

II Symposium de «Avances en Terapéutica». Conclusiones

J. Sillero Fernández de Cañete

1. La patología esofágica habitual (reflujo con o sin hernia hiatal, trastornos motores, achalasia, etc.) puede procurar un dolor torácico pseudoanginoso; incluso una coronariopatía auténtica puede mixtificarse con esta patología y procurar un angor intrincado de complejo manejo.
2. Existen procedimientos diagnósticos tanto desde la vertiente cardíaca como digestiva para deslindar unos y otros procesos: los primeros pueden llegar a la coronariografía con test de ergonovina y los segundos recurren a técnicas de imagen, manometría, pH-metría y test de provocación de Bernstein, etc. Así, el tratamiento puede ser atemperado a la naturaleza del proceso culpable; pero en casos rebeldes un intento terapéutico con antidepresivos puede ser remunerativo.
3. La cirugía nasosinusal endoscópica exige como condiciones básicas un perfecto conocimiento anatómicoquirúrgico, experiencia suficiente en la técnica a emplear y también conocimiento y práctica de otras vías quirúrgicas.
4. Sus resultados pueden ser excelentes a condición de usar protocolos adecuados, utilizar como auxiliar imprescindible la TAC, precisar muy bien las indicaciones y ponderar y reconocer los riesgos a que esta modalidad de cirugía expone. De todo ello debe informarse al paciente.
5. La conveniencia de un tratamiento precoz del IAM está sólidamente probada. La indicación de la terapia trombolítica se extiende a todo infarto de miocardio con onda Q que no presente riesgo de hemorragias, pero el beneficio es tanto mayor cuanto más precoz su empleo, mayor la edad del paciente y más acusada la sobreesnivelación de ST. Las diferencias entre estreptokinasa y activador del plasminógeno tisular son ligeras, aunque favorables a este último.
6. La angioplastia coronaria transluminal percutánea puede aplicarse tras tratamiento trombolítico o primariamente, sin su concurso previo; esta última opción compite ventajosamente con la trombolisis cuando el riesgo de hemorragia es importante, en casos de IAM incierto y si existe shock cardiogénico, si bien su aplicación exige una logística apropiada.
7. La colecistectomía por vía laparoscópica constituye actualmente y sin lugar a dudas el tratamiento de elección de la colelitiasis sintomática.
8. En el futuro, parece que uno de los ámbitos preferentes para la aplicación de la cirugía laparoscópica serán las urgencias quirúrgicas abdominales, al conjugar el mejor proceder diagnóstico con el tratamiento quirúrgico.
9. La alergia al polen del olivo es un problema principalmente andaluz y en Jaén alcanza su máxima expresión. En cuanto al tratamiento de su más importante consecuencia clínica, el asma bronquial, la publicación del «International Consensus Report on Diagnosis and Management of Asthma» propone un tratamiento escalonado en el que la base son los fármacos antiinflamatorios, quedando reservados los broncodilatadores a un papel meramente paliativo.
10. Las características de la inmunoterapia específica en la década de los 90 permiten al alergólogo intervenir con eficacia en la etiología del asma de muchos de estos pacientes.
11. Las vasculitis sistémicas representan un haz de procesos de manifestaciones clínicas proteiformes, frecuentemente graves y de incidencia creciente. Su tratamiento incluye las más de las veces corticosteroides y agentes inmunosupresivos, pero debe adaptarse a la modali-

dad de vasculitis de que se trate y a su grado de gravedad.

12. En un próximo futuro, es previsible que contemos con nuevos recursos terapéuticos (moduladores de la inflamación, anticuerpos monoclonales dirigidos contra la respuesta inmunitaria exagerada) que nos eximan el em-

pleo de una terapia como la actual que, aunque eficaz en líneas generales, está gravada por acciones indeseables importantes. ◀

J. Sillero Fernández de Cañete, *Consejero-Director del I.E.G.*
