

EDITORIALES

INSUFICIENCIA AORTICA EN LA ESPONDILITIS ANQUILOPOYETICA

La noción de que las lesiones valvulares adquiridas del corazón son casi sistemáticamente reumáticas no puede ser mantenida. En los antecedentes de muchos enfermos valvulares no se encuentran episodios que pudieran corresponder a una afección reumática y, aunque siempre cabe la posibilidad de que la endocarditis sea la única manifestación reumática en un caso dado, el estudio histológico de las valvas mitrales o aórticas no apoya en muchas ocasiones la sospecha de la naturaleza reumática de un proceso valvular; los aspectos histológicos son habitualmente inespecíficos, en forma de fibrosis, hialinosis y escasos acúmulos de células redondas o fibroblastos.

La coexistencia de cardiopatías con una espondilitis anquilopoyética ha sido señalada numerosas veces. DUNHAM y KAUTZ y otros muchos patólogos han descrito la existencia de pericarditis. SOKOLOW y SNELL figuran entre los que han encontrado endocarditis y valvulitis. ASTRUP ha publicado la existencia de trastornos de la conducción y BERNSTEIN ha dedicado varias publicaciones al problema de la participación cardíaca en la espondilitis anquilopoyética. FRASER y otros han hecho la observación de que la participación cardíaca es más frecuente en los sujetos que desarrollan artritis periféricas simultáneamente con la espondilitis, lo cual hace pensar a SOKOLOW y SNELL y a otros en que pudiera tratarse de la coincidencia de una enfermedad reumática con una espondilitis anquilopoyética. Desde el punto de vista anatómico, hay discrepancias entre los que sostienen la identidad o la desemejanza entre las lesiones que se descubren en estos casos y las que se encuentran en la enfermedad reumática. CLARK y BAUER y otros insisten sobre la preferencia de las lesiones por la raíz de la aorta, y esto, como su aspecto histológico, mostraría gran semejanza con la aortitis sifilítica.

SCHILDER y cols. han estudiado numerosos casos de insuficiencia aórtica con fines quirúrgicos, y entre los primeros 100 enfermos hallaron cinco con espondilitis anquilopoyética, lo cual supone una proporción mucho más elevada que en el conjunto de enfermos hospitalarios (proporción que es de menos de 0,1 por 100 en la estadística de DUNHAM y KAUTZ). Una proporción similar (seis casos de insuficiencia aórtica entre 128 de espondilitis anquilopoyética) ha sido hallada por BLUMBERG y RAGAN y revela que la asociación es también frecuente si se estudia desde la vertiente inversa.

Como hacen notar SCHILDER y sus cols., la cardiopatía y la afección vertebral suelen ser intensas y de significación clínica y es corriente que la espondilitis se manifieste clínicamente varios años antes que la cardiopatía, aunque ésta es en muchas ocasiones la causa de la muerte. Ninguno de los enfermos de SCHILDER tenía antecedente de sifilis y solo uno de enfermedad reumática; también había solo uno con artritis periférica además de la espondilitis. En dos de los enfermos, en los que pudo hacerse la autopsia, las válvulas mitrales no mostraban alteraciones y no se pudo reconocer en las válvulas enfermas ninguna estructura que recuerde al nódulo de Aschoff. Todo hace suponer que se trata en estos casos de la participación de la aorta en el mismo proceso que en la columna vertebral ocasiona las lesiones que se designan como espondilitis anquilopoyética.

BIBLIOGRAFIA

ASTRUP, E. C.—Nord. Med., 43, 710, 1950.
BERNSTEIN, L.—Rheumatism, 7, 18, 1951.
BERNSTEIN, L. y BROCH, O. J.—Acta Med. Scand., 135, 185, 1949.

BLUMBERG, B. y RAGAN, C.—Medicine, 35, 1, 1956.
CLARK, W. y BAUER, W.—Ann. Rheum. Dis., 7, 39, 1948.
DUNHAM, C. L. y KAUTZ, F. G.—Am. J. Med. Sci., 201, 232, 1941.
FRASER, T. N.—Ann. Rheum. Dis., 9, 231, 1950.
SCHILDER, D. P., HARVEY, W. P. y HUFNAGEL, C. A.—New Eng. J. Med., 255, 11, 1956.
SOKOLOW, M. y SNELL, A. M.—J. Am. Med. Ass., 133, 981, 1947.

EL SINDROME DE LOS BRAZOS CANSADOS

El posible origen de los dolores y disestesias en los miembros superiores es tan variado que resulta de sumo interés el conocimiento de los diferentes cuadros que se van individualizando y que permiten llegar a conclusiones diagnósticas en un caso dado. Además de los temibles dolores dependientes de una afección coronaria o de un tumor del vértice pulmonar, las manifestaciones dolorosas de una espondilitis cervical, hernia de disco intervertebral cervical, costilla supernumeraria, síndrome del escaleno anterior, síndrome de la apertura superior del tórax, periartritis escápulo-humeral, etc., figuran entre los más importantes cuadros que hay que hacer intervenir en un diagnóstico diferencial de dolor o disestesia en el brazo. Recientemente, FORD ha descrito las características del que llama "síndrome de los brazos cansados".

Los síntomas de éste se presentan habitualmente en mujeres de edad mediana y más raramente en jóvenes. Durante la noche, aparece un dolor tenebrante, sordo, en el brazo, y más especialmente en el antebrazo. A veces, el dolor despierta al enfermo, el cual encuentra alivio andando, para agudizarse al volver al lecho. Durante el día, el dolor desaparece o se atenúa considerablemente; casi siempre afecta a ambos brazos, pero muy dominante al brazo derecho, excepto en los zurdos, en que el izquierdo es el más habitualmente atacado. Otro componente del síndrome es el adormecimiento de la mano; durante el dolor, la mano aparece dormida y con hormigueos; al despertar, la mano se aprecia rígida y es preciso frotarla para que pueda ser utilizada. Durante el día, el adormecimiento de la mano sólo aparece cuando se la mantiene sosteniendo un objeto y la normalidad reaparece al realizar con la mano algún ejercicio o frotarla.

La exploración clínica en estos casos es completamente negativa. No hay atrofias musculares, ni alteraciones de la sensibilidad ni de los reflejos. Por otra parte, tampoco se descubren alteraciones vasculares ni existe costilla cervical ni fenómenos de compresión vascular o nerviosa.

La sintomatología desaparece con el simple reposo en un plazo de dos semanas. FORD ha hecho notar que el cuadro surge siempre a continuación de esfuerzos musculares intensos o sostenidos, especialmente de tipo de tareas domésticas. Un fenómeno semejante se ha observado en los músculos tibiales de los atletas cuando inician su época de entrenamiento. Entre el síndrome y las simples "agujetas" existirían transiciones graduales. Es verosímil que en su patogenia intervenga el acúmulo de metabolitos en los músculos sometidos a esfuerzos prolongados. Y es posible, aunque no demostrado, que la hinchazón muscular por debajo de su fascia sea la responsable de la compresión de vasos o nervios, compresión que ocasionaría la sensación de adormecimiento de la mano.

La duración de las molestias hasta dos semanas es uno de los motivos de que el enfermo no relacione muchas veces su padecimiento con el esfuerzo realizado, y

solamente esta conexión se descubre por un interrogatorio intencionado cuando se conoce la realidad del síndrome y se piensa en su posibilidad.

BIBLIOGRAFIA

FORD, F. R.—Bull. Johns Hopkins Hosp., 98, 464, 1956.

ANEMIA REFRACTARIA CON SIDEROBLASTOSIS DE LA MEDULA OSEA

La existencia de hierro libre en los normoblastos fué demostrada por GRÜNEBERG en anemias de ratones, y este investigador designó a tales células como sideroblastos. DOUGLAS y DACIE encontraron el mismo tipo celular en la médula ósea. Según BILGER y TETZNER, es un hallazgo normal la presencia de algunos normoblastos con un contenido de hierro libre; se trataría de partículas de este metal que aún no se han combinado con el núcleo heme para constituir la hemoglobina; este proceso de fijación del hierro no hemoglobínico o libre a la hemoglobina se realiza hasta que la célula alcanza la fase de reticulocito (WALSH y cols.). En los estadios intermedios, un hallazgo en exceso de partículas de hierro libre debe ser considerado como desviación del cociente hierro hemoglobínico/hierro libre en favor de este último y como indicio de un trastorno en la síntesis de la molécula de la hemoglobina.

Un aumento de sideroblastos ha sido señalado en la intoxicación plumbica y en la talasemia (DOUGLAS y DACIE, y KAPLAN y cols.), procesos en los que existe una alteración en el mecanismo de formación de la hemoglobina. También se ha descrito la misma imagen en la médula ósea de algunos casos de anemia hemolítica

(DOUGLAS y DACIE), pero en la mayoría de los enfermos con anemia hemolítica no existe aumento de los sideroblastos.

BJÖRKMAN ha publicado cuatro casos de anemia refractaria, todos ellos en personas de edad avanzada. Entre los enfermos no existía más que la citada anemia, de curso crónico y benigno, que no requería más que alguna transfusión con intervalo de meses. El cuarto caso era de artritis reumatoide y leucemia mieloide. En los cuatro enfermos la médula ósea mostraba una intensa hiperplasia roja y una cantidad extraordinaria de sideroblastos. Aunque la médula ósea era hiperplásica y podía recordar a la de las anemias hemolíticas no había signos de aumento de hemólisis. Muchos normoblastos presentaban vacuolas y otros signos de degeneración, y supone BJÖRKMAN que se trataba en sus enfermos de una alteración en el mecanismo de síntesis de la hemoglobina. Es posible que alguna acción tóxica (como la que en el cuarto caso pueda condicionar la leucemia o la artritis reumatoide) sea la causa de un trastorno metabólico, en virtud del cual los normoblastos sean incapaces de incorporar el hierro a la molécula hemoglobínica. Queda abierto aquí un amplio campo a la investigación de los factores que influyen en la síntesis de la hemoglobina, estudio que probablemente llevará al esclarecimiento de la génesis de anemias aplásicas cuya esencia se nos escapa.

BIBLIOGRAFIA

BILGER, H. y TETZNER, K. H.—Acta Hemat., 9, 137, 1953.
 BJÖRKMAN, S. E.—Blood, 11, 250, 1956.
 DOUGLAS, A. S. y DACIE, J. V.—J. Clin. Path., 6, 397, 1953.
 GRÜNEBERG, H.—J. Genetics, 44, 246, 1942.
 KAPLAN, E., ZEULZER, W. W. y MOURIQUAND, C.—Blood, 9, 203, 1954.
 WALSH, R. J., THOMAS, E. D., FLUHARTY, R. G., CHOW, S. K. y FINCH, C. A.—Science, 110, 396, 1949.

INFORMACION

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Orden de 17 de septiembre de 1956 por la que se convoca concurso-oposición para proveer los cargos de Médico adscrito a la Sección de Bacteriología del Instituto Provincial de Sanidad de Barcelona; Médico adscrito a la Sección de Análisis Higiénico Sanitarios, en el citado Instituto; Médico Ayudante de Servicios en el de Pontevedra, Médico ayudante de Servicios en el de Cádiz, Auxiliar Médico de Laboratorio en el de Alicante y Médico Jefe del Laboratorio de Dietética en el de Jaén. (*Boletín Oficial del Estado* de 22 de septiembre de 1956.)

Otra de 17 de septiembre de 1956 por la que se convoca la plaza de Médico Ayudante del Servicio contra las Cardiopatías y Médico Ayudante del Servicio contra el Reumatismo en el Instituto Provincial de Sanidad de Barcelona. (*Boletín Oficial del Estado* de 23 de septiembre de 1956.)

Otra de 17 de septiembre de 1956 por la que se convoca concurso-oposición para proveer las vacantes de Médico adscrito a la Sección de Epidemiología del Instituto Provincial de Sanidad de Barcelona y la de Médico encargado de la Sección de Higiene Escolar del de Cádiz entre Médicos españoles. (*Boletín Oficial del Estado* de 23 de septiembre de 1956.)

Otra de 17 de septiembre de 1956 por la que se convoca concurso para proveer diversas vacantes de Especialistas y Odontólogos de Centros Secundarios de Higiene Rural. (*Boletín Oficial del Estado* de 23 de septiembre de 1956.)

Otra de 17 de septiembre de 1956 por la que se convoca concurso voluntario de traslado entre Jefes de Sección de Análisis Higiénico Sanitarios en los Institutos Provinciales de Sanidad. (*Boletín Oficial del Estado* de 23 de septiembre de 1956.)

Otra de 17 de septiembre de 1956 por la que se convoca concurso de méritos para la provisión de las vacantes que se citan de Jefes de Sección de Epidemiología de Tuberculosis de Institutos Provinciales de Sanidad. (*Boletín Oficial del Estado* de 23 de septiembre de 1956.)

Otra de 17 de septiembre de 1956 por la que se convoca concurso voluntario de traslado entre Médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional para la vacante de Jefe de Sección de Análisis del Instituto Provincial de Sanidad de Guipúzcoa. (*Boletín Oficial del Estado* de 23 de septiembre de 1956.)

Otra de 17 de septiembre de 1956 por la que se convoca concurso voluntario de traslado entre funcionarios del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional para cubrir la vacante de Inspector de Centros de Higiene Rural. (*Boletín Oficial del Estado* de 23 de septiembre de 1956.)

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Orden de 4 de septiembre de 1956 por la que se convoca concurso-oposición para proveer una plaza de Profesor adjunto en la Facultad de Medicina de Cádiz de la Universidad de Sevilla. (*Boletín Oficial del Estado* de 23 de septiembre de 1956.)