

NOTAS TERAPÉUTICAS

TRATAMIENTO DE LA TROMBOANGEÍTIS OBLITERANTE POR LA BUTAZOLIDINA

Los resultados favorables obtenidos por la Butazolidina en el tratamiento de la tromboflebitis han sido destacados por SIGG, en Suiza; STEIN, en Estados Unidos; MARTORELL y SALLERAS, en España; y por NÚÑEZ RAMOS, en Cuba.

Algunos de los casos tratados eran enfermos con tromboflebitis migratoria sintomática de una enfermedad de Buerger. La mejoría fué evidente. Estos resultados motivaron el que ensayáramos la Butazolidina en el tratamiento de los enfermos tromboangeíticos aunque no sufrieran ningún episodio flebítico en el momento del tratamiento.

En el Departamento de Angiología del Instituto Policlínico fueron tratados 14 enfermos, trece hombres y una mujer, con cuadro clínico típico de tromboangeítis obliterante. La mayor parte de ellos habían estado sometidos a diferentes operaciones practicadas en dicho Departamento o en otros Hospitales. Se administró una ampolla diaria de Butazolidina (Geigy) por vía intramuscular. En casos más graves se administró una ampolla por la mañana y otra por la tarde. Para valorar el efecto terapéutico de la Butazolidina con mayor exactitud, no se administró a estos enfermos ningún otro medicamento. Sólo debemos resaltar que en los enfermos que todavía fumaban se les prohibió en absoluto el tabaco.

La mejoría obtenida fué evidente en diez de los catorce enfermos tratados. La acción analgésica fué inmediata. Enfermos con intenso dolor nocturno que les obligaba a dormir con el pie colgando pudieron descansar de noche en posición horizontal. Con menor rapidez se atenuaron el edema y la eritromelia. La claudicación intermitente también disminuyó notablemente.

Vamos a relatar a continuación la historia clínica de un caso muy demostrativo.

J. M., varón de 35 años. Remitido por el Dr. I. Puigdengoles, acude a nuestro Dispensario el 11-XI-55, manifestando que en 1938 inició su enfermedad con algias en el hombro derecho, seguidas al cabo de unos días de dolores en la muñeca del mismo lado. En esta última advirtió unas formaciones nodulares. Internado en un Hospital

Militar, por hallarse movilizado, diagnosticaron tenosinovitis y fué tratado con salicatos y fisioterapia, sin mejoría. Pasa así dos años, desapareciendo el dolor espontáneamente.

En 1942 presenta cladicación intermitente, molestias en los dedos de los pies y dolor en la rodilla de la extremidad inferior derecha, que tras dos meses ceden también de modo espontáneo.

En 1950 se instaura vivo dolor y parestesias en mano y pie del mismo lado, presentándose el último frío y cianótico y la mano con sensación de quemazón intensa. Internado en un Hospital de Buenos Aires, donde se hallaba, se observa además dolor, y según dice el enfermo, el pie de color «tomate oscuro» y «el pulso del pie había desaparecido». Úlcera en dedo gordo, muy cianótico. Diagnostican Enfermedad de Buerger. Investigan focos: sinusitis. Penicilina a dosis masivas, autovacunas. Presenta brotes de flebitis migratoria, con confirmación histopatológica.

Pasa así dos años, con remisiones periódicas.

En 1952, regresa a España, donde le aconsejan simpatectomía lumbar del lado derecho, efectuándose en Málaga, mejorando. Quedan sólo algunas molestias al andar en la planta del pie. Durante este año presentó úlceras en la mano derecha. Practicada V. S. G., dió, según manifiesta el enfermo, 30 en primera hora, 50 en segunda hora y un índice de Katz de 27,5.

En 1954 y por similar sintomatología en la pierna izquierda, le practicaron, en el Hospital Clínico de Barcelona, simpatectomía lumbar de este lado. No mejora en absoluto.

En octubre 1955 le practican neurectomía del tibial posterior, por ulceración de un dedo del pie. No mejora. Las anestesiás del simpático lumbar obtienen idéntico resultado.

Durante este tiempo, aparte de los procedimientos quirúrgicos, ha tomado muchos medicamentos, sin mejoría. Gran fumador, no ha dejado el tabaco.

En la actualidad siguen los dolores, presentando eritromelia declive, edema, frialdad en el pie y cianosis de los dedos. El pie derecho también está frío. La exploración nos da los datos de la figura 1. Tiene una úlcera

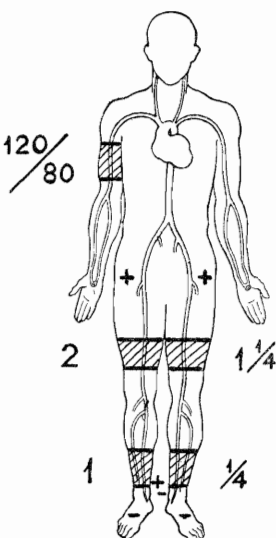


Fig. 1. - Representación esquemática de la exploración clínica. Obsérvese la disminución del índice oscilométrico. Desaparición del pulso de la pedia y de la tibial posterior del lado izquierdo.

en el 3.º dedo del pie izquierdo cuyo fondo está constituido por la falange. Últimamente el dolor es insoportable obligándole a dormir con la pierna colgando. Después de fracasar todos los tratamientos médicos y quirúrgicos y ante la intensidad del dolor han decidido amputarle la pierna en el Hospital de la Mutualidad a que pertenece. Nos muestra la hoja de ingreso en la que está indicada la operación que tienen que ejecutar al día siguiente. El enfermo sufre tanto que acepta resignado la mutilación.

Decidimos ensayar un tratamiento con Butazolidina. El enfermo manifiesta que ha tomado ya demasiadas inyecciones y que si no se opera perderá los beneficios de la mutualidad. Insistimos en dicho tratamiento, pero exigiendo que deje por completo el tabaco, cosa que no ha hecho nunca, condición indispensable para que la medicación sea beneficiosa.

Después de tomar una inyección, mañana y tarde, de Butazolidina obtiene una

mejoría inmediata consiguiendo dormir de noche. A los pocos días se reduce la Butazolina a un solo inyectable diario. Ha dejado por completo el tabaco y desde luego se desiste de la amputación.

Visto seis meses después sigue bien habiendo reanudado su trabajo habitual.

F. MARTORELL.

BIBLIOGRAFÍA

- SIGG, K. — *Zur Behandlung der Venenthrombose mit Butazolidin*. «Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift», n.º 11, pág. 261; 1955.
- STEIN, I. D. y ALAN ROSE, O. — *Treatment of superficial thrombophlebitis with phenylbutazone (Butazolidin)*. «A.M.A.», vol. 93, pág. 899; 1954.
- MARTORELL, F. — *Tratamiento de la tromboflebitis por la butazolidina*. «Angiología», vol. 8, n.º 3, pág. 124; 1956.
- NÚÑEZ RAMOS, C. — *Tratamiento de la tromboflebitis con fenilbutazona*. «Revista Cubana de Terapéutica», vol. 1, n.º 1, pág. 34; 1956.

UN NUEVO HIPOTENSOR: EL «ADELFÁN»

En estos últimos años, los Laboratorios Ciba han puesto a disposición de los médicos nuevos fármacos hipotensores que han demostrado un evidente valor terapéutico. Entre ellos se cuentan los simpaticolíticos, gangliopléjicos, ftalacinas y la reserpina.

Observando la acción individual de estos dos últimos hipotensores, los Laboratorios Ciba pensaron en asociarlos al objeto de que se produjera un sinergismo de potencialización simultánea sobre los centros vegetativos diencefálicos reguladores, sobre la circulación renal y sobre las propias paredes vasculares. Según «Ciba» estos dos productos dan lugar a una hipotensión lenta y sostenida. Pero mientras las ftalacinas poseen un efecto enérgico, predominante sobre la hipertensión diastólica, por acción sobre las paredes vasculares periféricas, en particular a nivel de los vasos renales, y aumentan la actividad cardíaca, la reserpina produce hipotensión por acción central a la vez que por su acción neurosedante compensa los efectos secundarios de las ftalacinas.

Según los Laboratorios Ciba, los enfermos responden mejor al tratamiento combinado que empleando ambos fármacos aisladamente, a la vez que lo hacen a dosis menores y con mejor tolerancia. El efecto de esta asociación puede tardar algún tiempo en manifestarse, lo cual permite la adaptación de las condiciones circulatorias a las nuevas circunstancias de un modo lento, evitando así las molestias o peligros de los cambios bruscos en la fisiología establecida. En los tratamientos prolongados no comprobaron disminución en su eficacia.

El ADELÁN, nombre comercial que los Laboratorios Ciba da a la asociación reserpina-ftalacinas, se presenta en frascos de 30 comprimidos.

dos que contienen cada uno 0,1 mg. de Serpasol (reserpina) y 10 mg. de 1-4 dihidracinofthalacina.

La *dosis*, teniendo en cuenta las respuestas individuales, es variable. Recomiendan empezar por dosis débiles, 2-3 comprimidos al día, preferible después de las comidas, aumentando en forma progresiva según los efectos hasta 6 comprimidos al día en caso necesario. Excepcionalmente, dicen, puede llegarse hasta los 4 comprimidos, tres o cuatro veces por día.

* * *

En julio de 1954 comunicábamos en esta misma Revista (Vol. 6, número 4) los resultados obtenidos con el Serpasol, entonces denominado Serpasil, en veinte enfermos de hipertensión diastólica. Ya en dicha ocasión resaltábamos que la combinación Apresolina-Serpasol tenía la ventaja de disminuir los efectos tóxicos de la Apresolina, en especial su tendencia a aumentar la frecuencia del pulso.

Según nuestra experiencia la Apresolina es más eficaz que el Serpasol como hipotensor, pero con excesiva frecuencia el enfermo se encuentra peor aunque su hipertensión haya disminuído. El Serpasol atenúa sobre todo el nerviosismo, el insomnio y la taquicardia; aunque las cifras tensionales puedan ser las mismas, el enfermo se encuentra mejor.

La asociación Apresolina-Serpasol fué ensayada en 34 enfermos. En uno la Apresolina provocó una hipertermia tóxica que obligó a suspender su empleo. En conjunto la combinación de los dos medicamentos se mostró más eficaz que el empleo de cada uno aislado. Por este motivo ensayamos el nuevo preparado ADELÁN, puesto a nuestra disposición por la Casa Ciba.

Treinta y cinco hipertensos, en su mayoría ambulatorios, fueron tratados con ADELÁN en el Departamento de Angiología del Instituto Policlínico. Tres habían sido operados previamente de simpatectomía toracolumbar y uno de nefrectomía por pielonefritis crónica atrófica unilateral. La dosis osciló entre dos y seis comprimidos al día. En todos los casos fué bien tolerado. La mejoría fué subjetiva y objetiva. Un caso de hipertensión maligna con cifras de urea en sangre de 2,60 por mil falleció de hemorragia cerebral en pleno tratamiento con ADELÁN, administrado después de practicar una simpatectomía toracolumbar de un solo lado.

Debemos señalar que el efecto hipotensor del ADELÁN es bastante rápido. En los casos favorables se aprecia en muy pocos días. Al suprimir la medicación las cifras tensionales también suelen ascender con bastante rapidez. Por este motivo es conveniente tantear la respuesta terapéutica en cada enfermo para llegar al suministro de la dosis mínima eficaz. En algunos casos el enfermo se habitúa al medicamento y éste pierde gradualmente su efecto hipotensor.

F. MARTORELL.