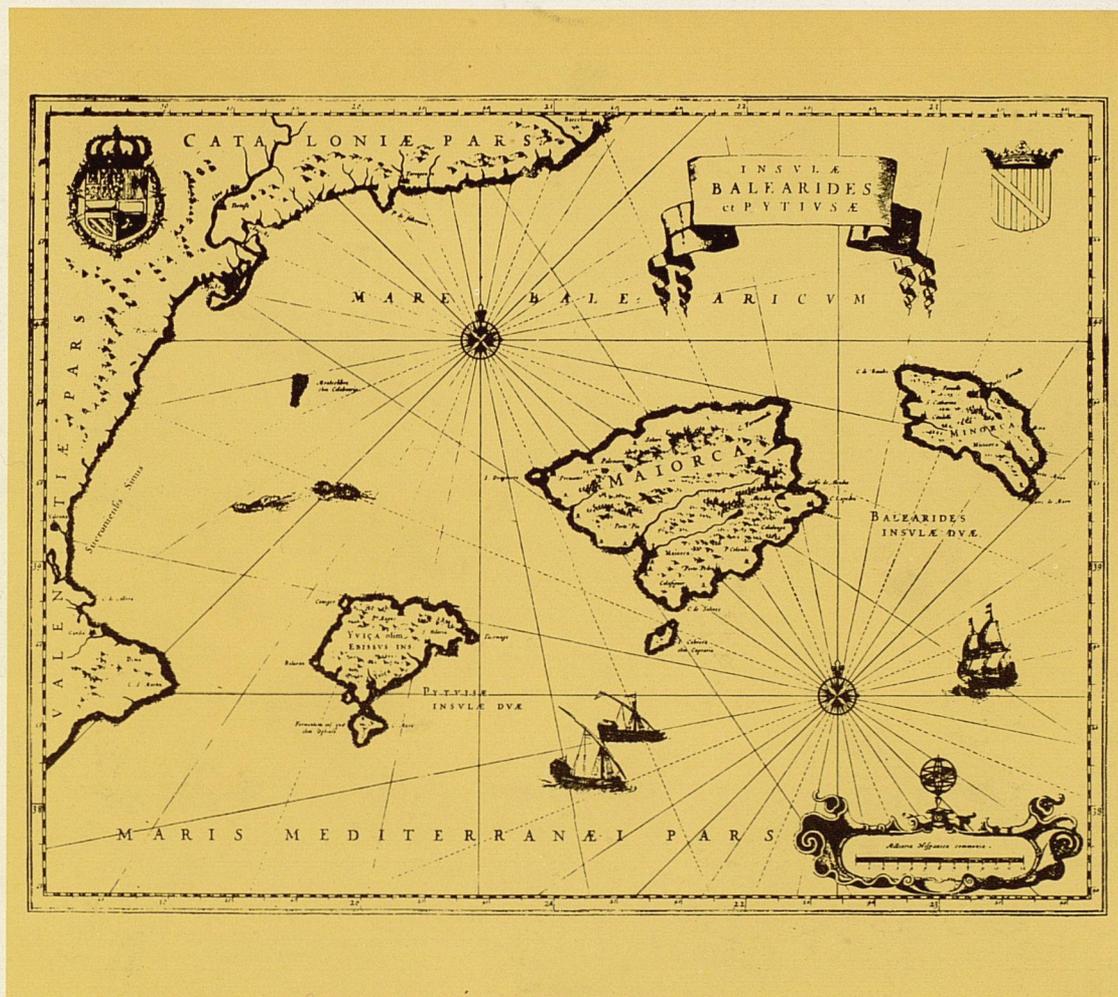


Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PALMA DE MALLORCA



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

Volumen 14, Número 3

Septiembre/Diciembre 1999

Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PALMA DE MALLORCA

Volumen 14, Número 3

Septiembre/Diciembre 1999

Presidente:

José Tomás Monserrat

Director:

José M^a Rodríguez Tejerina

Secretario de Redacción:

Ferran Tolosa i Cabani

Redactores:

Guillermo Mateu Mateu

Antonio Montis Suau

Carlos Viader Farré

José Alfonso Ballesteros Fernández

Juan Buades Reinés

Miguel Roca Bennasar

Comité Científico:

Santiago Forteza Forteza, Bartolomé Darder Hevia, Miguel Manera Rovira, Miguel Munar Qués, Juana M^a Román Piñana, Arnaldo Casellas Bernat, José Miró Nicolau, Feliciano Fuster Jaume, Bartolomé Anguera Sansó, Bartolomé Nadal Moncada, Miguel Muntaner Marqués, Francesc Bujosa Homar, Macià Tomàs Salvà, Alvar Agustí García-Navarro, Antonio Obrador Adrover, Juana M^a Sureda Trujillo.

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

Redacción:

Campaner, 4 - bajos. Teléfono: 721230. 07003 PALMA DE MALLORCA

Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PALMA DE MALLORCA

Voluntat de l'Acadèmia de Medicina i Cirurgia de Palma de Mallorca
1985

President:

José Tomás Moner

Director:

José M. Rodríguez Tejano

Secretario de Redacción:

Fernán Talos y Otero

Redactores:

Guillermo Esteban Mera

Antonio Mollat Riera

Carlos Viera Ferrer

José Alfonso Ballester y Fernández

Juan García Ferrer

Miguel José Ballester

Comité Científico:

Gerardo Ferrer Forteza, Banchón Gámez, Miguel Mollat Riera,

Miguel Ángel Gual, Juan M. Talos y Otero, Antonio Castelló Ferrer,

José Luis Ferrer, Ferrer Ferrer, Baltasar Argente Sureda,

Bartolomé José Mollat, Miguel Mollat Riera, Francesc Díez Homar,

Marcos Tomás Sureda, Avel·lana Ferrer, Antonio Ojeda, Avel·lana

Laura M. Ferrer Ferrer

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

Imprenta *Moderna* - C/ de sa Fira, 10 - Lluçmajor

Dipòsit Legal: P. M. 486-95

Medicina Balear

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PALMA DE MALLORCA

SUMARIO

- Editorial** **En el año 1900**
111
- Original** **Pautas de actuación y admisión en lista de espera para trasplante renal en Baleares**
A. Morey Molina, M. A. Munar Vila, A. Alarcón Zurita, J. E. Marco Franco.
113
- Original** **Epidemiología y características clínico patológicas del cáncer de mama en el Llevant Mallorquín**
Agüera, J., Martorell, J. M., Del Moral, R., Cuesta, M., Tubau, A., Calvo, A.
117
- Revisión** **El virus de la inmunodeficiencia humana como causa de patología renal**
A. Alarcón Zurita, M. A. Munar, J. Martinez, P. Losada, A. Morey.
122
- Revisión** **Avances en el manejo de las infecciones urinarias en el adulto**
G. P. Losada Gonzalez, F. Hidalgo Pardo, A. Munar Vila, J. Martinez Mateu, R. Bernabeu, J. M. Gascó, A. Morey Molina, A. Alarcón Zurita, J. E. Marco Franco.
126
- Revisión** **Diagnóstico de hematurias: Algoritmo**
M. A. Munar Vila, A. Alarcón Zurita, A. Morey Molina, J. E. Marco Franco.
131
- Revisión** **Avances en cirugía torácica**
C. Montero.
136
- Historia. Humanidades** **Los caprichos del azar: en el centésimo aniversario de la aspirina**
A. Alarcón Zurita.
142
- Historia** **Legislación mallorquina para el ejercicio de las profesiones sanitarias (siglos XIV-XVII)**
A. Contreras Mas
144
- Ensayo** **Magia y virtudes del agua natural**
José M^a Rodríguez Tejerina.
152
- Noticias**
157
- Indices 1999**
158

Editorial

En el año 1900

Hace ahora cien años, cuando nos acercamos, emocionados, a las puertas de un nuevo siglo cargado de interrogantes, es disculpable curiosidad preguntarnos como fue el inicio del pasado siglo XX.

Por aquellas remotas fechas no solía celebrarse en Mallorca la fiesta del fin de año, la "nit de cap d'any". Pasaba casi desapercibida. No era habitual aún festejar el cambio de año, como hoy, con la cena suculenta, tomar las uvas siguiendo las campanadas de las 12 de la noche, brindar luego con cava, desearse mutuamente, "molts d'anys"; bailar hasta altas horas de la madrugada.

No eran costumbres de nuestros abuelos. Sin embargo, lentamente, fue haciéndose habitual, una ceremonia arribada de mas allá del mar, en los pueblos mallorquines; oír las campanadas del reloj parroquial o del Ayuntamiento, anunciando el año próximo, en la plaza de la comunidad.

Los periódicos de Palma apenas se hicieron eco de la llegada del año 1900. Del ambiente científico, social y cultural de principios del siglo XX, tenemos cabal noticia por una conferencia que pronunció don José Sampol Vidal en el Colegio de Médicos de Baleares, en 1957, titulada, "Recuerdos de un médico viejo", con motivo de cumplir ochenta años.

Había tertulias de rebotica; de los médicos Obrador, Frau, Bover, Parera, en las que se jugaba al tresillo y se hablaba sin cesar de política. Más que manifestaciones científicas, existían actividades artísticas y literarias. Así en las reuniones del Círculo Mallorquín; en las sesiones musicales del Saloncito Beethoven, en el entresuelo de la casa de la *Ultima hora*, de la plaza de Tagamanent. Otras actividades culturales tenían lugar en la Sociedad Arqueológica

Luliana, y en la Económica de Amigos del País.

Médicos famosos por aquellas calendas fueron don Ignacio Ribas, González Cepeda, Malberti. Don Ignacio Ribas, de imponente bigote cano al estilo del de Castelar, realizaba sus visitas médicas diarias en un lujoso "landeau". Otros galenos, menos reputados, eran *médicos puros*, que no podían ejercer la Cirugía, como Bordoy y Vaquer.

La figura señora de la Cirugía lo era, por entonces, Don Antonio Frontera, quien se resistía, obstinadamente, a practicar la antiseptia preconizada por Lister.

Don Antonio Frontera estaba encargado del Servicio de Cirugía de Hombres del Hospital Provincial. Era un clínico excelente, cuya operación preferida era la talla perineal para extraer cálculos de la vejiga urinaria. Hombre autoritario, "magister dixit", muy querido de sus pacientes, aunque no perdonaba una peseta de sus honorarios ni a su mejor amigo.

En este hospital, amén del Servicio de Cirugía de Hombres, había otro de Mujeres regido por don Pedro Jaume Matas. Y otras salas de otorrinolaringología, de Dermatología, Medicina General y una muy típica de Enfermedades Venéreas; a los enfermos de venéreo se les denominaba *picadores*, y estaban sometidos a un régimen especial, muy rígido, como castigo a sus pecados de la carne. A las mujeres afectadas de enfermedades sexuales, a su vez, se las recluía en el desván del hospital, *la Zarza*.

El presidente, en 1900, del colegio Médico-Farmacéutico, era don Domingo Escafi Vidal, que era también Secretario Perpetuo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca. Escafi era de talla menuda, muy miope, muy inteligente, político de ideas avanzadas, de grandes actividades médico-sociales.

La primera, frustrada, laparotomía fue realizada en 1900 en el Hospital Provincial por don Pedro Jaume Matas, ayudado por don Antonio Frontera y don Jaime Escalas Adrover. Realizó la anestesia, con clorofor-mo, don Jerónimo Ripoll.

En el año 1900 fue Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, don Tomás Darder Enseñat, hombre también pequeño, incansable en su labor, que visitaba a sus enfermos, que habitaban en toda la Isla, a bordo de su *galera*.

Órgano oficial del Colegio de Médico-Farmacéutico era la *Revista Balear de Ciencias Médicas*, que en un principio se llamó *Revista Balear de Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios*. Llegó a tener una tirada de 791 ejemplares y colaboraron en la misma médicos tan conocidos como don Enrique Farjarnés Tur, curioso personaje ibicenco, que era, al tiempo que médico, administrador de Correos. Era hombre harto atildado, muy culto, historiador pertinaz.

Acababa de instalarse en Palma el primer aparato de Rayos X, traído de Francia por don Pedro Jaume Matas. En el Colegio de Médicos, en la calle Brossa 2, se realizaba la Vacunación Directa y se instaló, asimismo, el Primer Laboratorio Quirúrgico-Biológico, que regentó don Rafael Ribas y en el que colaboró el farmacéutico del Hospital Militar don Saturnino Cambroneró.

Por aquel año 1900 la constelación médica estaba liderada por don Francisco Sancho, "En Sancho", el doctor Julián Alvarez y don Tomás Darder.

A los médicos se les trataba con gran consideración. Eran unos *señores*. Recibidos en los domicilios particulares respetuosamente. Se les alumbraba con un candil, o un candelabro, se les ofrecía la mejor silla de la casa y se les proporcionaba un buen jabón, toallas limpias y papel y tintero para que escribieran sus recetas. Cobraban los médicos de cabecera una peseta, cinco si era en consulta. Los más afamados recibían dos pesetas y, si eran médicos de los ricos *butifarras*, recibían una onza al año como iguala, además del pavo tradicional por Navidad, un cordero por Pascua de Resurrección y una coca grande tras algún parto; más, "present de les matances".

Existían varias sociedades de *Socorros Mutuos*; la Protectora, la Asistencia Palmesana, el Auxilio, el Montepío del Clero, la Palma, la Caridad, la Esperanza del Hogar, la Marina.

Sirvan estas escuetas e incompletas pinceladas para dibujar el estado cultural, artístico, social y sanitario de aquel lejano año 1900. Deseemos que el siglo nuevo que va a comenzar, sea menos conflictivo, más solidario, que la pasada centuria, tan llena de zozobras, sombras y vaivenes sociales.

Original

Pautas de actuación y admisión en lista de espera para trasplante renal en Baleares

A. Morey Molina, M.A. Munar Vila, A. Alarcón Zurita, J.E. Marco Franco (*)

Que el trasplante renal es la terapéutica de elección de la insuficiencia renal terminal, es evidente desde hace ya 25 años, siendo capaz de proporcionar una mayor rehabilitación y reinserción sociolaboral, así como una mejor calidad de vida y reducir los costos económicos. La eficacia y extensión del tratamiento sustitutivo mediante diálisis ha propiciado un aumento progresivo de enfermos cada vez con edades más avanzadas; no hace muchos años los trasplantes se realizaban en pacientes por debajo de 50 años, en la actualidad y debido a los avances acaecidos en el terreno de la histocompatibilidad, perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, la introducción de la ciclosporina en los años 80, los nuevos fármacos de la década de los noventa como el micofenolato y el tacrolimus y la reinclusión en diálisis de pacientes que habían recibido un trasplante, han contribuido a elevar las indicaciones hasta los 70 años.

Es nuestra intención con el presente artículo, divulgar entre la clase médica balear, la forma de proceder a la hora de seleccionar a los posibles receptores de un injerto renal de cadáver en nuestra Unidad de trasplante renal, así como las alternativas ofrecidas en los casos de trasplante infantil y renopancreático.

(*) Servicio de Nefrología. Unidad de trasplante renal. Hospital Son Dureta.

Introducción.

El trasplante renal es el tratamiento de elección en la insuficiencia renal crónica, si bien los procedimientos de depuración extrarrenal permiten un compás de espera para la correcta selección y preparación de los candidatos, así como la obtención de una víscera con un grado de histocompatibilidad aceptable. Por lo tanto cobra vital importancia un correcto estudio de los candidatos, teniendo presente sus condiciones individuales desde el punto de vista médico, quirúrgico y psíquico, a la vez que se le proporciona una cumplida información sobre los beneficios que se piensan alcanzar y los efectos adversos o complicaciones que pueden producirse.

Este protocolo pretende recoger de una manera ordenada, la metodología que se venía utilizando en la Unidad de trasplante renal, a la vez que desarrollar e incorporar nuevos aspectos; para ello se ha llegado a un consenso entre ellos y los nefrólogos de los hospitales de Manacor, Virgen de Montetoro (Mahón), Can Misses (Ibiza), centros concertados de hemodiálisis de Policlínica Miramar, Nefdial y los coordinadores de trasplante.

En un futuro y haciendo uso de la informática queremos posibilitar que la consulta de la lista de espera pueda ser efectuada por los médicos responsables de las distintas Unidades de diálisis, para conocer en que situación se encuentran sus pacientes y poder transmitirnos cualquier información de relevancia de forma rápida y segura.

Requisitos para inclusión

- 1.- Edades comprendidas entre 18 y 70 años.
- 2.- Voluntad de recibir un trasplante renal después de haber recibido la información preceptiva.
- 3.- Someterse a revisiones periódicas 6-12 meses.
- 4.- No estar incluido en otra lista de espera.
- 5.- Pruebas obligatorias:

- Las correspondientes a las revisiones anuales de hemodiálisis y DPCA. (analítica de sangre y orina, RX. tórax y abdomen, Ecografía renal, ECG, Ag HBs, HIV, HVC,EBV, Herpes V, CMV IgG, Toxoplasma, Lúes.)
- Mantoux.
- Ecografía hepato-biliar, renal y vesical con medición de residuo postmiccional si diuresis.
- Grupo sanguíneo
- Tipaje HLA y DR, determinación de anticuerpos linfocotóxicos 3-4 veces al año y 15 días después de cualquier transfusión o embarazo.
- Revisión urológica (con o sin cistografía).
- Revisión ginecológica anual con mamografía si mayor de 50 años.
- Revisión anual odontológica.
- Varones mayores de 50 años PSA.
- Vacunación antihepatitis B.

6.- Pruebas opcionales y recomendaciones:

- Tránsito esófagogastroduodenal, si antecedentes o clínica de dispepsia gástrica o hemorragia digestiva alta, completar con esofagogoscopia.
- Enema opaco de colon opcional en mayores de 55 años o sospecha de diverticulosis.
- Ecografía cardíaca.
- Ergometría en pacientes mayores de 60 años.
- Gammagrafía cardíaca y coronariografía por indicación del cardiólogo.
- Angiografía aortoiliaca, en pacientes mayores de 60 años, con clínica o calcificaciones vasculares en Rx simples.
- Espirometría.
- Valoración psiquiátrica. (en casos especiales).

Consideraciones especiales

- Pacientes diabéticos y mayores de 50-60 años.

Valorar posible patología vascular: cerebral con Doppler troncos supra-aorticos, TAC craneal.

Cardíaca con Ergometría, Gammagrafía y Coronariografía.

Periférica con angiografía.

- Portadores de anticuerpos anti hepatitis c.
 - Biopsia hepática si PCR positivo o transaminasas alteradas.
 - Hepatitis crónica persistente más PCR positivo protocolo de interferón + ribavirina.
 - Trasplantar con transaminasa normales y PCR negativo.
 - Cirrosis hepática, plantearse trasplante combinado riñon-hígado..
- Hepatitis B
 - No trasplantar a los que presentan marcadores de replicación viral (DNA polimerasa)
 - Hacer biopsia a todos los candidatos, contraindicar si cirrosis o hepatitis crónica activa. Pueden recibir un riñón procedente de donante Ag. HBs +, descartada previamente la existencia de hepatitis delta.
- Lupus eritematoso sistémico.
 - Debe estar libre de actividad lúpica clínica (la actividad serológica no contraindica la inclusión).
 - Descartar previamente anticuerpos anticardiolipina.
- Enfermedad de Wegener.
 - Recurrencias hasta el 70 %.
- Glomeruloesclerosis segmentaria y focal.
 - Recidiva después del primer trasplante 25%.
 - Recidiva después del segundo trasplante más del 80%.
- Goopasture.
 - Anticuerpos antimembrana basal deben ser indetectables (recurrencia escasa).
- Bandas monoclonales benignas.

Vigilar durante 12 meses.

- Insuficiencia coronaria.
Tratar mediante angioplastia, stent o by-pass.
- Hiperparatiroidismo severo.
Paratiroidectomía si no responden al tratamiento con derivados sintéticos de la Vit D3.
- Mantoux positivo. Se pueden elegir una de estas opciones:
 - a).- Si antecedentes claros de T.B. o lesiones residuales en Rx tórax, Isoniacida 5 mg/Kg/días (no pasar de 300 mg), durante 9 meses.
 - b).- Si antecedentes claros de infección tuberculosa con tratamiento incorrecto, se realizará tratamiento pleno.
 - c).- Si Rx tórax normal, valorar tratamiento con Isoniacida (igual anterior) antes o después del trasplante.
- Neoplasias.

La inmunización favorece el crecimiento de células malignas.

Posibilidad de recidiva entre 0-10%:

- Carcinoma renal asintomático.
- Carcinoma testicular.

Esperar dos años

- Carcinoma cuello de útero.
- Carcinoma de tiroides.
- Carcinoma linfomas.

Posibilidad de recidiva entre 11-25%:

Tumor de Willms.

- Carcinoma cuello de útero.

Esperar entre 2-5 años

- Carcinoma de mama.
- Carcinoma de colon.
- Carcinoma in situ vesical.

Posibilidades de recidiva entre 26-88%:

- C. Vejiga
- Sarcomas.
- Melanomas.

Esperar más de 5 años

- C. Renal metastásico.
- Mieloma.
- C. de piel escamoso.

No precisan de tiempo de espera:

- C. Basocelular de piel.
- Tumores vesicales papilares no invasivos.

Trasplante prediálisis:

En niños.

Diabéticos tipo I (renopancreático) evitando así la progresión de las lesiones retinianas, neurológicas y vasculares.

- Trasplante combinado riñón y páncreas:
En pacientes menores de 45 años, valoración especial entre 45 y 50 años, excluir a los > de 50 años, en Hospital i Provincial de Barcelona.

Indicaciones de nefrectomía pretrasplante.

- Infección crónica del parénquima renal.
- Cálculos que pueden provocar infección.
- Proteinuria masiva.
- HTA intratable.
- Enfermedad poliquística (gran tamaño, infección, sangrado).
- Enfermedad quística adquirida con sospecha de carcinoma.
- Reflujos vesicoureterales (según urología).

Contraindicaciones relativas.

- Ulcus gástrico o duodenal activo.
- Colelitiasis (colecistectomía previa especialmente en diabéticos).
- Diverticulosis (valorar colectomía previa).
- Infecciones de DPCA (esperar entre 4-6 semanas desde su curación).
- Obesidad, definida en términos de peso ideal, mayor del 130 %.
- Malnutrición severa.
- Cirrosis hepática (plantearse doble trasplante riñón-hígado).

Contraindicaciones absolutas:

- HIV positivos (pendiente nueva valoración).
- Neoplasias con corta esperanza de vida.
- Psicosis mal controladas, retraso mental.
- Drogadicción y etilismo.
- Habitual falta de colaboración.
- Infecciones crónicas.
- Úlceras diabéticas
- Hepatitis crónica activa y cirrosis hepática.
- Enfermedad pulmonar obstructiva grave.
- Amiloidosis (no Beta 2).

Procedimiento.

1. Se ofrecerá la posibilidad de inclusión en lista de espera a todo paciente que

acceda a tratamiento sustitutivo renal. A los diabéticos tipo I menores de 50 años en la fase de prediálisis (aclaramientos de 20 ml/min).

2. Información exhaustiva, explicando el documento de consentimiento informado, añadiendo los riesgos personalizados y aclarando cuantas dudas puedan surgir.

3. Solicitud de pruebas complementarias y confección de hoja de resumen. Se actualizará anualmente o siempre que existan situaciones que lo requieran.

4. Para trasplante infantil (edad de 2 a 18 años) contactar con el Servicio de Nefrología Infantil Hospital Materno infantil Valle Hebrón. Barcelona

Bibliografía.

-Handbook of kidney transplantation G.M. Danovich. Second edition. Edit-Little, Brown 1996.

-G. Polo. Soluciones quirúrgicas en el trasplante renal utilizando riñones añosos. Nefrología 18 (5):91-93. 1998.

-E. Ramos, M.H. Sayegh. Evaluation of the potencial renal trasplant recipient. Up To Date 1998.

-J.M. Morales, A. Andrés, L. Pallardo, L. Capdevila, J.M. Campistol, J.M. Gil Vernet, J.M. Grinyo, F. Oppenheimer, I. Lampreave, F. Valdés, D. del Castillo, J.M. González Posada, F. Anaya, L. Orofino, R. Marcén, M. González Molina, M. Arias. Grupo de estudio Forum Renal. Documento de consenso: Trasplante renal en pacientes de edad avanzada con riñón de donante añoso. Nefrología 18 (5): 32-46. 1998.

-M.H. Sayegh, A.A.Kaplan, C.B. Carpenter. Focal

glomerulosclerosis: Recurrence after transplantation. UpToDate 1998.

-N. Ismail. Renal transplantation and the elderly. UpToDate 1998.

-Trasplante y virus. B. Miranda, R. Fernández, R. Usieto. De. Cesa. Madrid 1997.

-A. Morey, A. Alarcón, J.M. Gascó y J Bestard. Trasplante de riñón y páncreas. Colaboración Hospital Clínic i Provincial Barcelona-Mallorca. Nefrología 16:98. 1996

-Patient selection for and immunologic issues relating to kirney-pancreas transplantation in diabetes mellitus. UpToDate 1998.

-M.H. Sayegh, C.B. Carpenter. Renal transplantation in diabetic nephropaty. UpToDate 1998.

Original

Epidemiología y características clínico patológicas del cáncer de mama en el Llevant Mallorquín

Agüera J, Martorell JM, Del Moral R, Cuesta M, Lozano M, Romero M, Tubau, Calvo A (*)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cáncer de mama representa en la actualidad el 32% de los cánceres en las mujeres, siendo el segundo en frecuencia en las mismas y causa el 18% de todas las muertes por cáncer (1,2). De ahí el gran impacto socio-sanitario que representa esta enfermedad.

Es bien conocido el hecho de que la incidencia de cáncer de mama varía de un área geográfica a otra (3,4,5), debido quizás a influencias ambientales como la alimentación o bien a factores genéticos de una determinada población (6,7), por lo que para el clínico, es siempre interesante conocer cual son las características epidemiológicas de este tipo de cáncer en la zona donde realiza su labor.

Según los datos del Registro de Tumores de Mallorca, la incidencia declarada de cáncer de mama en nuestra isla es de 49,6 casos por cada 100.000 mujeres y año, algo superior a la publicada para España por los registros de tumores de la Comunidad Europea, 47,9 casos por 100.000 mujeres y año.

Desde la apertura del Hospital de Manacor en Abril de 1997, este centro se constituye en el receptor de la mayoría de

la patología mamaria maligna del Llevant mallorquín, que es su área de influencia sanitaria. Por tanto, el objetivo de este trabajo es estudiar las diferentes peculiaridades epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas de los casos de cáncer de mama atendidos en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudian los 47 casos de cáncer de mama atendidos en la Fundación Hospital de Manacor desde su apertura en Abril de 1997 a Abril de 1999.

Se ha aplicado un análisis estadístico básico a las diferentes variables estudiadas y también se ha realizado un análisis de la relación estadística entre algunas de ellas mediante el test de Chi².

RESULTADOS

La edad de las pacientes atendidas en nuestro centro osciló desde los 26 a los 88 años, con una media de 58,2 años. Por grupos de edad, las menores de 50 años supusieron el 31,9% frente al 68,1% de pacientes mayores de esta edad (Tabla I).

El 70,2% de nuestras pacientes se hallaban en la menopausia en el momento del diagnóstico de la enfermedad. Por otra parte, analizando algunos posibles factores de riesgo, encontramos que tan solo un 4,2% de los casos presentaban un antecedente familiar directo de cáncer de mama.

Estudiando el dato iniciador del proceso diagnóstico, en el 68% de los casos, fue la propia paciente la que reclamó una consulta, bien a su médico de cabecera o bien directamente al ginecólogo por haberse hallado un nódulo o alteración mamaria. En el 25,5% de los casos fue una mamografía de screening la que puso de manifiesto una lesión radiológica que no era palpable y tan solo en un 6,3% fue el médico quien mediante una exploración mamaria de rutina, descubrió un nódulo o alteración mamaria que no había sido percibida previamente por la paciente.

(*) Servicio de Ginecología. Hospital de Manacor.

Los resultados del estudio mamográfico, que se realizó en todos los casos, fue el siguiente: malignidad evidente en el 62,2% de los casos, imágenes sospechosas de malignidad en el 31,1%, microcalcificaciones que requerían estudio biópsico en el 4,4% y tan solo en un caso, el aspecto radiológico de la lesión mamaria fue catalogado como benigno. Tan solo un 10,5% requirió además realizar una ecografía mamaria para clarificar la sospecha de malignidad

Siguiendo el proceso diagnóstico habitual, en un 57,3% de estas pacientes se realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF), siendo el resultado de malignidad en el 92,9% de las punciones realizadas. No hubo ningún caso de falso negativo y tan solo en el 7,1% casos, el resultado de la PAAF no fue valorable.

Se sometió a todas las pacientes a biopsia del tumor, ya fuera de manera diferida respecto al tratamiento quirúrgico o bien intraoperatoriamente, para confirmar histológicamente la naturaleza maligna del tumor.

Respecto al tratamiento primario realizado, tan solo el 2,2% de las pacientes tuvieron que recibir quimioterapia neoadyuvante, siendo pues el primer acto terapéutico la cirugía en el 97,8% de los casos.

El tipo de cirugía empleada fue tratamiento conservador entendido como tumorectomía amplia o cuadrantectomía mas linfadenectomía axilar, en el 57,4%. Se realizó mastectomía radical modificada (fundamentalmente tipo Madden) en el 42,5% restante. Si comparamos los grupos de edad (menores y mayores de 50 años), no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al tipo de tratamiento quirúrgico realizado.

En el estudio preoperatorio de extensión se incluyó la determinación en sangre periférica de marcadores tumorales, fundamentalmente el CA-15.3, encontrándose unos niveles elevados tan solo en el 14,8% de nuestras pacientes.

Refiriéndonos ya a las características anatomopatológicas de los casos estudia-

dos, encontramos que el tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante (CDI) en un 70,2%. El segundo tipo en frecuencia fue el carcinoma ductal in situ (CDIS) en el 8,5%. Los tipos lobulillar infiltrante y comedocarcinoma suponían un 6,3% cada uno, seguidos por el carcinoma tubular en el 2,1% y el mucinoso con otro 2,1%. Tras estudio estadístico, no hemos encontrado diferencias significativas que asocien un determinado tipo histológico de tumor con los grupos de edad, la presencia de menopausia o de antecedentes familiares para el cáncer de mama.

Siguiendo con el estudio histológico de la pieza quirúrgica, la frecuencia de afectación de los ganglios axilares fue del 31,9%. De las pacientes con ganglios positivos, el 33,3% tuvieron más de tres ganglios afectados. Esta presencia de ganglios positivos en el estudio anatomopatológico, no parece tener una asociación significativa con un tipo determinado de tumor ni con un grupo de edad específico, según nuestros resultados.

Analizando otras características de los tumores en nuestras pacientes, encontramos que la positividad para receptores de estrógenos fue del 73,9% y para los receptores de progesterona del 71,7%. La positividad o no a este tipo de receptores hormonales, no se relaciona de manera estadística con los grupos de edad, presencia o ausencia de menopausia, tipo histológico del tumor o elevación de los niveles sanguíneos del marcador tumoral CA-15.3.

Respecto a la clasificación por estadios de los diferentes casos, éstos se reparten de la siguiente manera: Tumor in situ (estadio cero) en el 8,5%, Estadio I en el 23,3% de los casos, un 51,0% en estadio II, un 12,7% en estadio III y por último un 4,2% en estadio IV. Si se analiza separadamente el grupo de menores de 50 años (Tabla II), se observa que en el 50% de los casos, la enfermedad se encontraba en estadios superiores al I. Por otra parte, no hemos encontrado una relación estadística entre un determinado estadio y la existencia o no de menopausia o el tipo de tumor.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Como se comentó en la introducción, es importante para el clínico conocer los aspectos epidemiológicos que pudieran variar de un área geográfica a otra, en una enfermedad con tanta repercusión como el cáncer de mama.

Boring y cols. (2) comentaban en sus trabajos que el 80% de las mujeres con cáncer de mama no tienen ninguno de los factores de riesgo identificados para padecer esta enfermedad, lo cual concuerda con el dato de que entre nuestras pacientes, tan solo el 4,2% presentaban un factor de riesgo tan significado como tener antecedentes familiares de cáncer de mama. Es por esto que dichos autores consideraban a toda mujer como de riesgo para padecer esta enfermedad.

La edad tampoco parece un factor de riesgo totalmente determinante, porque aunque tan solo el 14,8% de nuestros casos se produjeron antes de los 40 años, tuvimos un caso a una edad tan temprana como los 26 años. Las cifras publicadas de cáncer de mama en menores de 40 años oscilan en torno al 17% (3), lo cual parece diferenciarse poco de nuestros resultados, al igual que la edad media de aparición de esta neoplasia que gira entorno a los 56 años (3). El hecho de que la incidencia del cáncer de mama esté aumentando en mujeres cada vez más jóvenes, ya ha sido puesto de manifiesto en tratados ya clásicos sobre el tema. (3)

Parece interesante comentar que aunque la mayoría de las campañas de screening poblacional masivo, como la iniciada en 1999 en Mallorca y que están vigentes en otras Comunidades Autónomas del Estado, ponen como límite inferior para realizar mamografías rutinarias los 50 años, en nuestra casuística casi un tercio de las pacientes (31,9%) tenían menos de 50 años.

Sin embargo, profundizar en el screening mamográfico parece esencial para un diagnóstico temprano de la enfermedad, ya que

en el 68% de nuestros casos, es la propia paciente la que solicita una consulta por haberse descubierto un nódulo mamario, al igual que refieren otros autores (6). Esto supone en muchos casos que la neoplasia mamaria no se encuentre ya en estadio inicial.

La exploración rutinaria de la mama por parte del médico es importante, pero es difícil apreciar tumores menores de 1 cm (3,6), por lo que coincidiendo con la literatura, la mamografía de rutina, sigue siendo la prueba principal en el diagnóstico temprano del cáncer de mama (3).

El esquema diagnóstico de una tumoración mamaria debe de completarse con una documentación anatomopatológica, puesto que según algunos autores, entre el 30 y el 40% de las lesiones que se consideran malignas desde el punto de vista clínico serán benignas al examen histológico (8) y a la inversa, resultarán malignas entre el 20 y el 25 % de las lesiones de aspecto clínico benigno (9) .

Es por esto que en nuestro centro toda lesión mamaria se somete a PAAF , si la lesión es palpable, para confirmar su naturaleza benigna, aunque esta técnica tiene según la literatura un índice de falsos negativos entre el 10 y el 15% (6 ,10). Si la lesión mamaria es sospechosa clínica o radiológicamente, aparte de la PAAF, siempre se somete a la paciente a una biopsia de la lesión (ya sea diferida o en el mismo acto operatorio, previo al tratamiento), para determinar histológicamente la naturaleza del tumor, ya que un diagnóstico anatomopatológico de confirmación, debe de obtenerse antes de realizar cualquier tratamiento para un supuesto cáncer de mama (6) .

Respecto al tratamiento quirúrgico, el hecho de realizar una mastectomía radical modificada o un tratamiento conservador, ha dependido tan solo de las características del tumor (tamaño y localización fundamentalmente) y del tamaño de la mama de la paciente, no de otros factores como la edad (no hay diferencias significativas respecto al tipo de cirugía entre menores y

mayores de 50 años) o el tipo histológico del tumor, ya que los resultados son los mismos independientemente del tipo de tratamiento quirúrgico, como se puso de manifiesto en estudios que ya son clásicos de Veronesi (11,12) y del NSABP (13).

En cuanto a los tipos histológicos encontrados, el carcinoma ductal in situ (CDIS) aparece discretamente en mayor frecuencia que lo publicado para otras áreas geográficas de nuestro entorno como lo es Cataluña (5% de los casos) (4,5). El carcinoma ductal infiltrante (CDI) es el tipo histológico predominante en nuestro estudio, no diferenciándose este aspecto con otros resultados publicados, al igual que la frecuencia de los otros tipos histológicos encontrados (3,6). Tampoco encontramos diferencias respecto al hallazgo de adenopatías positivas (3), que parece tener relación con el tamaño del tumor (3)

y no con el tipo histológico. El hecho de encontrar más de 3 ganglios positivos, en nuestro estudio en el 33,3% de los casos, supone un empeoramiento del pronóstico (14).

Otros aspectos estudiados son la elevación del marcador tumoral CA-15.3 y la presencia de receptores hormonales para estrógenos y progesterona en el tumor, no pudiendo encontrar una asociación significativa entre la presencia de receptores positivos para estrógenos y presencia de niveles elevados en sangre periférica de CA-15.3, corroborando lo que sugieren algunos autores (3).

Finalizaremos reiterando la atención que debemos prestar a las pacientes jóvenes con patología mamaria en nuestra área sanitaria, debido a la nada despreciable incidencia de cáncer de mama en menores de 50 años.

TABLA I:
EDAD DE LAS PACIENTES

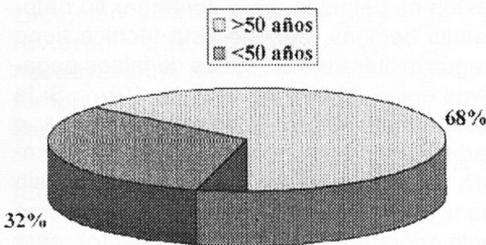
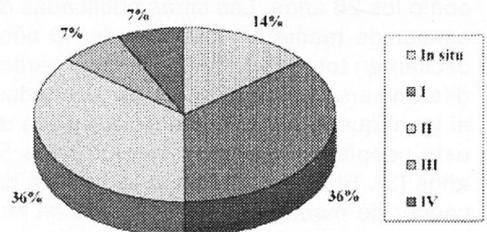


TABLA II:
ESTADIO EN MENORES DE 50 AÑOS



BIBLIOGRAFIA

1-American Cancer Society. Cancer facts and figures. 1994, Atlanta: ACS, 1994
 2-Boring CC, Squires TS, Tong T. Cancer statistics, 1993. CA Cancer J Clin 1993; 43: 7-26
 3-González Merlo y cols. Oncología Ginecológica. Cap. 11 Cáncer de mama. Ed Salvat 1991.
 4-Borrás J y cols. El registro poblacional de Tarragona 1982. Asociación Española contra el Cancer. Oncología originales, 1984, IX:
 5-Rodríguez Sarmiento M.C. Evidencias actuales sobre el cáncer de mama. Bolletí de Planificació

Familiar. Servei de Sanitat . Diputació de Barcelona 1987.
 6- Berek JS, Hillard PA, Adashi EY. Ginecología de Novak. Capítulo 36. Cáncer mamario. Ed McGraw-Hill 1998.
 7-Van't Veer P, Van Leer et cols. Combination of dietary factors in relation to breast cancer occurrence. Int J Cancer 1991; 47: 649-53.
 8-Basset LW, Liu TH et cols. The prevalence of carcinoma in palpable vs non-palpable mammographically detected lesions. Am J Roentgenol 1991; 157: 21-4.

9-Miller AB, Bulbrook RD. Screening detection and diagnosis of breast cancer. *Lancet* 1982; 1:1109-11.

10-Frable WJ. Fine needle aspiration biopsy: a review. *Hum Pathol* 1983; 14:9-28.

11-Veronesi U, Sacozi et cols. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N Engl J Med* 1985; 312:665.

12-Veronesi U, Zucali R, Luini A. Local control and survival in early breast cancer: the Milan

Trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1986; 12:717-20.

13-Fisher B, Bauer M, Margolese R et cols. Five years results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of cancer. *N Engl J Med* 1989; 320: 822-8.

14-Haagensen CD. *Enfermedades de la mama. De Panamericana, Buenos Aires* 1987.

Revisión

El virus de la inmunodeficiencia humana como causa de patología renal

A. Alarcón Zurita, M. A. Munar, J. Martínez, P. Losada, A. Morey (*)

Aunque inicialmente se pensó que el riñón estaba a salvo del virus en el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, apenas se había descrito dicho síndrome y ya, en el año 1984, aparecen las primeras publicaciones sobre las complicaciones renales del mismo (1,2), aunque ninguna de ellas fuera achacable al virus, pues todas están en relación con las numerosas patologías que acompañan a esta enfermedad en su estado más florido. Y son éstas, Tabla I, la insuficiencia renal aguda prerrenal secundaria a procesos de deshidratación en enfermos terminales; la necrosis tubular y las nefropatías intersticiales secundarias a procesos sépticos, toxicidad por drogas o nefrocalcinosis; los procesos infecciosos e infiltrativos renales y diversas lesiones glomerulares. Este mismo año, se describe y publica por primera vez, en un grupo de pacientes de raza negra VIH (+) y drogadictos por vía parenteral, un tipo de nefropatía que cursa con síndrome nefrótico y patrón anatómico-patológico de glomeruloesclerosis segmentaria y focal (GESF) (3), la cual se asocia, inicialmente, con la nefropatía por heroína, sobre todo porque no aparece casi nunca en otros grupos de riesgo, como el de homosexuales blancos. Posteriormente, se demuestra que esta patología se presenta también en enfermos de raza negra VIH (+) no adictos a drogas por vía

parenteral, y en niños de la misma raza, y se le da el nombre de nefropatía asociada al VIH, nombre con el que se la conoce en la actualidad, a pesar de no ser ésta una denominación muy feliz, pues dicha nefropatía afecta, de forma casi exclusiva, a un grupo racial muy concreto de enfermos infectados por el VIH, y además, este nombre puede inducir a confusión al existir otras patologías renales que también se asocian al VIH, aunque la relación causa efecto no sea tan manifiesta como ésta. En cualquier caso, esta denominación se ha consolidado en la literatura médica y como tal se conoce..

Si dejamos de lado la patología renal asociada con las complicaciones del SIDA cuando está desarrollado y florido, de las cuales ya hemos dicho que el fracaso renal agudo y las nefritis intersticiales de etiología diversa son las más corrientes, podríamos agrupar las enfermedades renales asociadas al VIH en tres grandes apartados:

En el primero se incluyen la denominada nefropatía asociada al VIH -nombre con el que se conoce la glomerulopatía que, como ya hemos apuntado, cursa con un patrón anatómico-patológico de GESF-, y los dos procesos posiblemente relacionados con ella: la hiperplasia mesangial difusa y los mínimos cambios. Este tipo de nefropatía ha sido descrito, como ya hemos apuntado previamente, en pacientes de raza negra, siendo sumamente rara entre blancos, tanto en las series europeas como en las americanas (5,6,7,8), lo que demuestra un extraño predominio racial que, probablemente, esté en relación con factores genéticos o ambientales.

En lo que respecta a la patogénesis, se sabe que la nefropatía puede aparecer en los pacientes seropositivos en cualquier momento de la evolución del proceso infeccioso, se haya o no desarrollado el síndrome, y que los depósitos glomerulares de inmunocomplejos suelen estar ausentes, lo que hace improbable que ellos sean la causa de esta patología. Los mecanismos lesionales podrían ser :

(*) Servicio de Nefrología. Hospital Son Dureta

1- Acción directa del virus sobre las células parenquimatosas renales con producción de efectos citopáticos.

2- Lesión indirecta de las células renales producida por la acción sobre ellas de moléculas codificadas por el VIH.

3- Lesión renal indirecta de las células renales producida por citoquinas liberadas por los linfocitos y monocitos circulantes, o que infiltran el riñón: TGFbeta-1, bFGF e interleuquina-8, como las más relevantes.

La enfermedad suele manifestarse, inicialmente, por una proteinuria, usualmente de rango nefrótico, con patrón bioquímico típico, pero que raramente se acompaña de edemas. La evolución suele hacerse hacia la insuficiencia renal en un corto espacio de tiempo, y el pronóstico está más en relación con la supervivencia del paciente -siempre corta, según el momento evolutivo del SIDA, que con la propia nefropatía.

Anatomopatologicamente, la forma más frecuente es la GESF, y más rara la hiperplasia mesangial difusa o los mínimos cambios, presentando la primera, con microscopía óptica, algunas diferencias con respecto a la forma idiopática de la enfermedad: el glomérulo suele estar colapsado y rodeado por una corona de células epiteliales que presentan una importante tendencia a hipertrofiarse e hiperplasiarse; y en el intersticio se observa la existencia de una nefropatía intersticial importante, con cambios tubulares degenerativos, dilataciones microquísticas de los túbulos, edema, fibrosis intersticial e infiltración por células inflamatorias, principalmente linfocitos y monocitos. La inmunofluorescencia suele ser positiva para la IgM y C3 en las zonas esclerosadas y el masajo, y con el microscopio electrónico se observa una extensa fusión de los podocitos y la aparición de inclusiones tubuloreticulares en las células endoteliales de los capilares glomerulares y peritubulares, las cuales no son específicas de este tipo de nefropatía y cuya producción es estimulada por el interferón alfa; y apenas si se ven depósitos densos en el mesangio o a lo largo de los capilares glomerulares periféricos.

En lo que respecta al tratamiento, tanto en este tipo de nefropatía, como en general en las producidas por inmunocomplejos circulantes, se ha demostrado que el más eficaz es la disminución de la carga viral que se consigue con las modernas terapéuticas del SIDA (9,10,11), con las que se han descrito remisiones del síndrome nefrótico.

Otros tratamientos utilizados han sido los inhibidores de la ECA (12,13), no sólo por su efecto antiproteinúrico, sino también por inhibir el aumento de síntesis de TGFbeta-1 inducido por la Angiotensina II.

Por último, y aunque solamente con carácter experimental, se han utilizado también los inmunosupresores. No hace falta comentar el altísimo riesgo que la utilización de los mismos conlleva en este tipo de pacientes, de ahí su carácter experimental (14,15,16).

Un segundo grupo de enfermedades que se asocian al VIH son las nefropatías producidas por inmunocomplejos circulantes. Sin embargo, no se nos oculta que es éste un grupo difícil de valorar, ya que la frecuente asociación de VHB, VHC y otros procesos infecciosos hace imposible, a veces, saber si la nefropatía ha sido producida por el VIH o por otros elementos patógenos, a no ser que se aislen partículas vírales en los inmunocomplejos circulantes o depositados en el riñón.

En este grupo se han descrito nefropatías mesangiales, mesangiocapilares, membranosas..., y en general cualquier nefropatía producida por inmunocomplejos que se depositan en el riñón, aunque las que con más frecuencia se describen en todas las series publicadas son las mesangiocapilar, asociadas o no al VHC, la nefritis lúpica y la nefropatía IgA, en la que Kimmel y cols. (17) demostraron la presencia de antígenos del VIH, p24 y gp 120, en los inmunocomplejos circulantes y en los depositados en los glomérulos.

El tercer grupo estaría constituido por una patología de rara presentación: el síndrome hemolítico urémico o la púrpura trombótica trombocitopénica (HUS/PTT)

(18), que puede aparecer en cualquier momento de la evolución de los pacientes seropositivos, aunque la mayor parte lo hace en estadíos avanzados del SIDA, y suele manifestarse clínicamente por proteinuria, hematuria y eventualmente, insuficiencia renal.

Por último, en lo que respecta al tratamiento de la insuficiencia renal crónica, cuando se llega a ella, hemos de decir que, clásicamente, se han obviado tanto la diálisis como el trasplante por el mal pronóstico que ambos conllevan a corto plazo, aunque, lógicamente, dicho pronóstico sea muy diferente para el paciente que sólo es seropositivo y para el que ha desarrollado el SIDA de forma florida (19,20). A pesar de todo, tanto la hemodiálisis como la diálisis peritoneal se han utilizado en estos enfermos, con resultados similares en ambos casos, si bien, la diálisis peritoneal se complicó con un número mayor de lo normal de infecciones peritoneales. (21,22,23).

En lo referente al trasplante renal, la mayor parte de los centros no lo practican en este tipo de enfermos; sin embargo, se han hecho algunos: a veces desconociendo la seropositividad del paciente y otras sabiendas (24,25), y pacientes ha habido que han sobrevivido más de 5 años, siendo las complicaciones más graves, nuevamente, las infecciosas.

En cualquier caso, en el futuro, y con la mayor supervivencia que los modernos tratamiento del SIDA conllevan, este tipo de enfermos se hará más frecuente en las

unidades de diálisis, algo que ya ocurre en USA, donde, en algunas unidades, alrededor del 30% de pacientes son VIH (+ (19), y en consecuencia, también, en un futuro algo más lejano, el paciente seropositivo será un receptor más de las unidades de trasplante, con toda la problemática que ello conllevará, sobre todo si los nefrólogos nos descuidamos y no sabemos tomar las medidas oportunas para adelantarnos a tan graves problemas como los que se nos pueden plantear.

Tabla I

Patología renal asociada al SIDA y no producida por acción directa del VIH
FRA prerrenal
Nefritis intersticial aguda por:
Fármacos
Sepsis
FRA parenquimatoso:
Por drogas nefrotóxicas.
Asociado a procesos sépticos
Infecciones renales:
Bacterianas
Víricas
Fúngicas
Procesos infiltrativos:
Linfomas
Amiloidosis
Otros

Bibliografía

- Gardens MH, Lemer CW, Seligson GR, Zabetakis PM, Rotterdam H, Tapper ML, Michelis MF, Bruno MS: Renal disease in patients with AIDS: A clinicopathologic study. *Clin Nephrol* 21:197-204, 1984.
- D'Agati V and Appel GB: VIH infection and the kidney. *J Am Soc Nephrol* 6:139-152, 1997.
- Rao TK, Filippone EJ, Nicastrì AD, Landesman SH, Freañ E, Chen CK, Friedman EA: Associated focal and segmental glomerulosclerosis in the

- acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 310:669-673, 1984.
- Rao TK, Friedman IEA, Nicastrì AD: The types of renal disease in the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 316:1062-1068, 1987.
- Bourgoignie JJ: Renal complications of human immunodeficiency virus type I. *Kidney Int* 37:1571-1584, 1990.
- Bourgoignie JJ, Ortiz-Interian C, Green DF, Jaffe D, Roth D, Pardo V: The epidemiology of

- human immunodeficiency virus-associated nephropathy. In: *Nephrology*, edited by Hatano M, Tokyo, Springer-Verlag, 1991, pp 484-492.
7. Nochy D, Glotz D, Dosquet P, Pruna A, Guettier C, Weiss L, Hinglais N, Idatte J-M, Mery J-P, Kazatchkine M, Druet P, Bariety J: Renal disease associated with HIV infection: A Nephrol Dial Transplant 8:11-19, 1993.
 8. Nochy D, Glotz D, Dosquet P, Pruna A, Lemoine R, Guettier C, Weii L, Hinglais N, Idatte J-M, Mery 3-P, Kazatchkine M, Druet P, Bariety J: Renal lesions associated with human immunodeficiency virus. *Adv Nephrol* 22:269-286, 1993.
 9. Ifudu O, Rao TKS, Tan CC, Fleishman H, Chirgwin K, Friedman EA: Zidovuline is beneficial in human immunodeficiency virus-associated nephropathy. *Am J Nephrol* 15:217-221, 1995.
 10. Ahmed U, Kloser P, Miller MA, Lasker N: Does Zidovuline slow the progression of HIV nephropathy. *J. Am Soc Nephrol* 4:269. 1993.
 11. Michel C, Dosquet P, Ronco P, Mougnot B, Viron B, Mignon F: Nephropathy associated with infection by human immunodeficiency virus: A report of 11 cases including 6 treated with zidovuline.. *Nephron* 62:434-440, 1992.
 12. Kimmel PL, Mishkin GJ, Umana WO: Captopril and renal survival in patients with human immunodeficiency virus nephropathy. *Am J Kidney Dis* 28:202-208, 1996.
 13. Bums GC, Matute R, Onyema D, Davis I, Toth D: Response to inhibition of angiotensin converting enzyme in HIV associated nephropathy. *Am J Kidney Dis* 23:441-443, 1994.
 14. D'Agati V and Appel GB: HIV infection and the kidney. *J Am Soc Nephrol* 8:139-152, 1997.
 15. Ingulli E, Tejani A, Fikrig S, Nicastrì A, Chen CK, Pomrantz A: Nephrotic syndrome associated with acquired immunodeficiency syndrome in children. *J Pediatr* 119:710-716, 1991.
 16. Smith MC, Pawar R, Carey JT, Graham RC, Jacobs GH, Menon A, Salata RA, Seliga R, Kalayjian RC: Effect of corticosteroid therapy on human immunodeficiency virus associated nephropathy. *Am J Med* 97:145-151, 1994.
 17. Kimmel P, Philips TM, Ferreira-Centeno A, Farkas-Szallasi T, Abraham AA, Garrett CT: HIV-associated immune mediated renal disease. *Kidney Int* 44:1327-1340, 1993.
 18. Rarick MU, Espina B, Mocharnuck R, Triling Y, Levine AM: Thrombotic thrombocytopenic purpura in patients with human immunodeficiency virus infection. A report of three cases and review of the literature. *Amer J Hematl* 40:103-109, 1992.
 19. Humphreys MH: Human immunodeficiency virus-associated glomerulosclerosis. *Kidney Int* 48:311-320, 1995.
 20. Marcus R, Favero M, Benerjee S, Solomon SL, Bell DM, Jarvis W, Martens WJ: Prevalence and incidence of human immunodeficiency virus among patients undergoing long-term hemodialysis. *Am J Med* 90:614-619, 1991.
 21. Kimmel PL, Umann WO, Simmieus SJ, Watson J, Bosch JP: Continuous ambulatory peritoneal and survival of HIV infected with ESRD. *Kidney Int* 44:373-378, 1993.
 22. Tebben JA, Rigsby MD, Selwyn PA; Brennan W, Kliger A, Finkelstein FO, Velandis M, Fridkin SK, Cardens V: Outcome of HIV infected patients on CAP. *Kidney Int* 44:191-198, 1993.
 23. Feduska NJ: Human immunodeficiency virus, AIDS, and organ transplantation. *Transplant Rev* 4:93-107, 1996.
 24. Tzakis AG, Cooper MH, Drummer JS, Ragni M, Ward JW, Starzl J: Transplantation in HIV + patients. *Transplantation* 49:354-358, 1990.

Revisión

Avances en el manejo de las infecciones urinarias en el adulto

G.P. Losada González, F. Hidalgo Pardo, A. Munar Vila, J. Martínez Mateu, R. Bernabeu, J.M. Gascó, A. Morey Molina, A. Alarcón Zurita, J.E. Marco Franco (*)

Conceptos y terminología

El tracto urinario es estéril. Sólo la uretra anterior tiene una flora normal, cuya composición varía con la edad, el sexo, el estado de salud, etc. Por tanto, la presencia de bacterias en el interior del tracto urinario implica una situación patológica. Bacteriuria es un término que indica la presencia de bacterias en orina. Se define como bacteriuria significativa la presencia de bacterias en orina en cantidades superiores a las 100.000/ml en orina recién emitida, o cualquier cantidad si la orina ha sido recogida por punción suprapúbica. La bacteriuria puede ser sintomática o asintomática, en pacientes sin signos clínicos de infección.

Atendiendo al lugar donde se producen los síntomas de la infección urinaria se distinguen: uretritis, cistitis, prostatitis, epididimitis y pielonefritis, que a su vez pueden ser agudas o crónicas. La Nefropatía intersticial crónica o Pielonefritis crónica, es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta al intersticio renal y a los túbulos, ocasionando un deterioro progresivo de la función por fibrosis intersticial. El Síndrome Uretral Femenino se caracteriza por síntomas de disuria, polaquiuria e incontinencia sin que se logre aislar ningún germen.

(*) Servicio de Nefrología, Hospital Son Dureta y Servicio de Urología, Fundación Hospital de Manacor.

Otros conceptos en cuanto a la valoración del tratamiento son:

-Respuesta o Erradicación: Desaparición de la bacteriuria tras el tratamiento.

-Recaída o Recidiva: reaparición de la bacteriuria después del tratamiento por la misma bacteria primeramente aislada.

-Reinfección: reaparición de la bacteriuria postratamiento pero por una bacteria distinta a la primariamente aislada.

Epidemiología

La infección urinaria es la patología más común del aparato urinario, causando un 10% de las bajas laborales, y es la enfermedad infecciosa más frecuente del ámbito hospitalario. Afecta a ambos sexos y en cualquier edad. En la infancia: incidencia del 2% en neonatos, 4.5% en edad preescolar, y el 2% en edad escolar en niñas, predominando en estas la bacteriuria asintomática. En adultos: son escasas en el varón (0.5%), y habituales en mujeres sexualmente activas (sobre todo portadoras de DIU), y durante el embarazo (1). En el anciano la incidencia aumenta al 10% por la patología prostática.

Etiología

La mayor parte de las infecciones urinarias no complicadas son de origen endógeno, causadas por microorganismos procedentes de la flora habitual del intestino grueso. Existen cinco especies de gérmenes que son responsables del 99.5% de las infecciones urinarias, siendo el E. Coli el más aislado (80%); dentro de los bacilos Gram negativo se distinguen también el Proteus Mirabilis y las Klebsiella spp (2).

Las variedades de E. Coli que originan mayor número de infecciones son las que poseen antígenos de pared celular O números 1, 2, 4, 6, 7, 25, y 75, porque están dotados de unas fimbrias que permiten su adherencia a la mucosa urinaria. De los antígenos capsulares, los tipos 1 y 12 son

los que con mayor frecuencia producen infección de los tramos urinarios superiores.

Dentro de los gérmenes Gram positivos, *Staphylococcus Saprophyticus* y *Streptococcus Faecalis* (enterococo) completan las especies más aisladas.

El 95% de las infecciones urinarias no complicadas son monobacterianas, mientras que en las recurrentes aumenta el nº de gérmenes aislados. En el ambiente hospitalario aumenta la frecuencia de la *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Pseudomonas* y *Proteus*. Su carácter nosocomial suele ir asociado a una multirresistencia frente a los antimicrobianos más comunes.

En cuanto a la etiología de las infecciones urinarias complicadas se han aislado más de 30 especies de gérmenes diferentes, debido fundamentalmente al uso y abuso de antibióticos de amplio espectro. El *E. Coli* esta presente en menos de un 50% de los aislamientos, dependiendo de las distintas endemias hospitalarias y del uso preferente de los antimicrobianos.

Clasificación

A efectos prácticos, es útil clasificar la infección urinaria del adulto en cinco grupos: cistitis aguda no complicada en la mujer joven, cistitis recurrente en la mujer, pielonefritis aguda no complicada en la mujer joven, infecciones urinarias complicadas en el adulto, y bacteriuria asintomática del adulto (3).

Cistitis aguda no complicada en la mujer joven

Aparece en el 25%-35% de las mujeres entre 20-40 años, y su etiología es en el 80% de los casos *E.Coli*, en un 5-15% *S. Saprophyticus*, y ocasionalmente *Klebsiella*, *Proteus mirabilis*, y otros microorganismos.

Entre los factores predisponentes que aumentan el riesgo de infección, se encuentran el inicio de la actividad sexual, el uso de diafragma y espermicidas, y la micción postcoito retrasada.

Para el diagnóstico es suficiente con la presencia de los síntomas típicos, acompañados de un sedimento patológico.

En cuanto al diagnóstico diferencial, hay que descartar todas aquellas causas que puedan producir disuria en la mujer: uretritis agudas causadas por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* o virus del herpes simple, y vaginitis por candidas o tricomonas.

Al hablar del tratamiento, hay que tener en cuenta las medidas higiénicas básicas (ingesta hídrica abundante, abstinencia sexual y buen lavado genital), y la analgesia que calme la micción dolorosa, el malestar en hipogastrio, pubis y uretra. El tratamiento antibiótico de corta duración (regímenes de tres días), ha demostrado ser más eficaz en los distintos estudios realizados en años recientes, con menor número de efectos secundarios y menor costo. Se utilizan trimetropín 100 mg/12 h, trimetropín-sulfametoxazol 160 mg-800 mg/12 h, norfloxacin 400 mg/12 h ciprofloxacino 250mg/12 h, ofloxacino 200 mg/12 h, enoxacino 400 mg/12 h, nitrofurantoina 100 mg/6 h, amoxicilina 250 mg/8 h, y cefpodoxima proxetil 100 mg/12 h, todos ellos por vía oral.

Los regímenes monodosis se pueden utilizar, pero obtienen menor tasa de curación y un mayor número de recurrencias. Hay que evitarlos en situaciones que sean susceptibles algún tipo de complicación, como embarazo, sospecha de infección de vías altas o antecedentes de ello (recaídas frecuentes), infección recurrente, instrumentación reciente, anomalías estructurales, síntomas de más de una semana de evolución o imposibilidad de seguimiento. Se recomiendan: amoxicilina 3g /v.o., trimetropin 600 mg/v.o., cotrimoxazol 2g /v.o. fosfomicina trometamol 3g /v.o. 4.

Cistitis recurrente en la mujer

Aproximadamente un 20% de las mujeres que han sufrido un episodio inicial de cistitis tendrán infecciones recurrentes. En el 90% de los casos se trata de una reinfección separada varios meses del

proceso inicial, que responde bien al tratamiento antimicrobiano. La repetición del proceso dentro de un período de tiempo corto obliga a la búsqueda de anomalías que lo justifiquen. El uso de diafragmas o espermicidas se ha asociado a la aparición de recurrencias en algunas de las pacientes, dado que favorecen la colonización de la vagina por E.Coli. También algunos autores creen en la posibilidad de la existencia de cierta susceptibilidad de tipo genético, ya que las mujeres que no secretan antígenos de grupo sanguíneo tienen más infecciones recurrentes que el resto, y en ellas las células uroepiteliales poseen glicolípidos específicos de unión al E.Coli.

En estas pacientes es obligado realizar al menos un urocultivo antes de iniciar el tratamiento. Para su manejo terapéutico se puede emplear:

*Profilaxis continua: se recomienda en pacientes con dos o más episodios en un período de seis meses, o bien tres o más episodios en un año. Se pueden usar nitrofurantoina 50 mg, trimetropín 100 mg, o norfloxacin 200 mg, ingeridos justo antes de acostarse, y tras haber vaciado la vejiga. En estudios recientes se demuestra la misma eficacia tomando el antimicrobiano en noches alternas o incluso tres noches a la semana. La duración de este tipo de tratamiento no está clara, y varía de 6 meses a 2 años.

*Automedicación intermitente: en mujeres que no deseen un tratamiento profiláctico de larga duración, y en las que presentan menos de dos episodios de infección urinaria al año, pauta de tres días al inicio de la sintomatología.

*Profilaxis postcoital: vaciamiento vesical completo antes y después del coito, y cremas antisépticas periuretrales antes del mismo. Si estas medidas no son efectivas, se puede administrar después del coito trimetropín-sulfametoxazol o norfloxacin.

Pielonefritis aguda no complicada en la mujer joven

En más de un 80% de los casos, el microorganismo implicado en este tipo de

infección es la E.Coli de las llamadas cepas uropatógenas, que poseen ciertos factores de virulencia facilitadores de la infección del tracto urinario superior de las personas sanas y normales. La clínica puede variar desde la presentación como un cuadro de cistitis aguda con dolor lumbar, hasta la septicemia.

Es necesaria la realización de urocultivo, así como de hemocultivos en los pacientes hospitalizados. El tratamiento de los pacientes que no precisan atención hospitalaria, puede realizarse por vía oral, con trimetropín-sulfametoxazol 160 mg-800 mg/12 h, ofloxacin 300 mg/12 h, enoxacin 400 mg/12 h, durante 10-14 días. En los pacientes que precisen hospitalización, se iniciará el tratamiento por vía parenteral con trimetropín-sulfametoxazol 160 mg-800 mg/12 h, ciprofloxacino 200 a 400 mg/12 h., gentamicina 1 mg por kilo de peso cada 8 h, ceftriaxona de 1 a 2 g /día, ampicilina 1 g cada 6 h, imipenem-cilastatina de 250 a 500 mg cada 6-8 h, o aztreonam 1 g cada 8-12 h, hasta la desaparición de la fiebre, para luego seguir con la pauta oral durante un total de 14 días. Si la sintomatología persiste a pesar del tratamiento, puede ser necesaria la realización de nuevos cultivos, así como de pruebas diagnósticas que descarten la existencia de abscesos intra o perirenales, anomalías urológicas o uropatía obstructiva.

Infecciones urinarias complicadas del adulto

Son las que aparecen en pacientes con anomalías del tracto urinario, ya sean anatómicas, metabólicas, o funcionales, o las infecciones que son causadas por microorganismos resistentes. La etiología es múltiple, por lo que es necesaria la realización de urocultivo para el aislamiento del agente causal, así como del antibiograma. Como tratamiento empírico, y en aquellos pacientes que no necesiten hospitalización, se pueden utilizar las fluoroquinolonas por vía oral durante 10-14 días. En pacientes hospitalizados se puede

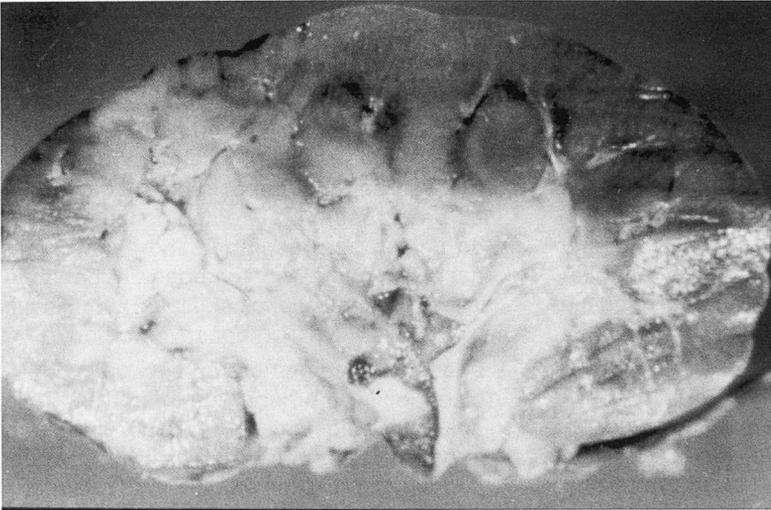
iniciar tratamiento con ampicilina más gentamicina, o imipenem-cilastatina intravenosos, hasta que se aísle el germen causal, y que se realice el antibiograma. La duración del tratamiento será como mínimo de 10-14 días, repitiendo el urocultivo a la semana o dos semanas. Hay que tener en cuenta que el tratamiento de estas infecciones pasa por la resolución del problema de base, ya sea anatómico, funcional o metabólico.

En este apartado merece especial mención la infección la infección urinaria del varón joven, que suele ser indicativa de una

anormalidad urológica de base. Puede presentarse como una cistitis simple, o con síntomas de uretritis aguda. En estos casos está indicado el tratamiento durante siete días con trimetropín-sulfametoxazol, o una fluoroquinolona, previa realización de urocultivo.

Bacteriuria asintomática del adulto.

Se define como bacteriuria asintomática la presencia de microorganismos en la orina en número significativo, en ausencia de sintomatología clínica y signos inflamatorios



en el sedimento. El hallazgo de >100.000 ufc/ml en una mujer asintomática representa una probabilidad de un 80% de que se trate de una bacteriuria verdadera, porcentaje que asciende al 90% si se practican dos urocultivos y ambos son positivos para el mismo germen. Cuando el número de colonias oscila entre 10.000 y 100.000 se precisan tres muestras consecutivas con el mismo germen para confirmar el diagnóstico.

En toda mujer embarazada se debe realizar una detección de bacteriuria en el primer trimestre y debe ser tratada si está presente, ya que existe un marcado riesgo de aparición de pielonefritis aguda, acompañada de bajo peso y prematuridad. En los pacientes ancianos la incidencia de bacteriuria asintomática aumenta hasta un 40% en algunas series, que han relacionado esta con un incremento del riesgo de muerte, aunque no se considera útil la realización de screening en esta población(5).

Bibliografía

1. Benlamin A. Lipsky, MD. Urinary tract Infections in Men. Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. Ann Intern Med. 1989;110(2):138-150.
2. Dalet F y del Río G. Etiología de las infecciones urinarias. En: Infecciones urinarias. 1997; Cap II: 31-66.
3. Walter E. Stamm, M.D., and Thomas M. Hooton, M.D. Management of Urinary Tract Infections in Adults. N Engl J Med 1993;329(18): 1328-1334.
4. Thomas M. Hooton, MD, and Walter E. Stamm, M.D. Management of Acute Uncomplicated Urinary Tract Infection in Adults. Med Clin North Am 1991;75(2): 339-357.
5. Dalet F y del Río G. Bacteriuria asintomática. En: Infecciones urinarias. 1997; Cap VII: 265-295.

Revisión

Diagnóstico de hematurias: Algoritmo

M.A. Munar Vila, A. Alarcón Zurita, A. Morey Molina, J.E. Marco Franco (*)

Introducción

Uno de los problemas más arduos con el que se puede encontrar el nefrólogo o el urólogo, es el diagnóstico etiológico de una hematuria, hasta el punto de que, a veces, después de realizar los estudios más sofisticados, sólo la biopsia renal y el microscopio electrónico nos permiten llegar a un diagnóstico como el de enfermedad por membranas basales finas que, por su benignidad, no sabemos hasta que punto justifica tantas investigaciones, algunas de ellas no exentas de riesgo.

El caso que presentamos a continuación, nos ilustra sobradamente al respecto, pues sólo después de múltiples investigaciones, pudimos llegar a un diagnóstico de sospecha que, sólo se confirmó con la anatomía patológica.

Caso clínico

Varón de 55 años, sin antecedentes de interés, que inició un cuadro de hematuria macroscópica, indolora, total y con coágulos en el mes de julio de 1998.

La exploración física no aportó datos relevantes. TA normal. La analítica general fue normal incluyendo función renal. Urocultivo negativo.

La UIV mostró dos riñones de situación, tamaño, forma y contorno normales, si bien en el polo superior del riñón derecho, el

sistema calicial no se repleciona adecuadamente.

La ecografía renal y vesical fue normal.

La TAC helicoidal mostró una imagen poco definida en el polo superior del riñón derecho, que podría incluso estar situada fuera de la vía. Aprovechando el contraste se hizo una serie radiográfica con compresión que, aunque mostró mejor el sistema excretor derecho, no permitió definir bien dicho sistema.

Se procedió bajo anestesia epidural a la realización de cistoscopia. Tras una evaluación exhaustiva de la vejiga se evidenció una pequeña neoformación de aspecto polipoide. En este momento llevaba 48 horas sin hematuria. Se procedió a la resección endoscópica, obteniéndose un pequeño tumor de apenas unos milímetros, con resultado de carcinoma grado I. No se encontró coágulo ni zona hiperémica.

Se realizó pielografía ascendente derecha, previa toma de citología del uréter que resultó ser positiva. La pielografía evidenció buen llenado del sistema excretor, incluso con extravasado en el grupo medio, pero el grupo superior continuó sin rellenarse con claridad.

A los dos meses de la hematuria, que no volvió a repetir, el pacient expulsó un pequeño cálculo de forma totalmente asintomática, cuyo análisis mostró composición de oxalato cálcico. La citología de orina continuó siendo positiva.

Dada la clínica, el defecto de visualización del sistema excretor del polo superior del riñón derecho, y la positividad de la citología, se continuó con la sospecha de proceso neoformativo de origen urotelial localizado en el polo superior del riñón derecho, por lo que se practicó nueva UIV, dos meses más tarde.

La nueva UIV evidenció riñones con buena función y morfología. Defecto de repleción en cáliz superior de riñón derecho. Resto normal.

Con la sospecha diagnóstica de tumor de vías, se procede a la intervención quirúrgica (nefrectomía).

(*)Servicio de Nefrología. Hospital Son Dureta.

La histopatología mostró: Carcinoma urotelial papilar de pelvis y cálices apicales renales con extensión superficial local y a los conductos colectores e infiltración focal de lámina propia y del estroma de pirámide renal. Estadío PT1 G2 UICC. Hiperplasia urotelial con displasia leve multifocal de urotelio ureteral. Pielonefritis crónica.

La evolución fue satisfactoria.

Comentario.

La hematuria es un signo inequívoco de enfermedad renal o de las vías urinarias.

El término hematuria, indica la presencia de un número anormal de eritrocitos en la orina [1]. Desafortunadamente, no hay acuerdo generalizado sobre el número de hematíes necesario para la definición de hematuria microscópica [2-7], como puede observarse en diferentes estudios, en diferentes poblaciones. (Tabla 1).

En ocasiones, se acompaña de una serie de síntomas, que nos pueden orientar sobre el posible origen de la hematuria. Por ejemplo, la hematuria asociada a la piuria sugiere infección; asociada a síndrome prostático: hipertrofia o cáncer de próstata; asociada a infección del tracto respiratorio superior: glomerulonefritis postinfecciosa o nefropatía IgA. Cuando se asocia a dolor en flanco, sugiere litiasis. La hematuria asintomática es indicativa de neoplasia del tracto renal o nefritis.

Las principales causas de hematuria son las siguientes: [8]

-1 Urológica:

- (a) tumores
- (b) traumatismo
- (c) malformaciones arteriovenosas.

-2 Renal:

- (a) glomerulonefritis
- (b) enfermedades poliquísticas
- (c) trombosis de la vena renal

	Autor	Definición de Hematuria	Método
Niños	Dodge et al. (2)	> 5 Eritrocitos/campo	?
	Vehaskari et el. (3)	> 6 eritrocitos/0,9 mm ³ o > 100.000/h	Contaje de Addis
	Hisano et al. (4)	> 6/mm ³	Centrifugado
Adultos	Froom et al (5)	> 2 eritrocitos/campo	Centrifugado
	Mohr et al. (6)	> 1 eritrocito/campo	?
	Thompson (7)	> 1 eritrocito/campo	Centrifugado

Tabla 1

-3 Combinación urológica y renal:

- (a) infección
- (b) litiasis
- (c) síndrome de dolor lumbar-hematuria

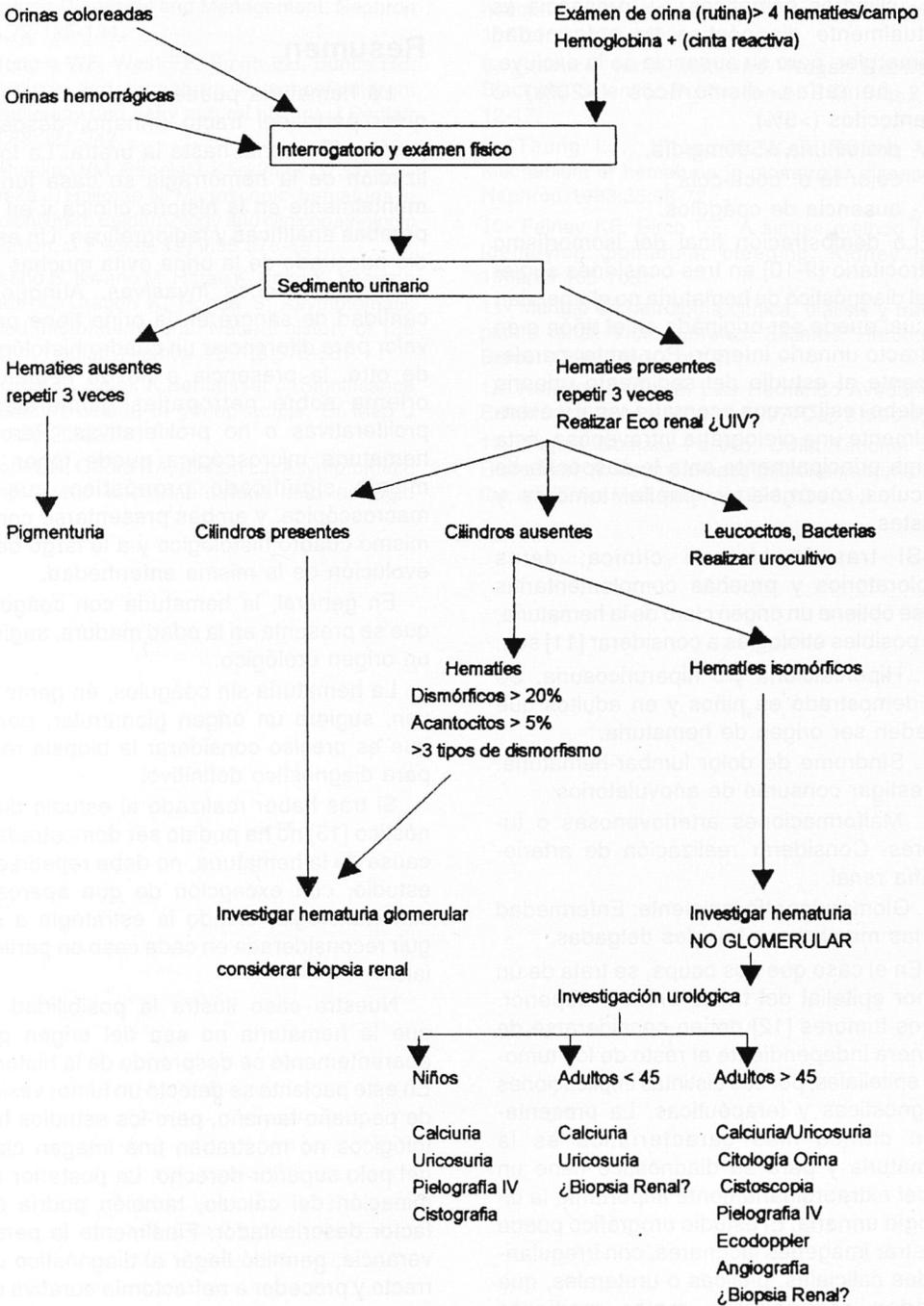
-4 Otros:

- (a) coagulopatías
- (b) discrasias sanguíneas
- (c) idiopática.

El diagnóstico de hematuria se realiza por: inspección, con cintas reactivas (si se colorea la zona de la tira reactiva para el

grupo hemo, indicará la presencia de hemoglobina o mioglobina; por el contrario, si la cinta no cambia de color, puede indicar: porfiria, algunos analgésicos, ingesta de remolacha u otras causas de pigmenturia), o bien mediante estudio microscópico del sedimento urinario, según el cual, es posible la identificación y cuntificación de los hematíes, lo cual hace sospechar el origen de la hematuria (glomerular o extra-glomerular), imprescindible a la hora de establecer un diagnóstico.

El siguiente algoritmo, puede ser de utilidad para la evaluación de los pacientes con orinas coloreadas o hematuria:



Básicamente, las condiciones que orientan a un origen glomerular de la hematuria, son:

- cilindros hemáticos. Su presencia es virtualmente diagnóstica de enfermedad glomerular, pero su ausencia no la excluye.
- hematíes dismórficos (>20%) o acantocitos (>5%).
- proteinuria >500mg/día.
- color té o "coca-cola".
- ausencia de coágulos.

La demostración final del isomorfismo eritrocitario [9-10] en tres ocasiones sugiere el diagnóstico de hematuria no glomerular, la cual puede ser originada en el riñón o en el tracto urinario inferior. Por tanto, paralelamente al estudio del sedimento urinario se debe realizar una ecografía renal y eventualmente una pielografía intravenosa, ésta última principalmente ante la sospecha de cálculos, necrosis de papila, tumores y quistes.

Si tras la historia clínica, datos exploratorios y pruebas complementarias no se obtiene un origen claro de la hematuria, las posibles etiologías a considerar [11] son:

- . Hipercalciuria y/o hiperuricosuria. Se ha demostrado en niños y en adultos que pueden ser origen de hematuria.
- . Síndrome de dolor lumbar-hematuria. Investigar consumo de anovulatorios.
- . Malformaciones arteriovenosas o tumores. Considerar realización de arteriografía renal.
- . Glomerulopatía incipiente: Enfermedad de las membranas basales delgadas.

En el caso que nos ocupa, se trata de un tumor epitelial del tracto urinario superior. Estos tumores [12] deben considerarse de manera independiente al resto de los tumores epiteliales, por sus distintas implicaciones diagnósticas y terapéuticas. La presentación clínica más característica es la hematuria y para su diagnóstico tiene un papel extraordinariamente importante la citología urinaria. El estudio urográfico puede mostrar imágenes lacunares, con irregularidades caliciales, piélicas o ureterales, que pueden reconocerse mejor mediante

pielogramas retrógrados, asociados o no a control fluoroscópico. El tratamiento habitual de estos tumores es quirúrgico.

Resumen

La hematuria puede proceder de cualquier parte del tracto urinario, desde el parénquima renal hasta la uretra. La localización de la hemorragia se basa fundamentalmente en la historia clínica y en las pruebas analíticas y radiográficas. Un estudio adecuado de la orina evita muchas veces exploraciones invasivas. Aunque la cantidad de sangre en la orina tiene poco valor para diferenciar un cuadro histológico de otro, la presencia o no de hematuria orienta sobre nefropatías glomerulares proliferativas o no proliferativas. Pero la hematuria microscópica puede tener el mismo significado pronóstico que la macroscópica, y ambas presentarse con el mismo cuadro histológico y a lo largo de la evolución de la misma enfermedad.

En general, la hematuria con coágulos que se presenta en la edad madura, sugiere un origen urológico.

La hematuria sin coágulos, en gente joven, sugiere un origen glomerular, por lo que es preciso considerar la biopsia renal para diagnóstico definitivo.

Si tras haber realizado el estudio diagnóstico [13] no ha podido ser demostrada la causa de la hematuria, no debe repetirse el estudio, con excepción de que aparezca sintomatología, siendo la estrategia a seguir reconsiderada en cada caso en particular.

Nuestro caso ilustra la posibilidad de que la hematuria no sea del origen que aparentemente se desprende de la historia. En este paciente se detectó un tumor vesical de pequeño tamaño, pero los estudios histológicos no mostraban una imagen clara del polo superior derecho. La posterior eliminación del cálculo, también podría ser factor desorientador. Finalmente la perseverancia, permitió llegar al diagnóstico correcto y proceder a nefrectomía curativa del tumor.

Bibliografía.

- 1- GB Fogazzi, C Ponticelli: Microscopic Hematuria Diagnosis and Menagement. Nephron 1996;72:125-134.
- 2- Dodg e WF, West EF, Smith EH, Bunce HB: Proteinuria and hematuria in schoolchildren: Epidemiology and early natural history. J Pediatr 1976;88:327-347.
- 3- Vehaskari VM, Rapola J, Koskimies O, Savilhati E, Vilska J, Hallman N: Microscopic hematuria in schoolchildren: Epidemiology and clinicopathologic evaluation. J Pediatr 1979;95:676-581.
- 4- Hisano S, Kwano M, Hatae K, Kaku Y, Yamane I, Ueda K, Uragoh K, Honda S: Asymptomatic isolated microhaematuria: Natural history of 136 children. Pediatr Nephrol 1991;5:578-581.
- 5- Froom P, Ribak K, Benbassat J: Significance of microhaematuria in young adults. Br Med J 1984;288:20-22.
- 6- Mohr DN, Offord RA, Melton LJ: Asymptomatic Asymptomatic microhaematuria and urologic disease. A population-based study. JAMA 1986;256:224-229.
- 7- Thompson MI: The evaluation of microscopic haematuria: A population-based study. J Urol 1987;138:1189-1190.
- 8- Practical renal Medicine. Roger Gabriel. Blackwell Scientific Publications. 1993. Cap 2 p 12-17.
- 9- Teung I.J., Hiroyoshi W, HIROSHI M: Mechanism of hematuria in glomerular disease. Nephron 1983;35:68-72.
- 10- Fairley KF, Birch DF: A simple method for identifying glomerular bleeding. Kidney Int 1982;21:105-108.
- 11- Manual de nefrología clínica, diálisis y trasplante renal. Víctor Lorenzo Sellarés. Harcourt Brace. 1998. Cap 1 pl-12.
- 12- Nefrología clínica. Luis Hernando Avedaño. Edit Médica Panamericana. 1997. Cap 3 p 90-95.
- 13- Miguel Gomara Perelló, Orfila Timoner J, Riera Marí V : Asymptomatic microhaematuria in the adult. An Med Interna 1993;10:403-8.

Revisión

Avances en Cirugía Torácica

C. Montero (*)

Introducción

Los expertos consideran que actualmente la bolsa de conocimientos científico-técnicos se duplica cada cinco años lo que en Medicina supone un volumen de información imposible de asimilar a nivel individual. Muchas decisiones u omisiones con importante trascendencia para los pacientes no siempre son fruto de la evidencia científica del momento en que se toman, de buena fe, siguiendo conocimientos adquiridos hace un tiempo o fruto de una experiencia personal que no es significativa en términos científicos al ser siempre limitada y con fecha de caducidad.

Las tecnologías de la información ponen hoy a nuestro alcance numerosas publicaciones y mensajes de todo tipo pero los expertos en literatura médica consideran que el 98%(!) de toda esta información no aporta ninguna evidencia que deba influir en la toma de decisiones en la práctica médica. El 2% restante serían trabajos multicéntricos o de centros con gran volumen de una determinada patología o técnica, junto con metaanálisis de trabajos publicados que nos muestran los procedimientos más eficientes de la Medicina basada en la evidencia a la que todos nos debemos por definición en nuestro quehacer sanitario.(1)

El objetivo de esta comunicación es tratar de una forma concisa el estado actual de técnicas y criterios relacionados con la

(*) Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Son Dureta. Policlínica Miramar.

Cirugía Torácica actualmente vigentes en los centros más avanzados de nuestra especialidad, para seguir los cuales necesitamos la colaboración y el entendimiento de todos los escalones sanitarios de diversas especialidades que entienden en estos procesos.

1.-Analgésia per y post-operatoria

Las incisiones quirúrgicas propias de la cirugía exéretica torácica conllevan en su mayoría secciones musculares amplias y maniobras que provocan dolor intenso que en el postoperatorio es causa de desencadenante de complicaciones como atelectasia pulmonar, sobreinfecciones, ocupación pleural y en general falta de colaboración del paciente en su proceso de recuperación.

De entre todas las opciones analgésico-anestésicas las más satisfactorias son las loco-regionales asociadas con analgesia por vía general. Empleamos siempre que es posible un catéter epidural torácico en D3-D4 para la administración continua, o en bolus, de mórficos asociados o no a anestésicos locales con los que se consigue una muy satisfactoria analgesia durante la intervención y en el postoperatorio inmediato. Hemos empleado también catéteres paravertebrales extrapleurales colocados antes de cerrar la toracotomía con resultados más variables por lo que los hemos abandonado.

Una vez retirado el catéter epidural entre el 4º y 6º día post-cirugía es necesario, a veces, a recurrir a morfina oral lenta o rápida.

Estamos muy satisfechos de la analgesia conseguida que se traduce en un número menor de complicaciones postoperatorias.

Entre las complicaciones, infrecuentes, de este proceder podemos mencionar la depresión respiratoria por sobredosificación en el caso de administración de CI. Mórfico en bolus. También se han observado parestesias o anestesia regionales

indeseadas sobre todo en miembros inferiores atribuibles a malposición del catéter epidural. Algo más frecuentes pueden ser la distensión abdominal o el simple estreñimiento. La morfina puede producir también prurito cutáneo que obliga a su suspensión.

II.- Cirugía torácica videoasistida

El empleo de ópticas de diferente diámetro y angulación acopladas a cámaras digitales de vídeo permiten la exploración de la cavidad pleural y su contenido con intención diagnóstica y/o terapéutica. La facilidad e inocuidad de esta técnica le dan un gran rendimiento habiendo relegado a la toracotomía exploradora a indicaciones muy concretas como sería el caso de la existencia de adherencias pleurales firmes y extensas o de grandes masas que no permiten el colapso del pulmón.

Videotoracoscopia

Debe ser realizada en quirófano bajo anestesia local o general según el caso por un cirujano torácico que pueda resolver las posibles complicaciones de la técnica.

Indicaciones:

Exudados pleurales no etiquetados. Rentabilidad del 95% frente al 60% de la citología por punción y al 40% de la biopsia ciega con aguja.

Enfermedades difusas pulmonares. La toracoscopia permite las biopsias pulmonares en cuña con los actuales instrumentos mecánicos de sección y sutura. Es menos traumática que la biopsia a cielo abierto y permite elegir mejor las zonas a biopsiar.

Neumotórax espontáneo ante la persistencia de fuga de aire por el drenaje o en los neumotórax recidivados. Permite la localización de bullas o blebs pleurales y su resección y sutura así como la abrasión pleural.

Traumatismos torácicos para la evaluación de hemotórax persistentes o para eva-

luar coágulos. Visualización de lesiones diafragmáticas que suelen ser de diagnóstico tardío.

Tumores mediastínicos y adenomegalias para evaluación y biopsias.

Estadificación del cáncer de pulmón. Lo comentamos más adelante.

Exploración del pericardio.

Cirugía torácica videoasistida

Esta técnica ha tenido una amplia difusión debido a que permite la realización de técnicas con incisiones mínimas con la participación de todo el equipo quirúrgico y ventajas evidentes para el paciente con menos dolor y estancia hospitalaria más corta y razones estéticas tan valoradas hoy en día.

El entusiasmo por esta técnica puede conducir a su incorrecta utilización por médicos que no están preparados para resolver complicaciones posibles, cosa que hemos vivido en todos los centros de referencia.

Indicaciones aceptadas:

Neumotórax recidivado o persistente.

Biopsias pulmonares en cuña.

Diagnóstico y tratamiento de quistes y tumores del mediastino incluida columna vertebral dorsal.

Simpatectomía torácica en E. de Raynaud y en hiperhidrosis.

Pericardiotomía i fenestración pericárdica.

Absceso pulmonar no resuelto por tto. médico que accesible por cavidad pleural.

Desbridamiento de empiema pleural tabicado y del hemotórax coagulado.

Cirugía de reducción de volumen pulmonar en el enfisema avanzado.

La resección pulmonar mayor y la cirugía del esófago torácico por minitoracotomía videoasistida son controvertidas por menor seguridad y por criterios de radicalidad oncológica. (2,3)

Complicaciones.

Entre las más frecuentes en nuestras primeras experiencias podemos mencionar

el dolor o la neuralgia intercostal achacables a los trocares rígidos para el acceso a la cavidad pleural que empleábamos entonces y que han sido sustituidos por vainas plásticas flexibles.

También se mencionan aumento de las recidivas en el tratamiento del neumotórax espontáneo y las fugas aéreas prolongadas que en nuestra experiencia son atribuibles a la curva de aprendizaje.

III.-Cáncer broncopulmonar

El diagnóstico del cáncer de pulmón y su correcto estadiaje tienen actualmente implicaciones pronósticas y también terapéuticas dados los avances de la quimioterapia. Las mayores tasas de supervivencia se consiguen en el carcinoma de pulmón no de célula pequeña a los que se puede aplicar tratamiento quirúrgico con intención curativa en estadios precoces antes de la invasión ganglionar. El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer y el 85% de los pacientes a los que se diagnostica esta neoplasia morirán como resultado de micrometástasis incluyendo casos que parecían quirúrgicamente curables.

El diagnóstico es la principal baza terapéutica si tenemos en cuenta que en el estadio IA habrá una supervivencia de 67% de los pacientes a los 5 años y que va descendiendo conforme el diagnóstico es más tardío hasta llegar al 23% del estadio IIIA y al 1% en el IV. Estudiando el tiempo de duplicación tumoral se calcula que una transformación neoplásica puede tardar unos 10 años en hacerse visible radiológicamente pero este crecimiento es exponencial y a mayor volumen tumoral más rapidez de crecimiento. Se considera que la exploración radiológica sistemática y periódica de toda la población de riesgo no es rentable para el diagnóstico precoz. También sabemos que el mayor porcentaje de curaciones las obtenemos en el grupo de pacientes en los que el tumor es un hallazgo casual en una radiografía de tórax realizada por otro motivo. Creo que todo fumador de más de 10 años de hábito debería realizarse una

placa de tórax al año y, obviamente ante la aparición de cualquier síntoma respiratorio.

Tratamiento del cáncer de pulmón.

Esta enfermedad habrá afectado a 171.000 personas en EE.UU. durante 1998 y el 75% de los casos serán carcinomas no-célula-pequeña. En sólo un 25% de estos la cirugía será considerada como curativa y con todo es el tratamiento con mayor tasa de remisiones. A pesar de este panorama recientes avances dan lugar a un moderado optimismo.

Este es debido por una parte a los avances en los estudios por imagen, Topografía computerizada, Resonancia Nuclear Magnética, Topografía por Emisión de Positrones, junto a mejoras en la Cirugía, Anestesia y Reanimación junto a esperanzadores resultados en la Quimioterapia en combinación o no con la Radioterapia.

En los estadios III y IV hay modestos aunque animadores avances terapéuticos en aquellos casos en que, tras un estadiaje correcto, se aplica Quimioterapia neoadyuvante (antes de la cirugía) para tratar de controlar las micrometástasis por vía hemática o linfática seguido de radioterapia post-cirugía. En estos estadios los resultados globales son mejores en todos los estudios que los de cirugía solo. Esto ha puesto en marcha numerosos estudios prospectivos para aplicar diversas combinaciones de poliquimioterapia en todos los casos a partir de el estadio IB. Nuestro Servicio participará en un estudio multicéntrico randomizado en esta dirección. Todas estas nuevas estrategias hacia la curación definitiva del carcinoma pulmonar pasan por la confirmación patológica en todos los casos en que se sospecha la afectación ganglionar mediastínica.

Pero para aplazar la cirugía, que es hoy, todavía, el tratamiento más radical, debemos estar seguros del estadio en que se encuentra el cáncer, es decir tener confirmación anatomopatológica de la afectación ganglionar.

Cuando en la tomografía computerizada de mediastino se observan adenomegalias

mayores de 1 cm. En su diámetro transversal menor es obligado proceder a su biopsia (4) para considerar la quimioterapia neoadyuvante. Hay que tener en cuenta que el 77% de los ganglios >2cm. No están infiltrados por carcinoma.. Empleamos diversas técnicas para ello dependiendo del grupo ganglionar afectado:

Punción transtraqueal o transbronquial por broncoscopia. Puede darnos el diagnóstico sobre todo en la afectación subcarinal.

Medianoscopia. Mediante una incisión de unos 3-4 cm en la fosa supraesternal podemos biopsiar las cadenas ganglionares paratraqueales y pretraqueales, carinales y peribronquiales proximales. Se practica bajo anestesia general y en caso de negatividad para malignidad en la biopsia peroperatoria se puede proceder a la toracotomía en el mismo acto.

Medianostomía e hilioscopia. Mediante una pequeña incisión paraesternal tenemos acceso al mediastino medio y al hilio pulmonar para comprobar la existencia de adenopatías neoplásicas o bien la afectación de estructuras mediastínicas irresecables (T4).

En las principales series la sobrevida a los 3 años del estadio IIIA pasa del 13% con cirugía + radioterapia al 42% con la administración preoperatoria de Etoposido-Cisplatino seguida de cirugía, dos ciclos más de quimioterapia y radioterapia.(5). Otros autores administran cyclofosfamida, Etoposido y Cisplatino seguido de Cirugía con un aumento de la sobrevida a los tres años hasta el 56% comparado con el 15% de la Cirugía sola. (6,7,8,9,10).

Para el correcto estadiaje patológico practicamos la adenectomía mediastínica en todos los casos de resección pulmonar por cáncer encontrándose micrometástasis ganglionares mediastínicas (N2) entre el 27 y el 45% de los casos diagnosticados como NON1.

IV.- Tratamiento del carcinoma esofágico

La resección quirúrgica ha sido la principal terapéutica en el carcinoma esofágico.

La estandarización de las técnicas de resección y reconstrucción y los avances en el manejo perioperatorio han reducido la mortalidad y la morbilidad asociada a la esofagectomía en los últimos años.

El pronóstico a largo plazo de los pacientes sometidos a resección esofágica no ha mejorado. Es importante corregir el estado de desnutrición de la mayoría de estos pacientes con especial atención a la patología concomitante derivada del abuso de alcohol y del tabaco muy común en el carcinoma de esófago.

La mayoría de los pacientes presentan una enfermedad localmente avanzada en el momento del diagnóstico lo que disminuye las oportunidades de una resección completa. La esofagectomía en bloque con linfadenectomía en los pacientes con enfermedad loco-regional mejora la sobrevida. La quimioterapia y radiación preoperatorias se ha establecido para eliminar las micrometástasis sistémicas y con ello se observa en muchos casos un descenso del estadio tumoral y en algunos la no existencia de células tumorales viables en la pieza quirúrgica cosa que hemos vivido en nuestra experiencia reciente. (11).

Ante estas nuevas posibilidades la cirugía debe ser lo más radical posible en los casos resecables, con disección directa del tumor y los tejidos vecinos y la linfadenectomía periesofágica, subcarinal y celiaca lo que nos dará también un correcto estadiaje para posterior terapia sustitutiva si estuviera indicada. Es imprescindible pues estar familiarizado con la cirugía digestiva y torácica para el correcto abordaje de estos tumores.

Debemos seguir confiando en los avances en la prevención, el diagnóstico precoz y en la quimioterapia para mejorar el pronóstico de esta enfermedad. (11, 12).

V.- Cirugía de las metástasis pulmonares

La resección quirúrgica de las metástasis pulmonares es considerada actualmente un procedimiento estándar en los casos

seleccionados y es llevada a cabo como rutina en muchos servicios de cirugía torácica. El potencial curativo de la metastasectomía ha sido reconocido lentamente pero hoy en día está consolidado como demuestra el estudio multicéntrico que refleja cuarenta años de experiencia de los hospitales oncológicos más prestigiosos del mundo y que fue presentado en el "Advanced Course on Chest Tumours" al que tuve la ocasión de asistir en el Royal Brompton Hospital de Londres en octubre de 1997.

El Registro Internacional de Metástasis Pulmonares expuso un estudio sobre 5206 casos de metastasectomías pulmonares controlados en 18 departamentos de cirugía torácica en Europa, Estados Unidos y Canadá.

El tumor primario era epitelial en 2260 casos, sarcoma en 2173, de células germinales en 363 y melanoma en 328. Había una metástasis única en 2383 casos y múltiples lesiones en 2726.

La sobrevida actuarial después de la metastasectomía completa era del 36% a los 5 años, 26% a los 10 años y 22% a los 15 años.

En el caso de las metástasis únicas la sobrevida a los 5 años era del 43% y de 27% para cuatro o más metástasis. Otro factor pronóstico es el intervalo libre de enfermedad con un 45% de sobrevida para los que hacía más de 36 meses del tumor primario. El mejor pronóstico sería para los pacientes con tumor de células germinales, intervalo libre de enfermedad de 36 o más meses, y metástasis única.

Aunque el número de metástasis ensombrece el pronóstico hay un 26% de sobrevida a los 5 años en pacientes con diez o más metástasis. (13).

Practicamos este tipo de cirugía en nuestro medio cada vez en mayor número con resultados que corroboran la experiencia de los grandes centros. A través de Toracotomía uni o bilateral o mediante Esternotomía media practicamos resecciones en cuña, segmentectomías, lobectomías

y más infrecuentemente, neumonectomías. En la recurrencia de las metástasis puede estar indicada nueva metastasectomía; en algunos pacientes se ha llegado a practicar hasta en siete ocasiones lo que es posible por el aumento de la duración de la supervivencia y de la calidad de vida de estos pacientes a lo que indudablemente contribuye los avances en el diagnóstico y en la quimioterapia oncológica.

VI.- Cirugía del enfisema pulmonar avanzado. Reducción de volumen pulmonar

El enfisema pulmonar es una enfermedad invalidante, progresiva e irreversible con un incremento importante en los índices de mortalidad y deterioro de la calidad de vida. En las fases avanzadas los 'pacientes afectos apenas pueden realizar con duros esfuerzos las funciones más elementales como comer o defecar y dependen de la oxigenoterapia en su vida cotidiana.

En Europa es la tercera causa de muerte junto con el asma y la neumonía. En USA hay dos millones de afectados con 20000 muertes al año.

La cirugía de reducción de volumen pulmonar (CRVP) fue ideada hace 40 años por Bratigan con buenos resultados funcionales pero con una mortalidad alta por lo que no tuvo difusión. Cooper y su equipo en 1993 retoman la idea y practican la resección pulmonar bilateral de las zonas más dañadas por el enfisema con sutura mecánica protegida obteniendo mejoría significativa de la función respiratoria, disminución de la disnea y mayor tolerancia al ejercicio y mejor calidad de vida.

El enfisema provoca un cierre precoz de la vía aérea terminal reduciendo los flujos espiratorios e hiperinsuflación pulmonar progresiva que aumenta lo antedicho. La cirugía elimina las zonas menos funcionantes del pulmón permitiendo que las zonas mejor perfundidas puedan realizar el intercambio gaseoso al disminuir la hiperinsuflación y mejorar la función diafragmática. Esta técnica puede ser un puente en espera del trasplante pulmonar en su caso.

Estos conocimientos tienen implicación en el tratamiento del cáncer de pulmón en pacientes con enfisema heterogéneo a los que se negaba la cirugía por su limitación espirométrica.

Criterios de inclusión.

Diagnóstico de enfisema pulmonar severo. Disnea de reposo o a mínimos esfuerzos.

Flujo espiratorio en el primer segundo (FEV₁ ó VEMS) entre el 20 y el 40% del valor teórico.

Volumen residual (VR) por pletismografía superior al 145-150% y capacidad pulmonar total (TLC) mayor del 120%.

Evidencia radiológica de hiperinsuflación pulmonar.

Distribución heterogénea del enfisema (14,15).

Nuestra experiencia.

Hasta febrero de 1999 hemos practicado un total de cinco intervenciones de CRVP

sobre cuatro pacientes con resultados satisfactorios, nula mortalidad y aceptable morbilidad con mejora objetiva de la función pulmonar en todos ellos y sobre todo con una mejora en su estado subjetivo de incapacidad que expresan con entusiasmo.

El último caso intervenida se trataba de un paciente de 54 años con enfisema pulmonar avanzado en estudio para reducción de volumen que ingresó en la UCI por descompensación e insuficiencia respiratoria. Tras permanecer más de 45 días con ventilación mecánica y como último recurso se sometió a intervención sobre el pulmón izquierdo ya que sobre el derecho había sido intervenido en el 87 por neumotórax persistente. Al día siguiente de la cirugía pudo ser desconectado del respirador y evoluciona favorablemente.

Actualmente tenemos varios pacientes en preparación para reducción de volumen.

Bibliografía.

1. Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it isn't BJM 1996;312:71-2.
2. Randall J.Harris et al. The Diagnostic and Therapeutic Utility of Thoracoscopy. Chest 1995;108:828-41.
3. Boutin C. et al Thoracoscopy in malignant effusion. Am Rev. Respir. Dis. 1981;124:588-592.
4. Dillemans B et al. Value of computed tomography and mediastinoscopy in preoperative evaluation of mediastinal nodes in non-small cell lung cancer. Eur J Cardio-thorac. Surg. 1994;8:37-42.
5. Pass HI. Et al. Randomized trial of neoadjuvant therapy for lung cancer: interim analysis. AnnThorac Surg 1992;53:992-8.
6. Edelman MJ et al. Multimodality therapy in stage III non-small cell lung cancer. Ann Thorac Surg 1996;61:1564-71.
7. Mountain CF. Revision in the international system for staging lung cancer. Chest 1997;111:1710-17.
8. Martini N et al.Surgical management. En Pearson FG (DE): Thoracyc Surgery. Churchill Livingstone Inc. 1995.

9. Martini N et al. Preoperative Chemoterapy for stage IIIa (N2) lung cancer: The Sloan-Kettering experience with 136 patients. Ann Thorac. Surg. 1993;55:1365-74.
10. Rosell R et al. The role of inductions (neoadjuvant) chemotherapy in stage IIIa NSCLC. Chest 1996;109:102S-106S.
11. Ilson DH. Combined modality therapy in the treatment of esophageal cancer. Semin. Oncol. 1994,21:493-507.
12. Le Prise E. et al. A randomiozed study of chemotherapy, radiation therapy, and surgery versus surgery for localized squamous cell carcinoma of the esophagus. Cancer 1994;73:1779-1784.
13. Pastorino U et al. Long term results of lung metastasectomy: Pronostic anlyses based on 5206 cases. J. Thorac. Cardiothorac. Surg. Jan. 1997 Vol 113, nº1:37-49.
14. Cooper JD. Bilateral pneumectomy (volume reduction) for chronic obstructive pulmonary disease. J Thorac Cardiovasc Surg 109(1):106-119.
15. Sciruba FC. Improvement in pulmonary function and elastic recoil after lung-reduction surgery for diffuse emphysema. N Engl J Med 334(17):1095-1099;1996.

Historia. Humanidades

Los caprichos del azar: en el centésimo aniversario de la aspirina

A. Alarcón Zurita (*)

La historia de la humanidad está salpicada, aquí y allá, de grandes descubrimientos que transformaron en genios a sus descubridores y que no fueron sino el fruto del azar, de la simple casualidad. Y el hombre común se diferencia del genio en que éste es capaz de sacar provecho de cualquier hallazgo, por fortuito que sea, mientras que los demás mortales pasamos sin pena ni gloria por delante de él.

Los ejemplos son muchos y muy variados. Examinaremos uno de tantos, uno que yo considero muy demostrativo porque abrió el camino para el descubrimiento de una de las sustancias que más beneficio han reportado a la humanidad: el ácido acetil salicílico, la aspirina.

En el año 1793, la Royal Society de Londres recibió una carta del párroco de Chipping Norton; Oxfordshire, en la que éste, incansable buscador de remedios naturales, experto en plantas e infusiones de todo tipo, afirmaba que existían muy pocos descubrimientos tan útiles como el que él había hecho: la demostración de que los extractos de corteza del sauce Sali Alba contenían salicilina -el glucósido del ácido salicílico-, y que los salicilatos, decía el párroco en su carta, aliviaban la fiebre y las

molestias de varias enfermedades. Para no juzgar de inmodesto en demasía a nuestro párroco, es necesario recordar que por estas fechas, los galenos se dividían en dos grandes grupos: los vampiros, que sangría tras sangría dejaban exagües y sin defensas a los pacientes, y los envenenadores, que acababan con ellos a base de medicamentos. De ahí que nuestro clérigo, al descubrir que su infusión no envenenaba, no mataba y encima era útil, se atreviera a calificarla del mayor descubrimiento médico que vieran los siglos. Y no anduvo muy desacertado: Sin embargo, cuando los sabios de Londres leyeron la carta y valoraron su contenido, y a quien la había escrito, un clérigo bastante inmodesto... En fin, que hubo que esperar 100 años más, hasta 1897, para que se sintetizara el ácido salicílico y se empezara a utilizar en la clínica. Lo que ocurrió luego, hace 100 años, fue la aspirina...

Vemos, pues, como fue desaprovechada por los científicos de la época una casualidad venturosa que los habría llevado a la fama y a la gloria presente y futura.

También a mí, hace algunos años, me ocurrió un episodio en que la casualidad fue desaprovechada. Un buen día, allá por los setenta, tiempo en el que yo sentaba mis reales por el hospital La Paz, de Madrid, cayó en mis manos una revista de divulgación científica -y digo revista porque tenía mucho de divulgación y poco de científica- en la que se contaba, más como anécdota que como caso clínico, la historia de un practicante que trabajaba en la consulta de un ginecólogo. El buen hombre tenía una úlcera de estómago que lo llevaba por la calle de la amargura y había decidido operarse. Y estando así las cosas, el día antes de la operación, mientras pasaba consulta con el ginecólogo, éste le vio angustiado y presa de un miedo atroz, le preguntó:

-¿Se puede saber que te pasa?

-Que mañana me tengo que operar de la úlcera y estoy aterrorizado -le contestó nuestro hombre.

(*) Jefe de Sección de Nefrología. Hospital Son Dureta..

-Pues no te operes; toma Flagyl - le dijo en broma el ginecólogo, que le indicó un medicamento que él usaba para tratar las infecciones vaginales por tricomonas.

Luego, el practicante desapareció de la consulta por varios días, y al volver, el ginecólogo, extrañado por su pronto restablecimiento, le preguntó:

-¿Ya te has operado?

-No -contestó aquel, exhibiendo una sonrisa de oreja a oreja-; me tomé el Flagyl y me curé, con lo que ya no necesito de ninguna intervención.

Y el ginecólogo sin atreverse a hacer valoración alguna, pues era consciente de lo limitado de su observación, publicaba el caso como una curiosidad y como un "ahí queda eso" por si a alguien le sirve.

El caso es que yo leí el artículo y mi curiosidad se despertó; y como el tratamiento era inocuo y tenía mi hermano Carlos con una úlcera duodenal crónica que no le dejaba vivir, le dije que tomara Flagyl. Desapareció la sintomatología en menos de 10 días y quedó curado de su úlcera, lo

que ya era mucha casualidad, pues a diferencia del caso anterior, en mi hermano no habían influido factores de tipo psicológico porque no estaba estresado por la amenaza de ninguna intervención. Y pensé que tanta casualidad ameritaba de una comprobación científica, de que se hiciera un estudio serio sobre el asunto; pero como yo no disponía de enfermos suficientes para llevarlo a cabo, se lo comenté a los residentes de digestivo de mi hospital, los cuales, como ya suponía de antemano, pues la investigación era un tanto peregrina, no se tomaron el más mínimo interés por ella. Doce años más tarde, Warren y Marshall describirían un pequeño bacilo gram negativo, después llamado *Helicobácter pilory*, que infectaba la mucosa en la mayor parte de las úlceras gástricas y duodenales, y en el tratamiento de las mismas se empezó a usar exitosamente el Flagyl y otros antibióticos. ¿Que habría ocurrido si mis compañeros hubieran aprovechado adecuadamente la casualidad? En fin, seguiremos con los Warren y los Marshall...

Historia

Legislación mallorquina para el ejercicio de las profesiones sanitarias (siglos XIV-XVII)

Antonio Contreras Mas

En 1622 se redactó en Mallorca una recopilación del derecho local, realizada por los doctores Pere Joan Canet, Antoni Mesquida y Jordi Zaforteza, por encargo de *los Jurats del Regne*, aunque no llegó a ser promulgada. Una edición de la misma, fue publicada por Antoni Planas Rosselló, en 1996. El *Títol XXVIII* de su Libro I, recoge la normativa legal reguladora de algunos aspectos del ejercicio profesional de los más significados profesionales sanitarios. Concretamente de los *metges, apotecaris e cirurgians*. El apartado en cuestión, comprende seis *ordinations*, encaminadas a establecer una normativa para el ejercicio de las tres profesiones sanitarias señaladas.

Dos se refieren a los médicos, mientras que una atañe a los *apotecaris* y tres a los *cirurgians* (1).

De las seis *ordinations* comprendidas en el Título, cinco fueron rotuladas por los autores mencionados, como *Ordinations Noves*. Aunque la redacción es relativamente novedosa, todas corresponden a resúmenes, mas o menos similares, de normas dictadas con anterioridad, en el ámbito de la Corona de Aragón. Aún cuando las normas del derecho catalán o valenciano no estuvieran, por ese simple hecho, vigentes en Mallorca, en el repertorio que tratamos, es habitual que sus recopiladores

adaptasen o copiasen de manera literal, disposiciones de tales derechos. En especial esto suele ocurrir, en materia de regulación de los estudios de los abogados, frecuentemente establecida con criterios del mismo orden que los adoptados para los médicos (2).

Aunque la legislación que regulaba el ejercicio de las profesiones sanitarias, resulta mucho más amplia y contempla otros aspectos que no aparecen entre los apartados relacionados, el conjunto formalizado constituye el testimonio mas completo de la reglamentación legal de ciertos aspectos de las profesiones sanitarias señaladas. Uno de los aspectos más significativos que se reflejan, es el afán social por garantizar la formación de los médicos únicamente por la vía universitaria, en tanto que para los cirujanos y apotecaris, se admite perfectamente la existencia de una enseñanza directa y bajo supervisión gremial. La enseñanza de la disciplina médica se sitúa en un plano, en apariencia, con un nivel más exigente de rigor formativo, hacia el cual se dirigirán en los siglos inmediatos el resto de profesiones del entorno sanitario. El hecho se convertirá en uno de los factores principales por los cuales quedará fuera de juego, de manera progresiva, el sistema magistral de enseñanza libre, hasta entonces vigente.

Esta metodología docente, consistía en el adiestramiento de un sujeto en una disciplina concreta, por cualquier practicante de la misma, elegido por su futuro alumno, por lo general y en su propio interés, entre los de prestigio mas reconocido y eficiencia mejor probada en el ejercicio de su profesión. Al maestro en cuestión se le reconocía no solo su capacidad de enseñar sino que también se le admitía la capacidad de reconocer y garantizar, corrientemente de forma pública, la calidad y amplitud de los conocimientos transmitidos. Hasta entonces, había sido el método más habitual para transmitir conocimientos, siguiendo un procedimiento de forma personal, a menudo exclusiva, y directa. Ambas formas de enseñanza coexistirán algunos siglos mas,

pero el estilo directo o abierto, irá desapareciendo en favor del sistema universitario de enseñanza, el cual se erigirá en el único válido y aceptado.

El ejercicio de la medicina

Las dos primeras disposiciones, son las que afectan al ejercicio de la medicina. La que encabeza la pareja, alude a los grandes perjuicios ocasionados por las personas carentes de los estudios médicos adecuados, y en ocasiones sin estudios de ningún tipo, que prescriben medicinas. Su texto responde a la preocupación de las autoridades por la salud pública, debido a la temeridad de ciertos sujetos, quienes actúan como médicos sin serlo. Debido a ello, queda prohibido, a cualquiera que no posea el grado de doctor en medicina, emitido por una universidad autorizada y reconocida para ello, ejercer las actividades propias de los médicos. En la primera ocasión que tal actividad sea advertida, se les penará con tres meses de cárcel y en la segunda, con el destierro perpetuo. Ahora bien, en esta última circunstancia, la pena podía ser evitada si dicha persona era hallada apta para el ejercicio médico, probando su aptitud en un examen público.

Los primeros pasos en la codificación de las diferentes profesiones sanitarias por el poder público, podemos remontarlos, en el ámbito geográfico y político mencionado, al siglo XIII. Son el producto legal resultante de una larga tradición reguladora de la idoneidad de los ejercientes del arte médico. La finalidad de las medidas de control tomadas, obedecen a dos fines: garantizar la asistencia sanitaria de calidad y sistematizar el ejercicio de los profesionales sanitarios más técnicamente cualificados.

Historiadores de la medicina como Paul Diepgen y Pedro Laín Entralgo, entre otros, atribuyen a Roger de Sicilia la paternidad de un primer decreto, publicado en 1140, prohibiendo en Sicilia, el ejercicio de los médicos no aprobados por el Estado. Esta disposición fue reproducida en 1231 y am-

pliada en 1240, por Federico II, rey también de Sicilia (3). En esas tempranas normativas, se recoge la obligatoriedad de un examen estatal para poder ejercer la medicina. Asimismo, se impone la obligación de un año de práctica, junto a un médico experimentado, antes de poder acceder al examen oficial. En esas mismas disposiciones, se establecía la letra del juramento del escolar así examinado y del diploma que se le expedía. El examen de la llamada Licenciatura, esto es, la acreditación de la licencia para ejercer, consistía en una prueba teórica de suficiencia, ante la Facultad. Al médico así autorizado, se le daba el título de *mestre (magister)* aunque el público le llamaba también *fisic (phisicus)*.

Durante el siglo XIII se instituyó además, mediante un acto especial, la titulación de doctor. Al principio consistía en la autorización para enseñar, por lo que solo optaban al mismo los docentes. Mas adelante se amplió el título a todos los autorizados a ejercer, ya que la parte práctica de la medicina, se enseñaba directamente a la cabecera del enfermo, no necesariamente por médicos salidos de las aulas universitarias. Por ello se estimó que la autorización para ejercer, les facultaba también a enseñar. Un decreto similar lo dicta, años mas tarde, el obispo de Montpellier, que regula también la práctica de la profesión médica en su territorio, en este caso bajo pena de excomunió.

El examen al cual se refiere la documentación que nos ocupa, corría a cargo del Protomédico y otros dos doctores en medicina, que éste nombraría al efecto. Del primer Protomédico mallorquín que tenemos noticia es de Pere Jordá, nombrado a tal efecto por Alfonso V de Aragón, en 1455. Su carta credencial, señala que su designación se realiza con las mismas atribuciones y competencias que las ostentadas por el cargo del mismo nombre, en aquellos momentos existente en Valencia (4). En dicha ciudad existían examinadores de los médicos que desearan ejercer en su término municipal, por lo menos, desde 1336. En ese año consta que lo eran Bartomeu

Casaldoria y Pere Correger, aunque seguramente estos inspectores del ejercicio médico, debieron iniciar sus actividades a partir de la promulgación de los *Furs* de las Cortes valencianas de 1329-1330 (5). En Catalunya, existían también médicos con similar cometido, aunque quizás con competencias limitadas a zonas concretas, desde 1337, cuando el rey Pere III, nombró a Pere Cabassa y Bartomeu Domingo, para que controlasen a los que ejercían la medicina sin autorización. En el documento en cuestión, no se les atribuye cargo ni título oficial alguno (6). Parece que el título de Protomédico General, no fue concedido hasta 1421, cuando Antoni Ricart, aparece designado de esa forma, en un documento de autorización de ejercicio de la cirugía a Thomas de Masen, habitante de Mesina (7).

Por lo que a Mallorca se refiere, los antecedentes legales de tales disposiciones se remontan a una prohibición emitida por Jaume I, en 1272, al prohibir el ejercicio de la medicina a las personas no aprobadas para tal misión, cualquiera que fuese su sexo y religión. En 1281, Jaume II de Mallorca, confirmará la misma disposición. Las Cortes de Monzón de 1289 se ocuparán de este extremo, en los dominios de la Corona aragonesa (8). Otro decreto del rey Sanç de Mallorca, dado en 1316, refrendará la prohibición de ejercer sin título universitario, aunque en este caso concreto, refiriéndose exclusivamente al área geográfica de Montpellier (9).

Un temprano y completo núcleo legislativo sobre estas cuestiones se publica en Valencia, cuyos *Furs* de 1327-1336, incluyen hasta siete disposiciones sobre esta materia, las cuales regulan pormenorizadamente estos extremos (10). Sus planteamientos, e incluso su letra, serán observados posteriormente por el resto de disposiciones sobre esta cuestión, que se promulgarán en el resto de territorios de la Corona aragonesa. Pere III de Aragón, en las Cortes de Cervera (1359), determinará que *los metges en art de phisica*, antes de ser considerados aptos para el ejercicio de

su profesión deben haber cursado tres años *en algún estudi general*, debiendo justificar adecuadamente el estudio y tiempos dedicados a tal ocupación: *de la qual cosa sie tengut fer fe* (11). En una línea similar está lo dispuesto en Monzón (1363), donde se reiterará lo anterior y se dictará una disposición adicional para los médicos judíos y árabes (12). Ese mismo año, en Mallorca se publica una ordenanza del rey Pere IV, confirmando ciertos capítulos ya ordenados por el Gobernador Gilabert de Centellas, en los cuales se indica que *nengun metje qui d'aci avant vendrá per... metjar en lo dit Regne, no deje usar ni practicar en aquell tro sus sia examinat, e si feien lo contrari que aital metje... sie de continent foragitat del dit Regne e que los examinadors dejen esser elegits per lo governador appellats los jurats e que la examinació e comprovació deja esser escrita en lo libre de la governació* (13). El virrey Hug d'Anglesola en julio de 1398, ratificó la ordenanza anterior, concretando, al igual que lo hemos visto estipular en Monzón, que a los médicos cristianos les será suficiente con haber *oyt per tres anys cumplits en estudi general los libres ordinaris de medicina dels metges. Empero Jueus o sarrahins statuim e ordenam que sots la dita pena (XXV lliures) no gossen usar fins que per un metge cristiá e per dos metges de lur ley sien examinats. O si per metges de lur ley noy ha per dos metges cristians sien examinats e aprovats, la qual examinatio he aprovació feta los dits metges (juheus o sarrahins) jurar haien en poder del dit governador o de son lochtinent que be e leyalment se auran en practicar de llur art de medicina* (14). Acerca de la imprescindible necesidad del examen, a fin de garantizar en la medida de lo posible, la adecuada formación específica de los que van a ejercer la medicina, de modo que sus pacientes reciban la atención oportuna, incide también un pregón realizado en 1402. En ese año, se publica un edicto del Gobernador de Mallorca, en el cual se hace constar *que com moltes e diverses persones ignorants sciencia de medicina exercesquen e ministren a persones malaltes de Ciutat*

de Mallorques medicina de purgar, exaropar, desuspitar e sagnar los pacients sens consell de metges aprovats en medicina per les quals rahons se saguexen affollaments de persones, mort e malaties e ypidemias en la terra, per ço lo dit noble governador mana ab la present sots pena de XXV lliures al fisch reyal applicadores per cascuna vegada que nagun home ne dona de qualsevol ley, qonditio o stament sia no gos purgar axaropar dessuspitar ne sagnar alcun dels dits pacients sens consell de alcun batxaller licenciat o mestre en medicina (15). Acerca de las características del examen aludido en estas disposiciones, se ocupa el apartado siguiente.

El examen de aptitud

El segundo epígrafe nos informa sobre algunos detalles del examen propugnado en el apartado anterior. Ordena que los candidatos a ejercer su profesión en la *Ciutat y Regne antes de practicar en ella sian tinguts sustentar conclusions públicas de sa facultat en la Sala de la Governatió o en la dels Magnífichs Jurats*. Esta prueba, debían pasarla todos los médicos, aunque estuvieran ya graduados en una universidad aprobada, pero que no pudieran acreditar el ejercicio de su profesión (*práctica*) durante cinco años, como mínimo, en otros lugares, antes de venir a ejercer en Mallorca. En el supuesto de estar en condiciones de probar dicho período de ejercicio ante el Protomédico, se les dispensaba de efectuar el examen.

Lo que el artículo legal menciona sobre el examen ante el público, es decir, la defensa de unas *conclusiones*, realizada ante las autoridades locales y otros asistentes, en un recinto oficial, se limita a recoger lo que era ya una práctica habitual, que se remonta como mínimo al siglo XIV. Así lo hace pensar la noticia del examen realizado en 1398, para obtener el primer grado de medicina, es decir el título de bachiller, por cierto mallorquín llamado Salvat Despí, en la catedral de Mallorca (16). Un ejemplo de la misma tradición lo vemos manteniéndose

a fines del siglo siguiente. Un noticiario de la época, nos informa de que el 10 de diciembre de 1491, el médico Antoni Nadal, defendía sus *conclusiones* en el *Aula regia*, de forma ampliamente reconocida, según lo que nuestro informador reconoce como la costumbre habitual de la época (17). Otro testimonio de la vigencia de este tipo de examen, antes de la legislación que nos ocupa, se remonta a 1512. En esa fecha, con motivo de ciertos incidentes habidos en la defensa pública de las conclusiones que había mantenido el médico Pere Fe, se indica que las mismas habían tenido lugar en el Palau Reial (18). Un pregón de 1548 reitera la obligación de que los médicos que *vindrán volguent practicar en la present Ciutat hagen de tenir acte de conclusions públicas de la dita art* (19).

Control de calidad de los medicamentos

La tercera de las disposiciones, se refiere al control de los medicamentos de que disponen las farmacias. Tras indicar que de la adecuada calidad de los mismos, depende el resultado de un tratamiento médico, dispone que una comisión, constituida por el Protomédico, un farmacéutico y uno de los *Jurats*, revise anualmente las *adrogas, aigues y altres coses de medicina*, tanto de las farmacias de Palma, como de la *Part Forana*. En caso de hallar alguna de ellas en malas condiciones, *dolentas o corrompudes*, las podrán desechar, sin que los privilegios concedidos a los farmacéuticos o al *Col.legi de Apotecaris* sean obstáculo para ello.

Los primeros pasos de esta disposición, se pueden rastrear en lo legislado por las Cortes de Cervera (1359) y su ampliación por las de Monzón (1363), en las cuales se estableció la visita de las farmacias y la inspección de medicinas. En Barcelona las disposiciones sobre la calidad de los medicamentos expedidos en las farmacias, se establece en ciertas ordenaciones de los años 1351, 1369, 1378 y en decretos de 1387 y 1395 (20).

En el capítulo 4 de las primeras Ordenanzas del Protomedicato, donde se establece la visita de Boticas, y Tiendas de Drogueros, y Especieros, se indica ya que si las hallasen ser falsas y no buenas, y por vejez dañadas, y corrompidas, que las tomen, y hagan quemar en la Plaza publicamente, sin pena, ni calumnia alguna en cualquier lugar de los nuestros Reynos, y Señoríos. Esta ley se confirmó en 1523, por un decreto dado en Madrid por Carlos I y más tarde por Felipe II en 1552, ratificándose en 1567 (21).

Estas disposiciones constituyen los fundamentos legales de las visitas que veremos efectuar, todavía, al Protomédico de Mallorca, en 1781. La normativa explícita de tal inspección respecto a las farmacias de la Isla, será redactada por el Rector del Gremio de los Apotecaris de Mallorca, Joan Brotat i Terrers, recogiénola en el manuscrito titulado *Materia Médica Galeno-Chímica tribus libris partita, de particulari electione medicamentorum simplicium ex triplici Regno vegetabili, animal et minerali speciatim usitatorum in hoc nostro Baleárico Regno* (22).

El ejercicio de la cirugía

Determinadas cuestiones referentes a los cirujanos son contempladas en las tres restantes *ordinationes*. La primera de ellas, es decir la cuarta del conjunto que tratamos, determina que, a fin de estimular el estudio de los practicantes de la cirugía, sus exámenes se efectuarán en lo sucesivo, en la Sala e presentia dels magnífichs Jurats, al modo que, según refiere, se realizaban los exámenes de los artilleros y otros oficios similares. El motivo de adoptar dicha disposición, manifestado al final de la misma, es *el interés de la república tenir doctes chirurgians qui tractan la salut de tots*.

Sobre la regulación del ejercicio quirúrgico, podemos remontar sus primeras disposiciones a las adoptadas por el gremio de Montpellier en 1242 y la ampliación de las

mismas, efectuada cincuenta años más tarde (23). Las Cortes de Monzón (1289) publicarán una primera normativa sobre los profesionales quirúrgicos, que se verá ampliada por lo acordado en las Cortes de Cervera (1291) y Valls (1299). En ellas se estipulará la necesidad de un examen de los conocimientos del aspirante a cirujano, en estas dos últimas localidades (24). Los cirujanos de Valencia se organizan como gremio a finales del siglo XIII, constituyéndose como cofradía en 1311, dotada de estatutos propios, aunque sin especificar en ellos ningún tipo de normativa sobre formación o examen (25).

Debió existir en Mallorca una legislación específica sobre el ejercicio quirúrgico antes de 1392. Lo hace pensar, la *Remissio Generalis de omnibus poenis peccunariis et personalibus etiam de mortis*, promulgada en ese año por el rey Juan, desde Pedralbes. Ese indulto absuelve a los médicos cirujanos y barberos que *sine approbatione et licentia dicuntur arte chirurgiae*. La misma remisión se repite en 1395, incluyéndose específicamente en ella, a los que *artem chirurgicam sine licentia exercent* (26). Tras esta segunda publicación, parece que el examen se estableció de manera sistemática. Conocemos diversas actas de exámenes efectuados en dicho año, a profesionales quirúrgicos en esos momentos residentes en Mallorca, así como las consiguientes autorizaciones para desempeñar su oficio, realizadas por el cirujano real mestre Guillem Sagarriga, a quién esa documentación califica de *speciali chirurgico nostro* (27).

A pesar de las disposiciones adoptadas, años más tarde, a comienzos del siglo XV, la práctica totalidad de los cirujanos y barberos de Mallorca debieron continuar ejerciendo su profesión, sin haber obtenido el oportuno permiso del poder real para desempeñarla. Por esta razón, en mayo de 1420, *tots los cirurgians de la dita Ciutat de Mallorca son stats mesos dins la presó reyal e comuna per los algtzirs reials*, debido a que *no son stats examinats, he usen de la dita art sens licencia*. A raíz de este suceso, se solicita al rey que, de acuerdo con los

privilegios del reino, fueran el *batle e veguer de la Ciutat* los que juzgaran a sus conciudadanos. Solicitaban, además, un privilegio perpetuo para que el examen de los cirujanos de Mallorca, se realizara a cargo de examinadores elegidos por los *Jurats de Ciutat*. Las aspiraciones mencionadas se recogen en una *Franquesa contenen molts caps*, que se hace pública en ese mismo año. Una de las solicitudes que incluye, pide al rey *que los Jurats ab auctoritat del Noble Governador qui are es e daqui avant será, puxen en la dita Ciutat he Regne de Mallorques elegir dos cirurgians, en poder dels quals los altres cirurgians del dit Regne o altres qui vendran habitar en aquell, hagen e degen esser examinats e per aquells aprovats o reprovats a usar de Cirugia, los quals aprovats puxen daqui avant usar del dit art de Cirurgia, axi en la Ciutat e Regne de Mallorques, com en altre qualsevol part del reyalme e senyoría vostra, sens alguna pena e no contrastants en alguna manera algunes provissions e ordinations, inhibicions edictes o crides per vostres predecessors de gloriosa memoria fins lo present die fetes, e daquiavant fahedores per qualsevol beneventurats vostres descendents e successors*. Ante esta petición, el rey otorgó que *lo Governador de consell de dos fisichs graduats e cirurgians aprovats en llur art, examinen los dits cirurgians los quals axi examinats pusquen liberament exercir son ofici per la Ciutat e Regne de Mallorques* (28).

La quinta *ordinatio* prohíbe tener *botiga*, es decir establecimiento abierto al público, a las viudas de los cirujanos, si al frente del mismo no se halla un cirujano o un maestro examinado, o bien que tenga un hijo estimado como hábil en la misma y hubiese practicado ya el tiempo suficiente como para presentarse a examen. Esta disposición repite lo ya estipulado por los *Capítols novamente fets, cassats e revocats los antichs per los cirurgians e barbers vells e jovens*. Dichos *Capítols* constituían la segunda reglamentación interna de acuerdo con la cual acordaban registrarse los miembros del Gremio de Cirujanos y Barberos de

Mallorca. Esta legislación de carácter gremial fué redactada en 1489 (29).

En la última del grupo, se refleja la inconsistente aplicación de las regulaciones de la profesión quirúrgica en la *Part Forana*. La normativa dictada por el *Col.legi de Cirurgians i Barbers de Ciutat de Mallorca*, era observada con una razonable precisión en la capital. En cambio, en el resto de la isla la ausencia de profesionales sanitarios de cualquier tipo y la falta de peso social del gremio quirúrgico, condicionaba cierta tolerancia, cuando no una manifiesta negligencia, en el cumplimiento de dicha normativa en esa zona. Un ejemplo de esta confusión, sería el caso de cierto Joan Comelles de Alcudia, a quién los *Sobreposats del Gremi de Barbers i Cirurgians de Palma*, le cuestionaron la autorización para fer barbes, en julio de 1514. En el litigio mantenido, se probó que dicho Comelles había abonado las tasas debidas para ello y que además venía desempeñando su oficio hacía mas de cuarenta años. Visto lo cual, quedó perfectamente legitimado para continuar con su ejercicio (30).

En este último epígrafe, se indica que ciertos cirujanos, aunque examinados y ya declarados aptos por la organización gremial, pero carentes de la experiencia estimada oportuna, es decir sin haber realizado la formación práctica estipulada por los estatutos gremiales, cifrada, para entonces, en seis años de ejercicio bajo la supervisión continua de un maestro, abrían despacho en las poblaciones de la *Part Forana*. Dado el riesgo que el ejercicio de estos profesionales sin la necesaria practica, entrañaba para la población a quién prestaban sus servicios, se indicaba que solo podían establecerse libremente en dichas localidades, una vez que hubieran sido examinados.

Lo que trasluce esta disposición, es la reticencia de ciertos cirujanos a cumplir con los seis años de práctica supervisada. Seguramente porque estos seis años de un profesional ya cualificado, se convertían en un período durante el cual se sentían explotados, y tal vez así fuera, dada su situación,

por parte del maestro que teóricamente debía adiestrarles en su hábito quirúrgico, pero que en realidad, se convertía en su patrón con el sueldo que él deseara fijarles. Por otra parte, antes de ser autorizados a abrir su despacho, es decir antes de obtener el título de *mestre*, debían abonar cierta cantidad al Colegio gremial. Estas circunstancias motivaban que estos jóvenes profesionales, escasos de recursos económicos, optaran por establecerse sin observar las normas legales.

A fin de paliar algo la supuesta penuria económica por la que atravesaban, el decreto les autoriza a establecerse en la zona rural, abonando solo la mitad de la tasa que deberían pagar si se instalaran en la ciudad. A los que incumplieran esta norma, se les penaba con la inhabilitación para el ejercicio de la cirugía, vedándoles el presentarse a examen para poder acceder a la titulación de maestro.

Conclusiones

Las *ordinations* referidas, constituyen una de las etapas por las que atravesará el conjunto legislativo regulador de las profesiones sanitarias en Mallorca. Se trata del

punto de partida de una legislación más compleja y elaborada, dirigida al mismo objetivo, que surgirá en el siglo XVIII.

A pesar de su relativa brevedad, son elementos fundamentales del conjunto legal regulador de las frecuentes denuncias acerca de la legitimidad del ejercicio quirúrgico desempeñado por determinados profesionales. En especial las que se producirán en las zonas extraurbanas. Su aplicación es primordial para la comprensión de los razonamientos jurídicos aducidos en los procesos seguidos a barberos y cirujanos, bien por mala práctica o bien por ejercicio indebido del arte quirúrgico, en los años siguientes.

Representan uno de los hitos más significativos, en el largo proceso, emprendido en los siglos medievales, mediante el cual el poder público tratará de garantizar el cuidado de la salud colectiva y particular, por profesionales cuya formación intelectual sea acreditada por las universidades. Reflejan la sanción por parte del colectivo social a éstas instituciones, a las cuales les otorga su reconocimiento, atribuyéndoles la posesión de los saberes más completos del momento, así como su capacidad de transmisión a las nuevas generaciones de expertos en dichas disciplinas.

Notas

1 A. Planas Rosselló, ed. (1996) Recopilación del Derecho de Mallorca (1622) por los doctores Pere Joan Canet, Antoni Mesquida y Jordi Zaforteza, Palma de Mallorca, pág. 126-127.

2 Debo esta precisión a la amabilidad de Antoni Planas Rosselló, quién tuvo la deferencia de leer el texto antes de su publicación y efectuar oportunas correcciones. Conste aquí mi agradecimiento.

3 Paul Diepgen (1932) Historia de la Medicina, Barcelona, pág. 149. Pedro Laín Entralgo (1978) Historia de la Medicina, Barcelona, pág. 235.

4 Estanislao de Kostka Aguiló (1915) Oficis conferits a Pere Jordá, cavaller, doctor en arts y en medicina (1455). Ofici de Prothomèdich y examinador dels metges, Boletín de la Sociedad

Arqueológica Luliana (B. S. A. L.), XV págs. 301-302. Sobre este médico cf. José María Rodríguez Tejerina (1962) La medicina medieval en Mallorca, Felanitx, pág. 109. En las págs. 136-138 de dicha obra, existe traducción castellana del texto original en latín.

5 Luís García Ballester, Michael Mc Vaugh y Agustín Rubio Vela (1989) Medical Licensing and Learning in Fourteenth Century Valencia, Transactions of American Philosophical Society, vol. 79, part. 6, pág. 11 y 56.

6 Antoni Cardoner i Planas (1973) Història de la Medicina a la Corona d'Aragó (1162-1479), Barcelona, págs. 112-116.

7 J. M. Dureau-Lapeysonnie (1966) L'oeuvre d'Antoine Ricart, médecin catalan du XVe siècle,

en: Médecine humaine et vétérinaire á la fin du Moyen Âge, Gèneve-París, págs. 186 y 354.

8 Antonio de la Torre y del Cerro (1971) Documentos para la Historia de la Universidad de Barcelona, vol. I, Preliminares (1289-1451), Barcelona, pág. 3: Documento núm. 1: Item statuíum que algun savi en dret no us en alguna cort ... entrò serà examinat per los prohòmens de cascun loch, ensemps ab los altres savis en dret... Item ordonam que allò mateix se faça en los metges e cirurgians.

9 Luis Comenge y Ferrer (1889) La Medicina en la Edad Media en la Corona de Aragón, Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas, tomo II, págs. 374-375 y 403.

10 Lluís García Ballester (1988) La medicina a la Valencia medieval, Valencia, págs. 53 y ss.

11 Antonio de la Torre y del Cerro (1971) págs. 35-36: Documento núm. 20.

12 Antonio de la Torre y del Cerro (1971) págs. 45-46: Documento núm. 25: ... los metges cristians de art de phisica, ... abast aquells III anys en estudi general haver estudiat e hoyt los libres ordinaris de la sciència de medicina. Los juheus emperó e sarrahins metges hagen ésser examinats per metges de lur ley o secta, e metges de aquella ley o secta no havents, hajen ésser examinats per ll metges cristians, la qual examinatio feta, si sufficients foren trobats, hajen a jurar públicament bé e leyalment practicar ans que a la pràtica sien admesos.

13 Pau Cateura Bennaser (1982) Política y finanzas del Reino de Mallorca bajo Pedro IV de Aragón, Palma de Mallorca, págs. 328-331.

14 Arxiu del Regne de Mallorca (A. R. M.) Códex d'en Abelló, Secció de Códexs, num. IX, fol. 45. Fué publicado por Antoni Pons Pastor (1932-1934) Constitucions e ordinations del Regne de Mallorques, Ciutat de Mallorca.

15 Antoni Pons Pastor (1932-1934) op. cit., vol. I, pág. 194-195.

16 Joaquín María Bover (1834) Miscelánea Histórica Maioricense, Manuscrito de la Biblioteca March, Tomo VII, fol. 44 v. La noticia procede de una nota del notario Juan Riera, cuyos protocolos se conservan en el Arxiu Capitular de Palma.

17 Joan Muntaner Bujosa (1934) Un noticiari de finals del s. XV, Boletín de la Sociedad Arqueológica Luliana, XXVI, págs. 36: Dia iste in aula regia ut moris est presentí disputavit nedum in medicina sed aliis facultatibus Magnificus Anthonius Nadal in artibus et medicina professor et tenuit quasdam conclusiones in quare defensione mirabiliter, subtiliter et eleganter se

habuit quod dicibus parlavit licet ante disputationem multi crederent aliter de ipso.

18 Arxiu Diocesà de Mallorca, MSL / 388, 30 de junio de 1512.

19 A. R. M., A. H.-477, fols. 126 v.-127.

20 Luis Comenge y Ferrer (1889) págs. 403-405.

21 Recopilación de las Leyes, Pragmáticas Reales Decretos, y Acuerdos del Real Protomedicato hecha por encargo, y dirección del mismo Real Tribunal, por Don Miguel Eugenio Muñoz, del Consejo de su Magestad, Oidor de la Real Audiencia de Valencia, Académico de Numero de la Real de la Historia, Subdelegado del Real Protomedicato en lamisma Ciudad y Reyno, Valencia, MDCCLI, pág. 187-188.

22 Enrique Fajarnés i Tur (1900) Noticia de una Real provisión sobre boticarios y Una visita a las farmacias de la Ciudad de Palma, los dos en: B. S. A. L., VIII, págs 417 y 451. A. Contreras Mas (1983) La formación de los profesionales sanitarios en Mallorca (XIII-XVIII) Estudios Balearics, vol. 11, pág. 38.

23 Louis Dulieu (1965) La chirurgie et les chirurgiens-barbiers de Montpellier au Moyen Age, Languedoc Medical, núm. 2, págs. 5-9 y del mismo autor (1971) La chirurgie a Montpellier. De ses origines au debut du XIXè siècle, Avignon, pág. 15-26.

24 Luís García Ballester (1982) Los orígenes de la profesión médica en Cataluña. El Col.legium de médicos de Barcelona (1342) Estudios dedicados a Juan Peset Aleixandre, Vol. II, Valencia, págs- 129-155: 135.

25 Lluís García Ballester (1988) págs. 57-59.

26 A. R. M.; Codex Rosselló Vell, fol. 395 y Codex Rosselló Nou, fol. 372 c.

27 Archivo de la Corona de Aragón, Cancellería 1999, fol. 20 y ss. Recogen las actas de los exámenes realizados, entre otros, a los mallorquines Bernat Bovera, Pere Vivot, Joahn Soldevila y Anthoni Johan. Todos ellos son autorizados a ejercer en el ámbito geográfico de la Corona de Aragón.

28 A. R. M., Códex d'en Abelló, Secció de Códexs, núm. IX, fol. 58: 21 de maig de 1420

29 A. R. M., Suplicacions – 41, fols. 114 v. - 119 v. y Códex 53.

30 Antoni Mas Forners, Guillem Rosselló Bordoy y Ramón Rosselló Vaquer (1999) Història d'Alcudia. De l'època islàmica a la Germania, Alcudia, pags. 205 y 464.

Ensayo

Magia y virtudes del agua natural

José M^a Rodríguez Tejerina.

Luego de conocer el sabor de varios vinos y licores vuelven a experimentar muchos precavidos mortales una irrepetible nostalgia por el agua natural: el agua dulce, hermana del sol, principio de todas las cosas, según Tales de Mileto; que surgió del Caos de Hesiodo, del vacío absoluto donde nacieran la Tierra, Eros, las Tinieblas, la Noche. En el agua fuimos engendrados los humanos, al decir de Homero y los científicos rusos.

Agua embotellada

En nuestros días el agua natural embotellada sustituye con creciente frecuencia a las bebidas alcohólicas en la mesa de comilonos cuidadosos de su salud, de jóvenes adictos a la novedosa cultura del agua. De petulantes *yuppies*.

Han surgido en Nueva York, París, Barcelona, Madrid, restaurantes que ofrecen cartas con numerosas clases de aguas envasadas. En París, en el *fashion* local *Colette*, se brindan setenta clases de aguas envasadas. En Barcelona existe un restaurante con cartas de seis y siete aguas en botella. Y, en Madrid, en otros establecimientos, se ofrecen siete y nueve aguas distintas. El cine se ha hecho eco de esta fiebre del agua. El protagonista de la película *El juego de Hollywood* Tim Robbins, pide continuamente marcas de aguas muy raras en la barra de los bares que frecuenta.

El agua, aconsejaba allá por el siglo XVII el doctor Juan Sorapán de Rieros en su

célebre tratado, *Medicina Española contenida en proverbios vulgares de nuestra lengua*, debe ser, sobretodo, "sin color, sin sabor y hala de ver el sol". Requisitos que cumplen muchas aguas embotelladas actuales, como por ejemplo las francesas de Perrier y Evian, la norteamericana English Mountain de Tennessee, la rumana Harghita Naturality, y las españolas de Lanjarón, Bezoya, Cabreiroa, Mondariz, Font d'Or, Solán de Cabras, Liviana, Vichy Catalán, Font Vella, Malavella. Y las de varias fuentes de Mallorca: Binifaldó, Font del Teix, Bastida, Font Major, Font Sorda, Sa Taconera, Ca l'Abat, la Font des Uets.

En tiempos de los romanos fue muy famosa Sa Font Santa, en Campos; en sus aguas, salobres y templadas, danzaban complacientes ninfas.

Las náyades.

Las ninfas, asegura Homero, son hijas de Zeus. Aunque otros autores las consideran hijas de Océano, el gran río que circunda la Tierra, que es, según la creencia helénica, un enorme disco plano.

Existirían numerosas suertes de ninfas que habitan en muy diversos lugares; en las montañas, los campos, el mar, las florestas, los árboles. A las que viven en los manantiales, ríos y lagos se las denomina, *náyades*. Son mujeres hermosas y jóvenes; personifican las fuerzas de la Naturaleza; la reproducción, la fecundidad, Aman la música, la danza y tienen facultades proféticas y sanadoras.

En las orillas del río Leteo, en los Campos Elíseos, endulzan con sus cantos el dolor de los mortales. En la Fuente de Leteo, la fuente del olvido, el sueño, la muerte, beben siempre en su angustioso peregrinar ultraterreno, las atormentadas almas de los muertos; para olvidarse de su vida anterior.

Una *náyade* que residía en las fuentes de los Álamos, en la leyenda de Gustavo Adolfo Bécquer, *Los ojos verdes*, fue la que cautivó con sus encantos a Fernando de Argensola, el primogénito del marqués de

Almenar, lo atrajo junto a ella con el fulgor de sus ojos maravillosamente verdes. Le abrazó, le besó; le hundió eternamente en las misteriosas aguas mitológicas.

Las *náyades* tienen, en España, distintos nombres, según la región en que radiquen sus míticos habitáculos, los manantiales. En Galicia suele llamárselas, *mouras*, *xanas*, *vellas*, *princesas*, *señoras*. Aloges, en los Pirineos.

En Mallorca se las denomina *dones d'aigua*. Existió, en tiempos remotos, *Na Maria Enganxa*, mujer que habitaba en lo más profundo de pozos y cisternas. Y que cuando alguien se asomaba al brocal, lo atrapaba con un gancho y lo arrastraba al fondo de sus tinieblas acuáticas, y lo retenía allí para siempre.

Las *dones d'aigua* eran, asimismo, hembras muy hermosas y muy ricas; a veces se enamoraban de los transeúntes noctámbulos que deambulaban cerca de las fuentes y se casaban con ellos, con poco éxito.

Testimonios literarios.

Don Ramón María del Valle-Inclán en un pasaje de su obra *Jardín Umbrío*, describe, "el verde maléfico que tienen las fuentes abandonadas, donde se reúnen las brujas". Y, se refiere, largamente, a las fuentes galaicas en *Flor de Santidad*.

Otro escritor gallego, Camilo José Cela, en *Mazurca para dos muertos*, constata que, en el cementerio de un pueblo de Galicia, "brota un manantial de agua clara que lava los huesos de los muertos, le llaman la fuente de Miangueiro y en ella se mojan las carnes de los leprosos para encontrar alivio". (¡Que contraste con el paisaje seco de la Alcarria! "Una fuente en la plaza y una olma vieja").

Y también "las ánimas del purgatorio beben en la fuente de Miangueiro". "Y, cuando se aburren, vagan con la Santa Compañía por la orilla del río". En la misma fuente, de aguas milagrosas, se "borra la alfolesía (vahídos, patatús), sin tener que quemar la ropa a pedazos, es mejor que el agua bendita".

Pero el agua de la fuente de Miangueiro no es potable, no se puede beber, "no la beben ni los pájaros". "Tiene veneno pero no pudre la carne sino el espíritu, quien bebe de la fuente de Miangueiro loquea y, a lo mejor, hasta mata gente".

Cela debe el seguir viviendo en este mundo a que a las cuarenta y ocho horas de nacer en Iria-Flavia le hicieron beber el *agua de socorro*.

Rafael Aberti, todavía en el exilio argentino, soñó un día que retornaba a España, a Cádiz; al Puerto de Santa María. Y evocó, nostálgicamente, la fuente del patio de su casa natal:

*Entré en un patio en que un día
fuera una fuente con agua.
Aunque no estaba la fuente
la fuente siempre sonaba,
y el agua que no corría
volvió para darme agua.*

Otros usos y agüeros

Más, no siempre el agua dulce tiene benévolas cualidades. No hay que olvidar el agua como método de tortura. El verdugo obligaba al encadenado reo, expuesto en decúbito supino, a ingerir grandes cantidades de agua. Luego, el sayón, saltaba sobre el vientre del acusado, para que expulsara el atormentador líquido.

Entre los agüeros relativos al agua, figuran los siguientes:

Beber agua llevando una luz encendida en la mano contraria.

Beber agua de pié (produce quebraduras).

Preguntar al río, de aguas corrientes, si un niño va a sanar. Se echa al río, en una cestita con una luz o lamparilla de aceite, la ropa del niño enfermo.

Si la luz sigue brillando mucho tiempo, el enfermito se cura. (1).

(1) A Pablo Neruda le gustaba remontar un río, el Papaloapán, hacia sus matrices, hacia la textura de sus originales ramajes de cristal: "ir, mojarme la frente, hundir en la secreta confusión del rocío, la piel, la sed, el sueño".

La polémica del agua.

Nuestro inquieto siglo XVIII fue, no solamente el siglo de los balnearios, del uso de las aguas minerales para el tratamiento de muy diversas dolencias. Fue, asimismo, la centuria en la que se empleó de forma desmesurada, el agua natural para combatir diversas afecciones. Huyendo, tal vez, de la compleja y nociva farmacopea tradicional.

El padre Feijoo aseguraba que, el agua natural es “poderosísimo remedio” de algunas enfermedades. Y el adalid de la moderna Hidrología, don Pedro Gómez de Bedoya y Paredes, autor de dos volúmenes titulados, *Historia Universal de las fuentes minerales de España*, en los que censa casi un millar de ellas, escribe que, “el agua es el principal medicamento”. “Sóla y acompañada produce en nuestros cuerpos maravillosos efectos, liberándonos de muchas y peligrosas enfermedades”.

Numerosos médicos, por entonces, hicieron a su vez encendidos elogios del agua natural a la que consideraron una verdadera panacea.

En Madrid fue harto famosos el doctor Vicente Pérez, *el médico del agua*, quien llegó a publicar varios libros sobre los presuntos beneficios del agua natural: *El secreto a voces*, *El protector de la salud del hombre*.

En Málaga también por los años del dieciocho, hubo un significado *agüista*, el doctor Manuel Fernández Barea, quien en un folleto intitulado, “Juicio práctico sobre las virtudes medicinales del Agua”, expone LXX observaciones acerca de otros tantos casos clínicos.

Ordenaba a sus pacientes una dieta hídrica asociada a sangrías. Tres cuartillos de agua durante cuarenta y ocho horas. O, más aún, una alcarraza (jarra) cada dos horas durante seis días.

Curó así a un beneficiado de la ciudad de Ronda afecto de unas calenturas mesentéricas malignas, al que hizo ingerir una enorme redoma de agua destilada du-

rante toda una noche. Debajo de la cama del paciente se puso un lebrillo para recibir la abundante orina que destilaban los colchones.

A otro enfermo, una muchacha caquéctica, deshidratada en extremo, también la curó haciéndola beber, al principio, agua enfiada con nieve, luego ya sin nieve y, al final, templada sólamente.

Otro caso muy curioso fue el de un joven de temperamento colérico que había contraído unas “purgaciones de garabático” acompañadas de fiebres muy altas. Le proporcionaron tres cuartillos de agua serena varias veces al día, durante tres. Comenzó a sudar y quedó sin calenturas y sin purgaciones.

El discreto doctor Marañón.

La creencia exagerada en las virtudes curativas del agua dulce, fue pronto recusada. Ya en 1717 escribió Francisco de Navarrete un texto muy crítico, *Nerea*. (2)

Mas, tras la pintoresca disputa se encubría un rasgo terapéutico indudable: el afán de abandonar los arcaicos medicamentos, inútiles y peligrosos. El deseo de retornar al empleo de los productos sanadores que ofrece la Naturaleza: el agua natural y también las aguas de las fuentes minerales, entre ellos.

Sorapán de Rieros, en contrapartida a su devoción por el uso del agua dulce, manifiesta su aversión al vino. Bebida alcohólica a la que achaca multitud de males. Concluye en el refrán XXXIII: “Quien es amigo del vino, enemigo es de sí mismo”.

Surge otra polémica. ¿Es malo el vino? ¿Hasta cuanto se puede beber vino sin peligro?

Los psiquiatras alemanes, de la escuela de Bleuler, exageran los peligros que con-

(2) Y el escritor francés Lesage publicó la novela *Gil Blas de Santillana*, en la que se describía al doctor Sangredo, quien pretendía curar, sin el menor resultado, a todos sus pacientes, haciéndoles ingerir grandes cantidades de agua templada y practicándoles a la vez, letales sangrías.

lleva el uso, aún pequeño, de alcohol. Los médicos e higienistas meridionales, en cambio, con el alegre doctor francés Besançon a la cabeza, únicamente estiman dañinas las dosis de vino que originan embriaguez.

Es muy discreto doctor Marañón confiesa que, no abomina del vino que es, "una de las gracias de Dios". Y, que, pontificaba Séneca, "lava nuestras inquietudes, enjuga el alma hasta su fondo y, entre otras virtudes, asegura el alivio de la tristeza". "Una copa de vino en cada comida, quizás un poco más, no sólo no hace daño a nadie, si no que es, con pocas excepciones, de mucha utilidad". Asegura don Gregorio. Incluso llega a dudar, en otro ensayo, que el alcoholismo sea la única causa de la cirrosis hepática, la polineuritis, la gota...

Cervantes, generoso ante la vida, era, al igual que Shakespeare, un bebedor más que moderado. Humorista y comprensivo.

Emborrarcharse es una estupidez, cara y ridícula. El alcoholismo, una vituperable adicción. Pero beber vino y licores, prudentemente, nos ayuda a combatir el tedio vital.

Mas, volvamos a ocuparnos del agua natural, tan enraizada a los albores de nuestra existencia. En la que nacimos y de la que dependemos siempre.

El agua purificadora

No solo el agua dulce bebida puede tener salutíferas virtudes. También el agua natural posee beneficiosas cualidades, espirituales e higiénicas, cuando se utiliza externamente.

Habla san Pablo del agua del bautismo, en una Carta a los Romanos: "Por el bautismo el cristiano une sus destinos al de Cristo; muerte al pecado y vida eterna en Dios".

El bautismo, en sus principios, era un baño litúrgico, simbólico, por inmersión, en "probática piscina", que suponía una consagración a Aquel en cuyo nombre se recibía. Implicaba un rompimiento con el pecado. Todavía hoy, amen de por el bautismo

inicial, limpiamos nuestros pecados, al menos los veniales, tomando con los dedos de nuestras pecadoras manos las aguas bendecidas que se ofrecen en las pilas bautismales de las iglesias.

En Palma de Mallorca existen unos supuestos baños árabes. Que, tal vez, fueran judíos. Los judíos prohíben copular durante doce días después del inicio de la menstruación a la mujer. Luego, tras siete días de finalizar la regla, las mujeres debían purificarse, haciendo una inmersión en el pozo ritual, *mkva*. Un aljibe construido al lado del manantial. Alrededor del pozo había unas estancias para desvestirse. Por los agujeros del techo llegaban las palabras, consoladoras, del rabí. Las judías se bañaban desnudas. Se sumergían por completo en el misterio oscuro del agua, elemento consustancial de la religión hebraica, que permite penetrar en el mundo del Más Allá, en el que se conocen, y perdonan, los pecados. Mientras se bañaban las hebreas musitaban largas oraciones o cantaban estrofas del antiquísimo y conmovedor *canto del pozo*. Debían meter por entero sus cabezas debajo del agua, mojar hasta las últimas raíces su cabellera. Pues en el cabello se esconden todos los vicios humanos. De ahí que a las monjas novicias de nuestra religión se las tonsure, para inducir las a la renuncia del mundo del pecado.

La inmersión de las mujeres judías era un rito religioso, mas, asimismo, una práctica higiénica, que limpiaba su piel y la hacía bienoliente, en contraste con la de las mujeres cristianas, que desdeñaban lavar su cuerpo y disimulaban su suciedad con sofisticados aceites.

Cabe hablar, a su vez, de la "cultura del agua" de los pueblos islámicos. Muy patente en sus huertos, regadíos, jardines, y que culmina en Granada, en la filigrana lírica de la Alambra, con sus múltiples fuentes; el patio de los Arrayanes, el de los Leones, y el Generalife.

Toda Granada es "agua oculta que llora", como dijo Manuel Machado.

Las aguas de Madrid

Recuerdo que, en mis tiempos de niño, en Madrid, cuando toda la familia se mudaba de piso, lo que ocurría con demasiada frecuencia, lo primero que exigían mis padres era que la casa tuviera *agua de Lozoya*. Agua que gozaba de gran predicamento. Se aseguraba que era pura, clara y tenía sabor a Sierra de Guadarrama; a retama, montes azules, nieves remotas. El agua de Santillana, en cambio, que abastecía a otras casas más modestas, era gorda, de peor calidad.

Por aquellos lejanos años aún ofrecían agua los aguadores por las calles de la capital de España. Sobre todo a las puertas de la antigua Plaza de Toros de la carretera de Aragón, al final de la calle Goya, en la que habían toreado Joselito y Belmonte y el toro Pocopena mató a Manuel Granero. Voceaban: "Agua fresquita de la Fuente del Berro". "¡Agua, quien quiere agua!" "¡Agua y azucarillos!" Alfareros de Andújar, con sus borriquillos, vendían botijos. Los botijos podían contener poca agua, pero la conservaban fría; más, si eran botijas nuevas: Ya lo dice el refrán castellano:

"Botija nueva hace agua fresca".

Nunca llegué a ver, por entonces, la Fuente del Berro. Ni supe siquiera por dónde estaba. Me la imaginaba como una vetusta fuente de piedra, en el centro de una plazuela, sombreada por cuatro acacias en flor, o por un viejo nogal; o como una inesperada alfaguara. (3)

Esta poética visión era, sin duda alguna, falsa. Hoy sé que la Fuente se conserva, todavía, en el Parque Quinta de la Fuente del Berro, sito muy cerca de las calles O'Donnell y doctor Esquerdo; en ésta última yo tuve un pisito algunos años. En el Parque hay un pequeño y evocador museo.

La Fuente del Berro tuvo, en épocas pasadas, la mejor agua de Madrid. Su aguador principal fue Pedro Collado, alias "Chamorro", fiel confidente y gran amigo, primero del Príncipe Fernando, y luego del Rey Fernando VII, cuando aquel fue coronado. "Chamorro" abastecía de las aguas de la Fuente del Berro a los nobles y más altos personajes de la Corte; les llevaba el agua en cántaros, a lomos de unos borricos. Incluso Carlos IV bebía siempre, de postre, después de cada comida, una gruesa miga de pan empapada en agua helada de la famosa Fuente. El Cardenal Infante se hacía mandar a Flandes grandes cántaros llenos de agua de la Fuente del Berro.

Los madrileños, escribe Davillier, son grandes bebedores de agua, pero, en su capital hay más fuentes ornamentales que proveedoras de agua potable.

La mayoría de estas fuentes decorativas son de estilo neoclásico, académico; como la de Cibeles, realizada por Francisco Gutierrez, y la de Neptuno, obra de Juan Pascual de Mena. Y, otras, menos suntuosas, así las fuentes de la Puerta del Sol (la primitiva Mariblanca), la de la Red de San Luis, de la Fama, Puerta Cerrada, Once Caños, de la Alcachofa, del Cisne, de Ceres, de Apolo; la del Obelisco de las Cuatro Estaciones, en el paseo de la Castellana; las del Prado. (4)

La únicas náyades que hubo en Madrid fueron las lavanderas que enjabonaban sus humildes prendas en las esmirriadas aguas del río Manzanares. En los días calurosos se bañaban en el riachuelo descocadas mujeres. Y, en todo tiempo, las sufridas y modestas lavanderas, lograban, según la leyenda, el milagro de transformar la ropa sucia en blanca, al tiempo que las aguas del Manzanares, tras el rudo fregoteo, se tornaban, de repente, límpidas, transparentes.

(3) "Si, tu niñez ya fábula de fuentes", soñaba Jorge Guillén.

(4) Las fuentes del Prado, cantadas por Cervantes: "Adiós Madrid, adiós tu Prado y fuentes que manan néctar, llueven ambrosía".

Notícias

El canvi de Govern autonòmic ha portat la designació de la Sra. Aina Salom, de 46 anys, com a responsable de Sanitat i Consum. La nova consellera, llicenciada en farmàcia i fins fa pocs mesos presidenta de l'ONG "Apotecaris Solidaris", assumirà la negociació de les transferències de l'INSALUD com un dels objectius prioritaris de la seva gestió. Així mateix, vol impulsar la modificació del Pla de Salut de Balears i la lluita contra la drogadicció i la SIDA i potenciar les actuacions de la Conselleria en matèria de Salut Pública.

Amb l'enhonorabona pel seu nomenament li expresam el desig d'una gestió encertada i exitosa i des d'aquestes pàgines li oferim la plena col·laboració de la Reial Acadèmia de Medicina de Balears.



Índices 1999

Índice de artículos

- Agüera, J.: Epidemiología y características clínico patológicas del cancer de mama en el Llevant Mallorquín, 117.
- Alarcón Zurita, A.: Pautas de actuación y admisión en lista de espera para trasplante renal en Baleares, 113.
- Alarcón Zurita, A.: El virus de la inmunodeficiencia humana como causa de patología renal, 122.
- Alarcón Zurita, A.: Avances en el manejo de las infecciones urinarias en el adulto, 126.
- Alarcón Zurita, A.: Diagnóstico de hematurias: Algoritmo, 131.
- Alarcón Zurita, A.: Los caprichos del azar: en el centésimo aniversario de la aspirina, 142.
- Arana Fernandez de Moya, E.: Diagnóstico de las lesiones de la calota por tomografía computarizada. análisis de eficacia por redes neuronales y regresión logística, 8.
- Bernabeu, R.: Avances en el manejo de las infecciones urinarias en el adulto, 126.
- Cabeza Irigoyen, Elena: Mortalidad prematura por cáncer en Mallorca, 57.
- Calvo, A.: Epidemiología y características clínico patológicas del cáncer de mama en el Llevant Mallorquín, 115.
- Cañellas Trobat, Antonio: Aspectos médico fisiopatológicos y sociales del cazador submarino menorquín, 40.
- Carretero, Silvia: Mortalidad prematura por cáncer en Mallorca, 57.
- Contreras Mas, A.: Legislación mallorquina para el ejercicio de las profesiones sanitarias (siglos XIV-XVII), 144.
- Cuesta, M.: Epidemiología y características clínico patológicas del cáncer de mama en el Llevant Mallorquín, 115.
- Del Moral, R.: Epidemiología y características clínico patológicas del cáncer de mama en el Llevant Mallorquín, 117.
- Díaz López, María: ¿Tiene utilidad la infiltración con Bupivacaina ante el dolor post operatorio de la herniorrafia inguinal?, 36.
- Fernández Alonso, Alejandro: Aspectos médico fisiopatológicos y sociales del cazador submarino menorquín, 40.
- Franch Sureda, Paula: Mortalidad prematura por cáncer en Mallorca, 57.
- Garau Llinás, Isabel: Mortalidad prematura por cáncer en Mallorca, 57.
- García Sanz, Mario: ¿Tiene utilidad la infiltración con Bupivacaina ante el dolor post operatorio de la herniorrafia inguinal?, 36.
- Gascó, J. M.: Avances en el manejo de las infecciones urinarias en el adulto, 126.
- Gestoso Gayá, Salvador: Aspectos médico fisiopatológicos y sociales del cazador submarino menorquín, 40.
- Hidalgo Pardo, F.: Avances en el manejo de las infecciones urinarias en el adulto, 126.
- Losada Gonzalez, G. P.: Avances en el manejo de las infecciones urinarias en el adulto, 126.
- Losada, P.: El virus de la inmunodeficiencia humana como causa de patología renal, 122.
- Lozano, M.: Epidemiología y características clínico patológicas del cáncer de mama en el Llevant Mallorquín, 117.
- Marco Franco, J. E.: Pautas de actuación y admisión en lista de espera para trasplante renal en Baleares, 113.
- Marco Franco, J. E.: Avances en el manejo de las infecciones urinarias en el adulto, 126.
- Marco Franco, J. E.: Diagnóstico de hematurias: Algoritmo, 131.
- Martinez Mateu, J.: Avances en el manejo de las infecciones urinarias en el adulto, 126.
- Martínez, J.: El virus de la inmunodeficiencia humana como causa de patología renal, 122.
- Martorell, J. M.: Epidemiología y características clínico patológicas del cáncer

- de mama en el Llevant Mallorquín, 117.
- Mir i Fullana, Francesc: Patología ocular a la paràlisis cerebral, 69.
- Montero, C.: Avances en cirugía torácica, 136.
- Moreno, Víctor: Mortalidad prematura por cáncer en Mallorca, 57.
- Morey Molina, A.: Pautas de actuación y admisión en lista de espera para trasplante renal en Baleares, 113.
- Morey Molina, A.: Avances en el manejo de las infecciones urinarias en el adulto, 126.
- Morey Molina, A.: Diagnóstico de hematurias: Algoritmo, 131.
- Morey, A.: El virus de la inmunodeficiencia humana como causa de patología renal, 122.
- Morón Canis, José Miguel: ¿Tiene utilidad la infiltración con Bupivacaina ante el dolor post operatorio de la herniorrafia inguinal?, 36.
- Moya Riera, Jorge Juan: Aspectos médico fisiopatológicos y sociales del cazador submarino menorquín, 40.
- Munar Vila, A.: Avances en el manejo de las infecciones urinarias en el adulto, 126..
- Munar Vila, M. A.: Pautas de actuación y admisión en lista de espera para trasplante renal en Baleares, 113.
- Munar, M. A.: El virus de la inmunodeficiencia humana como causa de patología renal, 122.
- Munar Vila, M. A.: Diagnóstico de hematurias: Algoritmo, 131
- Noguera Aguilar, José F.: Resistencia de la anastomosis cólica tras sutura manual continúa y discontinua, 33.
- Ouziel Martinez, Lluïsa: Patología ocular a la paràlisis cerebral, 69.
- Pagán Pomar, Alberto: ¿Tiene utilidad la infiltración con Bupivacaina ante el dolor post operatorio de la herniorrafia inguinal?, 36.
- Pérez Bárcena, Juan: Dissección de aorta en Mallorca, 87.
- Rial Planas, Rubén: Resistencia de la anastomosis cólica tras sutura manual continúa y discontinua, 33.
- Rodríguez Tejerina, José M^a: Aquella Cirugía Naval, 45.
- Rodríguez Tejerina, José M^a: El decálogo del cirujano del doctor Bonilla Naar, 99.
- Rodríguez Tejerina, José M^a: Magia y virtudes del agua natural, 152.
- Romero, M.: Epidemiología y características clínico patológicas del cáncer de mama en el Llevant Mallorquín, 117.
- Salinas García, Ramón: ¿Tiene utilidad la infiltración con Bupivacaina ante eel dolor post operatorio de la herniorrafia inguinal?, 36.
- Sánchez Monís, José: Escribir, 101.
- Soro Gosalvez, Jose A.: ¿Tiene utilidad la infiltración con Bupivacaina ante eel dolor post operatorio de la herniorrafia inguinal?, 36.
- Soro Gosalvez, José A.: Resistencia de la anastomosis cólica tras sutura manual continúa y discontinua, 33.
- Tomàs Salvà, Macià: Muertes atribuibles al consumo del tabaco. Baleares, 1996, 95.
- Tortajada Collado, Carmen: Resistencia de la anastomosis cólica tras sutura manual continúa y discontinua, 33.
- Tubau, A.: Epidemiología y características clínico patológicas del cáncer de mama en el Llevant Mallorquín, 117.
- Zurita Romero, Manuel: Resistencia de la anastomosis cólica tras sutura manual continúa y discontinua, 33.

Índice de autores

- Agüera, J.: 117.
Alarcón Zurita, A.: 113.
Alarcón Zurita, A.: 122.
Alarcón Zurita, A.: 126.
Alarcón Zurita, A.: 131.
Alarcón Zurita, A.: 142.
Arana Fernandez de Moya, E.: 8.
Bernabeu, R.: 126.
Cabeza Irigoyen, Elena: 57.
Calvo, A.: 117.
Cañellas Trobat, Antonio: 40.
Carretero, Silvia: 57.
Contreras Mas, A.: 142.
Cuesta, M.: 117.
Del Moral, R.: 117.
Díaz López, María: 36.
Fernández Alonso, Alejandro: 40.
Franch Sureda, Paula: 57.
Garau Llinás, Isabel: 57.
García Sanz, Mario: 36.
Gascó, J. M.: 126.
Gestoso Gayá, Salvador: 40.
Hidalgo Pardo, F.: 126.
Losada Gonzalez, G. P.: 126.
Losada, P.: 122.
Lozano, M.: 115.
Marco Franco, J. E.: 113.
Marco Franco, J. E.: 126.
Marco Franco, J. E.: 131.
Martínez Mateu, J.: 126.
Martínez, J.: 122.
Martorell, J. M.: 117.
Mir i Fullana, Francesc: 136.
Moreno, Víctor: 57.
Morey Molina, A.: 113.
Morey Molina, A.: 126.
Morey Molina, A.: 131.
Morey, A.: 122.
Morón Canis, José Miguel: 36.
Moya Riera, Jorge Juan: 40.
Munar Vila, M. A.: 113.
Munar Vila, A.: 126.
Munar Vila, M. A.: 131.
Munar, M. A.: 122.
Noguera Aguilar, José F.: 33.
Ouziel Martínez, Lluïsa: 69.
Pagán Pomar, Alberto: 36.
Pérez Bárcena, Juan: 87.
Rial Planas, Rubén: 33.
Rodríguez Tejerina, José M^a: 45.
Rodríguez Tejerina, José M^a: 99.
Rodríguez Tejerina, José M^a: 152.
Romero, M.: 117.
Salinas García, Ramón: 36.
Sanchez Monís, José: 101.
Soro Gosálvez, José A.: 33.
Soro Gosálvez, Jose A.: 36.
Tomàs Salvà, Macià: 95.
Tortajada Collado, Carmen: 33.
Tubau, A.: 117.
Zurita Romero, Manuel: 33.

Índice de materias

- Agua naturan, virtudes del: 152.
Anastómosis colo-cólica: 33.
Aniversario Aspirina: 142.
Aorta, disección de la: 87.
Bupivacaina y heniorrhafia inguinal: 36.
Calota, lesiones de la: 8.
Càncer de mama: 117.
Cazadores submarinos en Menorca: 40.
Cirugía naval: 45.
Cirugía torácica: 136.
Decálogo del cirujano: 99.
Escribir: 101.
Hematurias: Algoritmo: 131.
Infecciones urinarias: 126.
Legislación mallorquina, 142.
Lista de espera: transplantes renales: 113.
"Medicina Balear" y siglo XXI: 56.
Parálisis cerebral. Patología ocular: 69.
Tabaco en baleares, muertes por el: 95.
Virus de la inmunodeficiencia y patología renal: 122.

Programa de Premios para el Curso 1999

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, abre Concurso para conceder, durante el año 1999, el PREMIO DE ESTA REAL ACADEMIA, de TÍTULO DE ACADEMICO CORRESPONDIENTE y ciento cincuenta mil pesetas, al autor del mejor trabajo presentado sobre un tema de MEDICINA EN CUALQUIERA DE SUS VERTIENTES.

Bases

1.ª Los aspirantes a los premios deberán remitir sus trabajos antes del 1 de noviembre del año en curso, en sobre cerrado y lacrado, en cuya parte exterior se escribirá el título y el lema del mismo. En sobre aparte, cerrado y lacrado, irá en su interior una cuartilla con el nombre, apellidos, residencia, domicilio y título profesional del aspirante y en su exterior figurará el lema del trabajo.

2.ª Los trabajos se presentaran en **cuadruplicado ejemplar**, mecanografiados a dos espacios por un solo lado y en lengua castellana o catalana. Serán inéditos y deberán remitirse a la Secretaría General de esta corporación (Calle Campaner, 4 bajos - 07003. Palma de Mallorca).

3.ª A estos premios podran concursar Doctores o Licenciados en Medicina y Cirugía o en Ciencias Afines.

4.ª La extensión de estos trabajos será de un mínimo de veinte folios y un máximo de cincuenta, incluyendo las ilustraciones.

5.ª En caso de que un trabajo premiado fuera de más de un autor, el Título de Académico Correspondiente, sólo será otorgado obligatoriamente al primer firmante.

6.ª Los premios no podran dividirse. Esta Real Academia podrá además conceder un accésit, consistente en el Título de Académico Correspondiente, a los autores de aquellos trabajos que crea merecedores de tal distinción.

7.ª Los trabajos premiados en este concurso, serán propiedad de nuestra Corporación y podran ser publicados en nuestra revista "Medicina Balear", completos o resumidos.

8.ª El resultado de este concurso será dado a conocer por la prensa local. Igualmente será comunicado oficialmente a los autores premiados, cuya entrega tendrá lugar en la solemne sesión inaugural del próximo Curso Académico del 2000.

9.ª La interpretación de estas bases será exclusiva de esta Real Academia y su fallo inapelable.

Palma de Mallorca, 22 de enero de 1999.

El Secretario General Perpetuo:
Santiago Forteza Forteza

El Presidente:
José Tomás Monserrat

Nota:

Se ruega a todos los médicos residentes en la Comunidad Autónoma de Baleares que deseen recibir en lo sucesivo esta revista (aunque ya la reciban ahora), nos comuniquen urgentemente, por escrito, su voluntad de continuar recibéndola, mandándonos su dirección actual a la Redacción de MEDICINA BALEAR, calle Campaner nº 4, bajos - 07003 Palma de Mallorca.

Normas de publicación de trabajos en la revista "Medicina Balear"

1.- La revista *Medicina Balear* se publica cuatrimestralmente. Es el órgano de expresión de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca. Cuenta con la colaboración de la Conselleria de Sanidad del Gobierno de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.

2.- El ámbito temático de la revista se estructura en varias secciones: Editorial, Originales, Revisiones, Casos clínicos, Historia, Humanidades, Compañeros desaparecidos, Noticias.

3.- Los trabajos que opten a su publicación deberán ser inéditos y tendrán una extensión máxima de quince páginas, de treinta líneas y setenta espacios. En la primera página, en su cabecera, figurará el nombre o nombres, del autor, su dirección, destino, titulación. Y el título del trabajo y sección a la que se destina. Se enviarán tres fotocopias, que no serán devueltas, y el original quedará en poder del autor.

4.- Los trabajos pueden ser redactados en español o catalán por cuantos médicos, sanitarios, facultativos de Ciencias Afines, lo deseen. La Bibliografía, debidamente numerada en el interior del texto, será ordenada, de acuerdo con estas cifras, al final del trabajo. Se incluirá iconografía, preferentemente en blanco y negro, relacionada con el tema del trabajo.

5.- Los trabajos serán leídos por el Comité Científico de la revista, que decidirá sobre su posible publicación. El Secretario de Redacción de la revista informará, a su debido tiempo, a los autores del resultado de la selección.

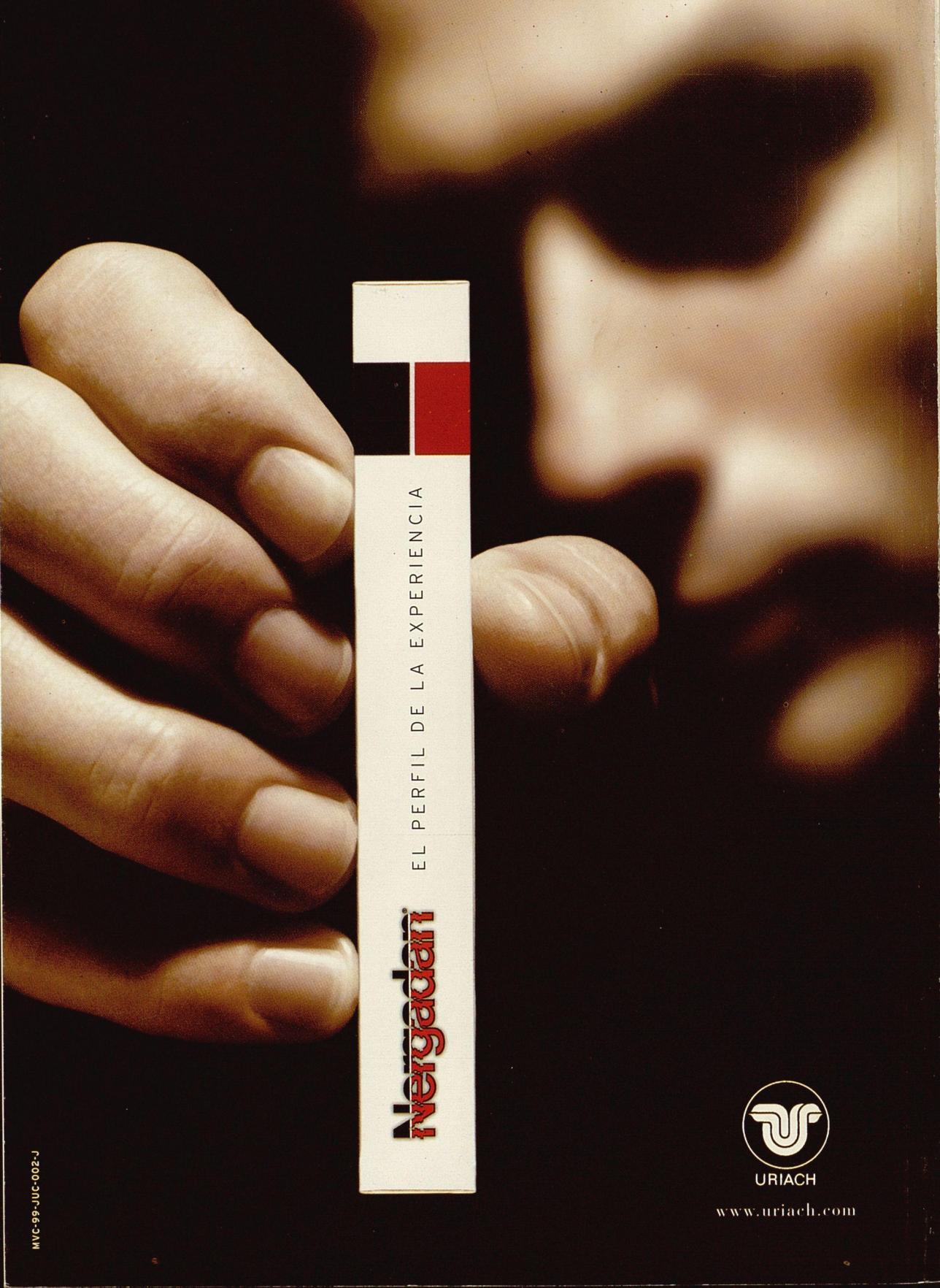
6.- Los trabajos serán enviados por correo, no certificado, a la siguiente dirección:

Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca

Revista "Medicina Balear"

Calle Campaner nº 4, bajos - 07003 Palma de Mallorca

COMPOSICION: NERGADAN 20 mg: Lovastatina (DCI) 20 mg, lactosa y otros excipientes esp 1 comprimido. NERGADAN 40 mg: Lovastatina (DCI) 40 mg, lactosa y otros excipientes esp 1 comprimido. **INDICACIONES:** Reducción de los niveles elevados de colesterol total y LDL-colesterol, en pacientes con hipercolesterolemia primaria cuando la respuesta a la dieta y otras medidas solas han sido insuficientes. **POSOLOGIA:** El paciente debe seguir una dieta hipocolesterolémica estándar antes de recibir NERGADAN y debe continuar con esta dieta durante el tratamiento con NERGADAN. La dosis inicial recomendada es de 20 mg al día, como dosis única, con la cena. Se ha demostrado que una dosis única diaria con la cena es más efectiva que la misma dosis administrada con el desayuno, quizás porque el colesterol se sintetiza principalmente por la noche. En los pacientes con hipercolesterolemia leve a moderada se puede iniciar el tratamiento con 10 mg diarios de NERGADAN. Si se necesitan, los ajustes en la dosis se harán a intervalos de no menos de 4 semanas, hasta un máximo de 80 mg diarios, administrados en una sola toma o en dos tomas al día, con el desayuno y la cena. Dos tomas al día son algo más efectivas que la misma dosis en una sola toma diaria. La dosis de NERGADAN debe ser reducida si los niveles LDL-colesterol descienden por debajo de 75 mg/100 ml (1,94 mmol/L) o los niveles de colesterol total descienden por debajo de 140 mg/100 ml /3,6 mmol/L). **Terapia Concomitante:** NERGADAN es efectivo solo o en combinación con sequestradores de ácidos biliares. En pacientes tratados con fármacos inmunosupresores concomitantemente con lovastatina la dosis máxima recomendada es de 20 mg/d (ver PRECAUCIONES, Efectos Musculares). **Dosis en la Insuficiencia Renal:** Puesto que NERGADAN no sufre una excreción renal significativa, no debe ser necesario modificar la dosis en pacientes con insuficiencia renal moderada. En pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min), las dosificaciones mayores de 20 mg diarios deben ser cuidadosamente consideradas y, si se juzgan necesarias, se deben administrar con precaución (véase PRECAUCIONES, Efectos Musculares). **Uso en Pediatría:** No se ha establecido la seguridad y efectividad en niños. **CONTRINDICACIONES:** Hipersensibilidad a cualquier componente del preparado. Enfermedad hepática activa o elevaciones persistentes no explicadas de las transaminasas séricas. Embarazo y lactancia (ver también PRECAUCIONES). **PRECAUCIONES:** **Efectos Hepáticos:** Al igual que con otros fármacos hipolipemiantes, se han descrito elevaciones moderadas (menos de tres veces el límite superior de la normalidad) de las transaminasas séricas durante el tratamiento con NERGADAN (ver REACCIONES ADVERSAS). Estos cambios tras el inicio de la terapia con NERGADAN, aparecieron pronto, fueron usualmente transitorios y no se acompañaron de síntomas; no se requirió la interrupción del tratamiento. En los ensayos clínicos iniciales unos cuantos pacientes presentaron aumentos marcados de las transaminasas (hasta más del triple del límite superior de los valores normales) 3 a 12 meses después de iniciar el tratamiento con NERGADAN, pero sin el desarrollo de síntomas de ictericia u otros signos o síntomas clínicos, no hubo evidencia de hipersensibilidad. Algunos de estos pacientes presentaban pruebas de función hepática alteradas antes del tratamiento con lovastatina y/o consumían cantidades considerables de alcohol. En aquellos pacientes en los cuales se suspendió el fármaco por elevación de las transaminasas, los niveles de transaminasas disminuyeron lentamente hasta obtener valores prertratamiento. En una extensión de la evaluación clínica de lovastatina durante 48 semanas (estudio EXCEL) en 8.245 pacientes, la frecuencia de los aumentos marcados de las transaminasas (a más del triple del límite superior de los valores normales) en pruebas sucesivas fue de 0,1% con placebo, y de 0,1% con 20 mg diarios de lovastatina, 0,9% con 40 mg diarios, y 1,5% con 80 mg diarios. Se recomienda realizar pruebas de transaminasas antes de comenzar el tratamiento, y 4-6 meses después, sobre todo en pacientes que tienen pruebas hepáticas anormales y/o ingieren cantidades sustanciales de alcohol. Si los valores de transaminasas se elevan por encima de tres veces el valor normal debe sopesarse el riesgo de continuar el tratamiento con NERGADAN frente a los beneficios que se espera obtener. El control de transaminasas debe repetirse puntualmente; si estas elevaciones son persistentes o progresivas debe suspenderse el fármaco. El fármaco debe usarse con precaución en pacientes con una historia pasada de enfermedad hepática. La enfermedad hepática activa es una contraindicación para el uso de NERGADAN (ver CONTRINDICACIONES). **Efectos Musculares:** Se han observado con frecuencia elevaciones ligeras y transitorias de los niveles de creatinfosfoquinasa (CPK) en pacientes que reciben lovastatina, pero no han tenido habitualmente significado clínico. La aparición de mialgias se ha asociado también con el tratamiento con lovastatina. En raras ocasiones se han producido miopatía, que debe considerarse en cualquier paciente con mialgias difusas, dolor muscular a la palpación, debilidad muscular y/o elevación marcada de la creatinfosfoquinasa (10 veces el límite superior de la normalidad). Se han informado casos de rabdomiolisis grave que precipitó una insuficiencia renal aguda. El tratamiento con lovastatina debe interrumpirse si aparece elevación marcada de los niveles de CPK o si se sospecha o se diagnostica miopatía. La mayoría de los pacientes que han desarrollado miopatía incluyendo rabdomiolisis estaban recibiendo terapia inmunosupresora que incluía ciclosporina, terapia concomitante con gemfibrozil o dosis hipolipemiantes de ácido nicotínico. Algunos de estos pacientes tenían insuficiencia renal preexistente generalmente como consecuencia de diabetes de larga duración. Se ha descrito rabdomiolisis, con o sin insuficiencia renal, en pacientes graves tratados con eritromicina concomitantemente con lovastatina. En pacientes tratados con lovastatina y que no recibieron estas terapias concomitantemente, la incidencia de miopatía fue aproximadamente del 0,1%. Se desconoce si este mismo fenómeno ocurre con el uso concomitante de lovastatina y otros fibratos. Por lo tanto, deben considerarse cuidadosamente los beneficios y riesgos del uso concomitante de lovastatina con estos fármacos. En una extensión de la evaluación clínica de lovastatina durante 48 semanas (estudio EXCEL), en la que se comparó lovastatina con placebo en 8.245 pacientes, ninguno de los que tomaron 20 mg diarios de lovastatina presentó miopatía. Esta sí ocurrió (con síntomas musculares y concentraciones de creatinfosfoquinasa más de diez veces mayores que el límite superior de las normales) en cinco pacientes (<0,1%) tratados con lovastatina (uno con 40 mg diarios y cuatro con 40 mg dos veces al día). Casi ninguno (<0,1%) de los pacientes de este estudio estaba bajo tratamiento concomitante con ciclosporina, gemfibrozil o dosis hipolipemiantes de niacina. En seis pacientes con trasplantes cardíacos en tratamiento con inmunosupresores (incluyendo ciclosporina) y concomitantemente con lovastatina los niveles plasmáticos medios de los metabolitos activos derivados de lovastatina fueron cuatro veces superiores a los esperados. En este grupo la respuesta terapéutica también fue proporcionalmente mayor en relación con la dosis utilizada. Debido a la aparente relación entre niveles plasmáticos elevados de metabolitos activos derivados de lovastatina y miopatía, la dosis diaria en pacientes en tratamiento con inmunosupresores no debe exceder de 20 mg/día (véase POSOLOGIA). Incluso a esta dosis deben considerarse cuidadosamente los beneficios y riesgos del uso de lovastatina en pacientes tratados con inmunosupresores. El tratamiento con NERGADAN debe suspenderse temporalmente o discontinuarse en cualquier paciente con enfermedad aguda grave que indique miopatía o que presente un factor de riesgo que predisonga al desarrollo de fracaso renal secundario a rabdomiolisis incluyendo: infección aguda grave, hipotensión, cirugía mayor, trauma, alteración metabólica endocrina o electrolítica grave y convulsiones no controladas. Los pacientes deben ser advertidos para consultar a su médico prontamente si presentan dolor muscular sin causa justificada o sensación poco intensa de dolor o debilidad, particularmente si se acompañan de malestar o fiebre. **Evaluaciones oftalmológicas:** En ausencia de cualquier tratamiento farmacológico, es de esperarse que la frecuencia de opacidades del cristalino aumente al paso del tiempo, como resultado del envejecimiento. Los datos actuales a largo plazo de los estudios clínicos no indican ningún efecto adverso de lovastatina sobre el cristalino humano. **Pacientes de edad avanzada:** En un estudio controlado en pacientes mayores de 60 años, la eficacia de NERGADAN fue similar a la observada en el total de pacientes tratados y no hubo ningún aumento apreciable de la frecuencia de efectos adversos clínicos o de laboratorio. **Hipercolesterolemia Familiar Homocigótica:** En pacientes con hipercolesterolemia familiar homocigótica, NERGADAN ha sido menos efectivo, posiblemente debido a que estos pacientes no tienen receptores para LDL funcionantes. NERGADAN parece causar, probablemente, más aumento de las transaminasas (ver REACCIONES ADVERSAS) en estos pacientes homocigóticos. **Hipertrigliceridemia:** NERGADAN tiene sólo un moderado efecto hipotriglicémidante y no está indicado cuando la hipertrigliceridemia es la anomalía de más importancia (por ejemplo, hiperlipemias tipos I, IV y V). **Advertencia:** Esta especialidad contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. Aunque la cantidad presente en el preparado no es, probablemente, suficiente para desencadenar síntomas de intolerancia, en caso de que aparezcan diarreas, deben tomarse las medidas oportunas. **INTERACCIONES:** Fármacos inmunosupresores, gemfibrozil, ácido nicotínico, eritromicina (ver PRECAUCIONES, Efectos Musculares). **Derivados cumarínicos:** Cuando se administran concomitantemente lovastatina y anticoagulantes cumarínicos el tiempo de protrombina puede aumentar en algunos pacientes. En pacientes en tratamiento con anticoagulantes el tiempo de protrombina debe determinarse previamente al comienzo del tratamiento con lovastatina y después ser monitorizado a los intervalos recomendados para los pacientes en tratamiento con anticoagulantes cumarínicos. **Antipirina:** La antipirina es un modelo para los fármacos que se metabolizan vía sistema enzimático microsomal hepático (citocromo P-450). Puesto que NERGADAN no tiene efectos sobre la farmacocinética de la antipirina, no son de esperar interacciones con otros fármacos metabolizados por la misma vía. **Propranolol:** En voluntarios normales, no se presentaron interacciones farmacodinámicas ni farmacocinéticas clínicamente significativas con la administración concomitante de dosis únicas de NERGADAN y propranolol. **Digoxina:** En pacientes con hipercolesterolemia, la administración concomitante de NERGADAN y digoxina no tuvo efectos sobre la concentración plasmática de digoxina. **Otros Tratamientos Concomitantes:** En estudios clínicos, NERGADAN se usó conjuntamente con betabloqueantes, antagonistas del calcio, diuréticos y antiinflamatorios no esteroideos, sin evidencia de interacciones adversas clínicamente significativas. **INCOMPATIBILIDADES:** No se conocen. **EMBARAZO Y LACTANCIA:** NERGADAN está contraindicado durante el embarazo. La aterosclerosis es un proceso crónico, y la suspensión de los fármacos hipolipemiantes durante el embarazo debe tener poco impacto en la evolución del tratamiento a largo plazo de la hipercolesterolemia primaria. Sin embargo, el colesterol y otros productos de su vía de biosíntesis son componentes esenciales para el desarrollo fetal, incluyendo la síntesis de esteroides y las membranas celulares. Debido a la capacidad de NERGADAN de disminuir la síntesis de colesterol y posiblemente de otros productos de las vías de biosíntesis del colesterol, puede causar daño fetal cuando se administra a mujeres embarazadas. Un pequeño número de comunicaciones se han recibido sobre anomalías congénitas en niños cuyas madres fueron tratadas durante el embarazo con inhibidores de la HMG-CoA reductasa (ver CONTRINDICACIONES). NERGADAN debe administrarse a mujeres en edad fértil sólo cuando en dichas pacientes sea muy improbable que vayan a quedar embarazadas. Si la paciente queda embarazada mientras toma el fármaco, NERGADAN debe ser suspendido y la paciente avisada del riesgo potencial para el feto. No se sabe si NERGADAN se excreta en la leche materna. Puesto que muchos fármacos se excretan en la leche humana y debido al peligro de reacciones adversas graves en lactantes con NERGADAN, los pacientes que tomen este fármaco no deben lactar a sus hijos (ver CONTRINDICACIONES). **REACCIONES ADVERSAS:** NERGADAN es generalmente bien tolerado: la mayoría de las reacciones adversas han sido leves y transitorias. En estudios clínicos controlados, las reacciones adversas (consideradas posiblemente, probablemente o definitivamente relacionadas con el fármaco) que ocurrieron con una frecuencia mayor del 1% fueron: flatulencia, diarrea, estreñimiento, náuseas, dispepsia, mareo, vómito borroso, cefalea, calambres musculares, mialgia, rash cutáneo y dolor abdominal. Los pacientes que recibieron agentes activos de control tuvieron una incidencia similar o más alta de efectos secundarios gastrointestinales. Otros efectos secundarios que ocurrieron en el 0,5% a 1% de los pacientes fueron: fatiga, prurito, sequedad de boca, insomnio, trastornos del sueño y disgeusia. Ha habido raros casos de miopatía y de rabdomiolisis. En la extensión de la evaluación clínica de lovastatina durante 48 semanas (estudio EXCEL) en la que se comparó lovastatina con placebo, las reacciones adversas notificadas fueron similares a las de los estudios iniciales, y su frecuencia no fue estadísticamente diferente con NERGADAN que con placebo. Desde la comercialización del fármaco se han descrito las siguientes reacciones adversas adicionales: hepatitis, ictericia colestática, vómitos, anorexia, parestesia, trastornos psíquicos incluyendo ansiedad, necrosis epidérmica tóxica y eritema multiforme, incluyendo síndrome de Stevens-Johnson. Se ha informado raramente un aparente síndrome de hipersensibilidad que ha incluido uno o más de los siguientes síntomas: anafilaxia, angioedema, síndrome lupus-like, polimialgia reumática, vasculitis, trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, positividad de los anticuerpos antinucleares (ANA), aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG), artritis, artralgia, urticaria, astenia, fotosensibilidad, fiebre, rubefacción, escalofríos, disnea y malestar general. **Hallazgos en las Pruebas de Laboratorio:** En raras ocasiones se han comunicado incrementos marcados y persistentes de las transaminasas séricas (ver PRECAUCIONES). También se han comunicado otras anomalías en los tests de función hepática, incluyendo elevación de la fosfatasa alcalina y bilirrubina. Se han comunicado incrementos en la creatinfosfoquinasa sérica (atribuibles a la fracción no cardíaca de la CPK). Estas elevaciones han sido habitualmente ligeras y transitorias, elevaciones marcadas se han comunicado raras vez (ver PRECAUCIONES, Efectos Musculares). **SOBREDOSIFICACION:** No se puede recomendar ningún tratamiento específico para la sobredosificación de NERGADAN hasta que se obtenga más experiencia. Se deben aplicar medidas generales y vigilar la función hepática. Actualmente se desconoce si la lovastatina y sus metabolitos son dializables. Cinco voluntarios sanos tomaron hasta 200 mg de lovastatina en una sola dosis y no sufrieron ningún trastorno de importancia clínica. Se han notificado unos cuantos casos de sobredosificación accidental: ninguno de esos pacientes presentó síntomas específicos y todos se recuperaron sin secuelas. La mayor cantidad ingerida fue de 5 a 6 g. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACION:** Con receta médica. T.L.D. Financiable por la Seguridad Social. **ESTIMACION DEL COSTE DE TRATAMIENTO/DÍA:** Entre 73 y 467 ptas./día. **PRESENTACION:** Envases de 28 comprimidos ramurados de 20 mg de lovastatina: 4,096 ptas. (PVP IVA4) **IV44A).** Envase de 28 comprimidos de 40 mg de lovastatina: 6542 ptas. (PVP IVA4)



Nergadon EL PERFIL DE LA EXPERIENCIA

MVC-99-JUC-002-J



URIACH

www.uriach.com