

ca, han observado buenos resultados en seis casos mediante el empleo de cloropromazina y luminal (en los niños, cloropromazina e hidrato de cloral). La cloropromazina se administró en dosis de 50 miligramos, por vía intramuscular e intravenosa, tres

veces al día. Los espasmos tetánicos cesan inmediatamente y desaparece la ansiedad y el insomnio. El método no requiere cuidados especiales y aún es pequeña la experiencia para decidir si influye sobre la mortalidad de la enfermedad.

EDITORIALES

HIPERLIPEMIA ESENCIAL

Desde 1932, en que BÜRGER y GRÜTZ comunicaron un caso, en un niño de once años, se conoce el cuadro de la hiperlipemia esencial. En efecto, ya anteriormente eran del dominio clínico las hiperlipemias en el curso de numerosos procesos patológicos: diabetes, nefrosis, trombosis de la vena renal, enfermedades por almacenamiento, de Gierke y d^o Niemann-Pick, anemias, leucemias, afecciones hepáticas, estados caquéticos, intoxicaciones por fósforo, cloroformo, tetracloruro de carbono, etcétera. De la hiperlipemia esencial se conocen unos 30 casos y BENARD y cols. revisan el problema de la misma con motivo de un nuevo caso.

La enfermedad predomina en los varones y puede aparecer a cualquier edad. Se caracteriza por hepatomegalia, esplenomegalia, xantomatosi, hiperlipemia y crisis dolorosas abdominales. A veces se observa una presentación familiar, como en el caso de BENARD y colaboradores, y el curso es habitualmente benigno, prolongándose los síntomas durante largos años, aunque a veces quedan asintomáticos y sólo la elevación lipémica permite llegar al diagnóstico. Generalmente son moderados los aumentos de tamaño del hígado y del bazo y se ha descrito un aumento de estas vísceras en el momento de las crisis dolorosas, las cuales, según HOLT y colaboradores, se deberían a un depósito agudo en los citados órganos de las grasas plasmáticas. Las crisis dolorosas suelen comenzar bruscamente, con dolor epigástrico o periumbilical o en fosas ilíacas; se acompañan de vómitos, de postración, a veces de defensa abdominal, de fiebre y de leucocitosis, por lo que algunos enfermos son diagnosticados de apendicitis o pancreatitis aguda; la sintomatología desaparece espontáneamente en pocos días. Los depósitos lipoides en la retina, en forma de coloración blanco-amarillenta de sus vasos, es bastante frecuente. Aún lo es más, aunque no es constante, la presentación de xantomas cutáneos, localizados de preferencia en la cara externa de los miembros o en los párpados y que, según THANNHAUSER, se diferencian de los xantomas de la xantomatosi hipercolesterinémica familiar en que aquellos presentan un halo rojizo de capilares dilatados.

Desde el punto de vista bioquímico, lo más característico es el aumento de los lípidos totales, llegando las grasas neutras en ocasiones hasta la cifra de 60 gr. por litro. También suelen estar aumentados los fosfátidos y la colesterina, no existiendo alteraciones en el cociente entre colesterina libre y esterificada. BENARD y colaboradores han visto que los lípidos más abundantes son los que emigran lentamente durante la electroforesis (lípidos gamma). Los enfermos de hiperlipemia esencial tienen muchas veces hiperglicemia discreta y a veces glicosuria, lo cual hace posible su confusión con la diabetes.

Se desconoce la causa de esta rara afección. THANNHAUSER piensa que no es más que una exageración de la hiperlipemia alimenticia fisiológica. HOLTZ y sus colaboradores ven que el cociente respiratorio muestra una utilización normal de los lípidos y sugieren un dé-

ficit hepático en la retirada de los lípidos del plasma. De cualquier modo que sea, la administración de sustancias lipotrópicas (colina, metionina, etc.) no influye en la cuantía de la lipemia ni en el estado de los enfermos. La inyección de 100 mg. de heparina ocasiona un descenso considerable de los lípidos totales sanguíneos y especialmente de los ácidos grasos esterificados. También un régimen pobre en grasas y muy sostenido es capaz de hacer descender moderadamente las altas cifras de la lipemia.

BIBLIOGRAFIA

- BENARD, H., DUNET, R., GAJDOS, A., PEQUINOT, H. y PONOVSKI, J.—*La Sem. des Hôp.* 31, 3.077, 1955
BÜRGER, M. y GRÜTZ, O.—*Arch. Dermat. Syphil.* 166, 92, 1932
HOLT, L. E., AYLWARD, F. X. y TIMMERS, H. G.—*Bull. J. Hopkins oHsp.* 64, 279, 1939
THANNHAUSER, S. J.—"Lipidoses". Nueva York, 1950.

RESECCION PULMONAR EN EL NEUMOTORAX ESPONTANEO

Se suele considerar que el neumotorax espontáneo es una afección benigna, si bien la repetición frecuente del cuadro es causa de numerosas molestias y períodos de inhabilitación para la vida ordinaria. Aparte de la ansiedad que produce en ocasiones la duda diagnóstica con una angina de pecho, un aneurisma disecante de la aorta u otros graves procesos dolorosos irtratorácicos, en algunas ocasiones el neumotorax espontáneo puede originar graves complicaciones, como hemoneumotorax, neumotorax valvular hipertensivo, etc.

La consideración de la benignidad del proceso ha informado la terapéutica, la cual suele ser conservadora. El simple reposo, la aspiración detensiva, la aspiración continua, la compresión frénica, la instilación de sangre o de polvo de talco en la pleura para conseguir adherencias entre sus hojas, etc., figuran entre los métodos habitualmente empleados.

A partir de FISCHER, en 1922, se ha reconocido la importancia de las vesículas superficiales de enfisema en la producción del neumotorax espontáneo; alrededor de una zona de esclerosis peribronquiolar no específica se produce un enfisema intersticial, el cual se colecciona en un quiste subpleural, en comunicación con el bronquiolo, y en el que es fácil un mecanismo valvular de insuflación hasta llegar a estallar. Sycamore ha insistido en que tales vesículas se pueden ver fácilmente en los pulmones retraídos del neumotorax espontáneo y así sucedió en 14 de los 19 enfermos estudiados por ENRENHAFT y cols. La persistencia de la vesícula es la causa de las recidivas del episodio agudo. Clagett, así como BREWER y cols. y algunos clínicos más

se han planteado la cuestión de la resección de las citadas vesículas aéreas a fin de evitar la repetición del cuadro y sus posibles complicaciones.

EHRENHAFT y cols. han estudiado 52 enfermos de neumotórax espontáneo y han tratado a 19 con la toracotomía exploradora, seguida de la excisión de una parte del pulmón, raramente de un lóbulo; en los restantes se realizó un tratamiento de reposo, de aspiración detensiva o de aspiración con drenaje bajo líquido. Ninguno de los casos tratados quirúrgicamente falleció, no se presentaron en ellos recidivas y estuvieron hospitalizados por término medio doce días. De los tratados por medios conservadores fallecieron tres enfermos y la hospitalización duró de 14 a 21 días, siendo seguidos de recidiva varios de los casos. La estadística de los autores citados es muy demostrativa de que, en el estado de avance actual de las técnicas quirúrgicas, el tratamiento activo por resección es muy superior al conservador que hasta ahora se realizaba.

BIBLIOGRAFIA

- BREWER, L. A., DOLLEY, F. S. y EVANS, B. H.—J. Thorac. Surg., 18, 761, 1949.
CLAGETT, O. T.—Dis. of Chest, 15, 669, 1949.
EHRENHAFT, J. L., TABER, R. E. y LAWRENCE, M. S.—Am. Rev. Tub., 72, 801, 1955.
FISCHER, B.—Zyschr. f. Klin. Med., 1, 95, 1922.
SYCAMORE, L. K.—Am. J. Roentgenol., 36, 844, 1936.

LA ANEMIA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Es muy frecuente un cierto grado de anemia en los enfermos de artritis reumatoide. La anemia suele ser de intensidad moderada, hipocrómica y normocítica. La médula ósea es de ordinario poco elocuente y sólo es posible descubrir una cierta pobreza en hemoglobina de los normoblastos y en ocasiones aumento de células plasmáticas o de eosinófilos.

La causa de esta anemia es desconocida y los trabajos para elucidarla de DUTHIE, DIXON, JEFFREY y otros han sido motivo de una sesión de la Royal Society of Medicine inglesa recientemente. Es posible, como sugiere DIXON, que la anemia sea sólo aparente, a causa del aumento de plasma en la artritis reumatoide, dato que obtiene en sus estudios sobre el volumen plasmático con azul de Evans, y sobre el volumen de hematies, usando glóbulos etiquetados; un caso muy demostrativo de DIXON es el de un enfermo de espondilitis anquilopoyética, mantenido en tratamiento con cortisona; al suspender bruscamente este tratamiento se produjo simultáneamente un empeoramiento, una anemia y un aumento del volumen de plasma circulante.

JEFFREY no confiere importancia a las variaciones plasmáticas, que juzga poco significativas. Por el contrario, considera fundamental la carencia de hierro. La

disminución del hierro plasmático en las artritis ha sido señalada por NILSSON y por otros muchos autores. JEFFREY admite una deficiencia para la absorción del hierro que no ha sido confirmada por otros investigadores. El hierro quizás esté acumulado en ciertos órganos y EMLINGER y cols., utilizando hierro radiactivo, demuestran que éste se acumula más en el hígado y menos en la médula ósea que lo que suele ocurrir normalmente. La desaparición del hierro que se inyecta intravenosamente es más rápida en los enfermos de artritis reumatoide que en los normales; esto fué observado por NILSSON con pequeñas cantidades de hierro inorgánico y por DUTHIE con óxido sacarado de hierro, pero no con el complejo hierro-dextrano. La eficacia del tratamiento con hierro parenteral en los enfermos de artritis reumatoide ha sido señalada por casi todos los clínicos y sería un argumento más en favor de que la anemia en tales casos es fundamentalmente ferropénica, si bien DIXON cree que la mejoría causada por el hierro se debe a que mejora el proceso reumático y no a que actúe directamente como hematinico. Los estudios de DUTHIE sobre el hierro tingible en la médula ósea o sobre el contenido de hierro en ella, determinado químicamente, han demostrado que no existe correlación con el grado de anemia ni con la actividad inflamatoria o con la altura de la sideremia.

Probablemente no es sólo un factor el responsable de la anemia de los enfermos de artritis reumatoide. Aunque en estos pacientes no existen signos de hemólisis aumentada, se ha pensado en la posibilidad de una vida más corta de sus hematies. BROWN y otros encontraron una supervivencia normal de los hematies de una persona sana, transfundidos a un enfermo de artritis reumatoide; FREIREICH y cols. encuentran una supervivencia acortada. DUTHIE ha observado una mayor supervivencia de los hematies transfundidos a un paciente de artritis reumatoide cuando el dador es también enfermo de artritis que cuando es normal, diferencia que hasta ahora no ha sido explicada satisfactoriamente; la supervivencia sería igual cuando el enfermo está tratado con ACTH que cuando no recibe esta sustancia.

Como se deduce de lo expuesto anteriormente, el problema de la anemia de la artritis reumatoide ha suscitado un vivo interés y ha inducido a emprender estudios con los que se ha avanzado considerablemente en el conocimiento del asunto, pero que no han llegado a conclusiones definitivas. Es de esperar que las investigaciones continúen y alcancen una solución a este enigma apasionante.

BIBLIOGRAFIA

- BROWN, G. M., HAYWARD, O. C., POWELL, E. O. y WITTS, L. J.—J. Path. Bact., 56, 81, 1944.
DIXON, A. S. J.—Proc. Roy. Soc. Med., 49, 30, 1956.
DIXON, A. S. J., RAMCHARAN, S. y ROPES, M. W.—Ann. Rheum. Dis., 14, 51, 1955.
DUTHIE, J. J. R.—Proc. Roy. Soc. Med., 49, 27, 1956.
EMLINGER, P. J., HUFF, R. L., TOBIAS, C. A. y LAWRENCE, J. H.—Acta Haemat., 9, 73, 1953.
FREIREICH, E. J., ROSS, J. F., BAYLES, T. B., EMERSON, O. P. y FINCH, S. C.—Ann. Rheum. Dis., 13, 365, 1954.
JEFFREY, M. R.—Blood, 8, 502, 1953.
JEFFREY, M. R.—Proc. Roy. Soc. Med., 49, 31, 1956.
NILSSON, F.—Acta Med. Scand. Supl. 210, 1948.