

La detecció de les metàstasis òssies

Ha rebut una ajuda decisiva gràcies a l'escintigrafia amb complexos de fosfats marcats pel tecneci. Normalment s'observa una concentració electiva i difusa d'aquesta substància a tot l'esquelet. Si hi ha un càncer, es produeix un focus d'hiperfixació, fet que precedeix un temps més o menys llarg l'aparició de les anomalies radiogràfiques. Quan aquestes ja existeixen però no són prou demostratives, l'escintigrafia positiva les confirma. Té, encara, l'avantatge de precisar-ne els límits.

Tanmateix la prova té també les seves llacunes. Generalment l'isòtop no es fixa pas damunt les cèl·lules tumorals sinó a nivell de les zones d'osteoblastosi reaccionals que les volten. Bé que aquesta reacció sol ésser molt precoç no és impossible que falti en una fase inicial de la lesió, i que la prova escintigràfica surti negativa. Per contra, no totes les hiperfixacions corresponen a una lesió cancerosa; qualsevol reacció òssia davant una infecció, Paget, neoplàsia benigna, fins i tot una fractura recent pot donar-la. Això vol dir que quan la imatge patològica és isolada cal anar en compte d'avaluar-la. La certesa que el malalt pateix d'una neoplàsia osteòfila és una dada important a favor de la metàstasi.

Les indicacions de l'escintigrafia òssia són molt extenses, però es poden resumir en dues: esbrinar l'existència o no de metàstasis en tots els portadors de càncer osteòfil, i en tots els casos sospitosos de neoplàsia òsia per mor de signes clínics o radiològics no prou eloqüents. Això en el pla diagnòstic. Però també serà indicada per precisar la topografia i l'evolució de tumors ossis ja diagnosticats, amb la finalitat d'orientar-ne el tractament per irradiació o quimioteràpia.

A favor del mètode hi ha encara la seva innocuïtat puix que la irradiació que comporta és tan feble que no cal tenir-la en compte.

Cal preocupar-se de la febre tifoide

A conseqüència de l'eficàcia de l'antibioteràpia les xifres de morbiditat per febres tifoide i paratífoides, a Europa, han baixat decidivament; i encara, un bon tant per cent dels casos que s'hi observen provenen de països llunyans on l'endèmia tifoïdal conserva la seva importància.

Un altre fet a tenir en compte és que el perfil actual de la malaltia és molt diferent de l'esquema clàssic. L'evolució cíclica d'antany ja no s'observa, sinó un curs allargassat durant setmanes amb hemocultius

persistentment positius. La mitjana d'immobilització ateny així fàcilment 2 o 3 mesos, la qual cosa té greus repercussions sòcio-professionals; una d'elles, el cost veritablement alt d'una malaltia que gairebé sempre podria ésser evitada si hom hagués planejat bé la profilaxi. Per contra, en molts medis professionals domina la idea que, davant l'eficàcia dels antibiòtics i la poca freqüència de la malaltia, hom podria desnonar la vacunació. Però, cal objectar que l'antibioteràpia no sempre és eficaç perquè sovint apareixen soques multiresistents.

Per tant les possibles —i a vegades enutjoses— reaccions de la vacuna i els seus eventuais fracassos no ens han pas de dur a abandonar-la sinó a millorar-ne el plantejament. Aquest ha de comportar: a) La vigilància que la injecció de record sigui correctament aplicada i que un servei de medicina preventiva pugui controlar-ho. b) Vacunar els turistes i els viatjants professionals, sobretot els que visiten o recal·len en països on existeix endèmia. c) Dur a terme un estudi per veure de precisar si cal mantenir fidelitat a l'actual vacuna parenteral de bacils morts, o seria millor adoptar una vacuna de bacils vius atenuats, per via oral. L'OMS propugna actualment estudis sobre aquest camp amb la idea primordial de poder assegurar que aquesta vacuna no podria ésser en cap moment patògena.