

## COMENTARIOS BIBLIOGRAFICOS

*La Placa aterosclerótica de alto riesgo. Ricardo J. Esper, Jorge O. Vilaríño (eds). Barcelona: Prous Science, 2002, 234 pp*

Este volumen viene a llenar un vacío importante en la literatura médica referente a uno de los temas de mayor trascendencia en la cardiología y en la medicina interna en general. Hasta hace algunos años se aceptaba la correlación entre la severidad de la enfermedad coronaria y el grado de obstrucción de la luz arterial. A partir de los hallazgos recientes de la clínica, anatomía patológica, investigación básica y fundamentalmente de la biología molecular, se ha creado el concepto de placa vulnerable o de alto riesgo, es decir placas con mayor contenido de colesterol con capas fibrosas delgadas desprotegidas, proclives a la ruptura con la consiguiente cascada trombogénica que lleva a la oclusión generando síndromes isquémicos agudos, responsables de más de la mitad de las muertes de la población adulta del mundo occidental. La génesis de esta situación incluye los procesos de la formación de la placa, y su ruptura. Cobran especial importancia, no sólo la hiperlipemia sino también otros factores como la inflamación, el tabaquismo, la presión de rozamiento y la infección, que llevan a la disfunción endotelial, alteraciones de la función plaquetaria, liberación de factores de crecimiento, cambios en las células de la pared arterial, síntesis de matriz

extracelular, transformaciones de las células de la pared, y cambios en los factores de coagulación y ruptura de la placa. Todos estos temas son tratados en 12 capítulos que se ocupan de la ruptura de placa y trombosis en la enfermedad aterosclerótica coronaria; la disfunción endotelial; el diagnóstico precoz de la aterosclerosis coronaria mediante tomografía computarizada ultrarrápida; la evaluación de la placa mediante resonancia magnética; la evaluación local de la vulnerabilidad de la placa aterosclerosa; las técnicas de imágenes de placas vulnerables y síndromes isquémicos agudos; la evaluación de la aterosclerosis carotídea mediante ultrasonido; los marcadores serológicos de inflamación; la remodelación vascular; los factores de riesgo no tradicionales; diabetes y enfermedad cardiovascular y la disfunción endotelial y su tratamiento. La participación de autores de jerarquía internacional, pertenecientes a centros de primer nivel de Estados Unidos, Reino Unido y Argentina, hace de este libro un referente obligado de quienes quieran tener una visión actualizada de este trascendente tema de actualidad. Es de destacar la esmerada impresión y la gran cantidad de tablas y figuras que ilustran la obra. **JAM**

*Situación de la tuberculosis. República Argentina, 2001. Juan C. Bosio, Sergio Arias, Inés Veronesi, Flavio Landra. Santa Fe: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Emilio Coni, ANLIS Carlos Malbrán, Ministerio de Salud de la Nación (Publicación PRO.TB.INF.4/02), 2002, 112 pp*

La tuberculosis (TBC) presentó una tendencia creciente entre 1991 y 1993 en la Argentina, por primera vez desde que se organizó la notificación centralizada. Esa tendencia se revirtió después, aunque con un descenso anual considerado modesto: entre 2.0 y 2.6%. El deterioro económico social afectó negativamente la calidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento, a lo que contribuyó -entre 2001 y 2002- la falta de provisión regular y continua de los medicamentos necesarios para el tratamiento de la TBC. Todo esto seguirá afectando negativamente la situación epidemiológica de esta enfermedad en los próximos años. La completa información presentada en este documento, producto de una vigilancia epidemiológica organizada, permite conocer la real situación a partir de donde definir las medidas necesarias para superarla. Se presentan los datos de notificación de TBC por sexo y

edad según localización y confirmación bacteriológica, el porcentaje de casos que tuvieron esa confirmación, la notificación por grupos de edad, la tendencia entre 1980 y 2001; todo esto para el conjunto del país y para cada jurisdicción (provincias y ciudad de Buenos Aires).

Durante 2001 se notificaron 11464 casos en todo el país, 303 menos que en 2000 (2.6% de descenso). Sin embargo, dentro del total de los casos, los de TBC pulmonar con baciloscopia positiva [B(+)], que son las fuentes de infección en la comunidad, aumentaron entre 1999 y 2001, en casi un 7%. En 9 jurisdicciones se observan tasas de notificación superiores al 31/100 000, promedio nacional: Salta, Jujuy, Formosa, Santa Cruz, Chaco, Corrientes, Chubut y la ciudad de Buenos Aires. Doce departamentos tuvieron en 2001 tasas mayores a 100 casos por 100 000 habitantes, casi todos ellos se

encuentran en las provincias con tasas más altas: Formosa, Chaco, Salta y Corrientes. La distribución de los casos por grupos de edad muestra el perfil de un país con transmisión activa de la TBC, donde los adultos jóvenes, entre 20 y 24 años, siguen siendo el grupo más afectado.

Se acompaña esta publicación con un documento anexo: *Mortalidad por tuberculosis en la República Argentina, 1980-2000 (PRO.TB.INF. 8/02)*. Se muestra allí que en el año 2000 se registraron 979 muertes por TBC, en que Chaco presentó la tasa más elevada, con 8.9 muertes/100 000 habitantes. Si bien entre 1980 y 2000 todas las jurisdicciones mostraron un descenso de la mortalidad por TBC, este descenso varió entre 20 y 80% según la provincia. El análisis de la relación entre muertes y notificaciones de TBC pulmonar con B(+) que aquí se efectúa, es particularmente importante si se tiene en cuenta que antes del desarrollo y aplicación de los medicamentos antituberculosos, aproximadamente el 50% de los pacientes moría. La moderna quimioterapia ha permitido que la TBC sea curable en más del 95% de los casos, siempre que el tratamiento sea correctamente prescripto y

administrado, y no haya co-infección HIV ni multirresistencia a antibióticos. Sin embargo, en algunas provincias de la Argentina la relación muertes/notificaciones de TBC pulmonar B(+) es cercana a 50% e incluso mayor, y por ende equiparable a lo que se podía observar antes de la introducción de la quimioterapia antituberculosa. Por el contrario, la ciudad de Buenos Aires, a pesar de la mayor frecuencia de asociación HIV/TBC y de brotes de multirresistencia registrados, presenta una relación de 9 muertes por cada 100 notificaciones (9%).

La estrategia a seguir parece sencilla: diagnosticar los casos y tratarlos con quimioterapia estandarizada hasta su curación, controlando el cumplimiento del tratamiento y la negativización bacteriológica de cada caso. Pero para que eso se cumpla en todo el país es necesario contar con una provisión suficiente y estable de medicamentos, y con una organización de salud que permita diagnosticar y tratar la TBC correctamente. Esto no es sencillo de lograr. La contribución de este informe a un programa eficiente con cobertura nacional para el control de la TBC es mostrar la realidad: paso inicial para cambiarla.

**INK**

-----

Vacunación antivariólica antes de Jenner

*Au debut du XVIIIe. Siècle, l'audace de Lady Mary Wortley Montagu caractérise le plus clairement une mutation possible des pratiques de préservation. Femme de l'ambassadeur anglais près de l'Empire ottoman, cette voyageuse du Levant avoue en 1717 un constat étonnant: la quasi inexistence de la petite vérole sur les bords du Bosphore, dans les villes de la mer Noire ou dans celles de l'archipel grec qu'elle a plusieurs fois visitées. Elle en voit la raison dans une pratique étrangère encore aux Européens: l'inoculation volontaire de la maladie durant les premiers âges de la vie, l'incision de la peau, l'insertion dans la plaie de matières purulentes prises sur les boutons d'un varioleux. La démarche apparaît simple et la communication du mal, dans ce cas précis, anodine. Un court épisode fiévreux survient quelques jours plus tard, suivi d'une éruption elle-même brève et légère, avant que l'inoculé ne demeure définitivement préservé: la maladie ne se prend jamais deux fois, observation généralement reconnue au XVIIIe. Siècle. Au point que le 19 mai 1718, à Belgrade, Mary fait inciser son fils âgé de six ans, en s'adressant à une vieille Grecque pratiquant "cette technique depuis de nombreuses années". Le résultat est probant.. Elle parvient même à persuader la princesse de Galles de faire inoculer leurs enfants en 1721 et 1722.*

A principios del siglo XVIII, la audacia de Lady Mary Wortley Montagu es la más clara característica de la posible mutación en las prácticas de preservación (de la salud). Esposa del embajador inglés en el Imperio otomano, esta viajera del Levante hace una comprobación sorprendente: la casi inexistencia de la viruela en las costas del Bósforo, en la villas del mar Negro o en las del archipiélago griego que ella ha visitado varias veces, y comprueba la causa de esto en una práctica todavía desconocida para los Europeos: la inoculación voluntaria de la enfermedad a edad temprana, la incisión de la piel, la inserción en la herida de materia purulenta tomada de los granos de un enfermo de viruela. El traspaso parece simple y la comunicación del mal, en ese caso preciso, anodina. Un corto episodio de fiebre sobreviene algunos días después, seguido de una erupción breve y ligera, que bastan para que el inoculado quede definitivamente preservado: la enfermedad no "prende" jamás dos veces, observación esta generalmente reconocida en el siglo XVIII. Al punto que el 19 de mayo de 1718 Mary, en Belgrado, hace que una vieja griega que practicaba esta técnica desde muchos años antes, haga la incisión a su hijo de seis años. El resultado es probatorio. Y ella (M.W.M.) llega aún a persuadir a la princesa de Gales de hacer inocular a sus hijos, en 1721 y 1722.