

ra convulsión como simple o compleja. Se llamó convulsión febril simple a la que no estaba acompañada de ninguno de los siguientes factores de riesgo: historia de anoxia perinatal, anomalía neurológica previa, historia de epilepsia en los padres o hermanos, edad por debajo de 6 meses o por encima de 5 años y carácter grave del episodio convulsivo. Este último calificativo se basó en la presencia de las siguientes características: duración mayor de 15 minutos, ser focal, sufrir varias convulsiones en las primeras 24 horas del episodio febril y dejar secuela neurológica transitoria o permanente. Se llamó convulsión febril compleja a la que se acompañó, al menos, de uno de aquellos factores de riesgo.

A los pacientes que presentaban convulsión febril simple no se les prescribió ninguna droga; se les recomendó que acudieran al servicio de urgencias más próximo en caso de sufrir una nueva convulsión. A los que presentaban convulsión febril compleja se les recomendó iniciar tratamiento profiláctico con fenobarbital (4-7 mg/kg/día) en una sola toma por la noche.

Los 118 pacientes se dividieron en 61 hombres y 57 mujeres. La primera convulsión ocurrió con mayor frecuencia en el grupo de niños de 1-3 años. Hubo 55 pacientes (47.0%) que presentaron convulsiones simples y 63 (53.0%) con convulsiones complejas. Estas fueron, significativamente, más frecuentes en niños que en niñas.

La causa de la fiebre desencadenante de las convulsiones se detectó en 33 pacientes con convulsiones simples (60.0%) y en 47 (75.0%) con episodios complejos. Con mayor frecuencia esa causa fue una infección del tracto respiratorio superior.

Se encontró historia familiar de convulsión febril en los padres o hermanos de 16 pacientes (13.5%)

y antecedentes de epilepsia en los de otros 9 (7.6%). En 77 pacientes (65.0%) se encontró sólo un factor de riesgo en el primer episodio convulsivo (carácter grave del ataque); los restantes presentaron dos o más factores de riesgo.

Se logró hacer seguimiento mayor de 1 año en 63 pacientes (31 con convulsión simple y 32 con convulsión compleja); en total hubo recurrencia en 27; sólo en uno de ellos la recurrencia fue no febril. El factor de riesgo más frecuentemente asociado con las recurrencias fue la repetición de las convulsiones en las primeras 24 horas.

En 82 pacientes (69.0%) se hizo tratamiento profiláctico con fenobarbital; 63 lo recibieron porque habían tenido convulsión febril compleja y los restantes luego de presentar un segundo episodio convulsivo. Se logró seguimiento mínimo de un año en 32 pacientes bajo profilaxia y se detectó recurrencia de la convulsión en 10 (31.0%). De los 82 pacientes sometidos a profilaxia hubo 27 que experimentaron reacciones adversas al fenobarbital (hiperactividad en 25 y trastorno del sueño en 2) que obligaron a suspenderlo; en éstos se recomendaron diazepam intrarrectal o ácido valproico oral según que la primera convulsión hubiera tenido uno o varios factores de riesgo.

Los autores concluyen que se deben determinar cuidadosamente en cada paciente las características del primer episodio convulsivo porque ello posibilita definir acertadamente si se inicia o no el tratamiento profiláctico. Por otra parte consideran que es posible que los niveles sanguíneos del fenobarbital no estén siendo los adecuados para la profilaxia; por ello se plantea la necesidad de determinarlos como un paso conducente al mejor manejo de los niños con convulsiones febriles.

## TRATAMIENTO FUNCIONAL DE LAS FRACTURAS DE COLLES

DR. WILLIAM H. MARQUEZ

ASESOR: DR. DIEGO GUEVARA

Entre abril de 1985 y junio de 1987, en el Servicio de Ortopedia del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, se estudiaron 34 mujeres y 8 hombres que habían sufrido fracturas de Colles de tipo extraarticular del radio

distal; todos los pacientes presentaban fracturas desplazadas, que en tres casos eran bilaterales por lo que el total incluido fue 45. En 34 casos la lesión afectó el lado derecho.

En 32 pacientes la maniobra de reducción se practicó el mismo día del trauma; en 3 al día siguiente y en los 7 restantes al tercer día o con posterioridad. Después de la reducción se inmovilizó con férula de yeso por un tiempo promedio de 11 días pasados los

cuales se procedió a la colocación de un yeso funcional que permitía movimientos de flexión del codo de 30-100 grados así como la flexión palmar de la muñeca y el movimiento libre de los dedos. Dos semanas después se hizo un control de los movimientos activos. El tiempo total de inmovilización fue entre 7 y 9 semanas y el de seguimiento, en promedio, 13 semanas.

En el último control se evaluaron los pacientes tanto subjetiva como objetiva y anatómicamente; la evaluación subjetiva se hizo en términos de resultados excelente, buenos, regulares o malos, según los criterios de Cole y Oblatz; hubo resultados excelentes o buenos en 42 fracturas (93.0%); la objetiva se

realizó según los criterios de Scheck que se basan en comparar la motilidad del lado fracturado con la del normal; los resultados fueron excelentes o buenos en cuanto a pronosupinación en 40 pacientes (92.5%) y en cuanto a las flexiones palmar y dorsal en 38 (90.5%). Se hizo también evaluación anatómica según los criterios de Lindstrom; los resultados fueron excelentes o buenos en 38 fracturas (84.4%).

Los autores concluyen que la movilización temprana de todas las articulaciones alrededor de una fractura de Colles produce rápidamente una recuperación máxima de la extremidad lesionada; el sistema usado tuvo buena aceptación por parte de los pacientes y es sencillo de aprender para los médicos.

## CARCINOMA DE COLON Y RECTO EN MENORES DE 40 AÑOS

DR. CARLOS M. SALINAS

ASESOR: DR. MARIO BOTERO

Entre abril de 1986 y abril de 1988 se estudiaron prospectivamente 21 pacientes menores de 40 años, con diagnóstico de cáncer de colon y recto; provinieron de la Consulta Externa del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, del Hospital Pablo Tobón Uribe y de consultorios privados.

A cada paciente se le investigaron los antecedentes personales y familiares; los síntomas y signos de presentación de la enfermedad; la localización segmentaria de las lesiones; el tipo de carcinoma; el estadio tumoral y la sobrevida; se hizo revisión cada tres meses.

El grupo estuvo conformado por 15 mujeres (71.0%) y 6 hombres (29.0%). El promedio de edad fue 21 años. Trece pacientes (61.9%) estaban entre 20 y 29 años. Los síntomas más frecuentes fueron: rectorragia (13 casos; 61.9%); pérdida de peso (13 casos; 61.9%); astenia (11 casos; 52.4%) y dolor abdominal (11 casos; 52.4%). Específicamente en los casos de carcinoma del recto las manifestaciones más importantes fueron: pérdida de peso, disquesia, pujo y tenesmo. Se halló masa palpable al tacto rectal en 9 pacientes (42.9%) y por palpación abdominal en 5 (23.8%).

Las lesiones estuvieron localizadas en el recto (9 casos; 42.9%); el colon izquierdo (6 casos; 28.6%);

el colon derecho (4 casos; 19.0%) y el colon transverso (2 casos; 9.5%).

El tiempo de evolución fluctuó entre menos de 3 meses (7 pacientes) y más de 18 (4 pacientes).

El antecedente de carcinoma entre familiares en el primer grado de consanguinidad se halló en 4 pacientes; tres pacientes tenían antecedentes personales de importancia, a saber: un caso de síndrome de Turcot (poliposis adenomatosa asociada a tumor maligno del sistema nervioso central), uno de poliposis múltiple familiar y uno de linfoma rectal.

Por lo que respecta a la variedad histológica hubo 20 adenocarcinomas; 13 de ellos tuvieron un cuadro histológico de mal pronóstico, a saber: 10 mucoscretorios y 3 mal diferenciados; entre estos 13 pacientes hubo 4 con recurrencias en un lapso inferior a un año.

Hubo 1 caso de adenocarcinoma en el estadio A de Dukes (localizado), 9 en el B (invasión de la serosa), 9 en el C (invasión ganglionar) y 1 en el D (metástasis a distancia). Un año después del diagnóstico sobrevivían 6 de los 9 pacientes con tumor en el estadio B y 7 de los 9 que presentaban el estadio C.

Llamó la atención que 9 pacientes habían recibido uno o varios tratamientos antiamebianos y 3 (todos con carcinoma rectal) tratamientos para hemorroides.

Los autores llaman la atención hacia los siguientes aspectos: a) la alta proporción de carcinomas colorrectales que ocurre en nuestra población menor