

EDITORIALES

EL SINDROME DE LA PARED ANTERIOR
DEL TORAX

La interpretación de los dolores precordiales pone a prueba la sagacidad del médico y muchas veces también sus dotes de persuasión para tranquilizar a un enfermo angustiado por la significación ominosa que muchas personas creen descubrir en una molestia dolorosa de la localización citada. No es preciso recordar las posibilidades de origen de dolor precordial aparte del coronario, pero es necesario insistir en que existen numerosas afecciones capaces de producirle y no se centra toda la cuestión en diferenciar el dolor coronario del psicógeno. PRINZMETAL y MASSUMI han fijado la atención sobre un tipo de dolor que denominan síndrome de la pared anterior del tórax y que depende de alteraciones músculo-esqueléticas del armazón torácico.

Es notable que el síndrome se presenta muchas veces en personas que han padecido un infarto de miocardio. Durante la convalecencia del mismo, o unos meses más tarde, el enfermo nota la reaparición del dolor precordial. El dolor suele ser continuo y se irradia a toda la pared torácica anterior, si bien predomina detrás del esternón o en la región precordial y no se irradia al cuello, hombros, brazos o mandíbulas. Tiene ordinariamente exacerbaciones y remisiones, a veces muy acusadas, y que no guardan relación clara con esfuerzos, no se irradian ni se acompañan de alteraciones vasomotoras como sudoración o salivación. El dolor se agudiza al realizar algunos movimientos con el tronco o por motivos emocionales; de ordinario, disminuye en la cama y no perturba el sueño. Los enfermos consideran que se trata de una repetición de su episodio coronario y se someten a un mayor reposo, que suele serles perjudicial.

Aunque el cuadro es frecuente, como se ha dicho, después de un ataque de infarto de miocardio se presenta también muchas veces en sujetos que nunca han tenido la menor alteración cardíaca. PRINZMETAL y MASSUMI insisten en que casi todos los casos son de más de cuarenta y cinco años de edad y nunca se encuentra en niños. La diferenciación con el auténtico dolor anginoso no es difícil, si se tienen en cuenta los caracteres descritos del dolor, así como su falta de respuesta a los dilatadores coronarios y el dolor a la presión en las regiones esternocostales y precordiales. La diferencia con la espondilartrosis hipertrófica cervico-dorsal, con el síndrome de Tietze (en el que el dolor a la presión se limita a los cartílagos costales), con la distensión muscular de los atletas, con las enfermedades de la mama, etc., no suele ofrecer dificultades siempre que se piense en su posibilidad.

No se conoce bien la causa de este cuadro doloroso. PRINZMETAL y MASSUMI han realizado algunas biopsias y encuentran alteraciones degenerativas musculares, ligera infiltración linfocitaria y discreto aumento de fibras coágulas. ALLISON señaló aspectos similares como fibrosíticos en pacientes con enfermedad coronaria. Es muy probable la relación de este cuadro doloroso con las alteraciones en el hombro y en la mano, que ASKEY ha descrito en los enfermos de infarto de miocardio, y PRINZMETAL y MASSUMI se inclinan a aceptar que el síndrome de la pared anterior del tórax se desencadena por un mecanismo neurovascular semejante al que ocasiona el síndrome hombro-mano.

BIBLIOGRAFIA

- ALLISON, D. R.—Br. Med. J., 1, 332, 1950.
ASKEY, J. M.—Am. Heart J., 22, 1, 1941.
PRINZMETAL, M. y MASSUMI, R. A.—J. Am. Med. Ass., 159, 177, 1955.

LA AVITAMINOSIS A EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS

No es frecuente la avitaminosis A en los niños con alimentación láctea normal. Por el contrario, en los niños que tienen una hipersensibilidad alérgica a la leche y que son alimentados con una dieta exenta de dicha sustancia, se presenta en muchas ocasiones un cuadro de avitaminosis A, cuando no se añade este cuerpo a la dieta y la citada avitaminosis puede presentar manifestaciones polimorfas, que hacen a veces difícil el diagnóstico.

Los síntomas de avitaminosis A en los niños pequeños difieren bastante de los que presentan los adultos y, en cambio, se asemejan mucho a los de los animales de experimentación. CORNFELD y COOKE atribuyen este hecho a que en ambos casos se trata de organismos en proceso de crecimiento activo, a diferencia de lo que sucede en el adulto. Los niños presentan retraso del desarrollo físico y mental, anemia, frecuentemente hepatoesplenomegalia, tendencia a las infecciones, alteraciones corneales, piuria o hematuria, hidrocefalo con signos de hipertensión intracraneal y a veces ginecomastia. La existencia de hematuria ha sido señalada por BLACKFAN y WOLBACH, así como por BASS y CAPLAN, y a veces origina dificultades diagnósticas con nefritis.

La metaplasia del epitelio puede explicar muchos de los síntomas y signos de los enfermos como las alteraciones corneales, los síntomas urinarios, la tendencia a catarros o a molestias digestivas, etc. El hidrocefalo y los síntomas neurológicos han sido considerados por MELLANBY y otros como debidos a defectuoso desarrollo del cráneo, que no se acomoda al desarrollo progresivo del sistema nervioso central. Sin embargo, BASS y CAPLAN observan que la presión intracraneal desciende a los dos o tres días de administrar vitamina D, por lo que no parece posible tal explicación, siendo más probable que la falta de vitamina A influya en la secreción del liquor.

BIBLIOGRAFIA

- BASS, M. H. y CAPLAN, J.—J. Pediat., 47, 690, 1955.
BLACKFAN, K. D. y WOLBACH, S.—J. Pediat., 3, 679, 1933.
CORNFELD, D. y COOKE, R. F.—Pediatrics, 10, 33, 1952.
MELLANBY, E.—The Effect of some dietary factors on bones and the nervous system, Baltimore, 1950.

SIGNIFICACION DE LA HIPERTENSION CRANEAL
SIN SIGNOS DE LOCALIZACION

Son muchos los casos que se presentan en la clínica con un síndrome de hipertensión intracraneal y sin manifestaciones que permitan una localización de un proceso expansivo. En los niños pequeños no es raro tal cuadro como expresión de un hidrocefalo. Tampoco resulta excepcional verle en los traumatismos craneales y ocasionalmente puede encontrarse un síndrome de pseudotumor intracraneal en la encefalopatía hipertensiva, en afecciones con grave déficit funcional hepático, etcétera. En otras ocasiones no existe ningún factor a que poder achacar la hipertensión intracraneal y se habla entonces de meningitis serosa, de hidropesía meníngea o de pseudotumor cerebral.

Cuando se realizan ventriculografías en tales enfer-

mos se observa frecuentemente con sorpresa que existía una gran masa lateralizada, en uno u otro hemisferio cerebral o en el cerebelo, sin que la exploración más minuciosa hubiese demostrado ningún signo neurológico de localización. KELLY estudió una serie de 361 casos de hipertensión intracraneal y en 21 de ellos había cefalea, estasis papilar y ausencia de signos de localización. En nueve de tales 21 casos existía un tumor lateralizado, 10 tenían lesiones situadas en la línea media (siete eran quistes coloides) y en dos no existía formación tumoral y es posible que se tratase de trombosis de los senos venosos.

Aún más completo es el análisis realizado recientemente por BERG y sus cols. En un conjunto de 2.000 casos en los que se había realizado ventriculografías o habían sido operados, había 238 con hipertensión intracraneal y sin signos de localización. Tan sólo 27 quedaron con el diagnóstico final de meningitis séptica, por no encontrarse en ellos ningún proceso expansivo ni meningitis bacteriana, hidrocefalo, hipertensión arterial, hipoparatiroidismo, etc., afecciones que comprendían 32 casos en la estadística de BERG y cols. De los restantes pacientes, 62 presentaban lesiones en la línea media, que

obstruían las vías del líquido cefalorraquídeo, y 117 casos presentaban masas lateralizadas. Los tumores eran de naturaleza muy diversa y de localización variable: 18 eran infratentoriales, 51 se localizaban en el lado derecho, 43 en el izquierdo y 14 eran bilaterales.

La importancia práctica del estudio de estas estadísticas es innegable. En todo caso de hipertensión intracraneal hay que pensar como más probable en la existencia de una formación expansiva y no se debe excluir la localización en zonas que habitualmente son "elocuentes" clínicamente porque en algún caso no existan los síntomas correspondientes. Es obligado en todo caso de hipertensión intracraneal agotar las exploraciones, especialmente las radiológicas con medios de contraste, ya que de otra forma no es posible llegar al diagnóstico correcto muchas veces hasta que ya se han producido lesiones irreparables y el sujeto queda invalidado.

BIBLIOGRAFIA

- BERG, L., ROSOMOFF, H. L., ARONSON, N., SILBERMANN, M., FOOL, J. L.—A. M. A. Arch. Neur. Psych., 74, 498, 1955.
KELLY, R.—Brain, 74, 23, 1951.

INFORMACION

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Orden de 9 de enero de 1955 por la que se prorrogan diversos nombramientos de Médicos Especialistas y Odontólogos de Centros Secundarios de Higiene Rural. (*Boletín Oficial del Estado* de 16 de enero de 1956.)

Otra de 16 de enero de 1956 por la que se dispone se celebre un concurso de antigüedad para su provisión en propiedad de todas las plazas de Médicos Tocólogos titulares. (*Boletín Oficial del Estado* de 21 de enero de 1956.)

Otra de 16 de enero de 1956 por la que se dispone se celebre un concurso de antigüedad para su provisión en propiedad de las plazas de Odontólogos titulares. (*Boletín Oficial del Estado* de 21 de enero de 1956.)

MINISTERIO DEL EJERCITO

Otra de 18 de enero de 1956 por la que se anuncia concurso-oposición para cubrir 100 plazas de Caballero Cadete en la Academia de Sanidad Militar (Sección de Medicina). (*Boletín Oficial del Estado* de 28 de enero de 1956.)

Dirección General de Sanidad.

Disponiendo se organicen dos cursillos de capacitación en el Instituto Español de Hematología y Hemoterapia. (*Boletín Oficial del Estado* de 20 de enero de 1956.)

Circular por la que se convoca un curso de Diplomados de Sanidad en las Escuelas Departamentales de Barcelona, Bilbao, Granada, La Coruña, León, Palma de Mallorca, Salamanca, Valencia y Valladolid. (*Boletín Oficial del Estado* de 29 de enero de 1956.)

Dirección General de Previsión.

Convocando concurso definitivo para proveer vacantes de facultativos de Especialidades del Seguro Obligatorio de Enfermedad en la provincia de Oviedo. (*Boletín Oficial del Estado* de 19 de enero de 1956.)

Rectificando la resolución del concurso de Médicos de Medicina General del Seguro Obligatorio de Enfermedad de la provincia de Pontevedra. (*Boletín Oficial del Estado* de 20 de enero de 1956.)

Ampliando número de plazas anunciadas en la convocatoria del concurso-oposición a Jefes de Clínica de la Residencia Sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad de Zaragoza. (*Boletín Oficial del Estado* de 26 de enero de 1956.)

II CONGRESO LUSO-ESPAÑOL DE CARDIOLOGIA

Continúan con gran intensidad los trabajos de organización de este importante Congreso, que se va a realizar, del 4 al 7 de abril de 1956, en la Facultad de Medicina de Lisboa, Hospital de Santa Maria, y en los Hospitales de la Universidad de Coimbra.

El patrocinio de los Ministerios de Educación Nacional, del Interior y de las Corporaciones y Previsión Social y del Secretariado Nacional de Información, el entusiasmo y nivel científico de los ponentes y la importancia de las firmas que lo apoyan, constituyen una segura garantía de su éxito científico y social.

Está prevista la participación de representantes de las Sociedades Europeas y Suramericanas de Cardiología, así como de algunos de los más conocidos cardiólogos europeos, principalmente de los países latinos, como los Profesores Duchosal, de Ginebra; Soulié, de París; Jouve, de Marsella; Froment, de Lyon; Puddu, de Roma; Van Bogaert, de Anvers; Werko, de Estocolmo, etcétera.