

Die klinische Verträglichkeit war gut und die Nebeneffekte selten und unbedeutend. Es wurde weder eine Kochsalz-Wasser-Retention noch elektrolytische Störungen von Bedeutung beobachtet.

Bei allen Patienten kam es zu einem Anstieg der Diurese (zwischen 30 und 300 Prozent) und Transpiration.

Bei zwei Fällen kehrte die Blutkörperchenenkung zum Normalwert zurück; bei fünf war ein deutlicher Abfall bemerkbar und bei einem blieb sie unverändert.

Die Zahl der weisen und roten Blutkörperchen stieg bei allen Patienten die erfolgreich behandelt wurden, an; bei 6 Fällen kam es zu einem bedeutenden Absinken der Eosinophilen und bei 2 Fällen zu einem Anstieg.

Die Cholesterolwerte im Blute stiegen bei 6 Fällen an, während bei 2 ein Abfall zu beobachten war. Die Blutzuckerwerte zeigten keine beachtenswerten Veränderungen auf.

Die grössere Wirksamkeit des Prednisolon über das Cortison konnte bei 6 Fällen nachgewiesen werden, welche wechselnd mit beiden Steroiden behandelt wurden; das Aequivalent unterlag jedoch bei den verschiedenen Fällen ziemlichen Schwankungen.

RÉSUMÉ

La prednisolone se présente comme une drogue d'activité intense et rapide dans la thérapie de l'arthrite rhumatoïde.

Parmi les 8 cas traités on obtint une rémission totale, 4 sensibles améliorations et 3 légers soulagements.

L'effet n'est que transitoire puisque lorsqu'on suspend l'administration du stéroïde, l'activité du tableau clinique reprend. Seulement dans un des 8 cas traités, on put maintenir l'amélioration obtenue en continuant le traitement avec les sels d'or.

Chez nos malades les doses de suppression oscillèrent entre 20 et 30 mg. et celles d'entretien entre 10 et 20 mg. La tolérance clinique fut bonne avec de rares phénomènes secondaires de légère importance. Nous n'observons pas de retentions hydrosalines ni d'altérations électrolytiques sensibles. Chez toutes les malades augmentation de la diurèse (entre le 30 et le 300 %) et transpiration.

La sémentation globulaire se normalisa chez 2; descendit sensiblement chez 5 et ne bougea pas dans 1. Le chiffre de globules blancs et d'hématies augmenta chez toutes les malades controlées; on apprécie forte diminution des eosinophiles chez 6 malades, augmentation chez 2.

Les chiffres de cholestérol sanguin augmentèrent dans 6 cas et descendirent dans 2. Il n'eut pas de variations significatives dans les valeurs de glycémie.

La Prednisolone est plus active que la Cortisone, effet que l'on put confirmer chez 6 malades qui furent traitées alternativement avec les 2 stéroïdes, mais l'équivalence oscilla assez dans les différents cas.

HIDROCORTISONA INTRAARTICULAR (CORTRIL) EN LAS ARTRITIS Y ARTROSIS

(Con estudios sobre líquido sinovial.)

J. BORRACHERO Y DEL CAMPO.

Cátedra de Patología General. Prof. M. BERMEJILLO.

Servicio de Reumatología. Jefe, Dr. José BORRACHERO
Y DEL CAMPO.

V. Asamblea Cruz Roja.—Servicio de Reumatología.
Jefe, Dr. JOSE BORRACHERO Y DEL CAMPO.

Madrid.

I.—INTRODUCCIÓN.

Es el objeto de esta breve comunicación clínico-analítica, después de citar nuestras impresiones sobre este tipo de tratamiento local, la importancia demostrativa en él del estudio del líquido sinovial antes y después del uso intraarticular de la hidrocortisona (Cortril).

Siempre que instauremos un tratamiento de base fisiopatológica o sintomática hemos de sentar las siguientes premisas:

1.º Que la aparición de la mejoría sea lo más rápida posible.

2.º La calidad de la misma.

3.º Duración de la mejoría, si es que ésta no es definitiva.

4.º Que carezca de accidentes sobre otros órganos o tejidos orgánicos.

Una vez pensados estos puntos hemos de elegir el fármaco que a nuestro juicio cumpla todas ellas o al menos el mayor número de las mismas.

Admitido el desconocimiento causal del proceso reumático, pese a las numerosísimas teorías, es por lo que nuestros esfuerzos han de ir encaminados a cumplir los dichos fines sintomáticos o fisiopatológicos que, en este tipo nosológico que interesamos, lo hemos cumplido con la HC. intraarticular.

Ahora bien, para cerciorarse de que esta mejoría sintomática o fisiopatológica se puede utilizar sin cuidados especiales, aparte de utilizar una correcta técnica, es preciso actuar no sólo con la observación empírica, sino también analítica, observando a distancia, aunque de forma indirecta, su acción sobre otros órganos.

Este ha sido el fin de este trabajo que hemos realizado, con la observación de las modificaciones plasmáticas electroforéticas, en parangón con las mismas acaecidas en el líquido sinovial.

Antes de pasar a ello haremos un breve resumen de las indicaciones, resultados e incidencias que hemos encontrado en nuestra marcha.

II.—INDICACIONES.

Como hemos dicho, no vamos a insistir a este respecto, ya que son variadísimos los trabajos sobre el particular en todas las revistas especializadas y no especializadas. Sólo nos resta añadir que hemos encontrado mejores resultados en las artritis que en las artrosis, en contra de la opinión de LACAPERE y MONIER y de acuerdo con HOLLANDER y otros autores. Además, que dentro de las artritis, mejoran más rápidamente las de tipo de secuela de poliartritis, que las mono u oligosintomáticas.

Respecto a las artrosis, para establecer el tratamiento creemos conveniente atender a los siguientes puntos:

- 1.º Que sean recientes o moderadamente avanzadas.
- 2.º Que estén en fase de reactividad inflamatoria.
- 3.º Que no sea muy marcada la limitación de movimientos.
- 4.º Que el enfermo tenga un perfecto estado general.

De ello inferimos que las indicaciones de la hidrocortisona (Cortril) deben considerarse en el siguiente orden:

1.º Secuelas mono u oligoarticulares (no más de dos) de las poliartritis tratadas previamente en forma general.

2.º Artritis mono u oligosintomáticas (nunca más de tres), con el siguiente orden: rodilla, tobillo, muñeca, articulación trapezocarpiana, periartritis escapulo-humerales.

3.º Artrosis de rodilla y cadera (ésta última con aditamento de terapia ultrasónica).

III.—RESULTADOS.

Hemos tratado 58 enfermos con 413 punciones, distribuidos de la siguiente forma y con los resultados que se indican:

DIAGNOSTICO	N.º de casos	RESULTADOS	
		Buenos	Malos
Artropatías de rodilla	31	29	2
Osteoartrosis de cadera	4	2	2
Artritis de tobillo	6	6	0
Artritis de muñeca	5	5	0
Artritis trapezo-carpiana	5	5	0
Periartritis escap.-hum...	7	5	2

Sin embargo, como el estudio del líquido sinovial le hicimos sobre las 31 rodillas tratadas, dilucidaremos la distribución de estos casos para mejor establecer las diferencias de resultados entre artritis y artrosis, posteriormente:

DIAGNOSTICO	N.º de casos	RESULTADOS	
		Buenos	Malos
Artritis de rodilla (secuela A. R.)	7	7	0
Idem id. monosintomática	16	15	1
Osteoartritis de rodilla	8	7	1

Y para fundamentar nuestro aserto de que las artritis eran más favorables al tratamiento que las artrosis, no tendremos más que fijarnos en los dos cuadros anteriores, observando las diferencias numéricas que siguen:

Diagnóstico	N.º de casos	Mejoramientos	Porcentaje de fracasos
Artritis	46	43	10 %
Artrosis	12	9	25 %

A la vista de los cuales comprobaremos cómo este tratamiento está más indicado en los reumatismos inflamatorios que en los degenerativos.

IV.—INCIDENTES.

En los 11 casos tratados primeramente (76 punciones) observamos los siguientes y escasos incidentes:

Reactivación dolorosa dentro de las primeras veinticuatro horas: seis casos.

Reacción alergo-inflamatoria alrededor del lugar de la punción: dos casos.

Total de incidencias sobre 76 punciones: 10 por 100 de incidentes nimios, como puede comprobarse.

No obstante, a partir de julio del pasado año utilizamos un sedante combinado con un anti-flogístico en pequeñas cantidades (Ircodina) en forma de supositorios y en dosis de uno cada seis horas durante las primeras doce siguientes a la punción, con lo cual no hemos vuelto a encontrar ni una sola incidencia.

Sin embargo, la única alteración constante e inmodificada, en casi el 60 por 100 de las punciones, es una hipotonía articular que dura a veces más de cuarenta y ocho a setenta y dos horas después de la punción fenómeno no digno de tenerse en cuenta, contrastado con la mejoría casi teatral de la inflamación y del dolor. Mejoría que en casi el 70 por 100 es a partir de la primera punción, y de forma total, siempre entre la segunda y tercera punciones.

No obstante, jamás hasta el momento hemos tenido como incidencia las infecciones o reactivaciones del proceso general, fiebre, etc.

tratamiento con hidrocortisona (Cortril), lo cual confirma, como ahora veremos, el rápido mejoramiento que encontramos clínicamente.

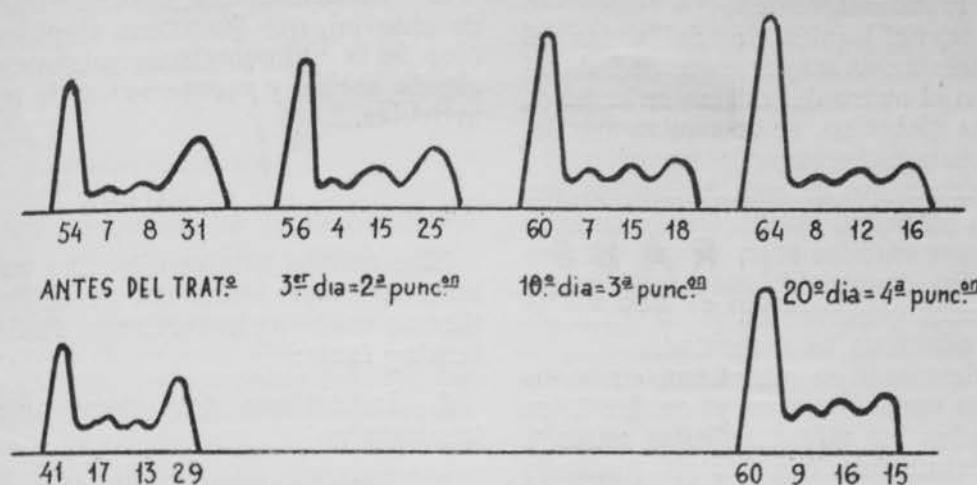


Fig. 1.

V.—MODIFICACIONES SINOVIALES.

Como más arriba decíamos, el interés de esta comunicación estribaba principalmente en señalar las modificaciones electroforéticas encontradas en el líquido sinovial antes y después del

La rápida acción de la hormona esterificada, aplicada "in situ" parece ligada, tanto a la menor solubilidad que sobre otros esteroides posee, así como a una inmediata utilización por los tejidos (COSTE), sin metabolismos intermedia-rios, y elevando sus defensas naturales, así como

CUADRO I.

Número	Diagnóstico	Enfermo	ANTES				DESPUES			
			Alb.	alfa	beta	gamma	Alb.	alfa	beta	gamma
1	Artritis.	J. L. H.	54	7	8	31	64	8	12	16
2	Artritis.	A. R. M.	51	8	10	31	63	6	14	17
3	Artritis.	J. F. R.	54	7	9	30	63	8	13	16
4	Artritis.	J. R. C.	53	9	8	30	62	7	15	17
5	Osteoartrosis.	P. P. J.	55	9	7	29	66	10	14	10
6	Artritis.	A. L. L.	53	7	10	30	62	7	16	15
7	Artritis.	P. M. A.	49	11	10	30	64	8	13	15
8	Artritis.	A. C. L.	54	8	9	29	63	10	12	15
9	Osteoartrosis.	M. G. S.	51	7	9	33	65	6	17	12
10	Osteoartrosis.	V. S. C.	52	8	9	31	65	9	15	11
11	Artritis.	J. M. F.	49	9	11	31	63	7	14	16
12	Artritis.	A. O. B.	52	9	7	32	64	7	13	16
13	Artritis.	D. H. M.	50	8	11	31	59	8	15	18
14	Artritis.	P. P. D.	53	7	8	32	61	9	14	16
15	Artritis.	D. C. F.	53	6	10	31	57	9	11	23
16	Artritis.	O. M. A.	51	11	8	30	63	9	14	14
17	Osteoartrosis.	E. P. M.	50	11	9	30	65	10	14	11
18	Artritis.	L. F. B.	48	10	11	31	61	9	13	17
19	Artritis.	C. B. C.	51	8	10	31	63	6	14	17
20	Artritis.	R. N. Y.	55	8	9	28	62	6	13	19
21	Osteoartrosis.	M. G. D.	50	10	12	28	54	9	9	28
22	Artritis.	M. H. B.	55	9	7	29	61	7	15	17
23	Osteoartrosis.	F. E. I.	54	8	7	31	66	9	13	12
24	Artritis.	L. A. C.	50	7	9	34	65	6	11	18
25	Artritis.	J. C. O.	51	6	9	34	64	8	13	15
26	Osteoartrosis.	M. R. C.	55	9	8	28	66	10	14	10
27	Artritis.	J. P. G.	56	9	10	25	65	7	15	13
28	Artritis.	J. N. L.	50	9	9	32	61	9	17	13
29	Artritis.	L. M. V.	52	6	9	33	65	7	13	15
30	Osteoartrosis.	D. M. M.	55	6	11	28	64	7	19	10
31	Artritis.	M. L. B.	52	7	9	32	64	9	10	17

NOTA.—Obsérvese en los casos 15 y 21 la ausencia de modificaciones apreciables antes y después del tratamiento. Estos casos corresponden a los dos fracasos obtenidos y citados en el texto.

haciendo remitir el esfuerzo que ellos venían realizando, como claramente se observa en el diagrama electroforético previo al tratamiento por el acetato de hidrocortisona.

Así vemos cómo el líquido sinovial, antes del tratamiento, muestra un mayor porcentaje de albúminas que en el suero del mismo enfermo y, como la gamma globulina, se encuentra asimismo en un porcentaje ligeramente mayor.

Y son las variaciones de esta última las que llaman nuestra atención, puesto que su concentración disminuye rápidamente, ya que a la segunda punción ha disminuido considerablemente, como podemos observar en la figura 1, al tiempo que la albúmina ha aumentado.

Estas modificaciones se presentan en todos los casos, como puede verse en el cuadro I, en que están citadas las cifras halladas antes y después del tratamiento con Cortril, haciendo constar que esa segunda determinación corresponde a la mejoría clínica y, por tanto, fueron obtenidas entre la tercera y quinta punción, o sea entre los diez y veinte días de iniciado el tratamiento.

VI.—CONCLUSIONES.

De lo anteriormente expuesto se infiere:

1.^o Que la tasa de albúminas es siempre mayor en el líquido sinovial, tanto en período de "actividad" como en el de mejoramiento total.

2.^o Que las globulinas alfa, a las que van ligadas las mucoproteínas no experimentan alteraciones apreciables en el líquido sinovial, como también, recientemente, por otros métodos han demostrado KULOMEN y MAKINEN. Esto es contrario a lo que ocurre en el suero.

3.^o Que las globulinas beta se comportan de igual forma que en el suero, aunque en menores proporciones que éste. Parece ser que los posibles anticuerpos de esta fracción (GRABAR) no se afectan demasiado por esta terapéutica.

4.^o Que las globulinas gamma disminuyen rápida y considerablemente con el uso intraarticular de este esteroide acetado en el líquido sinovial, mucho más que en el suero, posiblemente por su metabolismo directo sobre el mismo líquor y tejido afines, así como por su discreta insolubilidad, que permite un mayor tiempo de acción directa sobre el componente inflamatorio.

VII.—RESUMEN.

Nuestros resultados del tratamiento intraarticular con hidrocortisona en las artritis y artrosis ponen de manifiesto:

1.^o Las indicaciones de estos tratamientos intraarticulares.

2.^o Los resultados obtenidos con ellos y forma de evitar las incidencias.

3.^o Modificaciones electroforéticas del líquido sinovial, que justifican ampliamente el empleo de la hidrocortisona intraarticular por su rápida acción y recuperación de la normalidad articular.

SUMMARY

The results attained by the writers in the intra-articular treatment of arthritis and arthrosis with hydrocortisone disclosed the following facts:

1. Indications for these intra-articular treatments.

2. Results attained with them and ways of preventing recurrences.

3. Electrophoretic changes in synovial fluid which amply justify the use of intra-articular hydrocortisone owing to its rapid action and recovery of joint normality.

ZUSAMMENFASSUNG

Unsere Beobachtungen mit Hydrocortison bei Arthritis und Arthrosis geben über folgenden Aufschluss:

1. Die Indikationen für diese intra-artikulären Behandlungen.

2. Die erzielten Ergebnisse und die Möglichkeiten die Nebenwirkungen zu vermeiden.

3. Die elektrophoretische Umstellung der Gelenkflüssigkeit berechtigt weitgehend zum Gebrauch des intra-artikulären Hydrocortisons, welches mit rascher Wirksamkeit zur Wiederherstellung des artikulären Normalbefindes führt.

RÉSUMÉ

Nos résultats du traitement intraarticulaire avec hydrocortisone dans les arthrites et artroses évident:

1. Les indications de ces traitements intraarticulaires.

2. Les résultats que l'on obtient avec ces traitements et façon d'éviter les incidences.

3. Modifications électrophorétiques du liquide synovial, qui justifient amplement, l'emploi de l'hydrocortisone intraarticulaire par son action rapide et récupération de la normalité articulaire.