
Comentaris al dia

L'associació mannitol-furosemida és perillosa

Acabo de llegir tres observacions recents d'insuficiència renal aguda (IRA) apareguda en tres malalts sans dels ronyons, en el curs d'un tractament simultani de mannitol i furosemida. En un, l'IRA aparegué el 2on dia; en un altre, el 3er; en un altre, el 4rt. Un d'ells presentà, a més, una síndrome d'hiponatrèmia amb hiperosmolaritat plasmàtica, secundària a l'acumulació del mannitol en el sector plasmàtic. Això produí hipertèrmia i trastorns de la consciència per deshidratació intracel·lular.

Dos dels malalts moriren ràpidament per gastroduodenitis hemorràgica. L'altre fou salvat gràcies a la diàlisi peritoneal; i la represa d'un tractament amb furosemida sola, uns mesos més tard, no produí cap alteració de la funció renal. Tampoc no n'hi ha cap de registrada com a conseqüència d'un tractament amb mannitol sol. És probable que ambdues substàncies potencien una possible toxicitat sobre les cèl·lules epitelials dels tubs proximals. Els hipotètics beneficis d'aquesta associació són, doncs, negligibles al costat del risc. — J. A. B.

Valor indicatiu de l'antigen càrcino-embrionari

Un simposi reunit a l'Institut Nacional de la Salut a U. S. A., a la tardor de 1980, ha intentat de precisar-ho. Veurem de resumir-lo.

Aquest antigen (ACE) és sintetitzat en grans quantitats durant la vida embrionària, especialment pel budell gros i, després d'aquesta etapa, pels càncers desenrotllats en aquest segment. L'ACE passa a la sang on pot ésser detectat i mesurat sobretot per mètodes radioimmunològics.

Cal no oblidar que petites quantitats d'ACE es troben al budell o a la sang dels individus normals, habitualment en la proporció de 2,5 ng/ml amb la prova ACE Roche. (Les xifres varien força segons la tècnica emprada). Valors superiors poden anar associats amb la presència de càncers del tracte gastro-intestinal, del pàncreas, de l'ovari, del pulmó i del pit. Però també es pot trobar en individus que tenen tumors benignes d'aquests mateixos òrgans, en els grans fumadors, en un 15 a 20 % de malalts de Crohn, en les pancreatitis, infeccions pulmonars i hepatopaties diverses. Si l'alça en el contingut d'ACE no és, doncs, específica del càncer, les probabilitats a favor d'aquest són considerables si el valor és superior a 20 ng/ml. Ço és: no es poden menys-tenir les dades clíniques, ni fonamentar el diagnòstic en un dosatge únic de l'ACE.

Les conclusions a què arribà el Simposi són:

a) La prova de l'ACE no és prou sensible ni prou específica per ésser utilitzada com a indicador en una campanya de detecció del càncer.

b) És una frivolitat assentar el diagnòstic de càncer sobre el resultat d'un dosatge, fins i tot en presència de signes de sospita si el valor d'ACE no és de 5 a 10 vegades superior al normal. Sigui com sigui, en cap cas és lícit de renunciar a un sol dels exàmens complementaris.

c) Com a valor pronòstic, sembla que un valor preoperatori moderat en cas d'un càncer del còlon o dels bronquis, permet esperar una supervivència més llarga que si la xifra és superior a 10 ng/ml. Per contra, cal no oblidar que un valor normal d'ACE no vol pas dir que el tumor sigui localitzat; del 15 al 20 % dels malalts de càncer no han tingut mai ACE per damunt del valor normal. És possible que aquestes contradiccions siguin degudes al grau de diferenciació del teixit tumoral, sobretot pel que fa al càncer del còlon i del recte. Això no invalida la recomanació de dosar l'ACE abans d'intervenir sobre un càncer de còlon, recte o bronqui.

d) Després de la intervenció, habitualment al cap de sis setmanes, la xifra d'ACE esdevé normal quan l'exèresi ha estat completa; si es manté en xifres altes hom ha de témer que la resecció no ha estat satisfactòria o que existeixen metàstasis. Una ulterior puja progressiva ha de fer sospitar una recidiva local; una puja important i ràpida, metàstasis hepàtiques o òssies.

e) La quantificació repetida de l'ACE en el curs d'un tractament citostàtic serveix per avaluar-ne l'eficàcia, recordant, però, que la disminució no és pas un signe inequívoc i que l'augment pot ésser degut a tabaquisme o a alguna infecció intercurrent.

f) Per a càncers altres que els colo-rectals, la prova és molt menys fidedigna. En els del pit i dels bronquis (especialment els anaplàstics) que van acompanyats de xifres altes d'ACE les variacions d'aquestes xifres han d'ésser com a indicacions subjectes a comprovació.

Els participants del Simposi pensen que quan apareixeran tractaments antineoplàstics més eficaços el valor indicatiu de l'ACE anirà augmentant. — J. A. B.

La malaltia de Paget, és d'origen víric?

Malgrat el nombre de treballs que li han estat dedicats, l'etiologia de la malaltia òssia de Paget encara no és coneguda. Recentment ha estat sotmesa a noves investigacions que semblen apuntalar una nova hipòtesi.

Els estudis ultraestructurals han posat de manifest interessants modificacions de totes les cèl·lules que intervenen en la remodelació de l'os. Els osteoblastos presenten signes d'acusada hiperactivitat, i el teixit osteoide que ells elaboren té una disposició fibrillar irregular. Les fibres del collagen no mostren, per contra, cap anomalia ultraestructural. Els osteoblastos són molt voluminosos, amb nombrosos nuclis i llur activitat de reabsorció és anormal. Les inclusions microcilíndriques visibles en el citoplasma i els nuclis són morfològicament comparables a les nucleocàpsides del virus del xarampió, tals com hom pot observar-les en el curs d'infeccions experimentals i en patologia humana. Els mètodes d'immunocitologia confirmen la presència en els osteoclastos pagètics d'un material antigènic pertanyent als virus del grup del xarampió o que donen amb ell reaccions immunològiques encreuades.

L'evolució crònica de l'afecció, l'aspecte histopatològic del teixit ossi, les particularitats ultraestructurals dels osteoclastos i els resultats immunològics sembla que van a favor de l'origen víric de la malaltia de Paget. En aquesta hipòtesi, un virus del grup del causant del xarampió hi jugaria probablement un paper primordial. — J. A. B.

Tiazides i colecistitis aguda

Als Estats Units existeix del 1976 ençà una comissió de control de medicaments encarregada d'avaluar la possible relació entre la ingesta de determinats medicaments i l'eclosió d'alguna anormalitat que

faci necessària l'hospitalització. Un equip d'infermeres interroga els malalts ingressats sobre l'ús de medecines, siguin les que siguin, que hagin estat preses regularment abans de l'ingrés. A intervals regulars, i per a cada medicament, hom compara el grau d'utilització per part dels pacients d'una determinada malaltia amb el grau d'utilització pels que no la pateixen.

D'aquesta manera i amb una certa sorpresa hom s'ha adonat que alguna relació hi deu haver entre l'aparició d'una colecistitis aguda i la prèvia utilització de tiazida, independentment del motiu de la seva prescripció puix que aquest ha estat molt divers: hipertensió arterial, retenció hidro-salina, obesitat. Sobre 419 hospitalitzats per colecistitis aguda entre 1976 i 1979, 14 % havien utilitzat diürètics tiazídics durant el mes precedent a llur hospitalització, contra 8 % de 1.676 pacients ingressats per altres malalties. D'un examen més detallat, sembla possible deduir que si la durada del tractament tiazídic ha estat de 5 anys o més, el risc es multiplica per tres. Posats a pensar en quin en podria ésser el mecanisme, algú ha suggerit que els diürètics tiazídics augmenten el nivell dels triglicèrids i del colesterol hemàtics, i això podria afavorir la gènesi de la litiasi biliar.

No tothom està d'acord en acceptar la hipòtesi comentada. Hi ha qui hi replica que una relació similar tindrien amb la colecistitis la presa d'estrògens o d'hipotensors o de diürètics no tiazídics. Caldrà, doncs, que siguin empreses noves revisions epidemiològiques. — J. A. B.

La prevenció de l'hepatitis

L'hepatitis és actualment la més freqüent de les malalties víriques de l'adult després de la grip; i la més greu de totes. D'aquí l'interès de trobar un sistema d'immunització preventiva.

El virus A és responsable de les formes d'incubació curta (20-30 dies), sovint epidèmiques i transmeses directament per les mans (fecoral) o indirectament per l'aigua i marisc. La seva freqüència, i sobretot la freqüència de les formes asimptomàtiques, queda demostrada pel fet que en el nostre Continent el 50 % de la població té anticossos A a 18 anys i el 85 % a l'edat de 50 anys. Les formes fulminants són raríssimes. I mai no esdevé crònica.

En aquest moment hom no disposa de vacuna anti HA; per aquest motiu cal refiar-se de la injecció d'immunoglobulines polivalents que protegeixen durant tres mesos. Convindria, doncs, administrar-les als

infants que tenen contactes collectius assidus (escola, en cas d'epidèmia) i en els adults que viuen en condicions similars o que es desplacen a països on la malaltia és endèmica.

L'hepatitis B —altrament dita «d'inoculació»— afecta generalment adults joves. Transmesa per la sang o els seus derivats o per contacte íntim (especialment sexual) ha augmentat fortament en els darrers 10 anys. Hom calcula que un 50 % de la població mundial és infectada per aquest virus. Per ennegrir el problema el càncer hepàtic sembla molt que n'és una conseqüència; com també li atribueixen algunes glomerulonefritis, poliradiculitis i vasculitis.

La immunització passiva amb immunoglobulina específica és indicada en els nadons de mare infectada i en el personal que treballa en un medi de gran risc (unitats d'hemodiàlisi, per ex.) i que ha sofert una possible contaminació accidental. Però, el millor mitjà de prevenció és la vacuna preparada a partir de l'antigen víric d'individus infectats puix que per ara el cultiu de virus és impossible.

La vacuna francesa conté 5 µg d'antigen absorbit per hidròxid d'alumini, i se n'administren tres dosis amb un mes d'interval. El 94 % dels vacunats formen anticossos; cap infecció pel virus vacunant no ha estat detectada. Amb la vacuna preparada als EE.UU. les dosis són més altes: 40 µg d'antigen, també absorbit per alumini; i les 3 injeccions es donen amb interval de 2 i de 6 mesos. També hi ha un 4 % que no resulten immunitzats i tampoc no s'ha vist cap infecció consecutiva a la vacuna.

Aquesta vacuna anti-B s'hauria de donar preferentment als malalts i al personal mèdic i auxiliar de les unitats d'hemodiàlisi, als que han de rebre transfusions repetides, als individus prostituïts, d'un i altre sexe, i als toxicòmans que s'injecten.

L'hepatitis ni A ni B és força freqüent: del 15 al 30 % de les hepatitis agudes esporàdiques i el 95 % de les posttransfusionals. Per la seva gravetat és molt a prop de l'hepatitis B. Malauradament no hi ha cap vacuna per prevenir-la, i l'eficàcia de les immunoglobulines és molt discutida. — J. A. B.