

Sección bibliográfica

Diagnóstico rápido de las faringoamigdalitis por un método de ELISA (Test Pack Strep A): Comparación con cultivo y datos clínicos. Análisis de 306 casos.

J.M. Arribas Blanco y cols.
Med. Clín. 1988 (91) 561-564

Los autores estudiaron un total de 306 pacientes en un período aproximado de 3 meses, comparando los resultados obtenidos con un método de diagnóstico rápido para la identificación de las faringoamigdalitis (FAA) por estreptococo B hemolítico A (EBMA), el Test Pack Strep A, con los parámetros clínicos y el cultivo del exudado faringoamigdalár. El Test Pack Strep A se basa en un prueba inmunoenzimática (ELISA) para la detección antigénica de EBMA, su realización consta de 7 pasos, con una duración aproximada de 8-10 minutos y el resultado se expresa sobre un disco de reacción en el que aparece un signo (+) si existe EBMA y (-) si no existe. El procesado y cultivo de una muestra de exudado requería de 3-5 días para obtener un resultado.

Al comparar los resultados globales del método estudiado con los del cultivo se observaron 47 verdaderos positivos, 23 falsos positivos, 8 falsos negativos y 228 verdaderos negativos, lo cual se tradujo en una sensibilidad del 85,4%, una especificidad del 90,8%, un valor predictivo positivo del 67,1% y un valor predictivo negativo del 96,6%.

Al analizar esos resultados, se observó que en ninguno de los 8 falsos negativos ob-

tenidos con el método de ELISA, el protocolo de datos clínicos mostró la triada de fiebre superior a 38,3°C, adenopatías y exudado; ninguno había recibido tratamiento antibiótico, ni refería datos sugerentes de contagio estreptocócico previo, ello hacía pensar que probablemente esos casos no fueran infecciones agudas por EBMA, sino portadores; otras explicaciones a esos falsos negativos podrían ser: Toma defectuosa de exudado, material de torunda para la toma (con dacron y rayon) se obtienen más positivos) y por supuesto, el fallo del Test Pack Strep A.

Al investigar los falsos positivos del método de ELISA, se observaba que en los protocolos existía gran proporción de clínica sugerente y que la positividad del método no ofrecía ninguna duda. Se pensó que ese número de falsos positivos se debía a la baja sensibilidad del cultivo utilizado (no utilizaron medios enriquecidos para crecimiento de EBMA), tomas defectuosas o pérdida de microorganismos en el medio de transporte.

En 3 de los falsos positivos del Test Pack Strep A, el cultivo recogió otros microorganismos diferentes al EBMA. Teniendo en cuenta que el método de ELISA sólo detecta antígenos del EBMA para dar positivo, la explicación de esa positividad sería la presencia real de EBMA en farínge, que no crecieron por inhibición de los microorganismos aislados o inhibición de la hemólisis en la placa por dichos microorganismos. Los resultados de este trabajo, confirman la necesidad de identificar al EBMA como agente causal de faringoamigdalitis, antes de instaurar tratamiento. El Test Pack Strep A, constituye una aportación valiosa para ello, su realización es fácil y no precisa ningún soporte técnico ni especializado. Si estos resultados fuesen corroborados por otros estudios realizados en nuestro medio (trabajos similares publicados en EE.UU. han obtenido mejores resultados) probablemente este método podría sustituir al cultivo de exudado faríngeo como técnica para identificar el EBMA en la FAA.

D. Portela Orjales

Diagnóstico de la ictericia

Schmidt E., Schmidt F.W. Dtsch. med. Wschr. 109 (1984) 139-144 (Extracto del boletín «Boehringer Mannheim informa» 3/87).

Uno de los aspectos más interesantes de este trabajo, realizado ya hace 4 años, es el análisis que se hace sobre el valor de la elevación de cifras de GPT en el diagnóstico diferencial de la ictericia «hepática» y «posthepática».

Los autores estudiaron las actividades séricas de GPT en un total de 1.154 pacientes con diversas afecciones hepáticas y de vías biliares. Una de las conclusiones obtenida de mayor trascendencia práctica fue que con cifras mayores de 1.000 U/l., desde el punto de vista diagnóstico diferencial, solo cabía considerar la posibilidad de una hepatitis vírica aguda (el 57% de los casos estudiados que padecían HVA presentaban valores superiores) o trastornos agudos de la irrigación hepática (el 81% de los pacientes con este tipo de afección tenían esas cifras).

Valores de GPT entre 500-1000 U/l incluían en el diagnóstico diferencial además a: lesiones hepáticas tóxicas por medicamentos, hepatitis crónica y colangitis y cirrosis biliar primaria, aunque esos procesos, en la mayoría de los casos estudiados, cursaban con cifras menores (generalmente entre 20 y 100).

Otros hallazgos destacables de este análisis fueron que actividades séricas de GPT entre 20 y 100 también se observaron en el hígado graso de diferentes etiologías (que en ningún caso excedió valores de 200), las metástasis hepáticas, oclusión de vías biliares y las cirrosis, salvo la cirrosis biliar primaria (que nunca sobrepasaron en los procesos citados las 500 U/l.).

En síntesis, cifras de GPT mayores de 1.000, sólo pueden corresponder a Hepatitis Vírica Aguda o Hepatitis Isquémica.

D. Portela Orjales

Reserva de flujo coronario y la curva de relación «en J» entre presión arterial diastólica e infarto de miocardio

Cruickshank J.M. British Medical Journal 297 (1988) 1.227-1.230.

Los resultados de diversos y extensos estudios de hipertensión y seguimiento de individuos con seguros de vida han indicado que cuanto más baja la tensión arterial, mayor esperanza de vida. Estos estudios excluían sujetos con isquemia demostrada. Estudios a largo plazo más recientes que incluían pacientes (hasta un total de 14.536 en seis estudios de 1987 y 1988) con formas más severas de hipertensión y no excluían aquellos con isquemia franca, han demostrado una curva de relación en forma de J entre la tensión arterial diastólica durante el tratamiento y el infarto de miocardio; el punto en el que se presentaba menor incidencia de infarto (punto J) se encontraba en una T.A. diastólica (fase V) entre 85 y 90 mmHg. La curva J parece no depender del tratamiento, presión del pulso o del grado de caída de la T.A. diastólica y es poco probable que sea causada por una función ventricular izquierda deficiente. La explicación más probable es que los sujetos que presentan una estenosis severa de las arterias coronarias e hipertensión tienen un flujo de reserva coronaria pobre, lo cual hace al miocardio vulnerable a presiones de perfusión coronaria que son toleradas por pacientes sin isquemia, particularmente a frecuencias cardíacas elevadas. El no disminuir la T.A. por debajo de 85 mm Hg; según estos estudios, en pacientes hipertensos con isquemia coronaria podría evitar muertes innecesarias por infarto de miocardio, la principal causa de muerte en pacientes hipertensos. Sin embargo, algunos trabajos recomiendan tener precaución en pacientes muy mayores (de 84 años o más), en los que se han demostrado tasas de mortalidad mayores con tensiones sistólicas

y diastólicas más bajas y mucho menores cuando la T.A. sistólica era de 160 mm. o más y la diastólica de 90 o más; pacientes de 60-79 años que presentan únicamente hipertensión sistólica únicamente, también pueden verse perjudicados por el tratamiento.

Debe tenerse cuidado a la hora de extrapolar los datos de la curva J referida a pacientes hipertensos con isquemia, a pacientes normotensos con isquemia ya que los pacientes normotensos pueden tener una reserva de flujo coronario mejor en ausencia de hipertrofia de ventrículo izquierdo y la curva de autoregulación que relaciona el flujo coronario con la presión se situaría probablemente a un nivel inferior en los pacientes hipertensos, es decir, el punto J sería más bajo.

D. Portela Orjales

Efecto de la cimetidina en la supervivencia tras cáncer gástrico

Tonesen H. y cols. *The Lancet* 1988. Oct. 29. 990-991.

La supervivencia global en el cáncer gástrico es baja a pesar de la cirugía y terapia adyuvante. Algunos trabajos han informado de un posible efecto antitumoral de la cimetidina en el ratón y el hombre. La cimetidina, al parecer, podría también aumentar la función inmune. Por estas razones los autores han investigado el posible efecto de la cimetidina en la supervivencia de pacientes con cáncer.

Se realizó un estudio randomizado a doble ciego con placebo o cimetidina (400 mg. administrados 2 veces al día durante 2 años o hasta la muerte), con un total de 181 pacientes de ocho centros del área de Copenhagen, en un período que abarcaba de 1982 a 1986. Ninguno de los pacientes había sido tratado con citostáticos, radioterapia o anticoagulación (salvo heparina profiláctica o peroperatoria). Se

excluyeron cánceres diferentes al adenocarcinoma.

Los pacientes eran sometidos a revisión cada 3 meses para valorar el cumplimiento del tratamiento, molestias y peso. Las evaluaciones clínicas se realizaron a los 6 meses, uno, dos y cinco años, observando síntomas y efectos colaterales (se realizó endoscopia cuando las circunstancias así lo indicaron).

El grupo control y el de cimetidina eran similares en términos de peso preoperatorio, edad, duración de los síntomas, intervalo entre la primera visita al médico y operación o inclusión en el estudio, concentraciones de hemoglobina y albúmina sérica, estadio tumoral y «radicalidad» de la operación: Únicamente había diferencias en las proporciones hombre-mujer (más hombres en el grupo de cimetidina). El análisis final demostró una supervivencia más larga en el grupo de la cimetidina (media = 450 días), respecto al control (316), sobre todo cuando se trataba de un estadio II o IV.

El cáncer puede producir inmunodepresión, de modo que la inmunoestimulación ofrece beneficios teóricos. La inmunomodulación por cimetidina, así como un efecto directo antitumoral, podrían tener importancia en parte del aparente incremento de la supervivencia de estos pacientes, quizás por inhibición de la actividad de las células T supresoras o incremento de la producción de interleukina 2 por los linfocitos T. cooperadores. Actualmente se están elaborando nuevas investigaciones sobre este tema.

D. Portela Orjales

Conocimientos de los pacientes sobre nitroglicerina sublingual

Baillie G.R., Kay E.A. *British Medical Journal*. 297 (1988) 32.

La nitroglicerina se ha usado para tratar la angina de pecho durante muchos años,

sin embargo todavía no se han realizado estudios formales para determinar los conocimientos de los pacientes sobre su utilización.

Esta comunicación, aunque únicamente analiza una corta serie de pacientes (50), constituye una llamada de atención sobre la necesidad de la información clara tanto verbal como escrita sobre el uso de determinados medicamentos y especial el que nos ocupa.

Los autores diseñaron un cuestionario que incluía preguntas sobre el mecanismo de acción del fármaco, la dosis, como tomarlo y guardarlo, efectos colaterales y que hacer cuando se producen efectos colaterales.

Los pacientes mostraron en general una falta de conocimientos acerca de su tra-

tamiento, y muchos no sabían como tomar las tabletas correctamente. Solo el 62% sabía que hacer si la primera tableta no era efectiva. La mayoría de los pacientes (88%) no sabía la dosis máxima. Sólo el 50% de los pacientes sabían que el periodo de caducidad era de 8 semanas tras la apertura del envase. Aunque estos son tan sólo algunos de los datos obtenidos en la encuesta, nos dan una idea de la necesidad de corregir estas deficiencias, también frecuentes en nuestro medio; para ello debe recordarse la importancia de la información verbal por parte del médico como escrita para conseguir el efecto deseado de este fármaco.

D. Portela Orjales

Programa de Premios para el Curso 1989

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca abre Concurso para conceder, durante el año 1989, el Premio D. Juan Femenía Perelló, de Título Académico correspondiente y ciento cincuenta mil pesetas, al autor del mejor trabajo presentado sobre un tema de Cirugía.

También se concederá el Premio de esta Real Academia, de Título de Académico correspondiente y cien mil pesetas, al autor del mejor trabajo presentado sobre un tema de Medicina.

Bases

1.^a Los aspirantes a los Premios deberán remitir sus trabajos antes del 1.º de noviembre del año en curso, en sobre cerrado y lacrado, en cuya parte exterior se escribirá únicamente el lema del mismo, consignando además, en la parte superior izquierda, lo siguiente: «Para el Concurso de Premios de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca». En sobre aparte, cerrado y lacrado, irá en su interior una cuartilla con el nombre, apellidos, residencia, domicilio y título profesional del as-

pirante y en su exterior el mismo lema del trabajo.

2.^a Los trabajos se presentarán en **cuatriplicado ejemplar**, escritos a máquina por un solo lado, a dos espacios y en lengua castellana o catalana. Serán inéditos y deberán remitirse a la Secretaría General de esta Corporación (Calle de Morey, 8, Palma de Mallorca).

3.^a A estos Premios podrán concursar todos los Doctores o Licenciados en Medicina y Cirugía o en ciencias afines, españoles o de los países de Hispanoamérica.

4.^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.

5.^a Los Premios no podrán dividirse. La Junta de Gobierno podrá además conceder accésit, consistente en el Título de Académico Correspondiente a los autores de aquellos trabajos que crea merecedores de tal distinción.

6.^a Los trabajos premiados en este Concurso, será propiedad de la Academia y se publicarán en nuestra revista «Medicina Balear».

7.^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 de 1990.

Palma de Mallorca 26 de enero de 1989. El Secretario General Perpetuo, Santiago Forteza. V.º B.º. El Presidente, José M.^a Rodríguez Tejerina.