

Medicina al Día

Causas cardiovasculares de crisis "epilépticas"

Estudios previos han demostrado que hasta el 25% de los pacientes epilépticos tienen errado el diagnóstico, específicamente, sus convulsiones se deben a causas cardiovasculares. Este grupo británico estudió un grupo de 74 pacientes de edad promedio de 39 años con episodios convulsivos recurrentes. En todos se había hecho el diagnóstico clínico de epilepsia, 41 pacientes eran refractarios a medicamentos anticonvulsivantes y 33 presentaron características atípicas de epilepsia. Todos los pacientes se investigaron con ECG, tilt test y masaje del seno carotídeo. Se pudo hacer un diagnóstico alternativo en 31 pacientes (42%), incluyendo síncope vasovagal, hipersensibilidad del seno carotídeo y bradicardia prolongada. Todos los pacientes mejoraron con tratamiento dirigido a la causa cardiovascular.

Conclusión: Estos resultados muestran que casi el 50% de los pacientes con epilepsia resistente al tratamiento o epilepsia atípica sufren de síncope cardiovascular. Es necesario estar atento a esta posibilidad.

Zaidi et al. Misdiagnosis of epilepsy: many seizure-like attacks have a cardiovascular cause. L Am Coll Cardiol 2000; 36: 181-184.

Tiazidas para la prevención de osteoporosis

Estudios epidemiológicos han demostrado una menor incidencia de fractura de cadera en pacientes tratados con diuréticos. Este trabajo randomizado, doble ciego y controlado con grupo placebo, estudia dirigidamente los cambios en la mineralización ósea medida por densitometría, en un grupo de 320 pacientes normotensos de rango de edad entre 60 y 79 años, a través de un periodo de 3 años de tratamiento con hidroclorotiazida (HCT). No se encontró diferencia entre los grupos en densidad vertebral, pero el grupo asignado a 12.5 mg de HCT aumentó su densidad ósea a nivel de cadera en un 0.5% (0.6% en el grupo asignado a 25 mg de HCT), mientras que el grupo placebo disminuyó su densidad ósea en un 0.3%.

Comentario: a pesar del efecto beneficioso demostrado de tiazidas en la densidad ósea, su efecto parece ser menos importante en el manejo del paciente con osteopenia u osteoporosis, que un cumplimiento fiel a las estrategias preventivas conocidas, como el ejercicio regular, ingesta adecuada de calcio, el reemplazo hormonal, evitar el cigarrillo, evitar el exceso de caféina y alcohol.

LaCroix AZ et al. Low-dose hydrochlorothiazide and preservation of bone mineral density in older adults. Ann Intern Med 2000, 133: 516-526.

El estilo de vida y el cáncer de mama. ¿Cuál es la conexión?

Es un hecho que la incidencia de cáncer de mama es mucho mayor en países desarrollados que en países donde se lleva un estilo de vida más tradicional. Para explicar este fenómeno, se postulan dos hipótesis. Primero, la ingesta energética y la actividad física pueden afectar el funcionamiento ovárico, variando las concentraciones de hormonas gonadales. Estudios han demostrado la supresión de la función ovárica en condiciones

de restricción de ingesta energética. Segundo, altos niveles de estrógenos y de progesterona son cruciales para el desarrollo del cáncer de mama.

Esta investigación examina los niveles de progesterona en la saliva, medido por radioinmunoensayo, en mujeres de países con diferente nivel de desarrollo, de edad entre 25 y 30 años, a lo largo de un ciclo ovárico. El estudio confirma la correlación positiva entre concentraciones altas de progesterona ovárica y el riesgo de cáncer de mama existente en el país correspondiente.

Como conclusión, se ofrece que existe una conexión importante entre el estado nutritivo de una población y el riesgo de cáncer de mama, mediado por la sensibilidad del ovario al balance energético. Los autores promueven modificaciones en el estilo de vida de la mujer, aumentando la actividad física y disminuyendo la ingesta calórica, lo que disminuye el riesgo de cáncer de mama al disminuir las concentraciones de hormonas gonadales. *Grayna Jasieska, Inger Thun. Lifestyle, hormones, and risk of breast cancer, BMJ 2001;322:586-587.*

Un nuevo régimen para reemplazo hormonal

En los últimos años se han estudiado diversos esquemas de reemplazo hormonal para mujeres pos-menopáusicas. Estos investigadores compararon la eficacia y tolerancia de un régimen constante de estrógeno (estradiol 1 mg) junto con pulsos intermitentes de progestágeno (norgestimate 90 mcg, tres días con, tres días sin), contra el régimen continuo "standard" (estradiol 2 mg junto con acetato de noretisterona 1 mg), en este grupo de mujeres. Ambos esquemas aliviaron los síntomas vasomotores en forma similar y tuvieron la misma incidencia de sangrado endometrial, pero el grupo tratado con progestágeno intermitente tuvo menos incidencia de edema y sensación de congestión de mamas.

Rozenberg S, Caubel P, Lim PC. Constant estrogen, intermittent progestogen vs. continuous combined hormone replacement therapy: tolerability and effect on vasomotor symptoms. Int J Gynaecol Obstet 2001 Mar;72(3):235-243.

Nuevo tratamiento para la hiperhidrosis

La hiperhidrosis focal típicamente se maneja con aplicaciones locales diarias de cloruro de aluminio. Frecuentemente la respuesta es insatisfactoria. En este estudio multicéntrico se evaluó la respuesta a la inyección axilar de 100 U de toxina botulínica A, en 145 pacientes refractarios al manejo tradicional. En teoría, la toxina botulínica bloquea la liberación de acetilcolina de los terminales simpáticos que inervan las glándulas sudoríparas, inhibiendo su secreción. Se demostró que la secreción axilar bajó a menos de 15% de niveles previos, a las dos semanas post-inyección, llegando a casi 25% a los seis meses. La intervención fue bien tolerada y con satisfacción del paciente en 98% de los casos.

M Heckmann, A Ceballos-Baumann, G Plewig. Botulinum Toxin A for Axillary Hyperhidrosis. N Engl J Med 2001;344:488-93.