

TRATAMIENTO DE LA TROMBOANGEITIS OBLITERANTE CON FENILBUTAZONA Y PREDNISONA

J. MONSERRAT

*Departamento de Angiología del Instituto Policlínico de
Barcelona (España)*

La fenilbutazona entró a formar parte del arsenal terapéutico de la Angiología cuando, en 1954, se utilizó por vez primera en el tratamiento de las tromboflebitis. Estos trabajos iniciales los realizaron OLDANO, MARZOLLA y MASENTI en la experimentación animal y SIGG en la clínica humana.

F. MARTORELL publicó, en 1956, los resultados obtenidos con la fenilbutazona en el tratamiento de algunas formas de tromboflebitis, especialmente la tromboflebitis migratoria esencial y la que precede o acompaña la tromboangeítis obliterante.

En el mismo año, también F. MARTORELL, basándose en la experimentación clínica, amplió las indicaciones de la fenilbutazona a los casos de tromboangeítis obliterante aunque no fueran acompañados de tromboflebitis migratoria, publicando los primeros resultados de la literatura mundial.

En nuestro trabajo presentamos 60 casos de Tromboangeítis obliterante del Departamento de Angiología del Instituto Policlínico tratados con fenilbutazona y prednisona, solas o asociadas.

MÉTODO.

Hemos utilizado los siguientes preparados farmacéuticos:

— Butalgina (fenilbutazona) «Esteve», en forma de grageas (0,20 g.) o supositorios (0,50 g.).

— Butazolidina (fenilbutazona) «Geigy», en forma de grageas (0,10 y 0,20 g.), supositorios (0,25 g.) o inyectables (0,60 g. en 3 c.c. de solución al 20 % con 1 % de xilocaína).

— Dacortín (prednisona) «Merck», en forma de tabletas (2,5 y 5 mg.).

— Prednibutal (prednisona y fenilbutazona asociadas) «Esteve», en forma de comprimidos (prednisona 2 mg. y fenilbutazona 100 mg.).

La dosificación utilizada ha sido la siguiente:

Fenilbutazona: Grageas, 0,30 a 0,80 g. al día, repartidos en dosis fraccionadas después de las comidas, en series de diez días, con intervalos de descanso.

Fenilbutazona: Supositorios, 0,25 a 1 g. al día, en series de diez días, con intervalos de descanso.

Fenilbutazona: Inyectable, 0,60 g. al día, por vía intramuscular, en series de cinco a diez días, con intervalos de descanso.

Prednisona: Tabletas, 10 a 30 mg. diarios, repartidos en dosis fraccionadas después de las comidas, con dosis altas iniciales, disminuyéndolas de forma progresiva hasta la dosis mínima efectiva; series de varios días, con intervalos de descanso.

Asociación prednisona-fenilbutazona: 12 mg. prednisona con 600 mg. fenilbutazona al día, en dosis fraccionadas después de las comidas, durante cinco días, reduciendo la dosis a la mitad durante otros diez días.

MATERIAL Y RESULTADOS.

Estos 60 enfermos de tromboangeítis obliterante han sido seguidos clínicamente durante periodos de tiempo variable, la mayoría durante varios años.

Los analizaremos bajo tres puntos de vista:

1. *Casos cuyo tratamiento ha sido exclusivamente médico:* 14 enfermos.

De ellos 13 eran varones y uno hembra. Hábito fumador, 9.

Se trata de las formas más leves: cambios de coloración en los dedos de los pies o de las manos, frialdad, claudicación intermitente.

En 5 existían brotes de tromboflebitis migratoria, 3 presentaban aquellos cambios de coloración, 8 claudicación intermitente y uno dolor continuo.

El resultado del tratamiento ha sido: desaparición de los brotes de tromboflebitis migratoria en los 5, volvió la coloración cutánea a la normalidad en los 3, desapareció la claudicación en los 8 y cedió el dolor continuo en el caso que lo sufría.

Caso demostrativo n.º 1. — Mujer de 35 años. Fumadora de cigarrillos. Hace dos años brotes de tromboflebitis migratoria en antebrazo izquierdo, seguidos de dolor tipo claudicación intermitente en ambos pies. Se inicia tratamiento con fenilbutazona, experimentando gran mejoría en el dolor. Al suspender el tratamiento, de nuevo dolor. Por este motivo, durante dos años se le administran dosis elevadas y repetidas a temporadas de fenilbutazona, pero presenta un cuadro tóxico con malestar general, astenia, palidez de piel y mucosas y fiebre en agujas. Hemograma: 2.400.000 hematíes, Hb 60 %, leucocitos 10.000, linfocitos 54 %, monocitos 8 %, neutrófilos 38 %, eosinófilos 0 %, basófilos 0 %. Se suspende la fenilbutazona; tratamiento antianémico intensivo: mejoría subjetiva, comprobada por hemogramas sucesivos.

Comentario: Enferma tratada con dosis elevadas de fenilbutazona que hace desaparecer prácticamente su dolor tipo claudicación intermitente. Al cabo de dos años cuadro tóxico hemático consecutivo al tratamiento, que obliga a suspender éste. Las agujas febriles se interpretaron como crisis de hemolisis: cedieron al suprimir la fenilbutazona. El estado general se remontó con tratamiento antianémico.

II. Casos tratados médicamente como complemento del tratamiento quirúrgico: 38 enfermos.

Todos ellos eran varones, de los cuales 30 tenían hábito de fumar.

Se trata de formas avanzadas, con lesiones isquémicas ya ulcerosas ya necróticas. Un gran número presentaba dolor continuo. Estos enfermos fueron sometidos a tratamiento operatorio (simpatectomía lumbar o neurectomías periféricas, según los casos). La fenilbutazona y la prednisona se administraron como coadyuvantes de la terapéutica quirúrgica, pre y postoperatoriamente.

En 15 existían brotes de tromboflebitis migratoria, 16 presentaban claudicación intermitente, 18 dolor continuo y 30 úlceras o necrosis isquémicas.

El resultado del tratamiento fue la desaparición de los brotes de tromboflebitis migratoria en los 15 que la sufrían, la mejoría o desaparición de la claudicación en los 16, el cese del dolor continuo en los 18, curaron las úlceras en 22 y se delimitó la necrosis en 10.

Caso demostrativo n.º 2. — Varón de 35 años. Ingresa en el Departamento de Angiología el 11-XI-55.

En 1938 dolor en hombro y muñeca derechos, con nódulos subcutáneos. En 1942 claudicación pierna derecha. En 1950 úlcera isquémica dedo gordo pie derecho. Simpatectomía lumbar de este lado en 1952, con mejoría. En 1954 simpatectomía lumbar del lado izquierdo, por sintomatología similar; no mejora. En 1955 neurectomía del tibial posterior de este lado. Siguen molestias.

Gran fumador, no ha dejado el tabaco.

Al ingresar presenta intensos dolores en pierna izquierda, frialdad, cianosis y edema en los dedos del pie. Úlcera isquémica en el tercer dedo del pie izquierdo. El dolor nocturno disminuye algo colocando la extremidad en declive.

Debido al fracaso de los tratamientos médicos y quirúrgicos establecidos, en el Hospital de la Mutualidad a que pertenecía habían decidido practicar la amputación de la extremidad inferior izquierda.

A su ingreso en nuestro Departamento se procede a un tratamiento con fenilbutazona inyectable, logrando una mejoría inmediata que le permite conciliar el sueño. Abandona el tabaco. Se desiste de la amputación, y mejora hasta el extremo de poder reanudar su trabajo habitual.

Otro caso clínico de gran interés es el siguiente:

Caso demostrativo n.º 3. — Varón de 30 años. Ingresa en el Departamento de Angiología el 14-II-58, con ulceración del muñón de amputación del antepié izquierdo e intensos dolores continuos; también ulceración de los muñones de amputación de los dedos primero y quinto del pie derecho, asimismo muy dolorosos.

En 1954 claudicación intermitente en pie derecho y gangrena del primer dedo de dicho pie. Le practicaron simpatectomía lumbar de este lado y neurectomía. Al cabo de un año se necrosó el quinto dedo. Suprarrenalectomía y nueva neurectomía. A los tres meses gangrena del primer dedo del otro pie. Simpatectomía lumbar izquierda. En 1955 gangrena de los

dedos segundo, tercero y cuarto. Simpatectomía periarterial y amputación transmetatarsal.

Como antecedentes existe intenso hábito fumador y un brote de tromboflebitis migratoria.

Le instituímos un tratamiento con Prednibutal grageas y Butazolidina inyectable. Ceden rápidamente los intensos dolores y mejora el aspecto de las úlceras. Injertos de Thiersch. Curación.

Comentario: A pesar de las intervenciones practicadas, la evolución de la tromboangeítis daba lugar a nuevas necrosis sin tendencia a limitarse sino, al contrario, los muñones de amputación se ulceraban. Iniciado en nuestro Departamento el tratamiento con Prednibutal y Butazolidina fueron desapareciendo los dolores intensos que sufría a la vez que en el tejido ulceroso aparecía con rapidez un franco tejido de granulación que permitió la aplicación de unos injertos de Thiersch, acelerando así el proceso de epitelización, siendo dado de alta el 24-V-58 por curación.

III. *Casos tratados con la asociación prednisona-fenilbutazona*: 16 enfermos.

Todos ellos eran varones. Hábito fumador, 10.

En 7 existían brotes de tromboflebitis migratoria, 2 presentaban cambios de coloración de la piel en manos o pies, 8 sufrían claudicación intermitente, 3 dolor continuo.

El resultado del tratamiento ha sido: desaparición de los brotes de tromboflebitis migratoria en los 7, normalización del color de la piel en los 2 que lo presentaban alterado, desaparición o disminución en gran manera de la claudicación en los 8 que la sufrían y cese del dolor en los 3 que lo presentaban continuo.

COMPLICACIONES Y TOLERANCIA.

En dos casos hemos observado intolerancia gástrica a la fenilbutazona por vía oral.

Consecutiva a un tratamiento intensivo y prolongado con fenilbutazona tuvimos un caso de anemia, resuelto con terapéutica antianémica masiva.

En todos aquellos enfermos con síndrome ulceroso gastroduodenal el empleo de la fenilbutazona fue rechazado de entrada.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el tratamiento de 60 casos de tromboangeítis obliterante se deduce que los preparados de prednisona y fenilbutazona:

- 1) Consiguen la desaparición de los brotes de tromboflebitis migratoria.
- 2) Dan lugar a la desaparición o gran mejoría de la claudicación intermitente.
- 3) Calman el dolor continuo.
- 4) Llevan a la curación de las úlceras isquémicas.
- 5) Favorecen la limitación de las necrosis isquémicas, lo que permite efectuar necrectomías mínimas.

6) En ningún caso de esta estadística fue preciso realizar amputaciones.

7) En dos casos en los que el tratamiento quirúrgico fracasó, se resolvieron con tratamiento médico según pauta señalada.

8) Tales preparados tienen una muy satisfactoria acción coadyuvante del tratamiento quirúrgico.

9) Dos enfermos en los que la suprarrenalectomía no ocasionó la menor mejoría, quedaron asintomáticos con la administración de prednisona — de acción antagónica a la intervención.

10) La asociación prednisona-fenilbutazona en un mismo preparado parece proporcionar mejores resultados que la administración de ambos productos por separado, aunque sea simultáneamente y a las mismas dosis.

11) Para obtener buenos resultados es imprescindible en absoluto la supresión del tabaco.

RESUMEN

Se resalta el satisfactorio resultado conseguido con la prednisona y la fenilbutazona en el tratamiento de la tromboangeítis obliterante, en especial en cuanto hace referencia a los brotes de tromboflebitis migratoria, claudicación intermitente, dolor continuo, curación de las úlceras isquémicas y limitación de la necrosis una vez aparecida. El trabajo se basa en 60 casos tratados con aquellos productos, solos o asociados.

SUMMARY

Sixty patients with thromboangiitis obliterans in the extremities were treated with prednisone and phenylbutazone. The encouraging results, makes this drugs a practical and relatively safe addition to the management of thromboangiitic patients.

BIBLIOGRAFÍA

- OLDANO, G.; MARZOLLA, S.; MASENTI, E. — *Influenza dell'Irgapirina nella trombosi sperimentale*. "Minerva Chirurgica", XI, 30 sept. 1954.
- SIGG, K. — *Über die Behandlung der Phlebitis mit Butazolidin*. "Praxis", 8:172:1954.
- STEIN, I. y ROSE, A. — *Treatment of superficial thrombophlebitis with Phenylbutazone (Butazolidin)*. "Arch. Int. Med.", 93:899:1954.
- MARTORELL, F. — *Tratamiento de la tromboflebitis por la Butazolidina*. "Angiología", 8:124:1956.
- NÚÑEZ RAMOS, C. — *Tratamiento de la tromboflebitis con fenilbutazona*. "Rev. Cubana de Terapéutica", 1:34:1956.
- SALLERAS, V. y RUZ, F. — *La Butazolidina en el tratamiento de las flebitis superficiales y profundas*. "Angiología", 8:164:1956.
- MARTORELL, F. — *Tratamiento de la tromboangeítis obliterante por la Butazolidina*. "Angiología", 8:177:1956.
- RODRÍGUEZ AZPÚRUA, E. — *Tratamiento de las tromboflebitis con Butazolidina*. "Angiología", 9:248:1957.
- OLLER-CROSIET, L. — *La Fenilbutazona en el tratamiento de las flebitis*. "Anales de la Academia de Ciencias Médicas" Barcelona, Sesión 3-XI-1957.
- DROBNIC, L. — *ACTH y Glucocorticoides en terapéutica*. "Práctica Médica", mayo, junio, julio 1957.