

SUMMARY

The writers describe a new condition due to multiple pseudotumours of the skull made up by accumulations (not pure) of plasma cells. This is a special type of osteomyelitis resulting from the development of staphylococci with peculiar characteristics, owing to the prolonged use of antibiotics.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Autoren beschreiben einen neuen Prozess von vielfachen Pseudogeschwülsten des Schädels, bestehend aus einer Anhäufung von Plasmazellen (nicht ausschliesslich) der besonderen Art der Osteomyelitis, welche von Staphylokokken hervorgerufen waren, deren Auftreten auf eine langandauernde Gabe von Antibiotika zurückzuführen war.

RÉSUMÉ

Les auteurs décrivent un nouveau processus de multiples pseudotumeurs du crâne, formées par des amas (pas purs) de cellules plasmiques, type spécial d'ostéomyélite, dû à la création de staphylocoques de caractères spéciaux, en vertu d'un emploi prolongé d'antibiotiques.

SOBRE EL LLAMADO ADENOMA BRONQUIAL PERIFERICO

M. MORALES PLEGUEZUELO y J. ALIX Y ALIX.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas
y Centro Colapsoterápico de Madrid.

Entre el gran grupo de los tumores broncogénicos se ha separado desde hace años un tipo especial, que ya es muy conocido, y que es calificado con el nombre de adenoma, y sucesivamente se han ido discutiendo por los autores sus características, especialmente en lo que concierne a su potencial evolutivo y en lo que se refiere a su real encuadramiento desde el punto de vista histopatológico.

Parece superfluo hacer una revisión histórica y bibliográfica del asunto. Nos encontraríamos, si lo hiciéramos, con toda una serie de opiniones, a veces contradictorias, muy particularmente respecto de la malignidad o posibilidades de

"malignización". Es a partir de WOMACK y GRAHAM ²² cuando se ha ido abriendo camino la idea de la malignidad potencial de tales tumores al establecer estos autores un paralelismo entre los mismos y los llamados tumores mixtos de las glándulas salivares. Para nosotros tiene interés la cuestión desde varios puntos de vista, pero especialmente desde dos. Primero, cuál es el lugar que realmente corresponde a tales tumores desde el punto de vista histopatológico; y segundo, cuáles son las posibilidades de diagnóstico y de tratamiento, y nos sirve para el caso la presentación de la siguiente historia clínica:

Se trata de una mujer de cincuenta y ocho años. Cinco años antes de nuestro examen comenzó a tener sensaciones de "mareo" sin carácter vertiginoso, que mejoraron y aun desaparecieron. Cinco meses antes de nuestro examen se reprodujo este síndrome, por lo que al ser reconocida se le encontró como hallazgo casual una imagen redondeada en el pulmón izquierdo. Entonces ella recordó que hacia ocho meses que había notado dolor en el hemitórax izquierdo, pero desapareció pronto. Ha observado rara vez alguna tos y algún esputo teñido discretamente, pero de manera esporádica.

Como antecedentes cuenta una flebitis postpartum y dolores reumatoideos alguna vez.

La exploración proporciona escasos datos objetivos fuera de la investigación radiológica. En ésta se encuentra una imagen redondeada situada en campo medio izquierdo, y que en proyección radioscópica lateral demuestra estar en plano anterior en contacto con la pa-

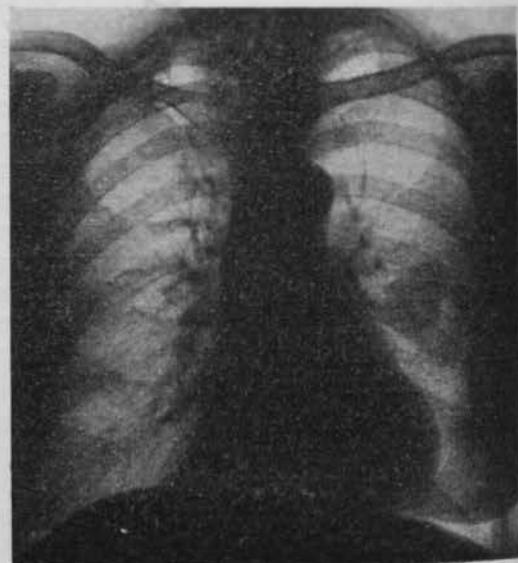


Fig. 1.

red, y por su situación se localiza en el segmento superior de la lingula.

Tensiones arteriales, 16/8.

Los análisis de sangre no ofrecen ninguna particularidad. Cassoni y Weinberg, negativos.

Como se ve, el diagnóstico no podía ser formulado y se barajaron las posibilidades de quiste hidatídico (resultado negativo de todas las pruebas), hamartoma y tumor metastásico. Para un tumor metastásico fracasó todo intento de encontrar un tumor originario en cualquier órgano. Así se pensó más positivamente en un

hamartoma, habida cuenta de la localización (figura 1) que la proyección lateral permitió fijar en la lingula vecina y en contacto con la pared torácica anterior, ya que tratándose de un tumor solitario pulmonar bien capsulado y con nula sintomatología había lugar a pensar en una formación benigna. No se supuso que se tratase en principio de un adenoma a causa de la localización periférica, teniendo cuenta de la rareza de tal localización.

Se practicó una toracotomía izquierda y se comprobó que el tumor, perfectamente capsulado, sobresalía por ambas caras, anterior y posterior, del segmento superior de la lingula, cubierto solamente por la pleura vis-

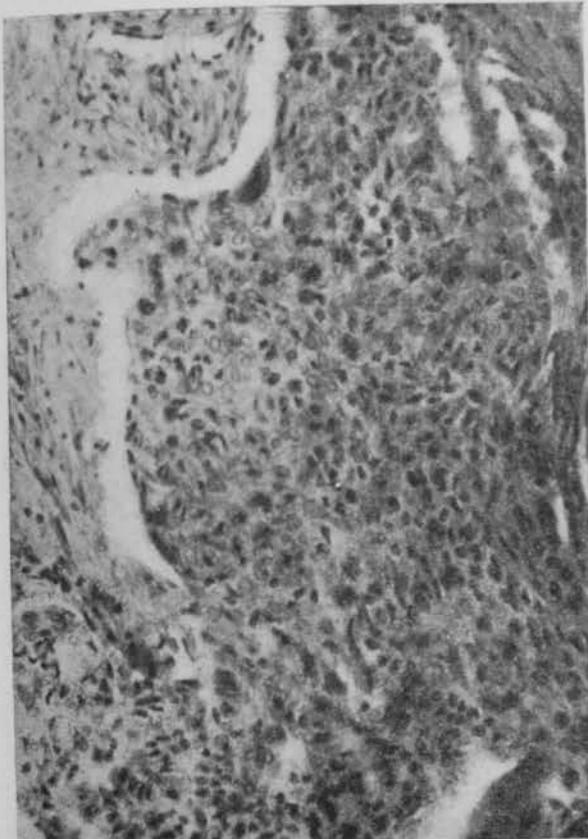


Fig. 2.—Adenoma bronquial periférico. Zona de cordones sólidos.

ceral en ambos lados. La consistencia era firme, no renitente, y la punción previa de la masa resultó negativa. Se procedió a una resección cuneiforme, ya que no existía participación linfática.

El curso postoperatorio fué normal.

La pieza, al corte, ofrecía una superficie lisa, grisacea, sin apreciarse macroscópicamente ningún punto de necrosis o de reblandecimiento.

El examen histológico proporcionó los siguientes hallazgos:

ESTUDIO HISTOLÓGICO.

Tumor epitelial, de células más bien cuboideas o poliédricas, de mediano tamaño, núcleo bastante grande (relación núcleo-plasmática de 1 ó un poco más), situado hacia el centro, más bien oval, medianamente tingible, de cromatina uniforme. Cuando se ve nucleolo es único y pequeño, sin relieve. El protoplasma, claro, algo basófilo, no contiene granos ni productos de secreción. La membrana celular es fina (en las micros no se la ve).

Estos elementos se disponen o en placas bastante extensas (fig. 2) o como formaciones cavitadas (figs. 3, 4 y 5).

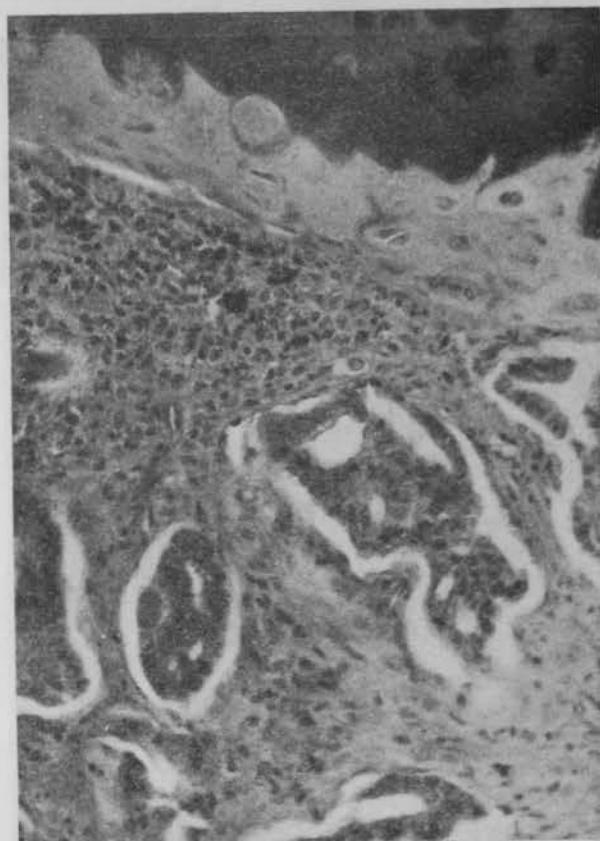


Fig. 3.—Adenoma bronquial periférico. Cordones epiteliales con cavidades y cartílago, en parte calcificado, conectivo con antracosis.

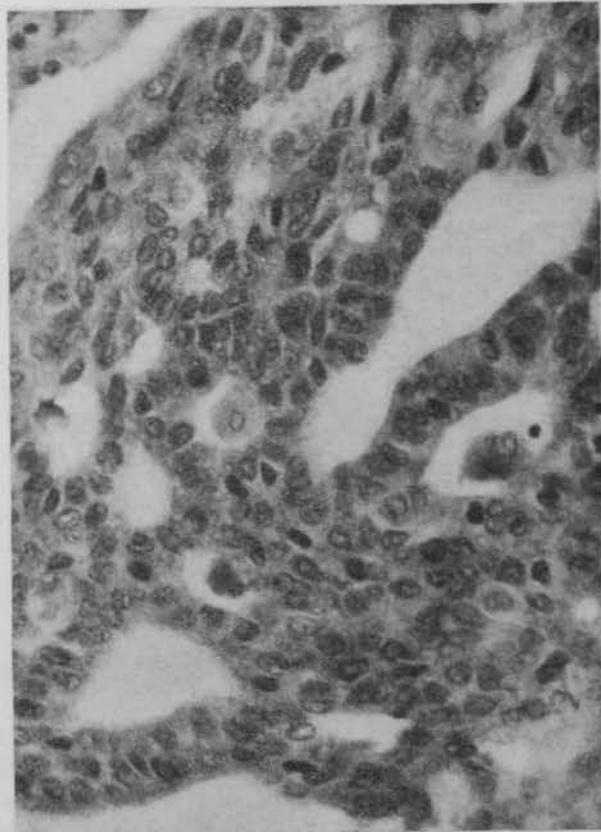


Fig. 4.—Adenoma bronquial periférico. Zona de aspecto glandular con células epiteliales dentro de las cavidades.

Es de notar que la capa que linda con el estroma presenta sus corpúsculos del mismo carácter que los más profundos, en cambio, los que limitan los huecos tienden a

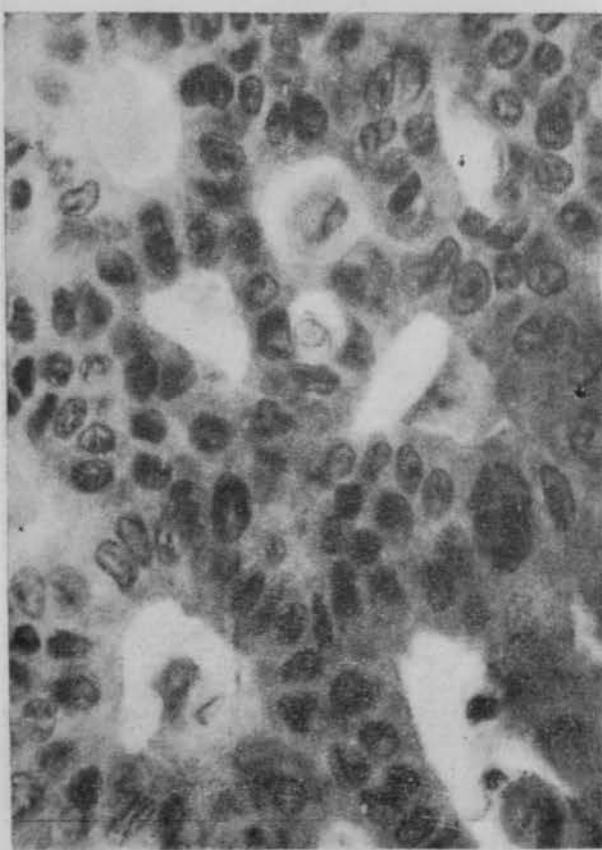


Fig. 5.—Adenoma bronquial periférico. Células atípicas.

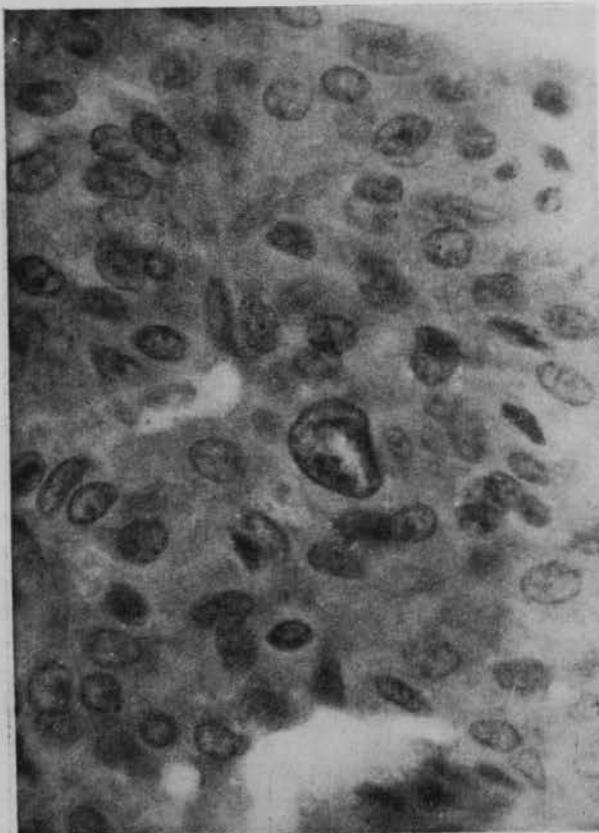


Fig. 6.—Adenoma bronquial periférico. Cordón sólido con una atipia grande.

alargarse, forma que nos parece adquirida. No se reconoce secreción en el borde protoplasmático que mira hacia la luz. En general, esta es ópticamente vacía. Pero algunas veces se ve en ella, como medio desprendida, una célula epitelial del mismo tipo que sus contiguas, menos teñida, y a veces tan pálida que cuesta trabajo reconocerla (figs. 4 y 5). Recorriendo con atención los cortes se reconocen áreas leptocrómicas que contrastan con otras agrupaciones próximas más teñidas. Todos los elementos poco aptentes de los colorantes lo son por alteraciones regresivas que llegan a abocar en la necrosis. En general, los huecos que dejaron al liuarse son redondeados, siendo raro que se alarguen (fig. 4). Aunque los caracteres de las células no desvitalizadas son bastante homogéneas, como se advierte en las tres primeras micros, y en la última, puede ocurrir, si la observación es continuada, que se encuentren algunas que llaman la atención por el gran tamaño de su núcleo,

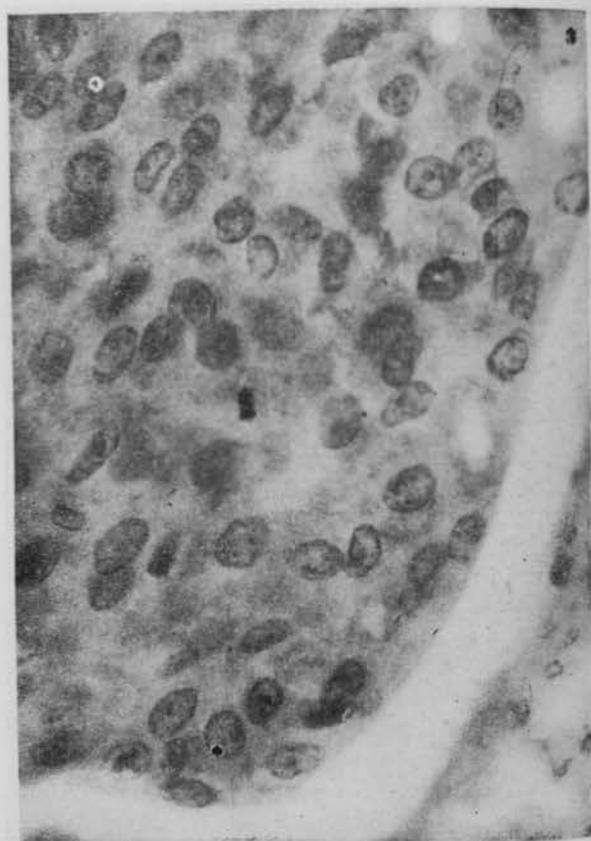


Fig. 7.—Adenoma bronquial. Célula en mitosis en el centro de un cordón de elementos bastante regulares.

la forma chocante de éste, y a veces, además, lo teñido de su sustancia cromática. Se trata de elementos claramente atípicos. También en algunos lugares se ven mitosis, cierto que no muy numerosas y más bien de aspecto normal.

El estroma es abundante, como se aprecia en las figuras 2 y 3, y tiene la particularidad que en uno de los trozos que se estudiaron claramente se percibía la presencia entre abundantes células de tipo fibroblástico con algunos macrófagos llenos de partículas carbonosas, islotes de cartílago, que pueden presentar calcificaciones (figura 3).

En algún fragmento de tejido pulmonar que acompañaba a la pieza, bastante bien limitada, se pudo observar que, a cierta distancia de ella, en tejido pulmonar edematoso, se volvían a encontrar algunos islotes tumorales.

A pesar de las atipias y mitosis, el tumor era, hasta cierto punto, organoide y daba impresión de benignidad (figs. 6 y 7).

El curso ulterior fué asintomático, y la radiografía (figura 8) hecha a los once meses de la intervención no muestra alteraciones, salvo la cicatriz estrellada residual de la resección.

La radiografía practicada a los diecisésis meses muestra la imagen de la figura 9, en la que se ve claramente una recidiva y dos metástasis. Así no cabe duda del potencial de reproducción y de verificar siembras a distancia. Lo primero podría explicarse dentro de un criterio de benignidad por haber quedado tal vez algún residuo ignorado. Lo segundo sólo puede explicarse en virtud de su estirpe metastatizante pese al carácter histológico. Cabe, por último, otra posi-



Fig. 8.

han sido muy variados y las denominaciones adoptadas asimismo muy diversas. Por lo que se refiere a su tendencia evolutiva, GOLDMAN y STEPHENS⁸ los dividieron en los siguientes grupos: 1. No infiltrantes ni metastatizantes. 2. Infiltrantes y no metastatizantes; y 3. Infiltrantes y metastatizantes.

Según esta clasificación, nuestro caso entra justamente en un grupo intermedio, ya que se ha demostrado que no es infiltrante y sí metastatizante. El último grupo de estos autores estaría ya en los límites con los carcinomas verdaderos.

Otra serie de autores, como HOLINGER¹⁰, HO-

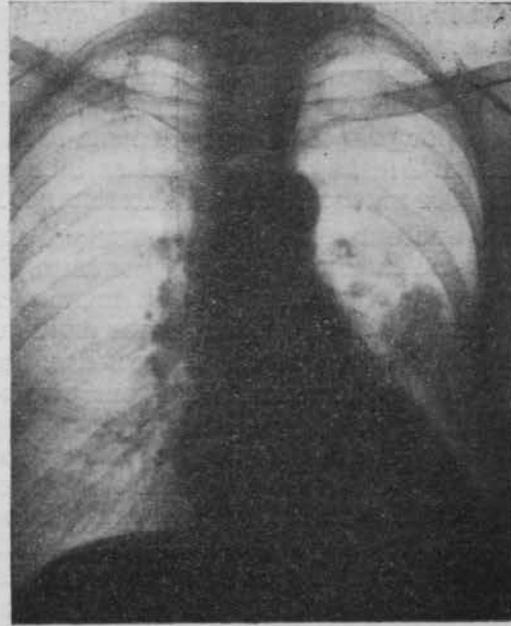


Fig. 9.

bilidad. Cada vez se abre más camino la idea del origen multicéntrico de los tumores. Se ha podido demostrar en lugares vecinos no solamente en la contigüidad del tumor, sino cerca de él en el mismo órgano la presencia de focos tumorales en estado de aparente latencia. No dejamos de apuntar esta posibilidad, ya que se trata de imágenes aparecidas en el mismo pulmón, quedando libre por completo el opuesto. Por último, puede haberse tratado de metástasis linfáticas, y por otra parte abunda en este sentido el hallazgo histológico sobre los trozos de pulmón adheridos al tumor, ya que es posible que existieran otros más alejados aún.

Así, aun en presencia de los datos que hemos señalado en el estudio histopatológico, debemos subrayar, como ya lo han hecho otros, la posible evolución maligna de estos tumores.

CLASIFICACIONES DE ESTOS TUMORES.

Es criterio unánime que entre estos tumores hay que distinguir diversos grupos con caracteres distintos. Los criterios, como ya decíamos,

LLEY¹¹, GOLDMAN^{8 bis} y otros han hecho a su vez clasificaciones histopatológicas, que poco más o menos llegan a establecer los grupos característicos que conocemos y que pueden definirse con GOLDMAN, RABIN¹⁸, NEUHOF¹⁵, ALBERTINI¹, DELARUE y PAILLAS⁵ de una manera general, como correspondientes a los siguientes grupos: Carcinoide, cilindroma, tumores de células mioepiteliales, tumores mixtos y formas de tránsito con los carcinomas. Si analizamos superficialmente las descripciones que hacen, por ejemplo, DELARUE y PAILLAS de estos tumores nos encontramos con cosas muy distintas y que en principio no parecen tener ninguna relación entre sí. Efectivamente (definen las llamadas formas "carcinoïdes" (por su similitud con los descritos por MASON en el tubo digestivo), como formadas por masas sólidas, y los cilindromas, como conteniendo cavidades pseudoglandulares. Pero si se analiza detenidamente la descripción y se contemplan las figuras, se llega a la conclusión de que el llamado cilindroma no deja de ser una forma evolutiva del carcinoide. En efecto, las cavidades del cilindroma están formadas no

por cavidades glandulares, sino por cavidades formadas en el seno del tumor a causa del metamorfismo mucoide sufrido por el estroma, lo que determina el rechazamiento excéntrico del grupo de células contiguas al centro afecto de esa transformación. Por otra parte, encontramos que en los llamados carcinoides los autores describen pequeñas lagunas mucoides seudovasculares, y las imágenes histológicas no se diferencian mucho de las del cilindroma a no ser por el número, más escaso en el carcinoides.

Un hecho al que se concede importancia es el de que en los tumores que nos ocupan, el estroma, generalmente fino, se adapta muy bien a las agrupaciones celulares, siendo éste un carácter importante para distinguirlo de los carcinomas indiferenciados de pequeñas células, con los que pueden ser confundidos. Respecto de los llamados carcinoides publicaron un trabajo JIMÉNEZ DÍAZ y uno de nosotros¹², en 1946, en el que se describía por primera vez el adenoma bronquial en España. Allí hay algunas fichas bibliográficas entre los muchos trabajos anteriores a 1946.

Los cilindromas, según DELARUE y PAILLAS, como ya indicábamos hace un momento, deben su aspecto exclusivamente a la metamorfosis del estroma, y se pueden considerar divididos en dos grupos: los verdaderos o mucoideos, porque las cavidades están llenas de sustancia mucoide, y seudocilindromas, de idéntica estructura, pero con hialinosis del centro conectivo. En otro trabajo, el propio DELARUE⁴ describe otra variedad, en la que se mezclan el estroma mucoide o hialino con algunos cordones de aspecto estrellado.

Para estos cilindromas está muy extendida la idea sostenida por BORST³ de que hay tres clases de tumores epiteliales cavitados, a los que cuadra la denominación: Los que tienen *verdaderas cavidades glandulares*, los que las presentan *por degeneración celular* y los originados *por alteraciones del estroma*, que son los que se encuentran en la definición de DELARUE.

Aún se debe añadir el grupo de los llamados epitelios basales adenoides, que para RABIN¹³ son carcinomas de baja malignidad, que pueden encuadrarse entre los cilindromas o mejor entre los llamados tumores de transición.

Como vemos, no es posible aceptar en el estado actual de nuestros conocimientos una clasificación que separe grupos diversos. Si a primera vista no se pueden encontrar analogías entre un carcinoides, un cilindroma, un tumor mioepitelial o un tumor de transición, etc., la verdad es que en el seno de una misma pieza se encuentran varios de estos aspectos e incluso trozos de cartílago, como acontece en nuestro caso (figs. 3, 4 y 5). A esto corresponden los llamados tumores mixtos, que, en contra de la opinión de DELARUE y PAILLAS, creemos que son los más frecuentes, o prácticamente la mayoría de los llamados adenomas, en los que se pueden encontrar todas las formas descritas reunidas en un solo caso.

COMENTARIOS.

El que tenga hábito de hacer estudio histológico de neoplasias se dará cuenta de por qué al estudiar las primeras preparaciones, que no contenían cartílago, se dudaba mucho al interpretarlas. Aún hoy, conociendo bien el caso desde el punto de vista clínico, operatorio y el resultado de la intervención, cuesta considerarlo como un tumor benigno. El estroma, con su cartílago, no en un punto, sino en muchos diseminados, si bien de áreas exigüas, no puede interpretarse como restos de un bronquio. Se trata, según la expresión de MASSON y LEROUX¹⁴, de un "epithelioma a strome rémanié", que se puede encontrar en los bronquios y en otros lugares de la economía, glándulas salivales, piel, periné, etc., a los que se ha bautizado con el nombre de epistomas en Francia¹⁵. Para los autores mencionados, así como para muchos anatomo-patólogos modernos franceses, los caracteres de benignidad relativa de estas neoplasias están conferidos por el estroma, en general escaso, muy bien adaptado al epitelio y en el que es frecuente la transformación mucosa, hialina, y en el que es frecuente la metaplasia cartilaginosa y aun ósea, sin que por esto haya que considerar a la mayor parte de estas neoplasias como tumores mixtos.

Sin negar la influencia del estroma en el crecimiento de las neoplasias, no pensamos que ésta es la razón fundamental, o al menos única, de la particular biología de estos tumores, caracterizados también por lo uniforme de sus células y la fisonomía de éstas (este caso es excepcional), lo que nada tiene que ver con el estroma.

Nuestro caso es de tipo cilindromatoso por trastornos regresivos con metaplasia condroide del estroma, y también se ven en el mismo zonas propiamente carcinoides (fig. 2). Nos parece que, aunque la diferenciación sea difícil, cabe separar este tumor de otros malignos que pueden adoptar formas anatomo-patológicas macroscópicas parecidas: los carcinomas broncogénos y las metástasis epiteliales pulmonares.

Respecto a las atipias y mitosis, que en este caso vemos y no forman parte del cuadro habitual de los epistomas, no suponen malignidad de modo obligado. En poco tiempo hemos visto atipias en: un tiroides hiperfuncional tratado con tiouracilo, una inflamación dérmica profunda, en todo parecida a una lesión precoz de micosis fungoide que curó pronto, en el estroma de una sarcoidosis y además en este caso. También se ven atipias en el borde de úlceras, en inflamaciones crónicas, en los tratados con rayos X, etc. Desgraciadamente (porque las dismorfias no suponen un diagnóstico seguro de malignidad, sobre todo en citología) se hacen diagnósticos erróneos.

Los epistomas periféricos se tienen hasta ahora como muy raros. Al parecer, los primeros casos descritos en pleno parénquima pulmonar son los de MEIER y FISCHER¹⁶, en 1947. Presentan

taron cinco casos, de los que cuatro eran próximos al hilio, y otro, yuxtadiafragmático, que curó por *lobectomy parcial*. No hablan estos autores con detención de los estudios histológicos, pero si hacen hincapié en los caracteres macroscópicos, importantes para el cirujano, que debe conocerlos: el tumor, más blando que el carcinoma (esto no ocurría en nuestro caso), no es raro presente cierta lobulación. En general, es rojizo moreno. (Sabido es que los adenomas bronquiales suelen estar bien irrigados, y esto puede ser causa de grandes hemorragias, hasta mortales, al intentar la ablación broncoscópica cuando ésta es posible.) Si una parte linda con el mediastino, se la ve cruzada por venas finas. Cuando el tumor se proyecta en una cisura interlobar, la pleura del otro lóbulo se puede liberar bien, de modo que es factible la lobectomía. En general, parte de la neoformación puede ser enucleada, mas no lo que se relaciona con el bronquio. A propósito, hay que decir que, aunque estos adenomas periféricos también tengan origen bronquial, como los hiliares, esto no suele comprobarse en el examen de la pieza. El primer caso francés es de SANTY, GALY y DUPREZ¹⁹, en 1951. También conocemos el caso de UMIKER y SETOREY²¹. Por cierto que éste, carcinoide muy típico según las micros, se cavitó y transformó en un auténtico adenoma-carcinoma. El caso que se presenta es el primero español de adenoma bronquial periférico.

Es importante no olvidar, como FOSTER-CARTER señaló hace ya años, con gran acierto, que el diagnóstico de adenoma bronquial no debe hacerse de modo unilateral, sino que ha de resultar del contraste y la cooperación del clínico, el broncoscopista y el anatomo-patólogo.

Naturalmente, los adenomas bronquiales son tumores que se deben extirpar totalmente, y las resecciones no deben limitarse, sino que deben abarcar en lo posible la mayor extensión, siempre que la tolerancia, edad, etc., del enfermo lo permita.

La ablación completa en los de bronquios gruesos se consigue unas veces (pocas) por vía intrabronquial; por este camino se ha empleado además de la ablación de lo que se puede, la implantación de agujas, sobre todo de radón. Otras veces ha de recurrirse a la resección bronquial con reconstrucción (así se han podido extirpar, con éxito, hasta de la carina). Otras, por resección cuneiforme o segmentectomía o lobectomía o neumectomía. Depende mucho la conducta terapéutica de cómo está la zona distal correspondiente de pulmón y su valor funcional, pero cada vez más debe huirse de las resecciones endoscópicas o pequeñas.

Debe saberse que en esta afección se puede esperar muchas veces antes de tomar una determinación terapéutica de importancia, porque los adenomas son de evolución muy lenta y se propagan muy despacio.

PRICE THOMAS¹⁸ ha tratado 41 adenomas

bronquiales, y de ellos uno solo maligno, como ya se dijo. Este autor opina que, desde el punto de vista práctico, la malignidad debe ignorarse. GALY y RENAULT¹, que tienen nada menos que 97 casos propios, también creen que la malignidad no se realiza más que rara vez y tarde. Nuestro caso, por el contrario, demuestra que tienen razón los que sostienen el criterio de la malignidad potencial.

RESUMEN.

Se trata del primer caso español de adenoma bronquial periférico. Se subrayan las características clínicas e histológicas y la tendencia evolutiva maligna potencial, que se puede actualizar como en este caso. Se considera imposible hoy día establecer un criterio exacto para la clasificación de estos tumores.

Se considera asimismo imposible fijar un criterio pronóstico.

Se considera imposible llegar a un diagnóstico exacto antes de la toracotomía en este tipo de tumor periférico.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBERTINI.—Presse Méd., 62, 1.081; 1954.
2. BIETO REIMAN, E.—Medicamenta, Supl., 12, 286; 1956.
3. BORST, M. y ASCHOFF, L.—Anatomía Patológica. Trad. esp. Barcelona, 1934.
4. DELARUE, J.; DEPIERRE, R., y PAILLAS, J.—Presse Méd., 60, 469; 1952.
5. DELARUE, J. y PAILLAS, J.—Clasification Anathomopathologique des cancers bronchiques. En Tumeurs bronchopulmonaires. Policard, A., etc., págs. 123 y siguientes. París, 1955.
6. GALY, P.—Les tumeurs benignes des bronches. En Tumeurs bronchopulmonaires. Policard, A., etc. París, 1955.
7. GALY, P. y RENAULT, P.—Presse Méd., 62, 1.081; 1954.
8. GOLDMAN y STEPHENS.—Jour. Thor. Surg., 10, 327; 1940.
- 8 b/s. GOLDMAN, A.—Jour. Thor. Surg., 18, 137; 1949.
9. HEAD, J. R.—Jour. Thor. Surg., 18, 155; 1949.
10. HOLINGER, P.—Jour. Thor. Surg., 14, 119; 1949.
11. HOLLEY, 1946. Cit. Goldman, A.—Jour. Thor. Surg., 18, 137; 1949.
12. JIMÉNEZ DÍAZ, C.; MORALES PLEGUEZUELO, M., y ALONSO FERRER, E.—Rev. Clín. Esp., 20, 112; 1946.
13. MAIER, H. C. y FISCHER, W. W.—Jour. Thor. Surg., 16, 392; 1947.
14. MASSON y LEROUX.—Cit. Galy. Pág. 6.
15. NEUHOF.—Jour. Thor. Surg., 18, 149; 1949.
16. PRICE THOMAS, C.—Lancet, 266, 1; 1954.
17. PRUVOST, P.; JACOB, P.; DELARUE, J., y DEPIERRE.—Presse Méd., 91, 1.040; 1941.
18. RABIN, C. B.—Jour. Thor. Surg., 18, 155; 1949.
19. SANTY, P.; GALY, P., y DUPREZ, A.—Cit. 4.
20. BRADSHAW, H. H.; SCHAFNER, L. D. y DEATON, W. R.—Jour. Thor. Surg., 23, 388; 1952.
21. UMIKER, W. y STOREY, C. F.—Jour. Thor. Surg., 24, 420; 1952.
22. WOMACK y GRAHAM.—Arch. Path., 26, 165; 1938.

SUMMARY

This is the first case of peripheral bronchial adenoma reported in Spain. Stress is laid on the clinical and histological characteristics and on the potential tendency to malignant degeneration which may, in cases such as this, be actualised. At present it is impossible to give the exact criteria to be fulfilled in the classification of these tumours.

Likewise it is not found possible to establish a prognostic criterion.

Nor is it possible to arrive at an exact diagnosis of this type of peripheral tumour unless thoracotomy is performed.

ZUSAMMENFASSUNG

Es handelt sich um den ersten Fall in Spanien von einem peripherischen bronchial Adenom. Es werden die klinischen und histologischen Merkmale beschrieben, sowie auf die Tatsache der potenziell bösartigen Tendenz des Ablaufes, wie in diesem Falle, hingewiesen. Gegenwärtig ist es unmöglich genaue Kennzeichen für die Klassifizierung dieser Geschwülste aufzustellen.

Gleicherweise ist es auch unmöglich ein Kriterium für die Prognose zu bestimmen.

Die Art von peripherischer Geschwulst kann vor der Thorakotomie nicht diagnostiziert werden.

RÉSUMÉ

Il s'agit du premier cas espagnol d'adénome bronchial périphérique. On relève les caractéristiques spéciales et histologiques et la tendance évolutive maligne potentielle, qui peut se généraliser, comme dans le cas qui nous occupe. On considère, encore aujourd'hui impossible de pouvoir établir une idée exacte pour le classement de ces tumeurs.

On considère également impossible de fixer un jugement pronostique, et impossible, de même, d'arriver à un diagnostic exact avant de faire la thoracotomie dans ce genre de tumeur périphérique.

TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON PREDNISOLONA

MANUEL LOSADA L. y OKE FRANCE S.

Departamento de Reumatología de la Cátedra E de Medicina de la Universidad de Chile y del Servicio de Medicina del Hospital del Salvador de Santiago.

Prof. Dr. R. HERNÁN ALESSANDRI.

La prednisolona, cuya fórmula química es Delta 1,4 pregnadiona-11 beta, 17 alfa 21 triol-3-20 diona, es un derivado de la hidrocortisona (delta 1 dehidro-hidrocortisona) por doble ligadura entre el C₁ y el C₂ del primer hexágono (figura 1). La modificación de la estructura química confiere a este cuerpo propiedades nuevas, que consisten fundamentalmente en: aumento de las actividades anti-inflamatorias y glucocor-

ticoide, disminución de la acción sobre el sistema linfático y de las perturbaciones electrolíticas. Estos hechos se han comprobado experimentalmente y han sido puestos en evidencia también en la investigación clínica.

MATERIAL Y METODO

El presente trabajo se basa en la experiencia adquirida en el tratamiento con prednisolona (1) de ocho casos de artritis reumatoide, con evidente actividad clínica y de laboratorio.

Las enfermas tenían una edad que fluctuó entre veinticuatro y cincuenta y nueve años; la duración del proceso varió entre un mes y veinte años. En cuanto a la etapa, tres correspondían al grado II y cinco al III de la clasificación de la American Rheumatism Association. La capacidad funcional en uno era de grado 2; en seis, de grado tres, y en uno, de tres a cuatro. La sedimentación globular estaba elevada en todas, fluctuando entre 19 y 130 mm. por minuto.

Las pacientes fueron hospitalizadas para su mejor observación; recibieron régimen alimenticio normal, sin restricción de sal y con ingestión libre de líquidos, conteniendo alrededor de 12 gramos de Na Cl (204 mEq. de Na, 204 mEq. de Cl) y 3 a 4 gramos de K (39 a 51 mEq. de K).

Antes de iniciar el tratamiento se efectuaron los siguientes exámenes: radioscopya de tórax, radiografías articulares, electrocardiograma, orina, hemograma, sedimentación, recuento de eosinófilos, glucemia, colesterolemia, electrolitos en la sangre y en la orina.

Desde la iniciación de la terapia las enfermas fueron controladas diariamente, desde el punto de vista clínico y en forma sistemática, en lo referente a exámenes de laboratorio.

DOSIS.

La prednisolona se administró cada seis horas. Las dosis iniciales fueron las siguientes: 30 miligramos en cuatro enfermas; 25 miligramos en una; 20 miligramos en dos, y 15 miligramos en una. Estas dosis se fueron bajando paulatinamente, en plazos variables de tres a quince días, para llegar a la dosis de mantención, que fué de 20 miligramos en una paciente, de 15 miligramos en tres, y de 10 miligramos en cuatro.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO.

Por disponer de escasa cantidad de droga, nuestros tratamientos fueron cortos, de quince a veintiocho días, con un promedio de 21,1 días. En tiempo tan breve hemos podido estudiar solamente la efectividad del medicamento, su tolerancia y efectos secundarios iniciales.

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO.

Los analizaremos desde el punto de vista clínico y de laboratorio.

I. ASPECTOS CLÍNICOS.

1. *Fiebre.*—En cinco enfermas que presentaban fiebre de 37,2 a 37,5, ésta desapareció a las veinticuatro horas. Dos enfermas afebriles, evidenciaron febrículas de 37,2 a 37,4 durante algunos períodos del tratamiento.

(1) Hemos empleado el producto bajo la denominación comercial de "Metioortelona", que la Schering Corporation puso gentilmente a nuestra disposición.