

LA AUREOMICINA EN EL TRATAMIENTO DEL LINFOGRANULOMA VENÉREO Y DEL GRANULOMA INGUINAL

Dres. AARON PRIGOT y colaboradores

De las Secciones de Cirugía y Patología, "Harlem Hospital".

EL clorhidrato de aureomicina, introducido en la terapéutica por DUGGAR y sus colaboradores en 1948, ha demostrado su extenso campo de actividad en las afecciones causadas por virus y por rickettsias, la falta de toxicidad a dosis terapéuticas y la posibilidad de alcanzar con este medicamento concentraciones suficientes en la sangre administrado por las vías oral, intramuscular e intravenosa.

En esta comunicación se relatan los resultados obtenidos en el tratamiento con la aureomicina en 49 casos de linfogranuloma venéreo y en 13 de granuloma inguinal.

Linfogranuloma venéreo

En los 49 casos de linfogranuloma venéreo, la aureomicina fué la única forma de terapia, aparte las intervenciones en la circunstancia de lesión mecánica.

Bubones. — En este grupo se contaron 9 pacientes, todos ellos de raza negra, 4 mujeres y 1 hombre, de edades entre 16 y 54 años. La lesión específica se hallaba presente desde hacía pocas semanas en 8 casos, y desde hacía 10 años en el sujeto restante. Las adenitis variaban de tamaño entre los 3 y los 6 cm., se acusaban sensibles y se apreciaban fluctuantes. Se practicó la aspiración en 3 casos, aunque las extensiones no revelaron cuerpos elementales o de inclusión. En una biopsia se apreciaron las lesiones típicas del linfogranuloma.

En 2 casos se causó la ruptura de los bubones antes del tratamiento y en otros 2 en el curso del mismo. Los cultivos y las extensiones del material resultaron estériles, de modo que el método de Giemsa no reveló los cuerpos de Donovan ni los bacilos de Ducrey.

En estos pacientes se observó la reducción del tamaño del bubón y el alivio completo de las molestias después de 4 días de tratamiento. En los casos en que hubo ruptura previa, la secreción se redujo al tercer día, hasta desaparecer por completo al noveno. Después de este momento, los nódulos llegaron a la completa resolución hasta quedar como un endurecimiento reducido, resistente y no doloroso.

En 2 pacientes con úlceras peneanas asociadas, también se redujeron y curaron entre el séptimo y el vigésimo día, respectivamente.

Estenosis rectal. — Se registraron 4 casos de estenosis rectal de naturaleza benigna, todos en mujeres negras con edades entre los 25 y los 49. Los síntomas de la afección rectal duraban desde 3 meses antes en el caso más reciente, hasta 10 años en el más antiguo. En 3 de las pacientes había dolor, secreción y disminución del diámetro de las heces. El cuarto caso fué operado de colostomía en 1939. Otra sufría un fistula rectovaginal.

Se obtuvieron muestras biópsicas en todos los casos para eliminar la posible malignidad.

Todas las pacientes quedaron aliviadas del dolor y de las secreciones después del tratamiento con aureomicina; las 3 que no habían sido colostomizadas observaron el aumento del diámetro de las heces. En la que sufría la fistula quedó suprimida la secreción vaginal.

Proctitis. — Un caso de proctitis aguda debida al linfogranuloma se trató en el curso de este estudio. Después de 4 días de tratamiento esta enfermera quedó aliviada y su secreción se redujo notablemente. Al finalizar el tratamiento, la lesión externa estaba del todo cerrada y al examen proctoscópico la mucosa se apreciaba completamente normal.

Método de tratamiento. — Los casos citados se trataron con aureomicina por vía oral, por la intravenosa o por ambas sucesivamente. La vía de administración dependió muchas veces de la forma de medicamento de que en la ocasión se disponía. Al emplear la vía oral, fué en forma de cápsulas de 250 mg., unas tres veces al día. Las dosis intravenosas variaron entre los 200 y los 500 miligramos, disueltos en 500 c. c. de solución de glucosa al 5 por 100. Estas dosis se administraban dos veces al día.

Las concentraciones en la sangre después de la inyección intravenosa de 300 mg. de aureomicina se registró alrededor de los 5 microgramos de actividad por mililitro al final de las 12 horas. Tres dosis diarias de 250 mg. por vía oral mantuvieron la concentración constante alrededor de los 2 microgramos de actividad. El tiempo para alcanzar este nivel al comienzo de la terapia se aproximó a las 4 horas. Las dosis totales oscilaron entre los 6 y los 12 mg.

Debe insistirse en que los resultados son prácticamente los mismos, si las dosis son apropiadas, cualquiera que sea la vía elegida. No podemos decir cuál es la cantidad precisa que debe administrarse, de modo que la hemos ajustado a cada caso particular. Preferimos inclinarnos hacia el lado del exceso que del defecto. Como promedio, aceptamos las cápsulas de 250 mg. tres veces al día. Si el paciente no puede tragar la cápsula, se puede quitar el medicamento de su interior y absorberse la substancia deseada en leche u otros vehiculos. La vía intravenosa provocó algunas veces cierto grado de flebitis química. Los pacientes no aceptan la vía intramuscular por el dolor que causan las inyecciones, sobre todo si se requieren dosis considerables.

Debe recordarse que ningún medicamento podrá curar una estenosis dura y fibrosa. La aureomicina deberá emplearse antes de la cirugía o como auxiliar de la misma, si ésta se indica. En ninguno de los casos tratados por nosotros se pudo comprobar la extensión de las lesiones en el curso de la terapéutica.

Granuloma inguinal

El primer caso de granuloma inguinal curado con aureomicina se atendió en el Hospital de Harlem, entre abril y junio de 1948; se empleó en él la vía oral.

Se trataba de una mujer negra de 41 años, con debilidad acentuada de las extremidades, aparte la incontinencia, la hemorragia y la secreción purulenta por la vía rectal. El examen físico reveló que la neuritis periférica era de naturaleza avitaminósica. La lesión focal consistía en un granuloma perianal que se extendía a la orquilla. Después de 10 días de tratamiento a base de 750 mg. diarios de aureomicina, desaparecieron la hemorragia y la secreción, en tanto que se observó la granulación de las lesiones y la formación de nuevo epitelio. En tanto mejoraba el estado desapareció la incontinencia hasta llegar a la normalidad. El resultado conseguido es nueva prueba de que la aureomi-

cina es específica en el granuloma inguinal; debe considerarse como el medicamento de elección por su eficacia y por la ausencia de reacciones tóxicas secundarias.

Sucesivamente, hemos observado otros 12 casos de la misma afección, los cuales han obedecido al mismo tratamiento. Después de 9 meses todos los pacientes mantenían la curación y se consideraron libres de síntomas.

ENDOCRINOLOGÍA

TRATAMIENTO DE LA TIROTOXICOSIS

Dres. J. S. RAVDIN y colaboradores

Filadelfia

Los progresos más recientes en el conocimiento de la fisiología del tiroides derivan de tres clases de sustancias: 1) los compuestos bociógenos, como los sulfamídicos, los derivados de la tiourea y los sulfacianatos; 2) los preparados relativamente purificados de la hormona tirotrópica de la porción anterior de la hipófisis; 3) el yodo radioactivo. Del empleo de estas substancias se ha aprendido lo relacionado con el paso del yodo inorgánico al tiroides, el mecanismo de su fijación y la consiguiente integración en la hormona tiroidea, la dispersión de esta hormona en la circulación; el efecto de ciertos factores extratiroides en esta dispersión y la función de la hipófisis anterior en el conjunto de estos mecanismos. Sin embargo, ignoramos todavía la estructura de la hormona tiroidea y el efecto metabólico específico de la misma. Por fin, no conocemos con exactitud la causa primitiva de la tirototoxicosis, aunque es probable la importancia etiológica de los trastornos funcionales de los centros psíquicos elevados, del hipotálamo, de la hipófisis anterior, del sistema nervioso autónomo, de las gonadas y de las suprarrenales.

El estado tirotóxico podría considerarse, en teoría, atacable terapéuticamente en tres niveles posibles, a saber: 1) con la intervención sobre los factores iniciales; 2) en el mismo tiroides, y 3) en la célula periférica, donde se hace sentir el efecto de la excesiva cantidad de hormona tiroidea. No tenemos medios de acción en aspecto usual, quizá con la posible excepción de la psicoterapia en algunas ocasiones, la irradiación hipofisaria y la escisión de los adenomas tóxicos. Tampoco podemos neutralizar el tercer factor, de modo que, al presente, quedamos limitados al ataque a nivel del propio tiroides. Los actuales métodos de tratamiento enfocan un objetivo común: la reducción de la cantidad de hormona hasta conseguir el alivio de las manifestaciones subjetivas de la afección.

Yodo

Los preparados absorbibles de yodo provocan un grado variable de remisión, por lo menos en el 95 por 100 de los pacientes. Como esta remisión es, sin