

# ANTIOQUIA MEDICA

Editado por: La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y la Academia de Medicina de Medellín.

Tarifa para Libros y Revistas editados en Colombia  
Permiso No. 255 Adpostal

## TABLA DE CONTENIDO

### DIRECTORES:

Dr. Antonio Yepes Parra  
Decano de la Facultad

Dr. Marco A. Barrientos Moreno  
Presidente de la Academia

### EDITORES:

Dr. Carlos Restrepo Acevedo

Dr. José Luis Ramírez Castro

### ADMINISTRADORA:

Srta. Gilma Castaño Posada

### COMITE EDITORIAL:

Dres. Gonzalo Restrepo Arango

Mario Botero Betancourt

Carlos Lerma Agude'o

Alfonso Júbiz Hasbun

César Augusto Giraldo G.

Carlos Jaramillo Tobón

Fernando Londoño Posada

Oscar Velásquez Acosta

Víctor Bedoya Muñóz

Oscar Lema Tapías

Angela Restrepo Moreno

Srta. Amparo Restrepo Moreno

Título anterior: "Boletín Clínico" y "Anales de la Academia de Medicina de Medellín".

Título Actual: "Antioquia Médica".

**Editorial** ..... 3

### Artículos Originales

QUERATOACANTOMA. Estudio retrospectivo de seis (6) años en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín (Colombia).  
Dres. Antonio Yepes P. y Alonso Cortés C. 4

EL CERDO COMO FUENTE POTENCIAL DE TOXOPLASMOSIS E ISOSPOROSIS HUMANA EN COLOMBIA.  
Dres. Max Groggl, Cornelis J. Marinkelle, Ricardo Alvarado, Nhora de Sánchez y Felipe Guhl. 14

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN ANTIOQUIA.  
Dres. Jorge Luis Arango A., Jaime Borrero R., Mario Arbeláez G., Gonzalo Mejía y Srtas. Amanda Orrego, Giomar Acosta y Sra. Miriam Londoño de B. .... 17

### Revisión de Temas

USO DE LOS ANTIHISTAMINICOS EN ODONTOESTOMATOLOGIA.  
Dr. Jairo Isaza Cadavid ..... 22

FAMILIA Y ADOLESCENCIA. Opiniones de un Pediatra.  
Dr. Enrique Dulanto Gutiérrez ..... 27

**Extractos de la Literatura** ..... 36

**Sección Bibliográfica** ..... 37

**Cartas al Editor** ..... 38

# Editorial

Reaparece "ANTIOQUIA MEDICA" con el número presente después de un interludio ligeramente mayor de dos años, durante el cual por razones ajenas al editor anterior no salió a la luz pública esta importante revista médica colombiana. El último número publicado correspondió al N° 3 del Volumen 27, y con el presente se inicia el Volumen 28 correspondiente al año en curso.

"ANTIOQUIA MEDICA" surgió como publicación periódica en el panorama nacional en el año de 1950, mediante la fusión de dos revistas antioqueñas, ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN que comenzó a publicarse en 1887 y BOLETIN CLINICO, que inició labores en 1932 gracias a las actividades de un grupo de estudiantes de medicina encabezados por el Profesor Alfredo Correa Henao. Es pues nuestra revista por tradición y por herencia directa la publicación médica más antigua del país.

Con el fin de mantener el lugar de distinción que le corresponde en medio de las publicaciones de índole similar, los editores actuales, Carlos Restrepo Acevedo y José Luis Ramírez Castro, hemos recibido el honroso encargo de revivirla y mantener su periodicidad en los próximos años.

En el presente año saldrán solamente los números 1-2 (correspondiente a esta edición) y el 3-4 que se publicará inmediatamente después. A partir de 1980 saldrán cuatro números anuales. Invitamos sinceramente al cuerpo médico antioqueño y del país a colaborar con nuestra revista enviándonos sus contribuciones de acuerdo a las instrucciones que aparecen en este número, de tal manera que con el esfuerzo aunado de todos, nuestra revista alcance nuevamente su prestigio en el ámbito nacional e internacional. La mayoría de las secciones de la revista se han conservado y hemos añadido otras como extractos de la literatura, presentación de casos interesantes, revisión bibliográfica, etc., con el fin de mantener actualizado al cuerpo médico. Igualmente solicitamos la colaboración de todos suscribiéndose formalmente a "ANTIOQUIA MEDICA".

## QUERATOACANTOMA

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE SEIS (6) AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL DE MEDELLIN (COL.)

Antonio Yepes P. \*  
Alonso Cortés C. \*\*

### RESUMEN

Se hace un estudio retrospectivo de 6 años sobre Queratoacantoma en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín. Se estudiaron las características generales de 110 pacientes en relación con edad, sexo, residencia habitual, localización y evolución de las lesiones. En 37 pacientes se estudio además el tipo de tratamiento recibido. En 33 pacientes, fuera de estudiar las características anteriores, se pudo seguir su evolución por períodos de tiempo mayores de 6 meses.

Se concluye que el tratamiento inicial del Queratoacantoma a base de infiltraciones con triamcinolona es un procedimiento efectivo, fácil de realizar y relativamente inocuo.

Se comenta la conducta agresiva que toman algunos de estos tumores y su relación con el Carcinoma Espinocelular.

### INTRODUCCION

Unicamente a partir de 1910 y después de las publicaciones de Rook y Whimster (1) y de Musso y Gordon (2) el Queratoacantoma ha sido aceptado como una entidad y se ha diferenciado claramente del Carcinoma Espinocelular con el cual tiene ciertas semejanzas desde el punto de vista histológico y en ocasiones desde el punto de vista clínico (3).

El término Queratoacantoma fue utilizado por primera vez por Freudenthal (2). Posteriormente el tumor ha sido descrito por varios autores quienes le han dado diferentes nombres: Moluscum Sebaceum Pseudocarcinomatousum, Hiperplasia Pseudoepiteliomatosa Idiopática, Epitelioma Precoz, Verrugoma de Gougerot y Múltiple Selfhealing Squamous Epithelioma (3, 4 y 5). En la actualidad el término Queratoacantoma es aceptado ampliamente y se le reconoce como entidad

definida con un cuadro clínico e histológico característicos.

Se incluye el Queratoacantoma dentro del grupo de los pseudocánceres debido a que presenta cuadro histológico que sugiere un comportamiento maligno. Sin embargo su comportamiento es benigno en la mayoría de los casos.

Se define como un tumor de rápido crecimiento, localizado de preferencia en las áreas expuestas (4), con una etapa de crecimiento, luego una etapa estacionaria y posteriormente involución, la cual puede ser espontánea aún sin tratamiento.

Existen dos tipos de Queratoacantoma: El tipo solitario y el tipo múltiple. El tipo múltiple a su vez tiene dos variedades: El múltiple que involuciona espontáneamente y los Queratoacantomas eruptivos (3, 6 y 7).

En general se considera que el tumor llega al máximo de su tamaño en pocas semanas y que involuciona espontáneamente en pocos meses, generalmente en menos de seis (1).

Cuando el tumor tiene algunas localizaciones tales como en el labio, en la nariz y en los párpados, generalmente crece durante un período de tiempo mayor y puede también alcanzar un tamaño mayor. En estos casos es en donde es más difícil diferenciarlo histológicamente del Carcinoma Espinocelular y tiene también mayor tendencia a las recidivas (3).

El cuadro histológico del Queratoacantoma es generalmente muy sugestivo, aunque en ocasiones, especialmente en las lesiones tempranas, el diagnóstico diferencial con el Carcinoma Espinocelular es muy difícil y en ciertos casos imposible (3). Algunos autores consideran que el tumor puede convertirse en Carcinoma Espinocelular (8). En cambio otros (9) opinan que el Queratoacantoma es desde un principio Carcinoma Espinocelular.

En cuanto a su histogénesis se considera que la lesión se inicia con la hiperplasia de uno o varios folículos pilosebáceos y con la metaplasia escamosa de las glándulas sebáceas comprometidas (3). La causa del Queratoacantoma no se conoce. La teoría sobre su origen viral no ha sido confirmada. Los hallazgos del microscopio electrónico no son específicos. Sin embargo, es de interés que tanto en el Queratoacantoma como en el Carcinoma Espinocelular y como en la enfermedad de Bowen frecuentemente se observa la presencia de desmosomas intracitoplasmáticos (3).

Reed (10) considera que en el Queratoacantoma se presentan fenómenos de tipo inmunológico. En a-

(\*) Profesor Servicio de Dermatología

(\*\*) Jefe Servicio de Dermatología

quellos Queratoacantomas que permanecen localizados y tienen conducta poco agresiva, se observa que el infiltrado linfocitario está bien desarrollado. Dichos linfocitos reconocen como extraños a los queratinocitos y se presenta la regresión del tumor. En algunos casos, sin embargo, unas clonas de queratinocitos se disfrazan y cambian tanto, que burlan el reconocimiento de los linfocitos y se hacen invasivas, comportándose así como un verdadero Carcinoma Espinocelular.

En relación con el tratamiento, los textos de Dermatología (11, 12 y 13) indican como métodos de elección la resección de la base del tumor más electrocoagulación y curetaje y la resección-biopsia total. A pesar de aceptarse el concepto clásico de que en general el tumor involuciona espontáneamente, se considera que es necesario utilizar algún método de tratamiento. Por una parte, porque el paciente exige tratamiento ante la presencia de un tumor que le ha crecido rápidamente y por otra, por el peligro de que en ocasiones el tumor se comporte en forma agresiva.

A algunas veces se recomienda la aplicación tópica de 5-fluoruracilo con el objeto de estimular la involución o que ésta sea más rápida y para disminuir el tamaño de la cicatriz residual (14).

En cuanto al papel de la radioterapia y de los citostáticos ha existido siempre controversia especialmente en relación con la primera, la cual en algunos casos, de acuerdo a experiencias previas (15, 16 y 17) y a los conceptos de Reed (10), puede ser no sólo inefectiva sino contraproducente.

En 1959 Belisario (4) informó la curación de tres casos de Queratoacantoma con infiltraciones semanales a base de hialuronidasa-hidrocortisona. Posteriormente, en base a estos resultados exitosos, Mc Nairy (18) trató diez pacientes con diez y siete lesiones, mediante infiltración de la base del tumor con triamcinolona y obtuvo magníficos resultados. Este tipo de tratamiento se ha continuado utilizando en forma amplia en muchos servicios pero con resultados contradictorios. En nuestro Servicio de Dermatología prácticamente constituye el primer tipo de tratamiento que se utiliza cuando se comprueba el diagnóstico clínico mediante el estudio anatomopatológico. El presente estudio pretende evaluar su efectividad.

En nuestro medio los doctores Robledo, Cortés y Gómez (19) estudiaron este tumor desde el punto de vista estadístico y realizaron un análisis de la incidencia y de las características de los pacientes observados en un período de veinte años. Durante los últimos seis años se ha observado en el Servicio de Dermatología, que en algunas ocasiones el tumor se comporta en forma bastante agresiva y no sólo no regresa con tratamientos a base de radioterapia y de citostáticos sino que por el contrario, con dichos tratamientos se comporta en forma aún más agresiva. También se ha tenido la impresión de que en los úl-

timos años el Queratoacantoma se presenta con mayor frecuencia.

En vista de las anteriores consideraciones nos interesamos por el tema y decidimos realizar el presente estudio con miras a aclarar algunos de los puntos enunciados.

## MATERIALES Y METODOS

El estudio se basó en las biopsias informadas como Queratoacantoma en el Instituto de Anatomía Patológica de la Universidad de Antioquia y en los últimos meses por el Laboratorio de Dermatología y Enfermedades Venéreas "Gustavo Uribe Escobar", dependencia del Servicio de Dermatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. El período estudiado comprende seis años: desde el 1º de enero de 1970 hasta el 31 de diciembre de 1975.

A partir del informe de las biopsias se trató de obtener el número de la historia clínica del paciente en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín. Cuando esto fue posible, de la historia clínica se tomaron tantos los datos generales relacionados con el paciente (edad, sexo, residencia, etc.) como los datos relacionados con el tipo de tratamiento utilizado y la evolución que siguió a este tipo de tratamiento. Sólo se incluyeron aquellos pacientes a los cuales fue posible estudiar en su historia clínica un mínimo de seis meses de evolución. Estos pacientes conforman el grupo principal del trabajo ya que, además de permitir el estudio de sus características generales, permitieron evaluar las modalidades de tratamiento y el comportamiento especial del tumor observado en algunos casos. Este grupo a su vez se dividió en dos subgrupos: uno, el grupo de pacientes controlados directamente por el servicio de Dermatología y el otro, constituido por pacientes controlados por otros servicios del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, principalmente los servicios de Cirugía Plástica y de Cirugía General.

Otro grupo grande de pacientes estaba constituido por aquellos enviados por centros de salud del Municipio de Medellín, por algunos hospitales del Departamento de Antioquia y unos pocos enviados de otros departamentos. En estos casos sólo fue posible estudiar las características generales de los pacientes y obtener algunos datos relacionados con la localización y tamaño de la lesión, pero en ellos no fue posible estudiar el tipo de tratamiento utilizado ni la respuesta del tumor a los diferentes tipos de tratamiento.

En cada paciente se trataron de estudiar las siguientes características: edad, sexo, residencia habitual, servicio que remite la biopsia, localización de la lesión, dimensiones de ella, tiempo de evolución al momento de la consulta, diagnóstico clínico, tratamiento inicial, respuesta al tratamiento inicial y evolución por un período mínimo de seis meses.

## RESULTADOS

En seis años estudiados se encontraron ciento diez biopsias de igual número de pacientes informados como Queratoacantoma (Tabla 1).

— TABLA 1 —

### BIOPSIAS INFORMADAS COMO QUERATOACANTOMA 6 AÑOS — HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL

Año	Número de casos
1970	21
1971	15
1972	26
1973	16
1974	14
1975	18
Total	110
Promedio de casos por año: 18.3	

De las ciento diez biopsias estudiadas, en treinta y siete (33.63%) fue posible determinar el tipo de tratamiento recibido. En treinta y tres casos (30%) fue posible estudiar tanto el tratamiento inicial recibido por el paciente, como el resultado obtenido y una evolución mínima de seis meses (Tabla 2).

— TABLA 2 —

### DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN EL TIPO DE ESTUDIO REALIZADO

Número total de casos	= 110	- 100.00%
Casos con estudio de tratamiento recibido	= 37	- 33.63%
Casos con estudio de tratamiento y evolución mínima de seis meses	= 33	- 30.00%

SEXO En el total de los ciento diez casos predominó el número de pacientes de sexo femenino (Tabla 3).

— TABLA 3 —

### DISTRIBUCION POR SEXO - POR AÑOS

Año	Nº de pacientes sexo femenino	Nº de pacientes sexo masculino	Total
1970	14	7	21
1971	9	6	15
1972	14	12	26
1973	8	8	16
1974	7	7	14
1975	11	7	18
Total	63 (57.3%)	47 (42.7%)	100

EDAD: El dato de edad se obtuvo en 104 de los 110 casos estudiados. De los 104 casos en los cuales se obtuvo el dato de edad se presentaron casos en los dos extremos: un paciente de 14 años y un paciente de 90 años de edad. Desafortunadamente el paciente informado como de 14 años de edad pertenecía al grupo de pacientes remitidos por un hospital de un municipio del Departamento y por lo tanto no fue posible establecer si este dato era real o había sido un error de información. El promedio de edad en los 104 casos estudiados fue de 57.8 años.

En la Tabla 4 se observa que el 22.4% de los pacientes tenía entre 50 y 59 años y el 78.2% de los casos están ubicados entre 40 y 79 años.

— TABLA 4 —

Grupo de edad	Número de casos	Poncentaje
10 - 19	1	0.9
20 - 29	4	3.7
30 - 39	3	2.8
40 - 49	23	20.7
50 - 59	24	22.4
60 - 69	23	20.7
70 - 79	16	14.4
80 - 89	9	8.4
90 - 99	1	0.9
Total:	104	

— TABLA 5 —

### RELACION ENTRE EDAD Y SEXO POR GRUPOS DE EDAD

Grupo de edad	Sexo Masc.	Sexo Fem.	Total
10 - 19	0	1	1
20 - 29	3	1	4
30 - 39	1	2	3
40 - 49	9	14	23
50 - 59	8	16	24
60 - 69	10	13	23
70 - 79	10	6	16
80 - 89	3	6	9
90 - 99	0	1	1
	44	60	104

En la Tabla 5 y Figura 1 se observa que el tumor se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino principalmente en los grupos de 50 a 59, 40 a 49 y 60 a 69 en su orden.

RESIDENCIA HABITUAL: Este dato se obtuvo en 102 de los 110 pacientes estudiados. 29 pacientes residen en Medellín (28.4%), 5 pacientes tenían su residencia habitual en el Departamento del Chocó (4.9%), 1 paciente residía en el Departamento del Valle del Cauca. El resto de los pacientes residían en diferentes municipios del Departamento de Antioquia.

**LOCALIZACION DE LA LESION:** Este dato se pudo obtener en 96 pacientes (Tabla 6). El 89.5% de las lesiones estuvieron localizadas en cara, miembros superiores y miembros inferiores.

De los 58 pacientes con localización de las lesiones en cara, los sitios de localización más frecuentes fueron:

— TABLA 6 —

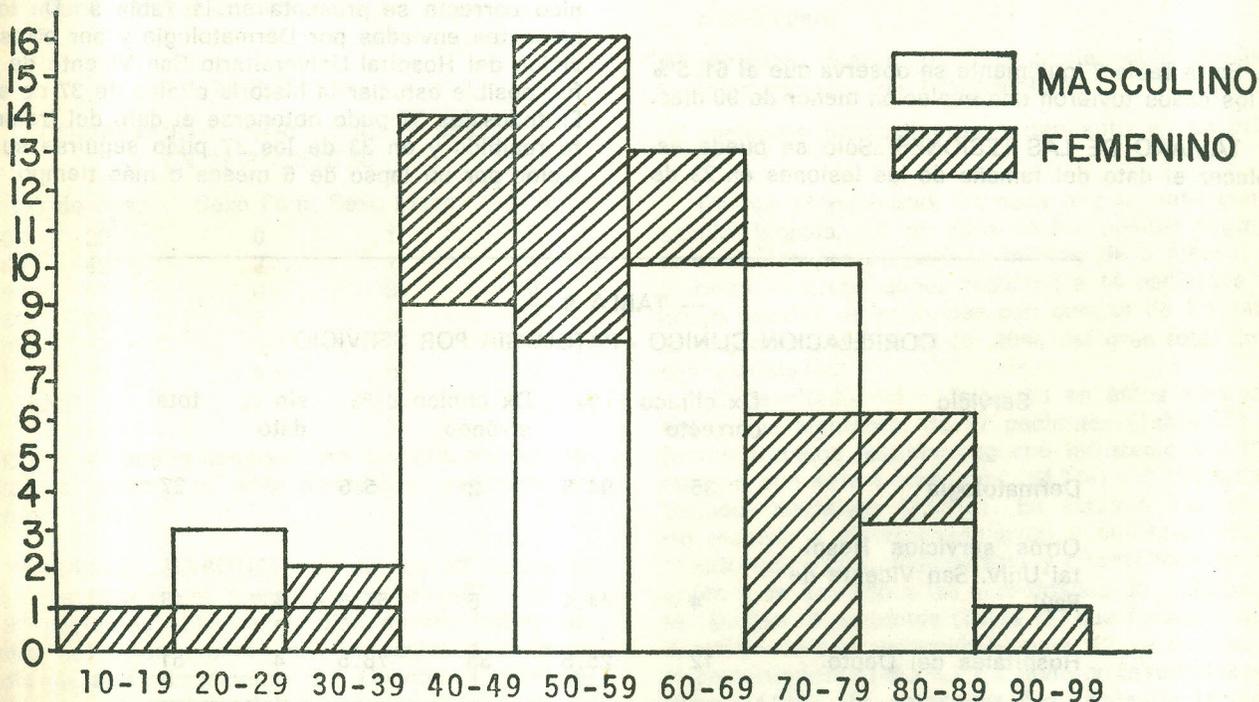
LOCALIZACION DE LAS LESIONES

Localización	Nº de Pacientes	Porcentaje
Cabeza	61	63.4
Miembro Sup.	20	20.8
Miembro Inf.	8	8.3
Tórax	3	3.2
Región lumbar	2	2.0
Región Glútea	1	1.0
Queratoacantomas Múltiples	1	1.0

Mejilla	17
Nariz	12
Labio	8
Frente	5
Párpados	4
Región preauricular	3
Mentón	2
Angulo globo ocular	2

De los 20 pacientes con lesiones en miembros superiores, 13 estaban localizados en antebrazo y 7 en dorso de mano. De los 8 pacientes con lesiones en miembros inferiores, 5 estaban localizados en el dorso del pie y 3 en las piernas.

FIGURA 1. RELACION ENTRE EDAD Y SEXO POR GRUPOS DE EDAD



**EVOLUCION:** En la Tabla 7 se presenta el tiempo de evolución hasta el momento de hacer el diagnóstico de impresión clínica, erróneo o acertado y de tomar la biopsia, se obtuvo este dato en 102 de los casos. Un caso tuvo una evolución de 10 días y en el otro extremo 2 casos tuvieron una evolución de 3 años. En todos tres fue posible estudiar las respectivas historias clínicas y en ellas estaban confirmados los datos anotados.

— TABLA 7 —

**TIEMPO DE EVOLUCION DE LAS LESIONES**

Tiempo de evolución	Nº de casos	Porcentaje	
Menos de 30 días	21	20.5	} 61.5%
31 - 60 días	26	25.4	
61 - 90 días	16	15.6	
91 - 120 días	9	8.8	} 29.3% (90.8%)
121 - 180 días	9	8.8	
7 - 12 meses	12	11.7	} 7.7%
13 - 24 meses	6	5.8	
25 - 36 meses	2	1.9	

En la Tabla 7 igualmente se observa que el 61.5% de los casos tuvieron una evolución menor de 90 días.

**TAMAÑO DE LAS LESIONES:** Sólo se puede establecer el dato del tamaño de las lesiones en 29 de

lo 110 casos. Los extremos fueron entre 0.5 cms. y 5 cms. Los datos de los 29 casos son los siguientes:

1	cm.	=	12 casos
0.5	cms.	=	5 casos
2	cms.	=	4 casos
1.5	cms.	=	3 casos
3	cms.	=	3 casos
0.6	cms.	=	1 caso
5	cms.	=	1 caso

**REMISION DE LOS PACIENTES:** Se obtuvo el dato en 101 de los pacientes. De estos 101, la remisión de la biopsia para estudio anatomopatológico se hizo según lo indicado en la Tabla 8.

— TABLA 8 —

**PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES**

Servicio de Dermatología	37 pacientes	36.6%
Otros servicios Hospital Universitario San Vicente de Paúl	13 pacientes	12.8%
Centros de Salud y Hospitales del Municipio y Departamento	51 pacientes	50.4%

**RELACION ENTRE EL SERVICIO QUE REMITIO EL PACIENTE Y EL DIAGNOSTICO CLINICO:** De los 101 pacientes en los cuales se pudo obtener el dato acerca de la remisión, la relación con el diagnóstico clínico correcto se presenta en la Tabla 9. De los 50 pacientes enviados por Dermatología y por otros servicios del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, fue posible estudiar la historia clínica de 37 de ellos. En todos los 37 pudo obtenerse el dato del tratamiento recibido y en 33 de los 37 pudo seguirse su evolución por un lapso de 6 meses o más tiempo.

— TABLA 9 —

**CORRELACION CLINICO - PATOLOGIA POR SERVICIO**

Servicio	Dx clínico correcto	%	Dx clínico erróneo	%	sin dato	total
Dermatología	35	94.5	2	5.5		37
Otros servicios Hospital Univ. San Vicente de Paúl	4	44.4	5	55.6	4	13
Hospitales del Depto.	12	25.5	35	76.5	4	51

De estos 37 pacientes, 27 fueron remitidos por el Servicio de Dermatología y los otros 10 fueron enviados por otros servicios del Hospital. De los 27 pacientes enviados por el Servicio de Dermatología, en el 100% de los casos se hizo el diagnóstico clínico correcto. De los 10 pacientes enviados por otros servicios de H.U.S.V. de P. se hizo el diagnóstico clínico correcto en el 50% de los casos.

Estos 37 pacientes tenían las siguientes características:

SEXO: Femenino	22 pacientes	59.4%
Masculino	15 pacientes	40.6%

No se observan diferencias significativas con el grupo general estudiado. Sigue el predominio de pacientes del sexo femenino.

#### E D A D

— TABLA 10 —

#### DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD EN 37 PACIENTES

Grupo de edad	Nº de casos	Porcentaje
20 - 29	1	2.7
40 - 49	4	10.8
50 - 59	9	24.3
60 - 69	12	32.4
70 - 79	9	24.3
80 - 89	2	5.4

Tampoco se observan diferencias significativas con el grupo general estudiado.

— TABLA 11 —

#### CORRELACION ENTRE EDAD Y SEXO EN 37 PACIENTES

Grupo de edad	Sexo Fem.	Sexo Masc.	Total
20 - 29	0	1	1
40 - 49	3	1	4
50 - 59	6	3	9
60 - 69	8	4	12
70 - 79	3	6	9
80 - 89	2	0	2
Total	22	15	

Como se puede observar, no hay diferencias significativas tampoco en este aspecto en relación con el grupo general.

**RESIDENCIA HABITUAL:** 20 de los 37 pacientes (54%) residían en el Municipio de Medellín. 15 de los 37 pacientes (40.5%) residían en diferentes municipios del Departamento de Antioquia. 1 paciente residía en el Departamento del Chocó. 1 paciente residía en la Ciudad de Cali.

**LOCALIZACION:** Las lesiones estaban localizadas en la forma siguiente:

- 20 pacientes en la cara (54%)
- 7 pacientes en miembros superiores (18.8%)
- 4 pacientes en miembros inferiores
- 2 en tórax
- 1 en cuero cabelludo
- 1 en pabellón auricular
- 1 en región lumbar
- 1 en región retroauricular.

**EVOLUCION:** El tiempo de evolución de las lesiones en el momento de tomar la biopsia y hacer el diagnóstico clínico fue el siguiente:

20 días	1 paciente
menos de 30 días	4 pacientes
31 - 60 días	6 pacientes
61 - 90 días	8 pacientes
91 - 120 días	3 pacientes
7 meses	2 pacientes
8 meses	4 pacientes
9 meses	1 paciente
1 año	2 pacientes
18 meses	1 paciente
2 años	2 pacientes
3 años	2 pacientes
Sin dato	1 paciente

**TRATAMIENTO RECIBIDO:** Los 37 pacientes recibieron el siguiente tipo de tratamiento inicial:

18 pacientes fueron tratados inicialmente con resección-biopsia.

17 pacientes fueron tratados inicialmente mediante infiltraciones con triamcinolona.

2 pacientes no recibieron tratamiento en un principio.

De los 18 pacientes tratados inicialmente con resección-biopsia, a 4 de ellos no fue posible seguirles la evolución por un período mínimo de 6 meses. Por lo tanto, el grupo queda reducido a 14 pacientes y el grupo general de pacientes con control de tratamiento queda reducido a 33 (el 30% del gran total de casos estudiados).

El resultado del tratamiento en estos 33 pacientes fue el siguiente: de 17 pacientes (Tabla 12) que fueron tratados inicialmente con infiltraciones, 11 se curaron con este tratamiento (64.7%) y 6 tuvieron resultados negativos (35.3%). En estos 6 fue necesario recurrir a electrocoagulación y curetaje, debridamiento quirúrgico, radioterapia y citostáticos en este orden y de acuerdo a las necesidades de cada paciente. De los 14 pacientes (Tabla 12) que fueron tratados inicialmente con resección-biopsia, 12 se curaron con el procedimiento (85.7%) y 2 tuvieron resultados negativos (14.3%). En estos dos fue necesario igualmen-

— TABLA 12 —

TRATAMIENTO INICIAL - RESULTADOS

Tipo de tratamiento	Nº de Pacientes	Resultado Satisfactorio	Porcentaje
Infiltraciones con triamcinola	17	11	64.7
Resección-biopsia	14	12	85.7

te recurrir a electrocoagulación y curetaje, debridamiento quirúrgico, radioterapia y citostáticos en este orden y de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Los dos pacientes que no recibieron tratamiento en forma inicial, evolucionaron en la forma siguiente: uno curó espontáneamente y el otro evolucionó en forma agresiva y en estudios anatomopatológicos realizados posteriormente fue clasificado como Carcinoma Espinocelular.

De los 33 pacientes, 3 de ellos (9.09%) en estudios anatomopatológicos realizados posteriormente fueron clasificados como Carcinoma Espinocelular.

Un paciente con la lesión localizada en antebrazo y en el cual todos los estudios anatomopatológicos fueron informados siempre como Queratoacantoma, no cedió a ninguno de los tratamientos anotados anteriormente, por el contrario, la lesión crecía progresivamente causando gran incapacidad física y grandes molestias y por lo tanto fue necesario amputarle el brazo.

Es importante anotar que de los 33 pacientes, en 9 de ellos (27.2%) el Queratoacantoma evolucionó en forma agresiva, es decir, no cedió a los tratamientos iniciales o se "convirtió" en Carcinoma Espinocelular.

En vista de lo anterior, estudiamos las características de estos 9 pacientes. Estas características fueron las siguientes:

Sexo masculino 7 pacientes (77.7%)

Sexo femenino 2 pacientes (22.3%)

Es interesante observar cómo en este grupo de pacientes la relación sexo masculino-femenino cambia radicalmente. Según se observa en la Tabla 13, en los dos primeros grupos siempre había primado el sexo femenino. En cambio este grupo predomina en forma marcada el sexo masculino.

— TABLA 13 —

COMPARACION EN RELACION CON SEXO  
TRES GRUPOS DE PACIENTES

	Sexo		Sexo	
	Fem.	%	Masc.	%
Grupo total de 110 pacientes	63	57.3	47	42.7
Grupo de 37 pacientes	22	59.4	15	40.6
Grupo de 9 pacientes	2	22.3	7	77.7

Este hallazgo es importante desde el punto de vista epidemiológico y consideramos que justifica estudios en este sentido.

EDAD:

- 1 paciente estaba en el grupo de 20 - 29 años
- 2 pacientes estaban en el grupo de 50 - 59 años
- 4 pacientes estaban en el grupo de 60 - 69 años
- 2 pacientes estaban en el grupo de 70 - 79 años

RESIDENCIA HABITUAL:

- 2 pacientes residían en la ciudad de Medellín
- 1 paciente residía en el Departamento del Chocó
- 6 pacientes residían en otros municipios del Departamento.

LOCALIZACION DE LAS LESIONES:

En cara	5
Miembro superior	2
Región lumbar	1
Región retroauricular	1

EVOLUCION:

Menos de 1 mes	1 caso
3 meses	2 casos
4 meses	1 caso
8 meses	2 casos
9 meses	1 caso
1 año	1 caso
3 años	1 caso

## DISCUSION

En primer lugar es importante anotar la marcada diferencia encontrada en la incidencia del tumor en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Robledo, Cortés y Gómez (19) hallaron 126 casos de Queratoacantoma en un período de 20 años con un promedio de 6.3 casos por año. En cambio en el presente estudio encontramos 110 casos en 6 años con un promedio de 18.3 casos por año. Constituye esto una marcada diferencia en la incidencia. Lo anterior podría deberse a un mayor interés por estudiar el tumor y por consiguiente se ordenan mayor cantidad de estudios anatomopatológicos para confirmar la sospecha clínica; de todas maneras la diferencia es tan considerable que podría deberse a otros factores epidemiológicos que sería interesante estudiar y detectar.

En relación con las características de los pacientes en cuanto a edad, sexo, localización y tamaño de las lesiones, nuestro estudio encontró diferencias significativas con el estudio previamente realizado en nuestro medio y ya comentado. En los dos estudios se observa el mayor número de pacientes de sexo femenino. Este hallazgo es totalmente diferente al concepto que se expresa en los textos de Dermatología (11, 12 y 13) en donde se afirma que el tumor es tres veces más frecuente en el sexo masculino. El hecho de que se encuentre una frecuencia mayor en el sexo femenino en los pacientes del Hospital Universitario San Vicente de Paúl se podría explicar en parte por las características de la falta de atención médica en nuestro medio, en donde el padre tiene derecho a atención médica en el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, en cambio la madre y los hijos tienen que recurrir a los servicios de entidades financiadas parcialmente por el Estado, como en el caso de nuestro Hospital.

De todas maneras, la diferencia es considerable y la explicación anterior sólo sería satisfactoria en parte, ya que a hospitales como el nuestro, acuden en su mayor parte familias de los barrios marginales y campesinos que generalmente carecen de empleo o son subempleados y por lo tanto no tienen derecho a los servicios del ISS.

En nuestro grupo de pacientes es interesante anotar que en el grupo en el cual el tumor tuvo comportamiento agresivo predominaron los pacientes del sexo masculino.

En relación con la edad, los datos en general coinciden con los hallazgos de las otras series de pacientes estudiadas.

La residencia habitual de nuestro grupo de pacientes, creemos que es un reflejo de las caracterís-

ticas de la atención médica en nuestro medio y en general no aporta datos de interés que pudieran hacer sospechar factores epidemiológicos especiales.

La localización de las lesiones también siguen en general los lineamientos aceptados tradicionalmente; localización más frecuente en partes descubiertas, principalmente en la cara y dentro de ésta en la región centrofacial.

Pudimos observar cómo en el 61.5% de los casos en que se logró obtener el dato, la evolución fue rápida (menos de 90 días). También es importante anotar que en 7 casos la evolución fue mayor de 2 años (en 5 casos de 24 meses y en 2 de 36 meses).

En cuanto al tamaño de las lesiones se observó una variación entre 0,5 y 5 cms. De los 29 casos en que se pudo establecer este dato, en 12 de ellos el tamaño de la lesión fue de 1 cm.

El 50.4% de los pacientes fue remitido por centros de salud del Municipio de Medellín y principalmente por hospitales de los diferentes municipios del Departamento. Es importante este dato, ya que indica el interés de los médicos generales que trabajan en estos servicios por confirmar su diagnóstico clínico utilizando el estudio anatomopatológico.

Cuando el Servicio de Dermatología remitió la biopsia, el diagnóstico clínico fue correcto en el 94.5% de los casos. Cuando la biopsia era remitida por otros servicios del Hospital, el diagnóstico fue correcto en el 44.4% de los casos. Cuando la biopsia era remitida por centros de salud de Medellín y principalmente hospitales de los diferentes municipios del Departamento, el diagnóstico clínico sólo fue correcto en el 22.5% de los casos. Esto indica un conocimiento más claro de los dermatólogos acerca de las características clínicas de esta entidad.

Los 37 pacientes en los cuales fue posible estudiar la historia clínica y el tipo de tratamiento recibido, presentaron características similares a los del grupo general estudiado en relación con edad, sexo, residencia, evolución y localización de las lesiones. La gran mayoría de estos pacientes (27 de 37) fueron estudiados por el Servicio de Dermatología y en el 100% de ellos el diagnóstico clínico fue correcto.

18 pacientes fueron tratados inicialmente con infiltraciones, 17 con resección-biopsia y 2 no recibieron tratamiento inicial una vez hecho el diagnóstico anatomopatológico. El hecho de que el 64.7% de nuestros pacientes hubiera respondido satisfactoriamente al tratamiento inicial a base de infiltraciones con triamcinolona, nos parece que justifica plenamente el que este procedimiento se utilice como primera línea terapéutica. Este es un procedimiento sencillo y relativamente inocuo y puede evitar cirugías, en

ocasiones amplias y difíciles por su frecuente localización en la cara.

Uno de los pacientes que no fue tratado evolucionó satisfactoriamente en forma espontánea.

Es interesante observar cómo el 9.09% de estos 33 casos que en un principio tuvieron diagnóstico claro de Queratoacantoma, tanto desde el punto de vista clínico como desde el punto de vista anatomopatológico, posteriormente fueron clasificados como Carcinoma Espinocelular.

Es también interesante observar cómo de los 33 pacientes, 9 de ellos (27.2%) tuvieron una evolución agresiva, es decir no cedieron a los tratamientos iniciales a base de infiltraciones o de resección-biopsia y fue necesario utilizar otros tipos de tratamiento tales como debridamiento quirúrgico, electrocoagulación y curetaje, radioterapia y citostáticos (especialmente Methotrexate). Es importante destacar muy especialmente el fenómeno que se presentó en 4 de los 9 casos, en los cuales al aplicar radioterapia el tumor se volvió más agresivo y difícil de manejar. Dos de estos tumores estaban localizados en labio, uno en mucosa nasal con compromiso de paladar y el otro en antebrazo; en este último caso fue necesario amputar el brazo.

En cambio los resultados obtenidos con los citostáticos (principalmente Methotrexate) fueron satisfactorios y en la mayoría de los casos fue el único recurso terapéutico que logró controlar el crecimiento del tumor.

En 1948 Ackerman (15) publicó un trabajo en el cual presentó 31 pacientes con una entidad que denominó "Carcinoma Verrucoso de la Cavidad Oral". Las características clínicas y anatomopatológicas de la entidad parecen corresponder muy claramente a Queratoacantoma. En este trabajo el autor llama también la atención acerca de la frecuencia de las recidivas después de la radioterapia y de los cambios anatomopatológicos después de su aplicación.

En 1966 Kraus y Pérez-Mesa (16) llamaron la atención sobre el "Carcinoma Verrucoso de la Cavidad Oral, Laringe y Genitales", al cual consideraron como una variedad de Carcinoma Espinocelular y también observaron cómo la conducta del tumor cambió considerablemente después de la aplicación de radioterapia. En este caso también las características clínicas y anatomopatológicas del tumor correspondían a Queratoacantoma.

En 1969 Fonts y colaboradores (17) igualmente observaron, después de la aplicación de radioterapia, la conducta más agresiva de un tumor que ellos denominaron "Carcinoma Espinocelular Verrucoso de la Cavidad Oral" y el cual también presentaba características clínicas y anatomopatológicas de Queratoacantoma.

En el estudio de las características epidemiológicas de estos 9 pacientes se encontró un hallazgo de importancia, ya que 7 de ellos (77.7%) eran del sexo masculino en marcado contraste con lo observado en el estudio tanto del grupo general como del grupo de 37 pacientes.

## S U M M A R Y

A clinical study of 110 patients with Keratoacanthoma found in a 6 years period is presented. Patients were studied from the point of view of age, sex, residence, site and evolution of the lesions. In 37 patients attention was also given to therapy. In 33 patients the above mentioned characteristics were studied and they were followed for over 6 months.

It is concluded that treatment with intralésional Triamcinolone acetonide is a simple, safe and effective procedure. Comments are made about the aggressive behavior of some of these tumors and their relationship with Squamous-cell carcinoma.

## REFERENCIAS

- 1) ROOK, Arthur and WHIMSTER, Ian W. Le Keratoacanthome. **Arch. Belges Dermat. syph.**, 6: 137-146, Sep., 1950.
- 2) MUSSO, L. and GORDON, H. Spontaneous resolution molluscum sebaceum. **Proc. Roy. Soc. Med.**, 43: 838, 1950.
- 3) LEVER, F. Walter and SCHAUMBURG-LEVER, Gundula. Histopathology of the skin. 5 ed. Philadelphia, Lippincott, 1975. pp. 483-486.
- 4) BELISARIO, John C. Cáncer of the skin. London, Butterworths, 1950. pp. 80-96.
- 5) GRINSPAN, David and ABULFIA, Jorge. Idiopathic cutaneous pseudoepiteliomatous hyperplasia. **Cancer** 8 (5): 1047-1056 Sep. - Oct., 1955.
- 6) ROSSMAN, Robert E., FREEMAN, Robert G., and KNOX, John M. Multiple Keratoacanthomas. **Arch. Derm.**, 89: 374-381, Mar., 1964.
- 7) WINKELMANN, Richard K., and BROWN, Jack. Generalized eruptive Keratoacanthoma. **Arch. Derm.**, 97 (6): 615-623, Jun., 1968.
- 8) BURGE, Kelmar M., and WINKELMANN, Richard K. Keratoacanthoma association with basal and squamous cell carcinoma. **Arch. Derm.**, 100 (3): 306-311, Sep., 1969.
- 9) MULLER, Sigrif A., et al. Adenoid squamous cell carcinoma (Adenoacanthoma of Lever). **Arch. Derm.**, 89: 589-597, Apr., 1964.
- 10) REED, Richard J. New concepts in surgical pathology of the skin. New York, John Wiley, 1976. pp. 44-46.
- 11) ROOK, Arthur, and WILKINSON, Darrel S. Textbook of Dermatology. 2ed. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1972. pp. 1930-1932.
- 12) MOSCHELLA, Samuel L., PILISBURY, Donald M., and HURLEY, Harry J. Jr. Dermatology. Philadelphia, Saunders, 1975. pp. 1321-1334.
- 13) ANDREWS, George, and DOMONKOS, Anthony N. Diseases of the skin. Philadelphia, Saunders, 1975.
- 14) GRUPPER, Charles. **Dermatologica**. 140, suppl. 1: 127, 1970.
- 15) ACKERMAN, Lauren V. Verrucous carcinoma of the oral cavity. **Surgery** 23 (4): 670-678, Apr., 1948.
- 16) KRAUS, Frederick T., and PEREZ-MESA, Carlos. Verrucous carcinoma; clinical and pathologic study of 105 cases involving oral cavity, larynx and genitalia. **Cancer** 19 (1): 26-38, Jan., 1966.
- 17) FONTS, Ernesto A. et al. Verrucous squamous cell carcinoma of the oral cavity. **Cancer** 23 (1): 152-160, Jan., 1969.
- 18) Mc NAIRY, Donald J. Intradermal triamcinolone therapy of keratoacanthomas. **Arch. Derm.** 89: 136-140, Jan., 1964.
- 19) ROBLEDO V., Mario, CORTES C., Alonso y GOMEZ V., F avio. Queratoacantoma; Análisis estadístico de los casos presentados en el Instituto de Anatomía Patológica de la Universidad de Antioquia durante 20 años. **Antioquia Méd.** 14 (5): 421-428, Jun., 1964.

## El cerdo como fuente potencial de Toxoplasmosis e Isosporosis humana en Colombia

Max Grogl \*  
Cornelis J Marinkelle \*  
Ricardo Alvarado \*\*  
Nhora de Sánchez \*  
Felipe Guhl \*

### RESUMEN

Se examinaron 80 cerdos que provenían de seis localidades ubicadas en la zona central de Colombia, mediante la técnica de inmunofluorescencia directa y examen histoparasitológico, con el fin de detectar la presencia de *Toxoplasma gondii* y *Sarcocystis* sp. Se encontró *T. gondii* en tres de esos cerdos y *Sarcocystis miescheriana* en 39 de ellos. Se discute la importancia potencial del cerdo con relación a la toxoplasmosis y a la isosporosis humana.

### INTRODUCCION

Después del descubrimiento del *Toxoplasma gondii*, en 1908 por Nicolle y Manceaux (1) en un roedor (*Ctenodactylus gondi*) del Norte de Africa y por Splendore (2) en el mismo año en un conejo en Sao Pau'o (Brasil), este organismo ha sido aislado de muchos otros animales. Se calcula que alrededor de unas 300 especies de mamíferos y 200 especies de aves pueden ser infectadas por este protozoario (3).

El género ha sido considerado como monotípico, después del intento de describir algunas otras especies, hasta que hace poco se describió *T. ranae* (4).

Se conocen hasta el presente varios estadios evolutivos del *T. gondii*, que pueden participar en su transmisión, el quiste y los taquizoitos (trofozoitos originados por su multiplicación rápida), en huéspedes intermediarios y los ooquistes en las heces de los felinos (5).

Teniendo en cuenta que no se ha aclarado totalmente el modo como el *T. gondii* se transmite al hombre (6) y el hecho ampliamente demostrado que la for-

ma de quistes de este protozoario se encuentra en los órganos de muchos animales, es lógico pensar que los tejidos infectados de éstos, son una fuente potencial de infección para el humano. Entre los mamíferos hemos de dedicar más atención a aquellas especies que conviven con el hombre estrechamente las que éste utiliza como alimento, bien sea como animales de abasto o de caza.

En Colombia es muy poco lo que se ha estudiado sobre las posibles fuentes de infección humana (7). Sin embargo, son numerosos los trabajos publicados alrededor del mundo (8, 9, 10, 11), que hablan del aislamiento del *T. gondii* a partir de cerdos desde que en 1952 se reportó el primer caso (12). Por este motivo quisimos conocer la frecuencia de esta parasitosis en esa especie buscando una posible explicación a la incidencia alta de portadores humanos de anticuerpos antitoxoplasma 24%, 54% y 61% en la ciudad de Bogotá (13, 14, inédito).

Existiendo la posibilidad de confundir en corte el *T. gondii* con *Sarcocystis* sp., tuvimos especial cuidado en diferenciarlos, lo que nos brindó la oportunidad de averiguar al mismo tiempo la prevalencia de este último. Recientemente ha sido demostrada en el hombre la infección con *Isospora hominis*, después de haber ingerido carne cruda de cerdo infectada con *Sarcocystis miescheriana* (15, 16, 17). Aunque la isosporosis en el hombre es con frecuencia críptica, las infecciones masivas pueden producir trastornos intestinales. Según Faust y colaboradores (1961) las áreas en que se han descubierto la mayoría de los casos son las islas sud-occidentales del Pacífico; en el estado de Sao Pau'o, en Brasil; Colombia; Natal, en el sur de Africa y Santiago de Chile. En Cali, Colombia la infección con *I. belli* e *I. hominis* parece ser inestable en el perro y en el hombre con una incidencia del 1% (18).

### MATERIALES Y METODOS

Se estudiaron 80 cerdos provenientes de diferentes localidades del país (Usme-Bogotá, D.E.; Guateque Boyacá; Puerto Rico-Caquetá; el Rosal-Cundinamarca San Andrés y San Gil-Santander del Sur).

La toma de muestras de los cerdos se hizo en el Frigorífico Guadalupe (Bogotá), limitándonos a tejido muscular intercostal y diafragmático de cada uno de los animales. Los fragmentos del músculo se fijaron en formol al 10% (pH7). Se incluyeron en bloque

\* Laboratorio de Microbiología y Parasitología, Universidad de los Andes, A. A. 4976, Bogotá, Colombia.

\*\* Departamento de patología, Instituto Materno Infantil, Bogotá, Colombia.

de parafina, y se tiñeron con Hematoxilina-Eosina (HE). Las placas fueron examinadas en su totalidad bajo un aumento de 400X para detectar la presencia de quistes de *T. gondii* y *Sarcocystis* sp. Además se procesaron en frascos muestras de músculo intercostal y diafragmático, los cuales se cortaron con micrótomo de congelación en secciones no mayores de 5 micras. Los cortes en fresco fueron examinados mediante la técnica de inmunofluorescencia directa (IFD), siguiendo las instrucciones de Wellcome Reagents Ltd., ya que se utilizó el antisuero fluorescente de dicha casa (Lote N° K 9984). La dilución óptima del antisuero en salina fosfatada (dilución de trabajo) con título 1/20 se averiguó mediante titulación en bloque, utilizando cortes de cerebro de ratones con toxoplasmosis crónica.

Se empleó un microscopio Leitz Orthoplan con iluminador de luz incidente (lámpara de mercurio de 200W). Se consideraron como positivos para *T. gondii*, los cortes que mostraban quistes con fluorescencia de color verde manzana, pudiéndose distinguir los braizoitos o taquizoitos. En cortes donde sólo se observaban formas extracelulares (trofozoitos), éstos debían tener no sólo la morfología típica de *T. gondii*, sino presentarse más de dos formas en un campo.

### RESULTADOS

Utilizando la prueba de IFD se encontró que de 80 cerdos estudiados, tres (3,8%) eran positivos para *T. gondii*. Ninguno de los cerdos mostró quistes de *T. gondii* en los cortes coloreados con HE.

Treinta y nueve de los 80 cerdos (48,8%) resultaron positivos para quistes, identificados como *S. miescheriana* (Tab'a). En la reacción del IFD los quistes de *S. miescheriana* no mostraron fluorescencia, sin embargo, se hicieron reconocibles al observar la pared del quiste de color verde opaco.

### DISCUSION

Se sabe que la prevalencia de anticuerpos anti-toxoplasma y el riesgo de adquirir la toxoplasmosis no es uniforme en las distintas regiones del mundo. Jacobs (19) cita poblaciones en Tahití y Guatemala que no comen carne de cerdo mal cocida, pero tienen una prevalencia de anticuerpos contra el *T. gondii* supremamente alta. Weiman y Chand'er (20) sugirieron la posibilidad de que animales diferentes al cerdo, pudiesen jugar algún papel importante en la transmisión de *T. gondii*.

Dado el reducido número de cerdos estudiados por nosotros, es difícil juzgar la importancia de este animal en la epidemiología de la toxoplasmosis humana. Sin embargo, el cerdo puede ser un reservorio importante de *T. gondii* en ciertas áreas de Colombia, donde hasta un 10% de los animales contienen quistes en fragmentos diminutos de los músculos examinados (1 corte IFD y 2 cortes coloreados con HE).

La alta prevalencia de *S. miescheriana* entre el 10% y el 90% de las muestras examinadas (con un promedio del 48,8%) nos permite asegurar que dicho parásito es frecuente en Colombia.

En ciertas áreas la *Isospora hominis*, es común en el hombre (21,22) y puede tener relación con la infección de cerdos con *S. miescheriana*. Sería interesante poder determinar la forma como nuestros cerdos se están infectando.

Llaman la atención las distintas prevalencias encontradas de *T. gondii* y *S. miescheriana* en las diferentes áreas del país, observación anotada también en otros países (6,23).

Desde el punto de vista epidemiológico, las costumbres locales e individuales de ingerir y preparar la carne son de importancia. En general, no existe en Colombia la costumbre de comer carne cruda, sin embargo, existe la posibilidad que por descuido se in-

**T A B L A**  
**PREVALENCIA DE TOXOPLASMA GONDII Y**  
**SARCOCYSTIS MIESCHERIANA EN CERDOS ..**

Sitio Geográfico	Total de Cerdos	Positivo para Toxoplasma		Positivo para Sarcocystis	
		Nº	%	Nº	%
Guateque (Boyacá)	20	0	0	18	90
El Rosal (Cundinamarca)	20	2	10	7	35
San Andrés (Santander)	10	0	0	1	10
San Gil (Santander)	10	1	10	6	60
Puerto Rico (Caquetá)	10	0	0	4	40
Usme (Bogotá, D.E.)	10	0	0	3	30
TOTAL	80	3	3,8	39	48,8

giera una pequeña porción mal cocida. Además, un cuchillo, tenedor o mesa, contaminados con carne infectada o el contacto mano boca con *T. gondii*, durante o después de la preparación de una comida, podría ser una fuente de infección. Por otra parte es conocido que su forma vegetativa (trofozoitos) puede invadir al hombre a través de las mucosas o pequeñas lesiones en la piel, lo cual implica un riesgo para aquellas personas que están en contacto con la carne cruda.

### S U M M A R Y

Eighty pigs, originating from six localities in central Colombia were examined for the presence of *Toxoplasma gondii* and *Sarcocystis* sp. by the direct immunofluorescent technique and by histoparasitological examination. *T. gondii* was found in three pigs and *S. miescheriana* in 39 of the animals. The potential importance of the pig in relation to toxoplasmosis and isosporosis of man is discussed.

### AGRADECIMIENTOS

Los autores están profundamente agradecidos con las siguientes personas: señorita CLAUDIA GOMEZ, por su asistencia en la ejecución de la reacción de IFD; Doctor GUILLERMO BAHAMON A., por la revisión del manuscrito y Doctor JUAN FRANCISCO AGUILAR, por su valiosa colaboración en la recolección de las muestras.

### REFERENCIAS

1. Nicolle, C.; Manceaux, L. Sur une infection a corps de Leishman (ou organismes voisins) due gondi. Compt. rend. Acad. Sci. 147: 763-766, 1908.
2. Sp'endore, A. Un nuovo protozoa parassita dei conigli: incontrato nelle lesioni anatomiche d' una malattia che ricorda in mu'ti punti il Kala-azar dell' uomo. Rev. Soc. Sci. Sao Paulo 3: 109-112, 1908.
3. Cordero del Campillo, J. Sobre la epidemiología de la toxoplasmosis. Rev. Iber. Parasitol. 33: 347-406, 1973.
4. Levine, N. D.; Nye, R. R. *Toxoplasma ranae* n. sp. from the leopard frog *rana pipiens* L. J. Protozool'. (in press).
5. Frenkel, J. K. Advances in the biology of Sporozoa. Z. Parasitenk. 45: 125-162, 1974.
6. Feldmanm H. A. Toxoplasmosis: An overview. Bull. N. Y. Acda. Med. 50: 110-127, 1974.
7. Jewel', M. L.; Thompson, D. P.; Frenkel, J. K. Toxoplasmosis: Títulos de anticuerpos en humanos y gatos domésticos de Medellín, Colombia. Antioquia Med. 23: 145-151, 1973.
8. Momberg - Jorgensen, H. C. Toxoplasmosis has

- svinet. Nord. vet.- Med. 8: 227-238, 1956.
9. Komiya, Y.; Kobayashi, A.; Koyama, T. Human toxoplasmosis, particularly on the possible source of its infection in Japan: A review. Jap. J. med. Sci. & Biol. 14: 157-172, 1961.
10. Janitschke, K. Animals as a source of *Toxoplasma* infections in man. Germ. med. Month. 1: 23-28, 1971.
11. Frenkel, J. K.; Dubey, J. P. Toxoplasmosis and its prevention in cats and man. J. infect. Dis. 126: 664-674, 1972.
12. Farrell, R. L.; Docton, F. L.; Chamberlain, D. M.; Cole, C. R. Toxoplasmosis. I. *Toxoplasma* isolated from swine. Ame. J. vet. Res. 13: 181-185, 1952.
13. Muñoz-Rivas, G. Toxoplasmosis en Colombia. Rev. Inst. Salubr. enferm. Trop. (Mex.) 19: 351-355, 1959.
14. Roever-Bonnet, H. de, Lelyveld, J.; Marinkelle, C. J. Toxoplasmosis in Latin-American countries. Trop. geogr. Med. 21: 451-455, 1969.
15. Rommel, M.; Heydorn, A. O. Beiträge zur Lebenszyklus der Sarkosporidien. III. *Isospora hominis* (Railliet and Lucet, 1891) Wenyon, 1923, eine Dauerform der Sarkosporidien des Rindes und des Schweins. Berl. Münch. tierarztl. Waschr. 85: 143-145, 1972.
16. Rommel, M.; Heydorn, A. O.; Fischle, B.; Gestrich, R. G. Beiträge zum Lebenszyklus der Sarkosporidien V. Weitere Endwirte der Sarkosporidien von Rind, Schaf und Schwein und die Bedeutung des Azischenwirtes. Berl. Münch. tierarztl. Wschr. 87: 392-396, 1974.
17. Heydorn, A. O.; Gestrich, R. G.; Mehlhorn; Rommel, M. Proposal for a new nomenclature of the Sarkosporidia. Z. Parasitenk. 48: 73-82, 1975.
18. Faust, E. C.; Giraldo, L. E.; Caicedo, G.; Bonfante, R. Human Isosporiosis in the Western Hemisphere. Amer. J. trop. Med. Hyg. 10: 343-349, 1961.
19. Jacobs, L. The interrelation of toxoplasmosis in swine, cattle, dogs, and man. Pub. Hlth. Rep. 72: 872-882, 1957.
20. Weinman, D.; Chandler, A. H. Toxoplasmosis in man and swine. An investigation of the possible relationship. J.A.M.A. 161: 229-232, 1956.
21. Laarman, J. J. Experiences with human *Isospora*. Acta Leidensis 36: 145-148, 1968.
22. Manschot, P. B.; Slegers, T. M.; Meuwissen, J.H.E.T. Een onderzoek naar het voorkomen van *Isospora hominis* in Nederland. Ned. Tdscht. Geneesk. 112: 2038-2041, 1968.
23. Vare a, G.; Molina, C; Sánchez I.; De Aluja, A. S. Toxoplasmosis estudio en sueros humanos en los últimos cuatro años. Comparación entre la serología de la toxoplasmosis y de la infección *Sarcocystis* en bovinos. Rev. Inst. Salubr. enferm. Trop. (Mex.) 32: 138-143, 1972.

## Insuficiencia renal aguda en Antioquia

Dr. Jorge Luis Arango A. \*  
 Dr. Jaime Borrero R. \*\*  
 Dr. Mario Arbeláez G. \*\*\*  
 Dr. Gonzalo Mejía V. \*\*\*\*  
 Srta. Amanda Orrego \*\*\*  
 Srta. Giomar Acosta \*\*\*  
 Sra. Miriam Londoño de B. ... \*\*\*

### RESUMEN

Se estudiaron las causas de Insuficiencia Renal Aguda (I.R.A.) en 119 pacientes admitidos al Hospital San Vicente de Paúl en nueve años, tres meses y se observó:

- 1) La causa más frecuente de I.R.A. fué el embarazo y sus complicaciones, incluyendo el aborto. Le siguieron en su orden Glomerulonefritis, uropatía obstructiva y septicemia.
- 2) La supervivencia para la primera causa del I.R.A. fué 75% y para todas las causas de I.R.A. 68%.
- 3) Una causística poco frecuente de 6 pacientes con I.R.A. por mordedura de serpiente.
- 4) La mortalidad más alta entre las 10 primeras causas se presentó en el grupo de pacientes con traumas y quemaduras (75%).

### INTRODUCCION

La razón para la alta mortalidad (50-70%) de pacientes con Insuficiencia Renal Aguda (I.R.A.) postquirúrgica en la actualidad permanece desconocida. La mortalidad en pacientes post-partum es del 20% y en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a diálisis sólo llega al 10% (1). Los problemas de desequilibrio hidro-electrolítico, acidosis y azoemia causados por falla renal aguda pueden controlarse mediante diálisis. Según esto, la causa de la alta mortalidad post-quirúrgica debe atribuirse a una cau-

sa subyacente a la falla renal aguda y no a la Insuficiencia Renal en sí misma.

Merece destacarse que en una serie de 26 pacientes sometidos a cirugía abdominal, la septicemia fué la causa de la falla renal aguda en 14 casos y de la muerte en el 62% (1). En este trabajo nos proponemos analizar las causas de insuficiencia renal aguda y de mortalidad en 119 pacientes sometidos a diálisis en la Unidad Renal del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín, durante 9 años, tres meses (1967-1976). Estos 119 casos representan el 66% de 180 pacientes con diagnóstico de I.R.A.

### MATERIAL Y METODOS

Todos los pacientes fueron referidos de las Salas de caridad del mismo Hospital, Clínica de los Seguros Sociales y Clínicas particulares de la ciudad. A todos se les hizo historia clínica, ionograma, hemograma, nitrógeno uréico, creatinina en el suero, sedimento urinario, leucograma, electrocardiograma, gases arteriales y radiografía simple de abdomen. Luego de esta primera evaluación, aquellos pacientes con Insuficiencia Renal Aguda establecida, se les colocó una fístula externa de Scribner con el fin de asegurar una vía permeable para efectuar las hemodiálisis que fueran necesarias y así restablecer la función renal. A los pacientes en quienes se podían practicar tres hemodiálisis por semana, se les permitió una libre dieta. A aquellos pacientes a los cuales no se les podían garantizar tres hemodiálisis o más semanales, hubo necesidad de suministrarles dieta hiposódica e hipoprotéica con 400 c.c. de líquido, más la cantidad de líquido equivalente a la eliminación de orina del día anterior. Nuestra unidad, como muchas otras, tiene recursos limitados, lo cual no siempre permite dializar los pacientes tres o más veces semanales. Cuando hubo necesidad de dializar los pacientes inmediatamente, debido a la gravedad de su enfermedad, se les colocó fístula de Scribner y simultáneamente se les practicó una diálisis peritoneal antes de utilizar las cánulas de acceso a la circulación.

### RESULTADOS

Los 180 pacientes con Insuficiencia Renal Aguda representan el 32.3% de un total de 557 pacientes dializados, durante nueve años y tres meses (Tabla 1). En 119 pacientes se determinaron claramente 21 causas diferentes de I.R.A. (Tabla 2). Puede observarse

\* Profesor de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia, Medellín.  
 \*\* Profesor de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia, Medellín.  
 \*\*\*\* Instructores Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia, Medellín.  
 \*\*\* Técnicas de Laboratorio. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia, Medellín.

**TABLA 1 — No. DE PACIENTES DIALIZADOS EN LA UNIDAD RENAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL**

1967 — 1976 (Marzo)

Fecha	Nº Casos
1967	30
1968	46
1969	25
1970	50
1971	48
1972	85
1973	68
1974	78
1975	98
1976 (3 meses)	29

Total 557 pacientes Dializados en 9 años, 3 meses.  
Con I.R.A. 180 (32.3%).

**MATERIAL Y METODOS**

**TABLA 2 — CAUSAS DE I.R.A. EN 119 PACIENTES**

1967 — 1976 (Marzo)

	Nº Casos	%	Mortalidad	
			Nº	%
1 - Embarazo y sus complicaciones incluyendo Aborto	44	37	11	25
2 - Glomerulonefritis Aguda	11	9.0	1	9
3 - Uropatía Obstructiva	10	8.4	4	40
4 - Septicemia	9	7.5	4	44
5 - Complicaciones Quirúrgicas	6	5.0	3	50
6 - Morderura de Serpiente	6	5.0	0	0
7 - Intoxicación	5	4.2	3	60
8 - Pielonefritis	5	4.2	0	0
9 - Traumas	4	3.3	3	75
10 - Quemaduras	3	2.5	2	75
11 - Hemorragia Tracto Digestivo	3	2.5	0	0
12 - Transfusión Incompatible	2	1.7	1	*
13 - Malaria	2	1.7	2	*
14 - Lupus	2	1.7	1	*
15 - Insuficiencia Cardíaca	1	0.86	1	*
16 - Deshidratación, Desequilibrio Electr.	1	0.86	0	*
17 - Inmersión	1	0.86	0	*
18 - Porfiria	1	0.86	1	*
19 - Diabetes Mellitus	1	0.86	0	*
20 - Neumonía	1	0.86	0	*
21 - Post-Trasplante Renal	1	0.86	0	*

Total 119 Pacientes - Supervivencia 70% - \* No Aplicable

que el mayor número de pacientes con I.R.A. corresponden a los casos de embarazo y sus complicaciones, incluyendo aborto infectado. Siguen en orden de incidencia Glomerulonefritis Aguda, Uropatía Obstruccion y Septicemia, etc. Según lo anterior, la primera causa de insuficiencia renal aguda correspondió a 44 pacientes distribuidos así: (Tabla 3), 27 casos de abortos sépticos con una supervivencia de 74%, 17 casos representados por otras complicaciones del em-

barazo como: Eclampsia, hemorragia post-partum, placenta previa y abruptio. La supervivencia en éste último grupo correspondió al 76.5%. La supervivencia total para esta serie de 44 pacientes fue del 75%. Los abortos sépticos representan el 27.4% del total de las pacientes con aborto admitidas al Hospital Universitario San Vicente de Paúl durante los últimos 5 años. De éstos sólo el 0.7% se complican con Insuficiencia Renal Aguda como puede observarse en la

TABLE 3 — EMBARAZO Y SUS COMPLICACIONES INCLUYENDO ABORTO SEPTICO

a). ABORTOS SEPTICOS (1er. TRIMESTRE)	27	SUPERVIVENCIA 74%
b). ECLAMPSIA		17
c). HEMORRAGIA POST - PARTUM		
d). PLACENTA PREVIA		
e). ABRUPTIO		
		TOTAL PACIENTES 44 SUPERVIVENCIA TOT. 75%

TABLE 4 — NUMERO DE ABORTOS

Fecha	Nº Abortos	Abortos Sépticos	%	Con Falla Renal. Agu.	%
1971	1.816	447	28	1	
1972	1.882	409	33	7	
1973	1.697	463	27	4	
1974	1.782	617	23	4	
1975	1.727	510	26	3	
TOTAL	8.904	2.446	27.4	19	0.7

Abortos Sépticos con I.R.A. 0.7

Tabla 4. Cinco hemocultivos (23%) resultaron positivos en 22 pacientes con Insuficiencia Renal Aguda por aborto séptico (Tabla 5). Los 22 hemocultivos negativos podrían explicarse por el uso previo de antibióticos, y tal vez el hecho de no ser necesaria la entrada de la bacteria al torrente sanguíneo, para producir shock séptico. Según algunos autores, basta solamente la presencia de la bacteria en el útero (2). Se ha establecido que el método más utilizado en Antioquia para provocar aborto son las automaniobras y la sonda y que la mayoría de éstos ocurre en mujeres solteras (3).

TABLE 5 — HEMOCULTIVOS ABORTO SEPTICO

Negativos	22
Positivos	5 (Gérmenes Gram Negat.) 23%

La Glomerulonefritis Aguda (G.N.A.) ocupó el segundo lugar entre las causas de insuficiencia renal aguda, lo cual posiblemente se debió a la epidemia de Escabiosis con Piodermatitis, que en los últimos años de la presente estadística se presentó en distintas regiones de Colombia. Según esto, la mortalidad por insuficiencia renal aguda originada en Piodermatitis, ocurrió en 1 caso de 11 (9%; Tabla 2). Diez pacientes (8.4%) con Uropatía obstruccion, cuyas causas se presentan en la Tabla 6, referidos por el Servicio de Urología mostraban funciones renales muy deterioradas. Dichos pacientes previo al procedimiento quirúrgico o diagnóstico necesitaron diálisis (Tabla 6). Cuatro de los diez pacientes fallecieron (mortalidad 40%; Tabla 2). Nueve pacientes con Septicemia presentaron I.R.A. (7.5%). De éstos 4 (44%) fallecieron (Ta-

TABLE 6 — CAUSAS DE I.R.A. POR UROPATIA OBSTRUCCION

Tumores Malignos	3
Litiasis Renal	3
Ligadura de Ureteres	1
Fibrosis Retroperitoneal Post-Irradiación	1
Estenosis Ureteral Bilateral	2

bla 2). Dicha mortalidad fué mayor que en los grupos anteriores debido, posiblemente, al shock septicémico que presentan estos pacientes. Seis casos (5.1%; Tabla 2) presentaron I.R.A. por mordedura de serpiente. Estos pacientes procedían del Departamento de Antioquia donde se sabe que es frecuente la mordedura por *Bothrops atrox* (Mapaná), la cual produce lesión renal; en éste grupo de seis pacientes no hubo mortalidad.

El número de casos por intoxicación fue de 5 (4.2%; Tabla 2). Cuatro de éstos por alcohol metílico y uno por barbitúricos, con una mortalidad del 60%. Traumas y quemaduras (Tabla 2) contribuyeron a la mortalidad más alta (75%) entre las 10 primeras causas. De las otras causas de Insuficiencia Renal Aguda que siguen a continuación sólo vale la pena destacar 2 casos de Malaria por *Falciparum*, los cuales murieron por sus complicaciones cerebrales y pulmonares (Tabla 2).

Un caso de trasplante renal necesitó tres hemodiálisis semanales (Tabla 2) por espacio de 28 días, pero finalmente se recuperó. En éste paciente el tiempo de isquemia durante el acto quirúrgico fué de 30 minutos, pero el donante (cadáver) había estado en shock durante varios minutos previa la nefrectomía. Posiblemente este fué un factor contribuyente a la I.R.A. Como este paciente también recibió esteroides y anticoagulantes durante la hemodiálisis, creemos que un fenómeno de rechazo pudo también intervenir en la falla renal aguda del paciente (4).

## DISCUSION

Las causas de I.R.A. en nuestra serie donde el embarazo y sus complicaciones representan el 37% (Tabla 2) de todos los casos, son completamente diferentes a las reportadas en Estados Unidos, Dinamarca, Australia, Inglaterra y Alemania. En éstos países la primera causa de I.R.A. es la cirugía y sus complicaciones, incluyendo reacciones transfusionales. Esta representa entre el 23 y el 60% de todas las causas (5). Tanto en Francia (6) como en Argentina (7), el aborto fué la causa más frecuente de I.R.A. Esta incidencia es muy similar a la encontrada en nuestros pacientes. A partir de 1971, el aborto aparece como primera causa de I.R.A. en Argentina (8). La mortalidad del 25% por embarazo y sus complicaciones (Tabla 2), es similar a la mortalidad informada por otros autores, la cual varía entre 9 y 34% (9). En el embarazo y sus complicaciones se pueden considerar dos subgrupos: El primero representado por el aborto que ocurre más frecuentemente en el primer trimestre del embarazo y el segundo representado por eclampsia, aborto diferido y hemorragia que suceden el segundo y tercer semestres (10). El número de pacientes con aborto infectado en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl durante los últimos 5 años (1971-1975), fué de un 27.4% en promedio (Tabla 4)

con relación a todos los abortos ocurridos en el mismo centro durante el mismo periodo de tiempo. De los pacientes con aborto infectado, 0.7% tuvieron I.R.A. como complicación (Tabla 5). Esta cifra (0.7%) es muy alta si se compara con las estadísticas de aborto en otros centros como Nueva Orleans, donde en 20 años no se informa de un solo caso de I.R.A. por ésta causa (11). Se sabe que en los países que tienen el aborto legalizado la I.R.A. como complicación del aborto es la excepción. Los pacientes que presentaron I.R.A. por Glomerulonefritis Aguda (G.N.A.) no son frecuentes (12). Sin embargo, como se mencionó antes, todos nuestros pacientes presentaron piodermatitis por escabiosis, la cual finalmente condujo a I.R.A. Merece destacarse que la presencia de Insuficiencia Renal Aguda no es lo usual en pacientes con glomerulonefritis post-estreptocócica pero se presenta en 0.9% (12). Hay algunos autores que informan su existencia sin presentar porcentajes (13). Los pacientes con uropatía obstructiva necesitaron hemodiálisis previa a cirugía de vías urinarias para mejorar su estado general. En éste grupo hubo una mortalidad del 40% (Tabla 2). En los pacientes con septicemia y complicaciones quirúrgicas, la mortalidad no fué tan alta (44%) como en los pacientes con traumas y quemaduras (75%; Tabla 2). Probablemente la causa de muerte en los anteriores grupos, fué la misma o sea infección. El número de pacientes con I.R.A. por mordedura de serpiente (*Bothrops atrox*) fué de 6 casos. Dicho género de serpiente está ampliamente representado en el país por más de 10 especies (14). Este hecho vale la pena mencionarlo por su rareza en la literatura médica Norteamericana y Europea, en las cuales sólo se reportan casos esporádicos producidos por serpientes "cascabel" (*Crotalus terrificus*). Por último se presentaron 2 casos de malaria por *falciparum*. Dichos pacientes murieron por causas extrarrenales debido al compromiso sistémico que produce esta enfermedad (Tabla 2). Se sabe que un 78% de los casos de malaria por *falciparum* evoluciona con función renal normal (15). Sin embargo, se han reportado casos con I.R.A. por malaria en los cuales ha sido necesario practicar hemodiálisis para recuperarlos (16). Se sabe que la Coagulación Intravascular constituye uno de los mecanismos más importantes que contribuyen al edema agudo del pulmón y muerte de algunos de éstos pacientes (17). Se presentó un caso de I.R.A. por trasplante y rechazo con recuperación subsecuente. Es posible recuperar la función renal en algunos de éstos pacientes cuando se tratan adecuadamente con diálisis, esteroides e inmunosupresores. En la actualidad se invoca un mecanismo común como causa de I.R.A.: redistribución del flujo sanguíneo renal con isquemia cortical, liberación de renina-angiotensina, depósito de fibrina (18), e nefectividad de las prostaglandinas para neutralizar la renina (19). En el caso particular del embarazo y sus complicaciones, se in-

forma en los animales de experimentación, que el embarazo modifica la reacción de Shwartzman y permite que ésta ocurra después de una sola inyección de endotoxina (20).

### S U M M A R Y

The etiology of Acute Renal Failure was investigated in 119 patients admitted to the University Hospital San Vicente de Paúl during 9 years and 3 months and it was observed:

1. Pregnancy and its complications including abortion was the first cause; it was followed by Glomerulonephritis, Obstructive uropathy and Sepsicemia.
2. 75% was the survival rate for the first cause of acute renal insuficiency and 68% for all causes.
3. It was unusual to find 6 cases of acute renal failure due to snake bite.
4. The highest mortality rate among the first 10 causes of acute renal failure was found in patients with trauma and burn (75%).

### REFERENCIAS

1. ELMGREN, David T., et al. Acute renal failure after abdominal surgery, the importance of sepsis. *Am. J. Surg.* 128(6): 743-745, Dec., 1974.
2. HARKINS, J. L., WILSON, D. R. and MUGGAH, H. F. Acute renal failure in obstetrics. *Am. J. Obstet. Gyneco.*, 118(3): 331-336, Feb., 1974.
3. JUBIZ H., Alfonso y otros. Aborto hospitalario. *Antioquia Med.* 22(1): 35-57, 1972.
4. NAJARIAN, John S. and SIMMONS, Richard L. Transplantation. Philadelphia, Lea and Febiger, 1972. pp. 441-442.
5. BLACK, Douglas. Renal Disease. 3 ed. Oxford, Blackwell, 1972, p. 442.
6. HAMBURGER, Jean. Nefrología. Barcelona, Toray, 1967, p. 787.
7. LANARI, A. y otros. El aborto séptico con insuficiencia renal aguda; estudio sobre 150 casos. *Medicina.* (Buenos Aires), 33(4): 331-360, Jul.-Ago., 1973.
8. BLACK, Douglas. Renal Disease. 3 ed. Oxford, Blackwell, 1972. p. 447.
9. THOMSON, Gerald E. Acute renal failure. *Med. Clin. North Am.* 57(6): 1579-1589, Nov. 1973.
10. CLARKSON, A. R., et al. Consumption coagulopathy and acute renal failure due to gram negative septicemia after abortion; complete recovery with heparin therapy. *Ann Intern Med.* 70(6): 1191-1199, Jun., 1969.
11. KRUPP, Philip J., et al. Maternal mortality. *Obstet Gynecol.* 35(5): 823-829, May, 1970.
12. LEWY, J. E., et al. Clinicopathologic correlation in acute poststreptococcal glomerulonephritis. *Medicine* (Baltimore), 50: 453-501, Nov., 1971.
13. HARRISON, Tins'ey R. Principles of Internal Medicine. 7 ed. New York, Macgraw-Hill, 1974. pp. 1388-1391.
14. RESTREPO I., Marcos. Mordeduras por Serpientes. *Antioquia Med.*, 19(6): 459-469, 1969.
15. SITPRIJA, V., et al. Renal failure in Malaria. *Lancet*, 1: 185-188, 28 Jan., 1967.
16. CANFIELD Craig, J., et al. Acute renal failure in plasmodium fa ciparum malaria; treatment by peritoneal dialysis. *Arch Intern Med.* 122(3): 199-203, Sep., 1968.
17. SOMPONE, Puny-gupta., et al. Acute pulmonary insuficiency in falciparum malaria; summary of 12 cases with evidence of disseminated intravascular coagulation. *Am J Trop Med.* 23(4): 551-559, 1974.
18. EMMANOUEL, Dimitrios S., and KATZ, Adrian I. Acute Renal failure in obstetric septic shock; current views on pathogenesis and management. *Am J Obstet Gynecol.* 117(1): 145-159, 1 Sep., 1973.
19. OKEN, Don'd E. Role of prostaglandins in the pathogenesis of acute renal failure. *Lancet*, 1319-1322, 14 Jun., 1975.
20. MCKAY Donad G., WONG, Ting and GALTON, Michael. Effect of pregnancy on the disseminated thrombosis caused by bacterial endotoxin. *Fred Proc.* 19(1): 246, Mar., 1960.

# Uso de los Antihistaminicos en Odontoestomatología

Dr. Jairo Isaza Cadavid \*

## INTRODUCCION

La gran cantidad de material de lectura asimilado para poder escribir los trabajos de investigación relacionados con los Antihistaminicos (3, 4, 5, 6, 7, 8), nos empapó hasta la saciedad de todo lo concerniente a estos fármacos. De todos estos conocimientos acumulados, pusimos en práctica lo que podía servirnos para un exitoso ejercicio clínico de nuestra Profesión. Para nuestros lectores haremos un extracto de las aplicaciones que hemos encontrado para los Antihistaminicos.

1º) "Drogas antihistamínicas o antagonistas competitivos de la histamina son las substancias que, actuando sobre las células efectoras, impiden o bloquean las respuestas de éstas a la histamina". (2, pág. 588).

Debe recordarse que "la histamina parece actuar sobre dos receptores diferentes, denominados H1 y H2. La contracción de músculo liso en bronquios e intestino está mediada por receptores H1 y antagonizada por un antihistamínico típico. Por otra parte, los receptores H2 median las acciones de la histamina sobre secreción gástrica, aceleración cardíaca e inhibición de las contracciones del útero de rata. Estas acciones son antagonizadas por un nuevo tipo de antihistamínico como la Burimamida y el similar Metiamida" (9, pág. 161).

"Los antihistamínicos de empleo corriente son antagonistas de receptor H1. Los antagonistas de receptor H2 todavía se hallan en etapa experimental, pero merecen gran interés teórico y posiblemente también práctico. La Burimamida y la Metiamida son antagonistas de receptor H2" (9, pág. 172).

"La acción Farmacológica fundamental de estas drogas es la de antagonizar los efectos de la histamina, pero además poseen acciones directas sobre algunos sistemas orgánicos que en general —no siempre— dan lugar a efectos colaterales indeseables" (2, pág. 589). Estas acciones directas son precisamente las que nosotros aprovechamos, haciendo una adecuada dosificación para que los efectos colaterales indeseables, se nos conviertan en acciones terapéuticas

directas encaminadas a facilitar la práctica profesional.

Es cierto que los efectos colaterales, sobre todo la sedación, la somnolencia, la fotosensibilización y otros limitan la utilidad de los preparados (10, pág. 212), pero debe tenerse en cuenta que en Odontoestomatología no los vamos a utilizar por tiempo largo, ni a dosis que sobrepasen las normales.

2º) Acciones diferentes de los antihistamínicos: Estos fármacos tienen un buen número de acciones adicionales. Estas son: 1) efectos sobre el sistema nervioso central; 2) efecto anticolinérgico; 3) propiedades anestésicas locales; 4) acciones antiserotonínicas; 5) efecto cocaínico con respecto a las catecolaminas (11, pág. 181). La acción sedante es diferente a la de los barbitúricos y a la de otros hipnóticos. El efecto anticolinérgico se manifiesta por sequedad de boca y disminución de las secreciones bronquiales. Las propiedades anestésicas locales se manifiestan cuando se usan en el tratamiento del prurito o de ciertas úlceras de la boca. Las propiedades antiserotonínicas son comunes a la mayoría de los antihistamínicos. La mayor parte de ellos tiene alguna actividad atropínica y, al menos en algunos, el antagonismo de la acetilcolina es de competición (12, pág. 528).

## DISCUSION

Por lo que hemos visto en lo anterior, podemos afirmar que los fármacos de que venimos tratando son:

- 1) Antihistamínicos
- 2) Antiserotonínicos
- 3) Anticinetósicos
- 4) Antieméticos
- 5) Antisialagogos
- 6) Antilaberintíficos
- 7) Relajadores musculares moderados.
- 8) Sedantes
- 9) Hipnóticos
- 10) Anestésicos locales.
- 11) Antiparkinsonianos
- 12) Preanestésicos
- 13) Disminuidores de las secreciones bronquiales
- 14) Útiles en el tratamiento de las aftas bucales
- 15) Útiles en el tratamiento del shock alérgico
- 16) Útiles en el tratamiento de la infección de Vincent.

\* Departamento de Farmacología y Toxicología.  
Facultad de Medicina de la Univ. de Antioquia.

Haremos un breve análisis de las aplicaciones que hemos encontrado a estas propiedades de estos medicamentos:

1) El primer numeral, o sea el que comprende el de la acción farmacológica antihistamínica, no necesita explicaciones mayores, pues obviamente el medicamento prescrito estará destinado a combatir los efectos de la histamina liberada anormalmente. La indicación fundamental la constituyen los procesos alérgicos.

2) Muchos de los antihistamínicos son capaces de inhibir los efectos de la 5 - hidroxitriptamina o serotonina. Recordemos que muchas de las cefalalgias por las que algunos pacientes consultan, no ceden a ningún tratamiento clásico y sólo lo hacen cuando se recurre a uno de estos medicamentos que posean esta propiedad (Prometacina o Fenergán, Ciproheptadina o Periactín y otros).

3) Varios antihistamínicos, entre ellos la difenhidramina (Benadryl), el dimenhidrinato (Dramamine), la Prometacina (Fenergán) y otros, tienen la propiedad de prevenir y aliviar los síntomas de la cinetosis (mareos por viajes en ciertos vehículos) al deprimir los reflejos laberínticos. Naturalmente esta no es indicación para ser tratada por el Odontólogo pero sí lo es el de aliviar el síndrome de estimulación laberíntica que ocurre en el mal de Menière, por ejemplo, cuando a pacientes con este síndrome se les desata la crisis por efectos de la subida o bajada del sillón, el ruido de las turbinas de alta velocidad, etc. No está por demás recordar que en pacientes con traumatismos craneanos se puede presentar, por las mismas causas, el síndrome de estimulación laberíntica, lo que constituye otra indicación para el uso de estos fármacos.

4) La eficacia de los antihistamínicos en el mal por movimiento (cinetosis), ha dado la pauta para que se usen como antieméticos en el control de los vómitos postoperatorios, las náuseas y vómitos del embarazo y las consecutivas a la radiación. Aunque algunos autores dudan de su eficacia (12, pág. 533) nosotros la hemos podido comprobar al poder prevenir vómitos en los pacientes odontológicos, sometidos a toma de impresiones o de radiografías, así como a aquellos con anestesia local que involucra el velo del paladar. Es muy dicente el hecho de que algunos de estos enfermos fué imposible, debido a las náuseas, tomarles radiografías de las arcadas superiores en su parte posterior; solamente cuando previamente a la toma de las placas, se les administró una dosis de 50 mgms de Fenergán se logró realizar el proceso radiológico. Esto puede darle al lector una idea de la amplia gama de aplicaciones que en el campo de la Odontología tienen los antihistamínicos.

5) El control de la salivación en el ejercicio de la Odontología, es básico. Muchos procesos operatorios desencadenan en determinados pacientes una sialorrea imposible de contener con los medios mecáni-

cos con que contamos (rollos de algodón, eyector de saliva, aspirador). El uso de anticolinérgicos poderosos como el Clorhidrato de oxifenciclímima (Daricón), el bromuro de metanteína (Banthine), el bromuro de propanteína (Probanthine) y otros, no deja de tener sus graves inconvenientes porque pueden producir manifestaciones análogas a las de la atropina: sequedad exagerada de boca y garganta, midriasis, visión borrosa, taquicardia, dificultad para orinar, impotencia genital. Además, debe tenerse presente que todos los anticolinérgicos sintéticos están contraindicados en el glaucoma y en los casos de hipertrofia prostática (1, pág. 567). Por sus acciones sobre el sistema nervioso autónomo la mayoría de los antihistamínicos posee actividad anticolinérgica y antagoniza las acciones de la acetilcolina, manifestándose esta propiedad por una moderada sequedad de boca, que es lo que aprovechamos en Odontología. Sin causar los trastornos que ocasionaríamos con los anticolinérgicos específicos (sintéticos), podremos obtener una adecuada disminución de la secreción salival, lo que redundará no solamente en beneficio nuestro, sino en el de nuestros pacientes.

6) Lo atinente a este ordinal, lo hemos tratado bajo el número 3, no teniendo en realidad, nada más que agregar.

7) Se sabe que los antihistamínicos poseen una acción antiespasmódica en el tracto digestivo (1, pág. 594) y que ayudan a disminuir el temblor y la parálisis agitante (enfermedad de Parkison). Esto, unido a los efectos anticolinérgicos, nos ha llevado a utilizarlos como relajadores musculares moderados. Recurrimos a ellos, en lugar de los depresores de la musculatura esquelética de acción medular (11, pág. 125) por cuanto si sus acciones no son muy tóxicas, sus efectos son muy potentes y en Odontología (salvo en Cirugía no necesitamos un grado tan alto de actividad. El uso de la Prometazina o de la Difenhidramina a la dosis de 25 mgms. 2 veces al día la primera y de 50 mgms. 3 veces al día la segunda, es suficiente para producir un grado adecuado de relajación muscular, muy útil por ejemplo, en afecciones de la articulación témporo mandibular. Recordemos las afecciones centrales de estos medicamentos y sus efectos sedantes e hipnóticos de acuerdo a la dosificación.

8) y 9) De acuerdo a las dosis, algunos medicamentos obran como sedantes (dosis menores) o como hipnóticos (dosis mayores). Lo mismo ocurre con los antihistamínicos. Pero debe tenerse en cuenta que si las dosis aumentan exageradamente, la sedación queda substituída por irritabilidad, llegando incluso a convulsiones, hiperpirexia o muerte. Esto hace que se deba ser muy prudente en la medicación sedante e hipnótica, principalmente en los niños. De todas maneras, personalmente creemos que es menos peligroso sedar a un paciente o inducirle un sueño reparador con un medicamento de este tipo, que con fár-

macos tipo barbitúricos u otros hipnóticos. Es muy conveniente para algunos procedimientos odontológicos que el paciente haya tenido la víspera una noche tranquila y que haya dormido lo suficiente. Una dosis de un antihistamínico adecuado (50 mgms. de Benadryl ó 50 mgms. de Fenergán) proporcionará un sueño tranquilo y suficiente para que el paciente se presente al consultorio en condiciones óptimas. Debe tomarse en consideración que estos medicamentos, prescritos como hipnóticos y sedantes, alteran las actividades diarias del enfermo y pueden embotarle la mente y exponerlo a accidentes. Por esta razón debe advertírsele que no debe conducir vehículos automotores y que además debe concurrir con un acompañante al consultorio.

10) Como anestésicos locales, todos los antihistamínicos obran en mayor o menor grado. No se utilizan para producir anestesia local por vía parenteral debido a su gran irritabilidad, pero sí se usan para combatir el prurito en aplicación tópica y para disminuir el dolor en algunas úlceras bucales.

11) Como un efecto de sus propiedades anticolinérgicas, algunos antihistamínicos (principalmente la Difenhidramina o Benadryl) son muy útiles en el mejoramiento de los síntomas de la enfermedad de Parkinson. Todos los colegas con algunos años de práctica saben lo difícil que es atender a un Parkinsoniano no controlado. Ya habíamos mencionado que el Benadryl mejora la rigidez y el temblor de la parálisis agitante, lo que redundará en una mayor facilidad para la atención odontológica de estos pacientes.

12) Como medicación preanestésica estos fármacos son de un valor incalculable para el Odontólogo. Y cuando hablamos de medicación preanestésica no necesariamente nos referimos a anestesia para intervenciones quirúrgicas. Muchos procedimientos odontológicos se beneficiarían grandemente si el paciente fuera premedicado. El tallado de piezas para prótesis, intervenciones endodóncicas y periodóncicas, exodoncias, curetajes, etc., se llevarían a cabo más fácilmente si media hora antes de ellos se administrara al paciente una dosis de 25 a 50 mgm. de Fenergán. Si ponemos en práctica esto, no solamente estamos actuando con una medicación preanestésica, sino que estamos beneficiando al paciente con todas las propiedades que a lo largo de estas páginas hemos descrito de los antihistamínicos, lo que además redundará en beneficio del operador.

Cuando se trata de intervenciones quirúrgicas de alguna envergadura, recurrimos a la misma prometaína a la dosis de 50 mgms. en combinación con otros medicamentos como Meperidina (Demerol) y escopolamina, una hora antes de la intervención. En nuestro medio los anestesiólogos son los encargados de administrar esta medicación, liberando al cirujano

de esta tarea. De todos modos es bueno anotar que se produce analgesia, sedación y ligero sueño lo que facilita la anestesia general, disminuye la dosis de los anestésicos y previene las náuseas y los vómitos (2, pág. 601).

13) Hemos visto ya que los antihistamínicos por sus propiedades atropínicas disminuyen las secreciones bronquiales. No es una indicación muy clara para odontología pero podrían beneficiarse algunos pacientes que con motivo del "Stress" que significa la concurrencia a un consultorio odontológico, ven aumentadas sus secreciones, lo que en última instancia significaría un beneficio no despreciable.

14) Un antihistamínico, el Benadryl, ha sido utilizado por nosotros como coadyuvante en el tratamiento de las aftas bucales así como de otras ulceraciones de la boca. Por sus propiedades anestésicas locales lo recomendamos primitivamente a nuestros pacientes para facilitarles la ingestión de alimentos. Por ser muy dolorosas estas ulceraciones entorpecen la alimentación; si unos 10 minutos antes de las comidas los pacientes retienen en su boca una cucharita de jarabe de Benadryl durante 3 minutos y luego lo degluten, el medicamento ejerce su acción anestésica local y el enfermo puede comer más confortablemente.

Para sorpresa nuestra, este no fué el único beneficio que los pacientes obtuvieron. La evolución normal de la úlcera (entre 8 y 10 días) rebajó y se podía observar la cicatrización casi completa al cabo de 3 ó 4 días. No tenemos una explicación para este fenómeno pero podría aventurarse una más o menos racional: la acción antihistamínica contra los efectos de las toxinas de los microorganismos responsables de la úlcera, que liberarían histamina localmente y que impedirían la rápida cicatrización de la úlcera. No quisiéramos dejar pasar la ocasión sin mencionar, así sea de paso, que en nuestra práctica privada hemos logrado un éxito relativo también, en el tratamiento de estas ulceraciones, prescribiendo a los pacientes que las sufren enjuagatorios (aplicación tópica) con leche de magnesia. La evolución disminuye también a 3 días.

15) No debe perderse de vista que el shock alérgico puede presentarse en el ejercicio de la odontología, bien sea por la administración de anestésicos locales, bien sea para la aplicación de algunos otros medicamentos. Si bien es cierto que en estos casos las drogas de elección son las aminas simpaticométicas tipo adrenalina, no lo es menos que como los antihistamínicos se oponen a las manifestaciones sintomáticas debidas a la liberación de histamina en la reacción antígeno-anticuerpo, encuentran un lugar importante en el tratamiento de este tipo de shock. En nuestra práctica privada hemos encontrado útil el siguiente esquema de tratamiento:



## CONCLUSIONES

- 1) Los antihistamínicos, por sus propiedades farmacológicas intrínsecas, tienen aplicaciones en Odontología.
- 2) Por sus efectos colaterales o secundarios, los antihistamínicos encuentran una amplia gama de indicaciones en la práctica odontológica.
- 3) El Odontólogo debe aprovechar las propiedades farmacológicas intrínsecas, así como los efectos colaterales o secundarios de los antihistamínicos para mejorar los procedimientos de su práctica diaria y para mayor beneficio de sus pacientes.
- 4) Como prácticamente los antihistamínicos no tienen contraindicaciones (naturalmente, si son utilizados de una manera racional), su uso no implica ningún riesgo para el Odontólogo y para su paciente.

## SUMMARY

Principal actions and collateral and secondary effects of antihistaminic are revealed. The uses in Dentistry are demonstrated and the Dentist is impuled to use antihistaminics in his clinical practice.

## REFERENCIAS

- 1) Litter, Manuel: "Farmacología" 4ª edición. Librería "El Ateneo". Editorial. Buenos Aires. 1972, pág. 580.
- 2) Litter, Manuel: "Farmacología". 4ª edición. Librería "El Ateneo". Editorial. Buenos Aires. 1972, pág. 110.
- 3) Isaza-Cadavid, Jairo; Osorio-Gutiérrez, Raúl Guillermo et al: "Efecto protector de algunas aminas frente a distintos tóxicos. I) Determinación de colinesterasas eritrocíticas en el perro". Boletín Informativo del Colegio de Médicos Veterinarios y Zootecnistas de Antioquia (Colveza). 1: 5-20, 1972.
- 4) Córdoba-P., Darío; Isaza-Cadavid, Jairo et al: "Efecto protector de algunas aminas frente a distintos tóxicos. II) Nuevo estudio clínico sobre el uso de la difenhidramina en el tratamiento de las intoxicaciones por fosforados orgánicos. Fundamentación experimental". Boletín de la sección de plaguicidas. Centro de Toxicología. Cátedra de Toxicología. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Buenos Aires, Nº 10, pág. 6-19. Mayo de 1973.
- 5) Heredia de Córdoba, Elsa; Isaza-Cadavid, Jairo et al: "Efecto protector de algunas aminas frente a distintos tóxicos. III) Tratamiento del perro intoxicado con fosforados orgánicos con atropina-difenhidramina". Boletín Médico del Hospital Infantil de Méjico. 32: 411-422, 1975.
- 6) Osorio-Gutiérrez, Raúl Guillermo; Isaza-Cadavid, Jairo et al: "Efecto protector de algunas aminas frente a distintos tóxicos. IV) Tratamiento del perro intoxicado con fosforados orgánicos con un antihistamínico carente de acciones centrales". Antioquia Médica, 23: 195-209, 1973.
- 7) Isaza-Cadavid, Jairo; Osorio-Gutiérrez, Raúl Guillermo et al: "Efecto protector de algunas aminas frente a distintos tóxicos. V) Correlación entre colinesterasas eritrocíticas y hematocrito en el perro". Revista Colveza, 2: 41-52, 1973.
- 8) Isaza-Cadavid, Jairo: "Replanteamiento en la clasificación de los antihistamínicos". Para ser publicado en la Revista Relatos Médicos del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales. Medellín-Colombia, S. A., 1976.
- 9) Goth, Andrés: "Farmacología Médica". 7ª edición. Traducido al español por el Dr. Alberto Folch y Pi. Nueva Editorial Interamericana. México, D.F., 1975.
- 10) Rocha E. Silva, M.: "Fundamentos Da Farmacologia e suas aplicacoes a Terapeutica" 3ª edición. EDART - Sao Paulo Livraria Editora Ltda. 1973.
- 11) Goth, Andrés: "Medical Pharmacology". Fifth edition. The C. V. Mosby Company. Saint Louis. 1970.
- 12) Goodman, Louis S.; Gilman, Alfred: "Bases Farmacológicas de la Terapéutica". Cuarta edición. Traducido al español por los Dres. Alberto Folch y Pi, Miguel Angel Mota Guzmán y Santiago Sapiña Renard. Nueva Editorial Interamericana. México. 1974.
- 13) Rosenstein, Emilio; Del Campo, Alfonso Martin et al: "Diccionario de Especialidades Farmacéuticas". Tercera edición. P.L.M. International (Colombia) Ltda. Bogotá. 1974.

## Familia y adolescencia

### Opiniones de un Pediatra

Dr. Enrique Dulanto Gutiérrez \*

Abordar el tema de la familia y el adolescente, significa necesariamente disertar sobre la interacción del grupo y los jóvenes que en él quedan incluidos. El hablar en particular de esta etapa de la vida, obedece a la necesidad didáctica de enfatizar las peculiaridades que acontecen como resultado de las características del desarrollo adolescente, mismas que obligan a cambiar pautas de conducta en los sistemas que facilitan la operancia de la dinámica familiar, de manera tal, que el marco de referencia puede seguir supliendo su misión y facilitando la función esencial de la familia: Favorecer el crecimiento y desarrollo humano.

Antes de proseguir, creo necesario dejar constancia de lo que por familia y adolescentes entendemos.

Por familia entendemos un grupo humano que reunido intercambian afecto, valores y otorga mutua protección; por ello encontramos como inmejorable definición la que ofrece Ackerman: "Se puede considerar como una especie de unidad de intercambio; los valores que se intercambian son amor y bienes materiales. Estos valores fluyen en todas direcciones dentro de la esfera familiar. Generalmente, sin embargo, los padres son los primeros en dar". Este mismo autor opina que los fines esenciales humanos y sociales para los cuales se ha establecido la familia se resumen en las siguientes funciones de vital interés:

1. Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida; protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.
2. Provisión de unión social que es la matriz de los efectos de las relaciones familiares.
3. Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y las fuerzas psíquicas para enfrentar experiencias nuevas.
4. El moldeamiento de los roles sexuales, preparador del camino para la maduración y relación sexual.
5. La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.

6. El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

La familia descrita en los puntos anteriores, se convierte en la unidad primordial y campo de experiencia y desarrollo del adulto y del hijo desde niño hasta su desprendimiento al final de la adolescencia, o el abandono del hogar primario. Para este, será el núcleo en donde contemple sus primeros triunfos y fracasos y encuentre su primer intento de sociabilización. Función ésta última que debe alcanzar su clímax durante la adolescencia.

En nuestro concepto, adolescencia es una etapa crítica del crecimiento y desarrollo humano, dominado por la tarea de lograr la maduración psicosocial del individuo. En corto tiempo, quien la vive tiene que sufrir una experiencia existencial única e intransferible, por eso algunos autores le han denominado una moratoria existencial y otros como Winnicot ha expresado que: "Es una experiencia de vivir y es un problema del existir".

Importante en esta ocasión será recordar a ustedes que quienes atraviesan la etapa deberán emocionalmente madurar cumpliendo entre muchas las siguientes tareas que le integrarán a la vida social como persona contribuyente en la comunidad, así: aceptar un rol psíquico y sexual; establecer un nuevo tipo de relación frente a los padres; adquirir independencia emocional y económica de la familia; escoger y prepararse para el desarrollo de una ocupación; desarrollar capacidades intelectuales y conceptos nuevos para su adecuada competencia social; adquirir patrones de conducta responsable; prepararse para el matrimonio y la dirección de una familia; construir valores propios que están en armonía con el medio que vive.

Enumerar esta lista es fácil, cumplirla es harto difícil; las posibilidades serán mayores en tanto la familia esté enterada de cuáles son las pautas normales del desarrollo bio-psicosocial de sus hijos en primer lugar y en segundo, qué tan motivados estén para con afecto, prudencia y tacto, acompañar a su prole en el fenómeno existencial de la maduración.

Esta condición como todas aquellas que concurren al funcionamiento de la familia debe iniciarse desde la etapa neonatal si se desea continuidad y éxito en la adolescencia. Los padres deberán sentar las leyes y reglas del juego, mismas que irán cambiando en forma general y en la relación particular para cada miembro,, según las etapas por las que atraviesa

\* Depto. Medicina de Adolescentes  
Hospital Infantil de México.

la familia y el individuo; es decir, deberá la familia crear un marco de referencia, de acuerdo a sus valores, capacidades para mejorarlo, y su personalidad.

Nunca será posible tener una relación familia-adolescencia sana y próspera, si no se ha intentado en etapas previas a ésta, una apropiada interacción con el individuo; después de todo el adolescente no es producto de generación espontánea, ni de conjunto social; es por el contrario, la culminación de una etapa larga y bien trazada de acontecimientos biológicos, emocionales, culturales y sociales, que desembocan a lo que podríamos llamar la época de la "cosecha", de aquellos que en alguna forma han contribuido a desarrollo de jóvenes y familia.

Quienes conocen cuáles son los indicadores de normalidad en el desarrollo de sus hijos como fruto de su perseverancia en la tarea de educarlos, podrán distinguir lo normal de lo patológico, y cuando tengan duda de ello sabrán consultar con oportunidad al pediatra, médico, profesor u otras personas relacionadas con la vida diaria de sus hijos. Desde luego, que para que un adolescente pueda cumplir con más o menos oportunidad las importantes metas que impone la etapa y hemos señalado necesitará por lo menos un clima en el que impere el afecto, la comunicación y un entendimiento, y aceptación de los roles que con plena identidad cada quien juega en la familia. La tarea no es fácil para el adolescente y lo es un poco más sencilla para los padres y para el grupo, si, todos tienen un adecuado índice de madurez y de identidad lógica a la etapa que cursan. Nos parece conveniente recordar que Josselyn, define el Síndrome de tormenta emocional en el adolescente, como el de: "Exhaución del Yo". Estado que se produce por contar el joven con escasos recursos emocionales o inadecuados, ante las demandas punzantes, lacerantes del yo. Esta situación convierte al adolescente en una persona confusa, que causa grandes, pequeños o variados tipos de problemas en el área familiar y escolar, lo cual trae en ocasiones verdaderas crisis de relación familiar con saldos negativos para ambas partes; sin embargo y pese a esto, es muy importante recalcar y reconocer que el adolescente no es un enfermo mental.

Esta misma autora es clara al declarar que: "El comportamiento del adolescente es típico de aquellos individuos de cualquier edad, que no han encontrado un patrón adecuado para integrarse y reconciliar sus propios impulsos, los requerimientos de su conciencia, los requerimientos de la realidad. La adolescencia, tal como verdaderamente sucede en las neurosis y psicosis se caracteriza por una relativa insuficiencia del yo. Esta situación debe comprenderse, como una consecuencia del agotamiento del ego ante el número de demandas y su incapacidad para emprender todas aquellas, pese que pueden ser admitidas". Horrocks, sostiene al igual que nosotros en el presente ensayo "que si el ambiente es tal, que el ado-

lescente puede gradualmente ser un individuo inducido a tener experiencias para las que está preparado y en las que él está capacitado para actuar, si le es permitido asumir responsabilidades y jugar un papel actualizado y cuando está preparado para ello; si hay un esfuerzo real por parte de los adultos para aceptar sus actitudes y cuando es posible ayudarlos en sus necesidades, el adolescente encuentra su transición a la madurez de una manera dócil, agradable, fluida y sin complicaciones".

Durante la última década la institución familiar, se ha visto duramente atacada con críticas que van desde lo razonable, objetivo y justificado hasta lo inconmensurablemente ridículo, sensacionalista, falaz, basado en argumentos subjetivos. Con frecuencia, se pregona y se cita que, el fracaso de la familia es común denominador en nuestra sociedad, y buen grupo de personas aseguran que como institución ha pasado a la historia y no tiene finalidad ni sentido en el acontecer de las últimas décadas de este siglo y desde luego muchísimo menos que ofrecer en el venidero.

Nadie puede poner en duda que sociedades de consumo y tecnología altamente avanzadas, así como en algunos sectores sociales de los países en desarrollo, se contemple la familia como un mal necesario o núcleo de poca importancia. Esto es comprensible si se da crédito al sensacionalismo, o el análisis es realizado y enjuiciado la finalidad del grupo, a través del número de divorcios, hijos que abandonan sus hogares, cónyuges que son sometidos a tratamientos psiquiátricos, matrimonios que subsisten únicamente merced a mutuas pero dañinas tolerancia de sus amistades. Estadísticas tales pueden dar ejemplo claro de lo que podríamos denominar el fracaso de la institución familiar o la pornografía de la familia. Mas, para ventura de la humanidad, no todos los elementos que conforman las sociedades del mundo, independientemente del grado de adelanto técnico y económico que presenten, y del credo religioso o político que sustentan, están en esas condiciones; mucho menos la familia rural. La desaparición de la familia clásica es un hecho generalizado, fundamentalmente en áreas metropolitanas, pero en nuestra iberoamérica buen número de poblaciones la contemplan aún como unidad funcional y en buen número de casos esta se conserva con variaciones. Aceptamos sí, que la familia ha sufrido una evolución que en aspectos nos parece favorable y en otros no.

Buen número de sociólogos y psicólogos después de la Primera Guerra Mundial iniciaron un movimiento que podríamos llamar antipadres, en supuesto favor del crecimiento y desarrollo de los niños y de los adolescentes. Desde entonces, numerosas publicaciones culpan a los padres de la totalidad de las alteraciones bio-psicosociales de la familia. Los revisionistas también cuestionaban todo el sistema de protección, orientación y cuidado prodigado a los hijos en el

seno de esta institución como de alguna validez; dieron a estas características y otras más, la connotación de "cliches" tradicionales, que sin más razón que el haberse acostumbrado a ellos, la sociedad imponía a las nuevas generaciones, condicionándolas a permanecer atados a un tradicionalismo absurdo que consideraron dañino y que en su oportunidad, provocaría un marcado retardo en las posibilidades de adquirir un desarrollo armónico y adecuado con la tecnología, que apuntaba ya como característica social dominante de esta época. Todo movimiento de esta índole tiene críticas productivas, sensatas y constructivas, pero termina por agrupar una larga secuencia de conceptos amarillistas, triviales y carentes de objetividad. En estos movimientos abundan y lamentablemente terminan por dominar pensamientos de exaltados resentidos, revanchistas y un subjetivismo, que bien puede calificarse de un pensamiento en contra de todo y en favor de nada, triste es que este tipo de pensamientos sea el que logre mayor difusión entre las personas poco instruídas o bien orientadas. Socialmente sabemos que esto no es una casualidad, tiene un fin preconcebido: la destrucción de la familia.

Psicólogos, psiquiatras, sociólogos y antropólogos modernos, mencionan que entre las causas preferentes para explicar el cauce de parte de la conducta social actual, la anarquía y la ausencia de valores de carácter moral, es la crisis que la familia sufre al convertirse en un vehículo reproductor de la especie, pero con poco o ningún compromiso en la educación y formación de sus hijos, la cual ha sido entregada a los tecnócratas y el estado. A nadie es desconocido que aquellos países en que este tipo de psicología y sociología hizo mayores estragos, tienen en la actualidad mayor número de conflictos con sus jóvenes en los parámetros que quieren analizarse.

La humanidad hasta la fecha no ha podido suplir la institución familiar con ninguno de los ensayos técnicos que múltiples sociedades capitalistas, socialistas o comunistas han intentado; asombran las técnicas desplegadas y su perfección. Tan perfecta organización permitía suponer que el éxito coronaría todo esfuerzo. Sin embargo, los interesados en la materia dolorosamente tienen que reconocer el fracaso, y este es en realidad porque el intercambio efectivo, la convivencia cálida que propicia el hogar, el crecimiento armónico que facilita a niños, jóvenes y adultos, así como la formación de valores por el lenguaje hablado y el no verbal, no han podido ser instituídos en estos amplios programas por técnica alguna. Para que las condiciones anotadas como óptimas se den, será necesario que las familias vivan y funcionen adecuadamente. No es de extrañar que las actuales campañas de organismos internacionales que manejan la Salud Pública estén dirigidas a fortalecer la vida familiar; esta búsqueda de un renacimiento o la creación de los fuertes vínculos familiares, son la prueba de que

esta sociedad no puede desaparecer, es necesario fundamentalmente para lograr que el hombre nacido animal, adquiriera un sentido humano de la existencia. Vale la pena citar a René Dubós quien al propósito dice: "El humanismo del hombre no es innato; es producto de la sociabilización. Algunos de los rasgos peculiares del humano desaparecen en condiciones tales como el hacinamiento, probablemente porque el hombre adquiere su capacidad humanística sólo a través del contacto con seres humanos y en condiciones adecuadas. "El hombre necesita de los efectos sociabilizantes del grupo verdaderamente humano para poder llegar a ser y permanecer humano".

La familia puede y debe evolucionar de acuerdo con la época en que vive y los patrones de la comunidad en la que queda incluida.

Sugiero desterrar de nuestro lenguaje la idea común de que existen familias buenas y malas, y sobre todo, basar el adjetivo según su tradicionalismo o nó, y sus ideas religiosas o políticas; esto acarrea daños irreparables emocional y socialmente entre los menores, favorece rivalidades estériles en la comunidad. Enfocada la familia como sistema, nos permite hablar de sistemas que tienen expresión y dinámicas propias, que permiten funcionar o no funcionar al grupo.

La familia compuesta por seres dinámicos, en aspectos biológicos, cognoscitivos y emocionales, deberá sufrir cambios según sus miembros desarrollen facultades, que a su vez deberán procurar poner en juego para lograr objetivos y metas.

El que una familia pueda evolucionar y ser por muchos años, ba'uarte de adultos, jóvenes y pequeños, dependerá en gran parte de la identidad lograda por sus componentes, el conocimiento, aceptación e identificación con los roles que juegan en la integración familiar.

Signo de salud en una familia será la expresión de su dinamismo, tanto en lo correspondiente a su funcionamiento interno, como a su relación exterior.

Le será también la capacidad de permeabilidad que la familia tenga. Grupos que permiten influencias, las tamizan y después las aceptan o rechazan como valores, ideas o medios de propiciar su desarrollo, nos parecen sanos; la permeabilidad es índice de tener una adecuada comunicación, lazos firmes, libertad, seguridad y capacidad al menos para intentar realizar selección de estímulos que pueden hacerle crecer y mantenerlo en estrecha relación con la comunidad.

Grupos cerrados con una moral estrecha, con criterios que califican como positivo sólo lo que su ideario considera, que no permiten la renovación de fuentes de estímulo, siempre escudados en conceptos de una mal entendida religión o una ética basada en su egocentrismo y en la manipulación de valores, pueden ser considerados propiciadores de enfermedad.

Ahora bien, cómo va la familia a facilitar las tareas mencionadas como inaplazables para los adoles-

centes, cómo van a variar las relaciones interpersonales y se establecerán las nuevas reglas del juego. Si el grupo es sano, esta expresión con ligeros y esporádicos sobresaltos, podrá considerarse casi como natural; dependiendo del grado de patología, esto será cada vez más confuso y complicado.

La familia consciente de sus obligaciones será siempre una buena compañía de sus hijos en cualquier etapa de su existencia. De la misma manera, un profesor que tiene conciencia de lo que es el magisterio sabe no sólo imbuir la pasión del estudio, y el conocimiento de su materia al alumno, sino procurará ayudarle en su formación personal. En esta misión, familia y escuela tiene un movimiento sinérgico. Es indispensable que se percaten de ello para reforzar con respeto las posibilidades de incrementar las oportunidades del desarrollo cognoscitivo e integración emocional. Cuando los adolescentes viven en un terreno tan favorable pueden gozar de su adolescencia con plenitud y profesores y padres tienen la oportunidad de enriquecerse enormemente, no solo de contemplar la experiencia, sino de todo lo que aporta el renaciente espíritu y la capacidad intelectual de los jóvenes. Padres o maestros que se sabotean, sólo lograrán inducir a los niños, los jóvenes a una desorientación tal, que muchos dilatarán en lograr una adecuada identidad, autonomía e independencia en sus hijos y educandos. La formación de los roles sexuales en niños y la formación de ellos en la adolescencia, es una obligación compartirla entre la familia y la escuela; se logra esto, merced a mensajes verbales y no verbales. En este proceso todo adulto es profesor activo, por más que niegue o dude de su participación. La familia deberá ir gradualmente ampliando el margen de libertad para que el púber, después el adolescente, vaya teniéndola para tomar decisiones en aspectos de su vida personal, escolar y pueda tomar actitudes que hagan posible el intercambio de opiniones en aspectos conexos con la familia. La libertad deberá ser condicionada y adecuada a las capacidades de manejo que de la misma hagan los jóvenes.

No se trata de que padres o maestros dirijan o controlen la adolescencia en cuanto a las experiencias de vida se requieran; la adolescencia es una etapa de desarrollo existencial y como tal es único e incommunicable. Padres y maestros pueden describir el fenómeno y simplemente aportar orientación y consejo para que las experiencias tengan un máximo de oportunidad positiva y aquellas negativas que se presenten, puedan ser debidamente glosadas entre adolescentes y adultos, para que dejen al menos el fruto que de un análisis objetivo, justo y oportuno se suele tener.

Se habla mucho de que los padres de familia deben ser compañeros de sus hijos durante la adolescencia. Esto debidamente entendido se refiere a estar en contacto con la realidad personal y social donde el adolescente desarrolla, es decir, permanecer en

contacto con él y conocer su mundo, mas debemos dejar en libertad al adolescente, para que nos haga partícipe de ese mundo en la interioridad y dimensión que él desee o en los campos que juzgue necesario nuestra participación.

Compañeros de experiencia o partícipes de éxitos y fracasos como espectadores y orientadores, pero no compañeros físicos y reales de sus aventuras y sus experiencias; esto puede ser vivido por parte del adolescente, como una grave intromisión limitante o interpretarlo como una manipulación del padre y de la familia para no dejarlo partir. En muchísimas ocasiones la inseguridad propia de la etapa condicional, que los jóvenes inviten a los mayores a participar de su vida en muchos aspectos sociales y bueno es que los padres acepten algunas de estas invitaciones para ayudarles a crear un margen y un espacio vital propio que le brinden seguridad, pero muy importante será aconsejarlo y apoyarlo a que muchas de esas experiencias las vivan solos y reciban del grupo apoyo y confianza, y los padres prudentemente retirarse de la primera fila.

Es importante considerar que los hermanos mayores pueden ser en una tutela impuesta por los padres a los menores, fuentes de interminables conflictos, rivalidades y sinsabores que terminan por distanciar a los hermanos y crear graves escisiones en la familia. Adolescentes en diferentes etapas pueden o no compartir voluntariamente sus experiencias; pero establecer un tutelaje y más aún, ceder autoridad y guía al mayor, puede ser vivido por los menores quienes reciben la acción, como una evasión de sus padres a sus responsabilidades para él, como un rechazo al contacto afectivo y generoso que aquellos demandan de quienes sienten que los deben guiar y proteger.

Personalmente (algunos psiquiatras no participarían de esta idea mía) considero que los padres deben intervenir energicamente, mas no con medios brutales o agresivos, en aquellas relaciones que ha probado ser nocivas para el adolescente; permitir la libertad irrestricta de esas amistades cualquiera que sea el sexo y edad, no condiciona más que dar una idea de incompetencia y ausencia de autoridad ante el hijo adolescente, quien se encuentra en muchas ocasiones impotente para personalmente terminar con situaciones y relaciones que él mismo encuentra nocivas y es incapaz de manejar. En otras ocasiones los jóvenes al incluir en su círculo de amistades, personas y entre sus actividades, ciertas rutinas o costumbres que parecen poner en peligro su estabilidad emocional (lo cual se refleja fundamentalmente en los estudios y hábitos de conducta social) y de los cuales deja amplia información indirecta a la familia, debe ser interpretados como actitudes de una manifestación de reto hacia la autoridad familiar, para probar cuánta fuerza y dominio se tiene aún sobre él y cuán convincente pueden ser en la orientación o

métodos que empleen para hacerlos regresar a normas de conducta considerada como normales para la familia.

Este tipo de actitudes pueden significar una solicitud de ayuda por parte del adolescente, mucha de la problemática que desarrollan tiene por objeto manifestar problemas que les atormentan emocionalmente, y que no necesariamente significa patología, sino una muestra normal de la amplia gama de matices con que la personalidad se cubre durante este proceso de maduración emocional. Si los padres o autoridades actúan con frialdad, indiferencia, y aún con complacencia, el adolescente lo vivirá como un acto más de rechazo y falta de interés en su formación, no encontrará oposición constructiva, sentirá una impotencia para medir fuerzas, que le permitan ir conociendo su capacidad de maduración y establecer su identidad.

Fuera de casos donde la patología puede ser bien identificada, una gran parte de los adolescentes urbanos, primordialmente los que habitan en ciudades, en áreas industriales, o centros mercantiles poderosos, recurren a prácticas que de una forma u otra causan temor y desequilibrio en la homeostasis familiar. Entre ellas podemos citar: fumar ocasionalmente marihuana, iniciar adicción al alcohol, parrandas frecuentes acompañadas de escándalos, amistades femeninas o masculinas en que cuyo manejo y vivencia se perciben rasgos íntimos y pasionales, retos de grupos, abandono escolar, fuga de la casa, rebeldía abierta al orden familiar; lenguaje soez y críticas, abandono y mofas de las prácticas religiosas. Todas ellas ponen a los padres en gran zozobra, porque hay clara conciencia del daño que reciente ante sus padres y familiares la poco conveniente nueva figura "exterior" del joven.

Aparte de las razones lógicas que un adulto sensato puede estimar como dañinas para la vida futura, preocupa en demasía y con justificada razón las contingencias legales a las que los adolescentes pueden quedar sometidos en algunas situaciones. Los padres pueden encontrarse alarmados y los profesores conscientes también.

¿Qué hacer? En nuestra opinión su actitud lejos de ser represiva, rechazante y agresiva, deberá ser la de manifestar una firme convicción respecto de los valores que se han dado en el hogar o la escuela a lo largo de esta formación, pero a la vez totalmente receptivo y respetuoso para oír las explicaciones y motivaciones que el joven tiene y le han llevado a este tipo de situaciones. La actitud familiar deberá ser conciliatoria dando orientación, apoyo y haciendo prevalecer autoridad con los castigos que a juicio de los padres son necesarios; nunca ofrecer o amenazar con algo que se cumplirá o entrar en regateos y componendas; la situación demanda autoridad racional y hay que aplicarla con determinación y afecto; reformando una vez más, los métodos de relación y comu-

nicación si estos no son operantes, o si lo son, mantenerlos firmes y hacer comprender al adolescente que, el inoperante es él. Es indispensable no entrar en discusiones y regateos bizantinos, o caer en el juego dialéctico al que tan afecto es el adolescente.

Por otra parte, cuidado en mofarse, reprimir o criticar acciones o aspectos de su vida, que él pudo haber aprendido del mundo adulto familiar, a través del ejemplo o por complacencia extrema de los padres en etapas previas. Los adultos deben tener al entrar en estos diálogos una clara conciencia en su postura y saber si ellos son o no, parte del problema, tener ubicación realista, si aún tienen autoridad moral para poder actuar y algo más importante, si efectivamente, racionalmente, significan aún un símbolo de autoridad para el joven. Muchos adultos tienen la fantasía de que por el sólo hecho de serlo y ser padres o maestros, la autoridad la tienen tal cual, cuando el hoy joven tenía cuatro años, es decir, son inconscientes de todo el acontecer que ha mediado en la relación con los menores por muchísimos años; en realidad, han vivido muy poco la verdad de su hogar y la maduración de sus hijos. En un enfrentamiento de este tipo padres que así han actuado pueden resultar perfectos extraños.

Muchas veces en la búsqueda de emancipación e individualidad, la rebeldía puede ser descabellada. Siempre será necesario mantener las puertas abiertas a la comunicación y nunca amenazar, insinuar o retirar el afecto; este deberá continuar espontáneo y en la forma que se ha transmitido; poder hablar de: "te comprendo, te acepto, pero no estoy de acuerdo con lo que haces", sigue siendo la fórmula necesaria para hacer entender a un muchacho que nuestro afecto como familia está con él, aunque no nuestros puntos de vista y nuestros valores. Es indispensable que en estas etapas como hemos hablado con anterioridad, el marco de referencia se amplíe, pero seguir existiendo, sosteniendo las firmes convicciones, de quien o quienes los han establecido. Marcar límites a un adolescente es una tarea no sólo necesaria sino ineludible para quien pretende o tiene autoridad sobre él. Permisibilidad, libertad, no es lo mismo que ausencia de límites y libertinaje; los primeros son conscientes, objetivos y congruentes con nuestros valores y nuestro deseo de ayudar a crecer y madurar al adolescente. Los segundos, cuando son permitidos y aún compartidos por los adultos, son sinónimos de total inoperancia, como autoridad, o un desinterés total por su acontecer. Con frecuencia los adultos quisieran ser autoridad, pero como padres y profesores son enormemente rígidos, y como personas, egoístas; preocupados más de su prestigio y postura personal, adictos a la represión, indiferencia a los problemas del adolescente; esto condiciona su inoperancia y rechazo; otros más cansados de lidiar con ellos, desorientados, terminan por abandonarles; los menos, para controlarles utilizan para manipular-

les, artimañas variadas desde dádivas económicas hasta permisividad irrestricta; otros compiten con ellos, mucho más, descienden en forma grotesca, y falsa a "jugar" a ser adolescentes, tratando sí de acortar distancias y diluir o evadir responsabilidad.

Quienes así actúan, fracasan rotundamente. Abundan también adultos licenciosos que para continuar con su sistema dan el mensaje de que los jóvenes deben gozar de autonomía, con libertad absoluta, para ganar seguridad. Avalan toda su conducta irregular y licencia con justificaciones pueriles, con esto intentan separar las distancias cómodamente, para que cada cual termine con individual egoísmo haciendo lo que quiere.

No se medita en el daño tan severo que se les hace, ni en los problemas que puede experimentar el joven. Disciplina, orden y respeto a los valores de la familia y a los de la autoridad, no son disminuir la libertad o impedir la maduración del joven; conocemos más casos de jóvenes en graves problemas como resultados de la evasión de responsabilidad de sus padres, que por el abuso de autoridad.

El sentido de autoridad en una familia se establece desde que un niño inicia la etapa neonatal, paulatinamente afecto y autoridad se van mezclando para lograr sus frutos óptimos; comunicación, convivencia y ejemplo, son las directrices que marcan el derrotero que de la imagen de la autoridad desee pintarse. Este cuadro, se establece desde las actitudes que los padres despliegan y hacen desplegar a sus familias ante situaciones reales sean estas normales o críticas. Los padres deberán emplear afecto y cordura para exhibir autoridad sin reprimir por ello el símbolo de la libertad.

Tratar de crear autoridad en etapa de adolescencia sin que esto hubiera sido establecido con anterioridad, solo puede hacerse cuando un adolescente está dispuesto a establecer un vínculo voluntario con un adulto familiar o nó, al que él de modo propio escoge como símbolo ante el fracaso que experimenta por la crisis de autoridad de su familia, o la indiferencia de los padres; Jóvenes en esta situación deciden buscar en sus maestros, médicos o padres de amigos, símbolos a los cuales terminan por confiarse demandando su guía, comprensión y aceptación, ante la sorpresa de sus propios progenitores. Recordar que los adolescentes sanos, conscientes de su etapa obedecen porque quieren, y en ese querer, está condicionando la relación afectiva, el respeto y la razón.

Pensar que el adolescente no persigue autoridad en la familia, escuelas, universidades y aún en la comunidad, es uno de los errores más graves que pueden cometerse. Las crisis que observamos hoy día en los campos escolares y universitarios, los problemas sociales que se establecen en ellos, tienen en el fondo una crisis de autoridad y valores en los adultos que pretenden manejarlos. En ocasiones cuando

más hay autoritarismo, compensado por anarquía y libertinaje.

No se trata de establecer autoritarismo, pues en el momento que este se impone (a veces necesidad última), sólo demostrará nuestras limitaciones y pobreza como adultos para imponer orden y falta de capacidad para de manera inteligente y razonable negativizar las corrientes de quienes emplazan a nuestros jóvenes a crear un caos en las familias o la comunidad.

La familia durante la adolescencia puede entrar en conflicto cuando encuentra resistencia de los jóvenes a seguir consejos respecto a sus labores y compromisos escolares, abandono de prácticas religiosas, expresión de su sexualidad y participación activa en eventos políticos o el deseo del joven de separarse del hogar. Nuestra opinión es que la familia sana, unida, como siempre deberá propiciar libertad para que el joven realice sus apetencias en estos parámetros; esta libertad, tal como hemos expresado debe ser con afecto, apoyo, dada en función de su responsabilidad, interés genuino y dialogada.

La elección que el adolescente haga del bachillerato, el abandono temporal o definitivo de la escuela, escoger una carrera, puede ir contra el deseo de la familia, más esto deberá ser fría y objetivamente analizado, sin manipulación de intereses y atender razones, crear responsabilidad de decisión para el joven (esto en ocasiones no es posible por rasgos de personalidad y maduración del adolescente) y libertad para tomarlo; o bien tolerar y aplazar una decisión importante para cuando se esté en condiciones de hacerlo. El joven podrá hacer otra cosa que favorezca su maduración entre tanto, nunca presionar al hijo a tomar carrera que no le interesa, o cuando no sabe realmente que ser; después de todo elegir profesión a una edad en que se tiene que resolver tantos problemas existenciales, no es fácil.

La familia, el medio, deben pugnar porque el joven en esta etapa obtengan un ascendido sentido de responsabilidad social y comunitaria sea cual sea su decisión, encaminarlo a una clara vocación de servicios. Pugnar porque tenga oportunidad de lograr desarrollo de su personalidad psicosocial en el área que desee. La familia debe avanzar y encontrar entusiasmo para compartir las ideas que en el campo de su elección expongan los hijos por mucho que a ellos no convenga la profesión escogida. En mi opinión deberá orientarse básicamente a los jóvenes a abandonar la elección de profesiones humanistas, técnicas y administrativas por el sólo afán de lucro; gústenos o no, nuestro siglo verá enterrar muchas ideas clásicas de lo que por desarrollo económico y social nos han regido.

Durante esta etapa los padres con hijos en educación media y superior, con frecuencia deberán tolerar sin amargura, el que sus hijos duden de sus conocimientos y prefieran entablar estrecha relación con

sus maestros, a los cuales admirarán, encontrarán más afines a sus ideas y desde luego porque representan un campo nuevo y opuesto en la manera de enfocar problemas a los que en su familia ha tenido; esto coincide con el renacimiento psíquico de los jóvenes y su intensa búsqueda de expresión de personalidad.

El maestro tanto de secundaria como de bachillerato suele ser conflictivo, para esta etapa, en función de que muchos de ellos ejercen el magisterio casi como una necesidad para lograr su subsistencia, son personas muy amargadas o resentidas por su fracaso como profesionistas, (en Iberoamérica, el profesor de secundaria y bachillerato no es Pedagogo de carrera, son Médicos, Ingenieros, Biólogos, Químicos, Abogados, que se emplean como profesores de matemáticas, anatomía, física, química, literatura, biología, historia, etc.), y por tener que depender de muchos trabajos para lograr un adecuado salario, amén de vivir presionados por el tiempo, las distancias y las conflictivas de tratar con jóvenes que en muchos aspectos y sin quererlo, son un continuo reto, agresivo, inteligente, dinámico, para los profesores. Desde luego y a muchos maestros asiste la razón en esta conflictiva, cuando jóvenes groseros, rebeldes y faltos de autocrítica, apoyados en su natural narcisismo encuentran en la escuela un campo ideal para manifestar su inconformidad con el sistema familiar.

En la Universidad la conflictiva cambia, porque la mayoría de los profesores ejercen la docencia como parte integral de su plan de desarrollo científico, poseen un sentido didáctico y un ascendido amor al oficio que desempeñan y tratan de hacerlo comprender así al alumno —al menos el ideal es ese—.

Aquellos jóvenes que por necesidad o por gusto abandonan la escuela y desean trabajar, inician una larga serie de problemas en búsquedas de trabajo, y después en el acomodo de su aún no formada personalidad a la rigidez de principios o la sumisión necesaria, hacia sus jefes que no siempre son comprensibles para extender la crisis de maduración de la adolescencia. La familia una vez más deberá permitir estas experiencias, aportando su entusiasmo al triunfo que obtengan y ayudarles a comprender y minimizar los problemas laborales que surjan, sobre todo teniendo en consideración lo difícil que es encontrar hoy día trabajo para adolescentes.

Muy favorable será que los padres aconsejen a los jóvenes que para mejorar su trabajo estudien a la vez ciertos pequeños cursos que puedan mejorar su status laboral. Los padres deben ser realistas y aceptar que la mayoría de jóvenes salidos de la enseñanza secundaria y aún del bachillerato tienen grandes insuficiencias para acometer hoy día, con éxito, muchas empresas con la tecnología que demandan los empleos públicos, con posibilidades remunerantes y una promisoría posibilidad de aseverar y desarrollo humano.

Los problemas en torno a la ausencia de prácticas religiosas o devociones que el antes niño tenía, son con frecuencia gran dolor familiar, donde los principios de vivencia religiosa son arraigados. Personalmente declaro ser religioso y practicante, considero y comprendo los temores que los padres abrigan ante el abandono de toda práctica externa, y la rebeldía que la juventud presenta. Sin embargo, habrá que considerar que nosotros con una experiencia mucho más clara y bien estructurada de práctica religiosa, no es difícil seguir y amoldarnos a muchos cambios que han surgido en el campo de la relación clérigo-laicos y del rito, después del Concilio Vaticano. Más aún, nos sentimos confundidos ante lo que ha sido la modelación de nuestra conciencia en el pasado y la forma en que hoy se debe educar a la juventud para estar acordes con las nuevas corrientes filosóficas y teológicas que ampara el cristianismo ecuménico, sabemos y presentimos que hay muchos cambios aún por venir, y estos serán los que desarrollen las conciencias religiosas del siglo XXI.

Quizá lo más importante será que los adultos continúen sus prácticas religiosas invitando a los jóvenes a participar de ellas, tener en nuestras charlas motivaciones de trabajo y entre nuestras preocupaciones diarias la práctica del ideario cristiano y simplemente dejar a la libertad de los jóvenes el que asistan a las prácticas religiosas, mas no como signo de pertenencia al grupo para lograr una justificación social, sino como clase de vivencia de la simbioogía que encierra la comunión de su realidad con Dios; debemos permitirles la búsqueda de un amor, un ideal que los haga partícipes comunitarios en pensamiento encontrado en la experiencia de vivencia con Dios.

Dar testimonio será siempre más importante que una práctica religiosa tibia y acomodativa, siempre justificante de las buenas conciencias sociales.

Hoy abundan los factores socio culturales que impulsan a los adolescentes en forma temprana a expresar libremente la sexualidad; en ocasiones, casi obligan no tan solo a su manifestación, sino a su participación, a riesgo de que negarse signifique el rechazo por el grupo; esto y la maduración biológica sexual cada vez más temprana, (particularmente a las capas sociales mejor estimuladas), hacen que las zonas urbanas, con frecuencia se creen conflictos a nivel familiar cuando los jóvenes en forma directa o indirecta dejan información sobre la instalación de prácticas coitales o su participación en situaciones de alto contenido erótico. Los problemas más difíciles se crean con padres que tienen una mentalidad puritana, o códigos éticos y religiosos particulares o muy rígidos. Los problemas se presentan desde como se visten, arreglan, mueven o insinúan; hasta como se relacionan con amigos, nos parece que todo hábito de esta índole debe ser tomado con seriedad y tratar en diálogo franco de conocer puntos de vista y realidades.

Los padres deberán hacerse desde un principio responsables directos de la conducta sexual y sus consecuencias a los hijos; y con franqueza dar su opinión, aceptación o repudio por las prácticas premaritales. Definitivamente toda aceptación de promiscuidad, o que el hogar sea el sitio de las citas nos parece desaconsejable, esto implica un ataque directo a patrones y valores previamente establecidos en el hogar, sobre todo si estos han sido mantenidos con dignidad por los padres.

Toda complacencia del padre por las aventuras del hijo, y su participación en ellas nos parece inadecuada. En materia de sexualidad cada generación debe mantener su jerarquía.

Frecuente es también que muchos padres preocupados de su propia sexualidad, proyecten sus problemas a los hijos o hijas, pero en el primer caso, gustan de estimular, casi obligan al hijo a aventuras eróticas, simplemente para satisfacer su curiosidad sin respeto alguno a la intimidad, opinión y personalidad del joven.

Hay ocasiones que personas de conducta licenciosa, o equívoca, o con gran cantidad de antivaleores, suelen presentar con atractivos sus teorías y hacen pensar a jóvenes sanos, que ellos son anómalos; mucho cuidado con estos individuos, deben ser reforzados los jóvenes y ayudados a salir de esas zonas de influencia.

Finalmente, pese a nuestros puntos de vista humano, éticos y religiosos, cuando los hijos desean tener una vida sexual activa, así lastimen a nuestros valores lo único que quedara por hacer es respetar su libertad de conciencia y responsabilizarlo de las actitudes que toma.

Mucho cuidado tendrán los padres en no proyectar sus propias necesidades en los hijos; por muy anormal que parezca —que no lo es— muchos progenitores de ambos sexos tienen envidia de la juventud, fresca sensualidad y atractivo de sus hijos; les molesta en cierta forma percatarse que no son ya los más fuertes, hermosos o atractivos, que aquellos se convierten en competencia social y en ocasiones también sexual.

Los padres con frecuencia tienen sueños eróticos reaccionados con sus hijos, o sea interrogan y crean fantasías sobre ellos sea cual fuere su sexo, piensan y se los imaginan en actividades eróticas.

Esto causa gran ansiedad y miedo; más aún si en algunas de esas situaciones imaginarias ellos se ven como compañeros sexuales de sus hijos. Debidamente analizado esto es una de las formas de señalar el fin de una relación con los hijos como si fueran niños o púberes, y aceptar la iniciación de una etapa de vida adulta y como tal se deberá hacer la relación.

Grave y legítima preocupación causa el que los hijos o hijas se vean comprometidos durante la adolescencia temprana (12 - 18 años) en actividades coi-

tales que redundan en problemas sociales y jurídico con riesgo grave, que habrá que afrontar con objetividad, serenidad y responsabilidad, pero haciendo un lado actitudes que revisten manierismos y códigos sociales, donde lo único que se ventila es la mañipulación "honor", habrá que emplear soluciones humanas y realistas.

El matrimonio forzado entre adolescentes con solución de honor, suele ser uno de los fracasos existenciales a corto plazo más sonados de la joven pareja. Habrá que respetar la opinión de los jóvenes; su decisión es tan importante; a menos que exista incapacidad mental de algún orden.

Los problemas que la politización de escuelas superiores y de bachilleres causan en la relación entre jóvenes y su familia son frecuentes; oscilan desde el desajuste a los horarios y ritos de familia, hasta los más serios enfrentamientos y discrepancias, salpicadas del lenguaje amargo, hiriente y soez entre padres e hijos. No son pocos los que llegan al rompimiento mismo que es difícil de analizar, pues en materia de política es fácil confundir posturas idealistas con otras de necesaria permanencia o pueril conveniencia (en esta, pueden estar tanto jóvenes como adultos).

Personalmente creo que es más importante la participación que el ausentismo juvenil, en tareas y toma de conciencia de lo que atañe particularmente a la comunidad o a la realidad nacional. La primera recomendación a los padres será que vean con serenidad la postura del hijo, que evalúen si esto no es un acto de oposicionismo a su persona o autoridad canalizada en política, lo cual pudo ser en deportes o valores estéticos; después considerar la pasión juvenil, que hábilmente es estimulada y aprovechada por líderes. Los graves problemas de este tipo suelen ocurrir entre aquellos familias cuyos conceptos políticos son tradicionalistas, y los padres críticos continuos y severos de todas las opiniones de sus hijos en cualquier terreno. Con este tipo de padres, cualquier aseveración u opinión que sobre un acto público vierta, puntos de vista de economía, o situaciones que surjan en el campo obrero patronal, serán aprovechadas por jóvenes para demostrar la anticuada paz del adulto, sin que por ello signifique que los jóvenes aportan algo nuevo, soluciones o ideas genuinas; habrá situación de retórica y nada más.

En otras ocasiones, el conformismo de los adultos ante lacerantes situaciones sociales o factores que alteran el orden o la oportunidad de que los jóvenes tengan aceptación, sus posturas arcaicas ante problemas trascendentales, suelen irritar apasionadamente a los adolescentes y esto será suficiente para producir la discusión.

El respeto a la opinión de los jóvenes en tanto esta sea sensata es no sólo recomendable sino punto de madurez en favor del adulto. Conciliar puntos de vista parece imposible, pero puede lograrse si hay una idea que con objetividad muestre opción o cami-

nos viable entre dos puntos de vista.

Ante la presión de adolescentes menores, es difícil saber si se debe autorizar o alentar la participación activa en política y organización de mítines; esto deberá ser medido en forma individual, tomando en cuenta la madurez y capacidad de un joven, su prudencia y mesura y el grupo para el cual trabaja y las circunstancias generales que en materia de política priman en ese momento.

Estamos convencidos que son a los adolescentes a quienes más se les utiliza como piedra de choque, y que en ocasiones estos encuentros pueden ser trágicos, que los políticos más carentes de escrúpulos son precisamente los que inexplicablemente se encuentran motivando a los jóvenes. Los ideales, aunque pueden ser muy vistosos son en el fondo la mayoría de veces mezquinos. La ausencia del joven por otra parte, a los ideales del grupo, pueden en ciertos casos causar el aislamiento, segregación, agresión, sentimientos de culpa o de traición para con el grupo y para con él mismo.

En cualquier forma nos parece que los padres deben conocer, entender y aceptar las ideas de los hijos sobre todo de los más jóvenes, para poder corregirlos o encausarlos con sinceridad y objetividad. Vigilar, tratar de evitar toda forma de activismo que traiga posibles consecuencias penales o a la integridad física del joven. Conversaciones realistas y objetivas pueden quizá tener lugar y sentido, sobre todo en aquellos que no son fanáticos o verdaderamente convencidos de su participación (la gran mayoría).

Las actitudes que se observan en este parámetro están en relación directa con la formación política de la familia, su cultura y sus creencias. Los padres en esta ocasión como en muchas otras deberán recordar, que los hijos por años les han observado, oído y visto desempeñarse libremente en actitudes diversas en el problema que se toca, así que tienen buena cuenta de la autenticidad de sus posturas, sea esta actitud, conformista, de silencio obligado o más trágicamente de su aceptación, opinión, y participación oportunista, pero ausente de valor personal.

La partida de un hijo del hogar, puede ser violenta, casi una situación trágica o bien armoniosa o meditada; en cualquier forma podemos asegurar que el hijo que rompe con el hogar temporal o permanentemente, en rara ocasión modificará su opinión, si bien puede postergarla al final se irá.

Esta ocasión será siempre grave y una verdade-

ra prueba para la estructura de personalidad de los padres y de la familia.

La partida puede ser con rompimiento afectivo o no; en los primeros, la depresión familiar es aún más severa, las culpas flotan y pocos pueden terminar con los fantasmas si no lo hacen razones objetivas, culpas personales o de todos, pero analizado. Siempre será conveniente que al menos la salida sea con armonía y después de análisis objetivo de las causas que lo conducen y una aceptación de los hechos dentro de la mayor veracidad.

El que un hijo abandone el hogar puede ser una necesidad para la salud mental de todos, o al menos de la del que parte, en otros, quizá no sea un imperativo, y encuentre una lógica a todos los argumentos, puede verse como un capricho, más sea cual fuere la razón, siempre será necesario presentarse así mismo como padre y después al joven los siguientes interrogantes:

¿Por qué se va?; ¿A dónde va?; ¿A qué va?; ¿Cuáles son los objetivos?; ¿Qué persigue?; ¿Cuáles los riesgos y cuáles las ventajas?; ¿Qué resultados se prevén?; ¿Qué otras alternativas u opciones tienen?, y finalmente, ¿cuál será la actitud de la familia a su regreso?. Aconsejamos, salvo muy contadas excepciones, dejar la puerta abierta, después de todo, si hay amor pocas son las barreras que no pueden salvarlo.

Todo este cuestionamiento no resuelve el problema, pero sí aclarar situaciones, tranquiliza ánimos y conciencias y quizá permita una más clara visión de todo el proceso.

Las actuaciones de empeñamiento, drásticas o medidas de autoritarismo no componen nada, empeoran todo y ambas posturas terminan por separarse en forma que se antoja casi irreconciliable.

Para terminar, pienso que ningún médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social o consejero que participa en labores con adolescentes o familias ventilando sus problemas, recomiende actitudes y soluciones que el mismo no sea capaz de tomar en condiciones similares; antes de opinar hay que meditar con sensatez que en materia de lazos afectivos familiares, no se deben abrir llagas que pueden ser mortales, otras sin serlo son crueles e innecesarias. Actuar con técnica, sí; pero con humanismo dignificante, justificante, y sobre todo, que lo que necesariamente nos parece posible y objetivo como solución a nosotros, puede ser enormemente doloroso al grupo o al joven, y quizá por ello impracticable, o si se realiza, a costos que no siempre justifican los réditos.

# Extractos breves de la Literatura

**The Syndromology of anorectal malformation (Atresia, Stenosis, Ectopia).** Leonard Pinsky.  
*American Journal of Medical Genetics* 1(4): 461-474, 1978.

Se discuten los síndromes, asociaciones y defectos de las áreas morfológicas que incluyen disgenesia anorectal (atresia, estenosis, ectopia) como signo principal o facultativo.

La mayor parte de estos desórdenes son identificables por su etiología genética o teratogénica, su fenotipo característico, o ambos. Su diagnóstico preciso es sumamente importante para poder estimar el riesgo de repetición y otros aspectos de la consejería para la futura reproducción. La asociación VATERL no debe usarse para denominar a un paciente que presenta malformación anorectal y otras anomalías, excepto por exclusión. Esta regla es de particular importancia cuando el paciente carece de malformación traqueoesofágica. El grado o variedad de malformación anorectal que ocurre en un determinado patrón de múltiples anomalías congénitas puede ser inconstante. Además la malformación anorectal puede ser una manifestación única de un síndrome familiar.

**DISLEXIA:** Search for phenotypic and genetic heterogeneity. Gilbert S. Omenn and Bruce A. Weber.  
*American Journal of Medical Genetics* 1(3): 333-342, 1978.

La dislexia es incapacidad específica para la lectura. Según varios estudios tiene una tendencia familiar, aunque no en todos los pedigrí, puede demos-

trarse un modelo simple de herencia. Es probable que las dificultades en el análisis genético se deban a heterogeneidad del fenotipo. Los autores han efectuado una serie de estudios en niños con inteligencia normal y quienes presentaban dislexia, además se estudiaron sus respectivas familias con el fin de buscar evidencias fenotípicas y genéticas de heterogeneidad. En 21 familias se hizo un registro cuidadoso de la historia familiar poniendo especial atención en las dificultades para el aprendizaje de la lectura y escritura. Se analizaron resultados de las pruebas escolares de las personas afectadas, como también su escritura y todo tipo de antecedentes con el fin de determinar si predominaban dificultades visuales o auditivas. Entre los pacientes afectados, 11 tenían predominantemente problemas visuales y errores de escritura, 7 tenían problemas auditivos, defectos de pronunciación y errores al producir ciertos sonidos y 3 tenían una mezcla de ambos problemas. En todos los individuos afectados y en algunos miembros de sus familias se midieron respuestas visuales y auditivas evocadas, con el fin de buscar evidencia neurofisiológica de anomalía o asimetría en la respuesta. No se hallaron diferencias significativas entre los dos hemisferios de aquellas personas que presentaban un tipo de dislexia visual o auditiva, o de individuos zurdos o diestros. Tanto las historias familiares como el desempeño en la lectura proporcionó una aparente evidencia de que los pacientes con dislexia pueden ser clasificados en subgrupos con impedimentos de predominio visual o predominio auditivo y que éstos subtipos están bajo una predisposición genética diferente. Se requiere una investigación neurofisiológica adicional para proveer los medios de identificación de casos, antes de que dicha alteración produzca problemas del aprendizaje.

## Sección Bibliográfica

**NEUROANATOMIA FUNCIONAL**, Jairo Bustamante Bescancur MD. Fondo Educativo Interamericano, Bogotá, 1978. 314-VI pp. 328 ilustraciones.

Precio: Col. \$ 960.00

El libro del Profesor Bustamante consta de 30 capítulos en cada uno de los cuales, el autor transfiere su experiencia de 20 años dedicados al estudio de las ciencias neurológicas. En cada capítulo se aprecia una integración de los aspectos morfológicos, funcionales y clinicopatológicos del sistema nervioso. El contenido del libro está presentado en una forma concisa y clara y se complementa con excelentes ilustraciones realizadas por el mismo autor. Un buen número de referencias para cada capítulo se encuentran al final del libro.

Esta publicación tiene grandes cualidades didácticas por lo cual representa una excelente ayuda para estudiantes de Medicina y otras Areas de la Salud.

**Dr. José Luis Ramírez C.**

Profesor Depto. de Morfología

**FUNDAMENTOS DE EPIDEMIOLOGIA**: Kahl-Martin Colimon, M.D., M.P.H., M. Sc. Servigráficas, Medellín-Colombia, 1978. 558 (XXII, 536). 136 ilustraciones.

Precio: Colombia \$ col. 740.00,

Exterior: U.S. \$ 21.00 más portes.

Este libro está orientado a presentar las "bases metodológicas para dar racionalidad al diagnóstico de

la situación de salud-enfermedad de las comunidades, al descubrimiento de las causas y condicionamientos de las enfermedades y a la evaluación de los resultados de los programas de salud pública".

Va dirigido a estudiantes de pre y post-grado, a profesionales y especialistas de las ciencias de la Salud (Medicina, Odontología, Veterinaria, Enfermería, Nutrición y carreras afines), lo mismo que a profesionales de otras ramas, que en razón de su oficio tienen conexiones con el campo de la salud.

Consta de 3 partes principales; la primera trata de los principios generales de la epidemiología; la segunda comprende los principales tipos de estudio útiles para explicar la distribución de los eventos de salud; la tercera versa sobre algunas aplicaciones y usos de la epidemiología.

"El libro del Dr. Kahl-Martín Colimón ofrece ventajas muy definidas: en primer lugar es un texto de epidemiología que incluye aspectos metodológicos básicos explicados en forma muy clara; en segundo lugar conceptos tan fundamentales como las medidas de frecuencia son estudiadas en forma novedosa y concisa incluyendo las más recientes discusiones al respecto; en tercer lugar y a mi parecer, el más importante, el libro está perfectamente actualizado en los nuevos desarrollos de la Epidemiología Analítica viniendo así a llenar un gran vacío en la literatura científica latinoamericana".

**Dr. Fernando Zambrano U.**

Profesor de Epidemiología  
Escuela Nacional de Salud Pública  
Medellín - Colombia

# Cartas al Editor

Señor Director

Antioquia Médica

Medellín

Estimado Sr. Director:

Me permito comunicarle que ha sido constituida la **Sociedad Colombiana de Sexología**, cuyas finalidades son: a) promover el estudio científico de todos los aspectos de la sexología, en sus tres campos de desarrollo: investigativo, educativo y terapéutico; b) servir de foro interdisciplinario para la difusión de conocimientos sexológicos; c) defender la dignidad de la sexología como disciplina científica, y promover su reconocimiento ante las autoridades y el público en general; d) velar por el ejercicio idóneo de las actividades sexológicas profesionales. La Sociedad está abierta al ingreso de quienes llenen los requisitos, y toda información al respecto puede obtenerse escribiendo al Apartado Aéreo 631, Manizales.

Mucho agradecería, Sr. Director, que usted diera a conocer esta información a sus lectores.

Con toda atención,

**Helí Alzate, M.D.**

Director

Sincelejo, Octubre 23 de 1979

Señores

CONSEJO DE REDACCION

REVISTA ANTIOQUIA MEDICA

Facultad de Medicina Universidad de Antioquia

Medellín.

Gustosamente les comunico que el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sucre realizará los días 22, 23 y 24 de Noviembre el Primer Seminario Regional de Enfermedades Tropicales de la Costa Atlántica.

Agradecería ver publicado en la Revista que ustedes editan, el programa de la misma y noticias referentes al certamen.

Les adjunto la programación definitiva del Seminario. Desearía nos hiciera llegar la Revista con la publicación solicitada.

Cordial saludo.

**Julio César Villalobos M.D.**  
Coordinador

Seminario Enfermedades Tropicales  
Universidad de Sucre  
Apartado Aéreo 406 Sincelejo