História de Manacor. El segle XVI*, Mallorca, 94.

13. Un texto reciente para una visión de conjunto sobre la Germanía mallorquina es el de Josep Juan Vidal (1985) *Els Agermanats*, Palma de Mallorca.

14. Sobre la Morbería y su organización puede verse mi artículo (1977) *Legislación sobre la peste en Mallorca Bajomedieval*, *Medicina e Historia*, Segunda Época, núm. 67.

15. A.R.M., Protocolos Notariales, Notario Guillem Bramona, fol. 1.

16. Sobre este médico cf. Antonio Contreras Mas (1989). *Ciencia Medieval y Moderna: La Medicina*, II, en *Historia de las Baleares*, vol. IV, Cuaderno Bibliográfico núm. 34, 399-400 y la bibliografía allí citada.

17. Jordan Gallego Salvadores y Amparo Felipe Orts (1982-1983). *Grados concedidos en Valencia entre 1526 y 1561*. *Analecta Sacra Tarraconensia*, vol. 55-56, 91 y 104.

18. García Ballester L, Girón F. (1974). Una posibilidad frustrada en la España del siglo XVI: el arabisismo como vía de acceso a las fuentes médicas griegas, *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, XIII, 221.

19. Coll B. (1982). *Per a la Història del segle XVI*. *Documenta varia*, *Boletín de la Sociedad Arqueológica Luliana*, núm. 39, 116, 24 de setiembre 1541.

20. A.R.M., Protocolos Notariales, S-1216, fol. 271-380 v.

21. Jocelyn N. Hillgarth (1991). *Readers and Books in Majorca (1229-1550)*, vol. II, *Éditions du Centre National de la Recherche Scientifique*, Paris, 802-805.

22. López Piñero JM, Bujosa i Homar F. (1981). *Los impresos científicos españoles de los siglos XV y XVI*, vol. I, pág. 93. Además de los citados en este texto, conocemos un ejemplar incompleto en la Biblioteca de La Real y otro ejemplar en la Biblioteca Bartolomé March, ambas de Palma de Mallorca.

23. López Piñero JM, Bujosa i Homar F. (1982). op. cit., p. 30.

24. *Ibidem.*, p. 30.

25. *Ibidem.*, p. 30.

26. *Ibidem.*, p. 33.

27. *Ibidem.*, p. 33 y 35.

28. *Ibidem.*, p. 33

29. Usandizaga Soraluze M. (1944). *Historia de la obstetricia y de la ginecología en España*, Santander, p. 112 y L. Sánchez Granjel (1971). *La tocoginecología española del renacimiento*, Salamanca, 23 y 27.

30. López Piñero JM, Bujosa Homar F. (1982). op. cit., 34.

31. Sánchez Granjel L. (1971). op. cit. 44-45.

Humanidades

Crónica del desamor

José M.^a Rodríguez Tejerina

Cuando los sorprendentes participantes de un populachero programa de televisión se encuentran, de repente, con el amor, se abrazan y besan embelesados. Y, a unos pocos telespectadores, nos invade una punzante sensación de vergüenza. Porque somos escépticos y pensamos que *el amor verdadero*, el *pleno*, es un fenómeno raro, a un tiempo biológico y espiritual. Complejo, que requiere intimidad, recato, por ser una elaboración mental del instinto genésico, una insólita coalescencia de química, hormonas y cultura. Una sofisticada creación humana. Y, tantas veces, solamente, un efímero espejismo. Es muy frecuente, en cambio, en nuestra sociedad, *el desamor*, la falta de afectos, el fracaso amoroso; las obligadas separaciones, el infierno de los celos; la irremediable pérdida de un ser querido.

El amor es una coyuntura vital misteriosa. Hasta la etimología del vocablo que le designa es desconocida. No deriva del *amor-amoris* de los romanos, sino de una voz del voluptuoso lenguaje de los etruscos, que aparece en un poema de Ibn-Azem, *El collar de la paloma*, en el que se narra, sorprendentemente, la vehemencia del amor homosexual. Como hará Platón años más tarde, al concebir, únicamente, el amor entre varones. En Grecia y en Roma, el amor era una actividad exclusivamente masculina. Con el cristianismo la mujer adquiere la merecida categoría de madre y esposa. Y, con los trovadores de la Baja Edad Media y las obras literarias de El Dante y Petrarca, se crea la teoría del amor platónico. Boccaccio y el Arcipreste

de Hita son, posteriormente, adalides del amor sensual, que admite toda suerte de matices eróticos. Descartes, por ejemplo, como su primera refriega amorosa la tuvo con una mujer bizca, prefirió, a lo largo de su existencia, hacer siempre el amor con féminas bisoñas. Otros hombres ilustres escogieron para sus relaciones amorosas disparejas mujeres: bellas o feas, jóvenes o maduras, ñatas, narigudas, igual que Cleopatra. Frías, la Pompadour, ardientes como la emperatriz Josefina. Insubstanciales, frívolas, lady Hamilton. Es el inexplicable milagro de la fascinación sexual, el *misterium fascinans*.

Quizás al hombre le atraiga mucho más el sendero a recorrer hasta llegar a la amada que la posesión misma. Ya lo dijo Cervantes: es más divertido el camino que la posada. La escalera prohibida que la alcoba acogedora.

Un triste corolario del desamor, de la falta de compañía, es la *soledad*. Del cuerpo y del alma. Amortiguada en los amantes desdeñados por la falaz impresión de que, tras las amargas palabras de rechazo, se escondía la sombra de una caricia. Contrarrestada por el deseo, que se exacerba con la distancia, pues la auténtica sensualidad humana es hija de la lejanía. La *infelicidad*, en fin, patrimonio de la soledad, aspira siempre a ver arribar un día la mítica esperanza del señor Godot.

El herido por el desamor vive encerrado en su propio corazón, ese «breve nido de venas azules» soñado por Shelly. Rehúye el canto engañoso de las sirenas. Lo escucha, si acaso, al revés, en las orillas de nuestro Mare Nostrum. Cree en la palabra hablada, no en la impresa. El hombre que hace imprimir las palabras que inventa, esconde el trémulo sonido de su voz, sus más oscuros secretos. El angustiado por el mal del desamor gusta le hablen con voz cálida y que su interlocutor gesticule con las manos, como un mimo.

Mas, la terapéutica adecuada para los aquejados del desamor suele ser el contacto con la Naturaleza. Dejarse acariciar los ojos. Así lo recomienda un *hai-kai*, un antiguo poema japonés; peinándolos con la devota contemplación del campo,

de una ribera que subraye el cauce ru-
moroso de un río. Y, por qué no, hacién-
doles sentir la proximidad ancestral del
mar. Algunos deprimidos por su soledad,
sin embargo, no alcanzan admirar los
árboles, las flores, los manantiales,
las olas del mar.

Durante su estancia, unos meses otoña-
les, en Mallorca, el monje hindú Purohit
Swami, vestido invariablemente con
una túnica color naranja, y su amigo, el
atormentado poeta irlandés Yeats, no
quisieron ver el mar, las montañas, el
cielo, las calas verdes, absortos como
estaban en desentrañar las esencias
orientales del *Upanishades*. Aunque ha-

bían venido a La Roqueta en busca de
salud y soledades. Otros, se refugian en
el alcohol, las drogas. Unas siluetas, vi-
vas aún, pasean lentamente por las playas
de la Isla de la Calma. En invierno, luego
de haber huido los soles del estío, son,
seguramente, turistas solitarios, perso-
nas de la tercera edad que sufren desa-
mor. Pero que esperan encontrar, toda-
vía, sin avergonzarse de ello, como los
participantes del citado programa televi-
sivo, la ilusión embriagadora del amor.
Esa «gran faena humana», como la defi-
niera, en admirable ensayo, el filósofo
don José Ortega y Gasset.

Humanidades

Piromanía

Pedro Moreno Gea

El fuego ha estado presente en la vida humana desde sus comienzos, ya en la forma amenazante del incendio provocado por el rayo, como acompañante de ceremonias y rituales o como importante arma defensiva ante los depredadores, la fascinación que éste ejerce sobre algunas personas hace que éstas puedan dejarse llevar por el impulso de provocarlo sin considerar la notable destrucción que puede acompañar dicha acción. La conducta humana es con relativa frecuencia impulsiva, entendiendo por tal, la conducta no premeditada, aparentemente urgente y acompañada de gran tensión. Sin embargo, la educación y las normas sociales nos enseñan a modular dichos impulsos dejando que sólo se manifiesten aquellos que no tienen un perjuicio para nosotros mismos o los demás. Cuando existe una incapacidad para resistirse a este impulso entramos dentro del campo de la patología. La definición de los trastornos del control de los impulsos data del siglo XIX, cuando Pinel y Esquirol introdujeron el concepto de «impulso instintivo» y el término «Monomanía instintiva». Las monomanías originales incluían el alcoholismo, la piromanía y el homicidio (Talbot). Henry Ey, incluye estos cuadros de piromanía, cleptomanía, ciertos homicidios, jugadores y estafadores dentro del cuadro de personalidades psicopáticas.

El DSM-III clasifica la piromanía dentro de los trastornos del control de los impulsos, éstos se caracterizan por:

1. *Fracaso en resistir un impulso*, una tendencia o una tentación, a llevar a

cabó algún acto que es peligroso para el individuo o para los demás. Puede existir o no existir resistencia consciente al impulso. El acto puede o no puede ser premeditado o planificado.

2. *Sensación creciente de tensión antes de cometer el acto.*
3. *Experiencia de placer, gratificación o alivio en el momento de llevar a cabo el acto*, cuando se observa o cuando se participa en sus consecuencias. El acto es egosintónico, por el hecho de que es consonante con el deseo inmediato del individuo. Inmediatamente después del acto puede existir o no lamentación, autorreproche o sentimientos de culpa auténticos.

Entran dentro de este grupo:

- La cleptomanía.
- Juego patológico.
- Trastorno explosivo intermitente.
- Trastorno explosivo aislado.
- Tricotilomanía.

Otros miembros potenciales de este grupo serían la automutilación repetitiva, compra compulsiva y el comportamiento sexual compulsivo (McElroy et al., 1992).

La piromanía se ha descrito como «conducta incendiaria sin motivación» (Kosson y Dvoskin, 1982). Ello significa que si no se puede determinar ninguna motivación se diagnostica piromanía. El problema es que con frecuencia el pirómano no reconoce esa motivación para no admitir su culpabilidad. Si existe motivación sería un «incendiario». La piromanía sería por tanto una subcategoría dentro del grupo de los incendiarios. La clásica monografía *Pathologic Firesetting* de Lewis y Yarnell (1951) constituye el estudio más extenso sobre el tema donde se recogen cerca de 1.500 casos.

En el caso de la piromanía los rasgos esenciales son el fracaso recurrente en resistir los impulsos para incendiar y también la intensa fascinación que produce el incendiar y el observar los incendios. Antes de iniciar el fuego, el individuo experimenta un incremento de su tensión y una vez el fuego se ha producido, el individuo experimenta inten-

so placer o alivio. Aunque el incendio resulta de un fracaso en la resistencia a un impulso, puede existir una considerable preparación anterior a cometer el acto y el individuo puede dejar pistas evidentes.

Los individuos que presentan esta alteración, son a menudo reconocidos como:

1. «Mirones» regulares en los incendios por parte de los vecinos, sienten fascinación por el fuego o sus características asociadas (toda la parafernalia).
2. Provocar con frecuencia falsas alarmas.
3. Demostrar interés en todos los instrumentos antiincendios.
4. Pueden ser indiferentes a las consecuencias que el fuego tiene para la vida o para la propiedad o puede incluso obtener satisfacción de la destrucción resultante.

Entre la sintomatología asociada se puede encontrar:

- La intoxicación alcohólica.
- Las disfunciones psicosexuales.
- El cociente intelectual inferior al promedio.
- Las frustraciones personales crónicas.
- El resentimiento ante las figuras autoritarias.
- Deformidad física.
- Pobre ajuste ocupacional o matrimonial.
- En caso de jóvenes se encuentra que con frecuencia vienen de hogares rotos.

Se han descrito algunos casos en los que el individuo se encuentra excitado sexualmente por el fuego.

Epidemiología

Edad de comienzo: El comienzo tiene lugar por lo general en la infancia. Cuando ocurre en la adolescencia o en la edad adulta, el incendio tiende a ser deliberadamente destructivo.

La incidencia máxima de conductas incendiarias se da a la edad de 17 años (Lewis y Yarnell, 1951).

Curso: El impulso del pirómano por in-

cendiar es episódico y a menudo autolimitado, apareciendo con frecuencia en relación con una crisis situacional o del desarrollo. La conducta incendiaria asociada al retraso mental, al alcoholismo o a un patrón ritualista indica un pronóstico pobre. Existe un mejor pronóstico si el paciente puede verbalizar sus frustraciones en la terapia. Los estudios indican unas tasas de recidivas para los incendiarios que oscilan entre un 4 y un 28 % (Lewis y Yarnell, 1951). El trastorno se puede complicar por las consecuencias legales de la detención.
Sexo: Más frecuente en varones.

Etiología

Psicodinámica: Cuando el paciente comete la acción agresiva, aparece como un ser social aislado que ha permanecido en un nivel infantil de prematuridad emocional o que ha regresado a él en el que su preocupación primordial es la de satisfacer inmediatamente las necesidades primitivas. Para Freud (1932), considera que la provocación de incendios tiene que ver con la masturbación y la excitación sexual. Fenichel (1945) habló de piromanía como de una forma especial de fijación uretral-erótica y resaltó el simbolismo sádico y destructivo del fuego. Estudios más recientes se focalizan además en la agresión y el estado total del ego (Boling & Brotman, 1975).

Biológica: Investigaciones recientes indican la existencia de una posible relación entre las bajas concentraciones de monoaminas en el LCR, la hipoglucemia reactiva y la impulsividad (Virkkunen et al. 1987).

La fiebre, traumas y encefalitis pueden actuar como factores precipitantes, junto con otras disfunciones cerebrales difusas. La constitución, el desarrollo o déficits traumáticos en el desarrollo son centrales en los trastornos de control de los impulsos.

Estudio de la motivación en 1.145 individuos con conductas incendiarias (Lewis y Yarnell, 1951) mostraban los siguientes resultados:

- 39 % piromanía (otros estudios encuentran que sólo supone el 2 %).

- 23 % venganza/resentimiento con celos.
- 13 % psicosis.
- 9 % bomberos voluntarios o entusiastas del fuego.
- 7 % vagabundos/trabajadores emigrantes.
- 6 % «héroes en potencia».
- 3 % asociado con el robo a domicilio.

Blumberg identifica 5 grupos distintos:

1. No motivados psicológicamente.
2. Adolescentes y jóvenes.
3. Piromaníacos.
4. Psicóticos.
5. Mujeres.

Diagnóstico

Según el DSM-III-R, para poder hacer el diagnóstico es necesario que se hayan producido incendios deliberados y conscientes en más de una ocasión.

El diagnóstico no debe hacerse cuando el incendio es debido a:

- Un trastorno de conducta.
- Un trastorno antisocial de la personalidad.
- Esquizofrenia. Puede ser consecuencia de las ideas delirantes o las alucinaciones.
- Un trastorno mental orgánico, con fracaso para valorar las consecuencias sociales del acto.
- Acto de sabotaje incendiario llevados a cabo por extremistas políticos o existencia de ganancias monetarias.
- Cuando persigue esconder actividades criminales, o es secundario a cólera, venganza o al intento de mejorar las condiciones de vida.

La experimentación y la fascinación que los niños pequeños sienten ante las cerillas, los encendedores y el juego puede ser parte de su normal investigación del ambiente.

Tratamiento

La mayoría de lo que se ha escrito sobre el tratamiento de la piromanía enfocan

al paciente desde la perspectiva psicoanalítica (Macht y Mack, 1968), siendo ésta difícil por el frecuente rechazo a asumir la responsabilidad del acto, el uso de la negación y la existencia de alcoholismo.

La mayoría de los investigadores conductuales han utilizado la terapia aversiva para tratar a los incendiarios (McGrath y Marshall, 1979), aunque otros han utilizado el refuerzo positivo con amenazas de castigo, la saciación de estímulos y las fantasías estructuradas operantes con esfuerzo positivo (Bumpas et al., 1983).

Bibliografía

1. Blumberg NH. Arson update: A review of the literature on firesetting. *Am Acad Psychiatry Law Bull* 1981; 9, 4.
2. Boling & Brotman C. A firesetting epidemic in a state mental health center. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 946.
3. Bumpass ER, Fagelman FD, Brix RJ. Intervention with children who set fires. *Am J Psychotherapy* 1983; 37: 328-345.
4. DSM-III-R. American Psychiatric Association, 1985.
5. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría, pp. 335, octava ed. Ed. Toray-Masson, 1980.
6. Frosch WA, Frosch JP & Frosch J. The impulse disorders. Cap. 25, pp. 1-8. En: *Psychiatry*, vol. 1, Lippincott Company, 1992.
7. Koson DF, Dvoskin J. Arson: a diagnostic study. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1982; 10: (n.1) 39-49.
8. Lewis NDC, Yarell H. Pathological Firesetting. *Nervous and Mental Disease Monograph* 82. New York, Coolidge Foundation, 1951.
9. Lion John R. Trastornos de personalidad. Salvat ed.S.A. Mallorca. Cap. 18, pp. 331, 1978.
10. Macht LB, Mack JE. The firesetter syndrome. *Psychiatry* 1968; 31: 277-288.
11. McElroy SL, Hudson JI, Pope HG et al. The DSM-III-R Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified: Clinical Characteristics and Relationships to Other Psychiatric Disorders. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 318-327.
12. McGrath P, Marshall PG. A comprehensive treatment program for a fire setting child. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1979; 10: 69-72.
13. Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC. Tratado de psiquiatría, Ed. Ancora, S.A. American Psychiatric Press, pp. 603-605, 1988.
14. Virkkunen M, Nuutila A, Goodwin FK, et al. Cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels in male arsonist. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 241-247.

Noticias

Nuevo Académico de Honor.

El pasado día 14 de octubre de 1993 la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, eligió, por unanimidad, Académico de Honor Extranjero al profesor Jean Dausset.

El doctor Dausset es un eminente médico inmunólogo francés, nacido en 1916, en Toulouse. Pertenece al Instituto Pasteur y, en el Colegio de Francia, regenta la cátedra de Medicina Experimental que detentara, anteriormente, Claude Bernard.

En 1980 se le concedió el Premio Nobel de Fisiología y Medicina. Premio que compartió aquel año con Snall y Benacerraj. El profesor Dausset ha demostra-

do que los antígenos de las histocompatibilidades humanas, tienen su origen en segmentos muy específicos de los cromosomas. Y ha realizado estudios trascendentes sobre los grupos leucocitarios HL-A, descubriendo los isoantígenos de este sistema celular. Hallazgos que revisten una gran importancia clínica, al resolver muchos problemas del rechazo de los trasplantes de órganos. Condecorado, recientemente, con la más alta categoría de la Legión de Honor, el profesor Jean Dausset es asiduo visitante de Mallorca, pues posee una casa en el Puerto de Sóller.

Un avance seguro en hipertensión y cardiopatía isquémica

NORVAS®

BESILATO DE AMLODIPINO

DENOMINACION DE LA ESPECIALIDAD: NORVAS® Comprimidos de 5 mg - Amlodipino (DCI) NORVAS® Comprimidos 10 mg - Amlodipino (DCI) **COMPOSICION:** Cada comprimido contiene: Norvas® comprimidos 5 mg, Amlodipino (besilato) 5 mg; NORVAS® comprimidos 10 mg., Amlodipino (besilato) 10 mg. Excipientes c.s.: Celulosa microcristalina, Fosfato cálcico dibásico anhidro, Almidón glicolato sódico y Estearato magnésico. **PROPIEDADES FARMACOLOGICAS Y FARMACOCINETICAS:** Amlodipino es un calcio antagonista (bloqueador de los canales lentos del calcio o antagonista de los iones calcio) del grupo de las dihidropiridinas, que impide el paso de los iones calcio a través de la membrana al músculo liso y cardíaco. La acción antihipertensiva de Amlodipino es debida a un efecto relajador directo del músculo liso vascular. El mecanismo exacto por el que Amlodipino alivia la angina no se ha determinado plenamente, pero Amlodipino reduce el efecto isquémico total mediante las dos acciones siguientes: a) Amlodipino dilata las arteriolas periféricas, reduciendo así la resistencia periférica total (poscarga), frente a la que trabaja el corazón. Como no hay taquicardia refleja asociada, este desahogo del corazón reduce el consumo de energía del miocardio, así como sus necesidades de oxígeno, lo que es probablemente la razón de la eficacia de Amlodipino en la isquemia del miocardio. b) El mecanismo de acción de Amlodipino probablemente implica la dilatación de las grandes arterias coronarias, así como de las arteriolas, tanto en las zonas normales, como en las isquémicas. En los enfermos hipertensos, la administración de una vez al día logra reducciones clinicamente significativas de la presión arterial, tanto en posición supina como erecta, a lo largo de 24 horas. Igualmente, en pacientes con angina, la administración de Amlodipino una vez al día, produciendo un incremento en el tiempo total de ejercicio y disminuyó el número de ataques y consumo de tabletas sublinguales de nitroglicerina. Después de la administración oral de dosis terapéuticas, Amlodipino se absorbe bien, alcanzando concentraciones máximas en la sangre a las 6-12 horas de la administración. La biodisponibilidad es del 60-70%. El volumen de distribución es aproximadamente de 20 l/kg. La semivida plasmática de eliminación final es de unas 35-50 horas, y permite la administración de una vez al día. Después de la administración continuada se alcanzan concentraciones plasmáticas estables a los 7-8 días. Amlodipino se metaboliza ampliamente en el hígado hasta metabolitos inactivos eliminándose por la orina hasta el 10% del fármaco inalterado y el 60% de los metabolitos. En los estudios "in vitro" se ha demostrado que aproximadamente el 97,5% del Amlodipino circulante está unido a las proteínas plasmáticas. **PROPIEDADES CLINICAS:** **INDICACIONES:** Hipertensión arterial. Amlodipino puede emplearse como medicamento único para controlar la hipertensión arterial en la mayoría de los pacientes. Amlodipino se ha empleado en asociación con diuréticos tiazídicos, bloqueadores de los receptores beta-adrenérgicos o inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. Los enfermos no suficientemente controlados con un solo antihipertensivo pueden beneficiarse de la adición de Amlodipino. Tratamiento de la isquemia miocárdica producida por obstrucción vascular coronaria (Angina estable). En enfermos con angina refractaria a los nitratos y/o a las dosis adecuadas de betabloqueadores, Amlodipino puede emplearse solo, como monoterapia, o asociado con otros antianginosos. **CONTRAINDICACIONES:** Amlodipino está contraindicado en los pacientes con sensibilidad conocida a las dihidropiridinas. Niños: La eficacia y seguridad de Amlodipino sólo ha sido demostrada en adultos, por lo que no se recomienda su utilización en niños. Efectos indeseables: En los estudios clínicos controlados con placebo, en los que participaron enfermos con hipertensión o angina, los efectos adversos que aparecieron con una incidencia superior al 2% fueron: cefaleas, edemas, fatiga, náuseas, enrojecimiento y mareo. No se ha observado ningún patrón de alteración clínicamente importante de las pruebas de laboratorio, relacionado con Amlodipino. Advertencias especiales/precauciones de empleo: Ancianos: Aunque en los ancianos pueden alcanzarse concentraciones plasmáticas más elevadas que en sujetos más jóvenes, las semividas finales de eliminación fueron iguales. Administrado a dosis similares, Amlodipino se tolera bien, tanto en los sujetos de edad como en otros más jóvenes. En consecuencia, se recomiendan las dosis normales. Insuficiencia renal: Amlodipino es eliminado principalmente en forma de metabolitos inactivos, eliminándose por orina el 10% sin modificar. Las variaciones de las concentraciones plasmáticas de Amlodipino no se correlacionan con el grado de afectación renal. En estos pacientes, Amlodipino puede utilizarse a dosis normales. Amlodipino no es dializable. Insuficiencia hepática: En los pacientes con alteración de la función hepática, la semivida de Amlodipino está prolongada ya que Amlodipino se metaboliza por esta vía, y no se han establecido recomendaciones para su dosificación. En consecuencia, en estos pacientes el fármaco deberá administrarse con precaución. Amlodipino no se ha relacionado con ningún efecto metabólico adverso ni con alteraciones de los lípidos plasmáticos y es adecuado para su administración a enfermos con asma, diabetes y gota. Utilización en embarazo y lactancia: La seguridad de Amlodipino durante el embarazo o lactancia de la especie humana no se ha establecido. En los estudios de reproducción animal, Amlodipino no presenta toxicidad alguna, aparte del retraso del parto y la prolongación del trabajo en la rata con dosis cincuenta veces superiores a las máximas recomendadas para el hombre. Según esto, su administración durante el embarazo sólo se aconseja cuando no haya otra alternativa más segura y cuando la propia patología plantea riesgos mayores para la madre y para el niño. Interacciones: Amlodipino se ha administrado con seguridad junto con: diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, nitratos de acción prolongada, nitroglicerina, antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos e hipoglucemiantes orales. Estudios especiales en voluntarios sanos han puesto de manifiesto que la administración simultánea de Amlodipino y Digoxina no modificó las concentraciones séricas ni el aclaramiento renal de digoxina y que la administración simultánea de cimetidina no modificó la farmacocinética de Amlodipino. Datos "in vitro" procedentes de estudios con plasma humano, indican que Amlodipino carece de efectos sobre la unión a las proteínas de los fármacos estudiados (Digoxina, Fenitoína, Warfarina o Indometacina). Los antagonistas del calcio pueden inhibir el metabolismo, dependiente del citocromo P450, de la ciclosporina, de la teofilina y de la ergotamina. No existen estudios "in vitro" e "in vivo" sobre la posible interacción de estos medicamentos con Amlodipino, por tanto, se recomienda monitorizar los niveles plasmáticos de estos productos cuando se administre Amlodipino concomitantemente con alguno de ellos. Posología: Tanto para la hipertensión como para la angina, la dosis inicial habitual es de 5 mg de Amlodipino, una vez al día, que puede aumentarse hasta un máximo de 10 mg, según la respuesta individual del paciente. No es necesario el ajuste de la dosis de Amlodipino cuando se administra simultáneamente con diuréticos tiazídicos, betabloqueadores o inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. Sobredosificación: No existe experiencia bien documentada acerca de la sobredosificación de Amlodipino. Como la absorción del fármaco es lenta, en algunos casos el lavado de estómago puede ser útil. Una sobredosificación severa puede provocar una vasodilatación periférica excesiva con la consiguiente hipotensión sistémica marcada y, probablemente prolongada. La hipotensión clínicamente importante, debida a la sobredosis de Amlodipino, exige el apoyo cardiovascular activo, incluida la monitorización de las funciones cardíaca y respiratoria, la elevación de las extremidades y el control del volumen circulante y de la excreción de orina. La administración de medicamentos vasoconstrictores puede ser útil para restablecer el tono vascular y la presión arterial, siempre que su administración no esté contraindicada. Como Amlodipino está altamente unido a las proteínas, no es probable que la diálisis aporte beneficio alguno. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos o utilizar maquinaria: Basado en la experiencia clínica con Amlodipino, el uso de este preparado no es probable que produzca algún efecto sobre la habilidad del paciente para conducir vehículos o manejar maquinaria peligrosa. Incompatibilidades farmacéuticas: No se han encontrado hasta el momento. Conservación y estabilidad: 36 meses. Condiciones especiales de almacenamiento: Lugar fresco y seco. Presentaciones y precio venta al público: NORVAS® (Amlodipino) (DCI) 5 mg; 30 comprimidos en blister. PVP IVA 3.256 Pts. NORVAS® (Amlodipino) (DCI) 10 mg; 30 comprimidos en blister. PVP IVA 4.911 Pts.



Pfizer, S.A./ España

® Marca registrada Pfizer Inc.

El primer calcioantagonista de una nueva generación con características únicas, descubierto y desarrollado por PFIZER

NORVAS[®]

BESILATO DE AMLODIPINO

Un avance seguro en hipertensión y cardiopatía isquémica

24 horas de protección y control uniforme en hipertensión y cardiopatía isquémica.

Dosis única diaria.

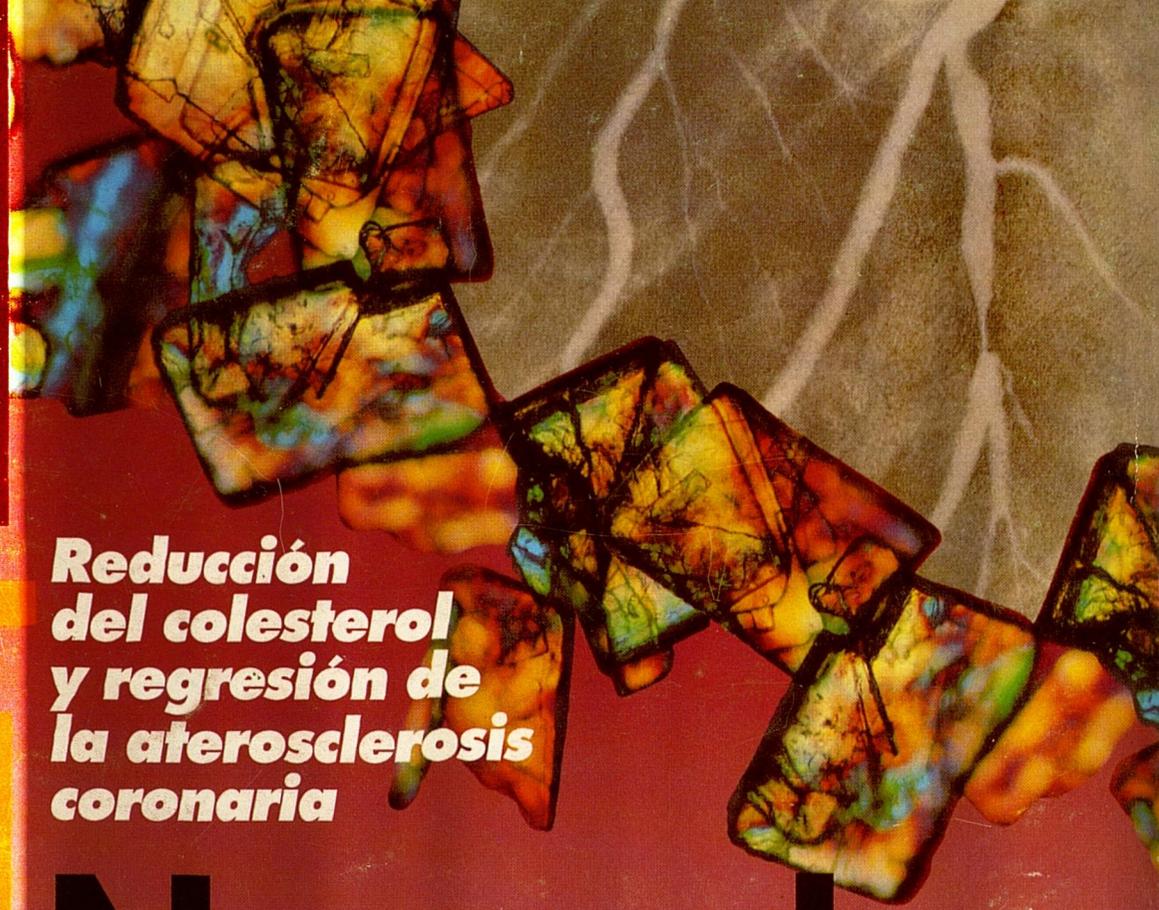
Tolerancia superior a otros calcioantagonistas convencionales.

Aprobado por la F.D.A.

MEDICAMENTO
DEL AÑO

1992

PREMIO
EDIMSA



Reducción del colesterol y regresión de la aterosclerosis coronaria

Nergadán

Lovastatina

NERGADAN (lovastatina) es la forma inactiva de la lactona del correspondiente hidroxácido abierto, potente inhibidor de la síntesis de colesterol endógeno, y por tanto, fármaco hipocolesterolemiante. Tras su absorción gastrointestinal se hidroliza y convierte en la forma activa, que es un inhibidor competitivo de la HMG-CoA reductasa, que cataliza la biosíntesis de colesterol. NERGADAN reduce el colesterol total plasmático, las lipoproteínas LDL y VLDL-colesterol y los triglicéridos, al mismo tiempo que aumenta el HDL-colesterol. **INDICACIONES:** Reducción de los niveles elevados de colesterol total y LDL-colesterol en la hipercolesterolemia primaria y cuando la dieta y otras medidas han sido insuficientes. **POSOLOGÍA:** El paciente debe seguir una dieta hipocolesterolemiante estándar antes de recibir NERGADAN y debe continuar con ésta durante el tratamiento. La dosis inicial recomendada es de 20 mg al día, como dosis única, en la cena. Si se precisan, los ajustes se harán a intervalos de no menos de 4 semanas, hasta un máximo de 80 mg diarios, administrados en 1-2 tomas al día, con el desayuno y la cena. La dosis debe ser reducida si los niveles de colesterol total descienden por debajo de 140 mg/100 ml (3,6 mmol/L). En pacientes tratados con inmunosupresores, la dosis máxima recomendada es de 20 mg/día. **Terapia concomitante:** NERGADAN es eficaz solo o en combinación con secuestradores de ácidos biliares. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a cualquier componente del preparado, enfermedad hepática activa o elevaciones persistentes no explicadas de las transaminasas séricas, embarazo y lactancia. **PRECAUCIONES:** **Efectos hepáticos:** Al igual que con otros hipolipemiantes, se han descrito elevaciones moderadas (menos de tres veces el límite superior de la normalidad) de las transaminasas durante el tratamiento con lovastatina. Estos cambios aparecieron tras el inicio de la terapia, fueron usualmente transitorios, no se acompañaron de síntomas ni se requirió la interrupción del tratamiento. Se recomienda determinar niveles de transaminasas antes del tratamiento, y 4-6 meses después, sobre todo en pacientes con pruebas hepáticas anormales y/o ingieren cantidades sustanciales de alcohol. Esta determinación debe repetirse puntualmente; si estas elevaciones son persistentes o progresivas debe discontinuarse el fármaco. **Efectos musculares:** Se han observado con frecuencia elevaciones leves y transitorias de creatinfosfoquinasa (CPK) en pacientes tratados con lovastatina, pero habitualmente no han tenido significado clínico. La aparición de mialgias también se ha asociado al tratamiento con lovastatina. En raras ocasiones se ha producido miopatía. Se han informado casos de rabdomiólisis grave que precipitaron una insuficiencia renal aguda. El tratamiento debe interrumpirse si aparece elevación marcada de los niveles de CPK o si se sospecha o diagnostica miopatía. La mayoría de pacientes que desarrollaron miopatía, incluyendo rabdomiólisis, estaban recibiendo terapia inmunosupresora que incluía ciclosporina, gemfibrozil o dosis hipolipemiantes de ácido nicotínico. Se ha descrito rabdomiólisis, con o sin insuficiencia renal, en pacientes graves tratados con eritromicina concomitante con lovastatina. En pacientes tratados con lovastatina y que no recibieron estas terapias, la incidencia de miopatía fue aproximadamente del 0,1%. **Empleo en el Embarazo:** NERGADAN está contraindicado durante el embarazo. Sólo se administrará a mujeres en edad fértil cuando sea muy improbable yon a quedar embarazadas. **Lactancia:** No se sabe si NERGADAN se excreta por la leche materna. **Uso en pediatría:** No se ha establecido la seguridad y eficacia en niños. **Advertencia:** Esta especialidad contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. **INCOMPATIBILIDADES:** No se conocen. **INTERACCIONES:** Fármacos inmunosupresores, gemfibrozil, ácido nicotínico, eritromicina. **Derivados cumarínicos:** Cuando se administran de forma conjunta lovastatina y anticoagulantes cumarínicos, el tiempo de protrombina puede aumentar en algunos pacientes. **Digoxina:** En pacientes con hipercolesterolemia, la administración concomitante de lovastatina y digoxina no tuvo efectos sobre la concentración plasmática de digoxina. **Otros Tratamientos Concomitantes:** En estudios clínicos, lovastatina se administró conjuntamente con betabloqueantes, antagonistas del calcio, diuréticos y antiinflamatorios no esteroideos, sin evidencia de interacciones adversas clinicamente significativas. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** NERGADAN es generalmente bien tolerado, la mayoría de efectos secundarios han sido leves y transitorios. En estudios clínicos controlados, los efectos secundarios que ocurrieron con una frecuencia mayor al 1% fueron: flatulencia, diarrea, estreñimiento, náusea, dispepsia, mareo, visión borrosa, cefalea, calambres musculares, mialgia, rash cutáneo y dolor abdominal. Otros efectos secundarios que ocurrieron en el 0,5% a 1% de los pacientes fueron: fatiga, prurito, sequedad de boca, sequedad de la nariz, sequedad de la garganta, polimialgia reumática, la comercialización del fármaco se han descrito los siguientes efectos secundarios adicionales: hepatitis, ictericia colestática, vómitos, anorexia, parestesia y trastornos psíquicos incluyendo ansiedad. En raras ocasiones se ha informado de un aparente síndrome de hipersensibilidad que incluía uno o más de los siguientes síntomas: anafilaxia, angioedema, síndrome lupus-like, polimialgia reumática, trombocitopenia, leucopenia, anemia hemolítica, anticuerpos antinucleares (ANA) positivos, aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG), artritis, artralgia, urticaria, astenia, fotossensibilidad, fiebre y molestias. **Hallazgos en las Pruebas de Laboratorio:** En raras ocasiones se han comunicado incrementos marcados y persistentes de las transaminasas. También se han comunicado otras anomalías en los tests de función hepática, incluyendo elevación de la fosfatasa alcalina y bilirrubina. Se han comunicado aumentos en la creatinfosfoquinasa sérica (atribuibles a la fracción muscular de la CPK). Estas elevaciones han sido habitualmente ligeras y transitorias. Rara vez se han comunicado elevaciones marcadas. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** Se han comunicado pocos casos de sobredosificación accidental. Ningún paciente presentó sintoma específico ni secuela. Se deben tomar medidas generales y monitorizar la función hepática. **PRESENTACION Y COMPOSICION:** Envases de 28 comprimidos de 20 mg de lovastatina. PVP IVA3 4.441 Ptas.

NERGADAN está indicado cuando la dieta y otras medidas no farmacológicas resultan ser insuficientes.



JRIACH & CIA. S.A.
Daga Babi 59
08026 Barcelona