

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Mercaptopurina en la leucemia aguda del adulto.—KENIS, PELTZER y TAGNON (Rev. Hémat., 13, 132, 1958) han tratado 30 enfermos adultos de leucemia aguda con 6-mercaptopurina. Han podido objetivar una remisión completa, seis remisiones parciales y tres remisiones clínicas; han visto el efecto depresor de la droga sobre los leucocitos en casi todos los enfermos. También han tratado otros 9 enfermos con leucemia mieloide crónica en estadio de transformación a leucemia aguda, y en estos enfermos sólo se obtuvieron dos remisiones parciales. Tampoco han visto mejorías en dos enfermos con leucemia linfoblástica crónica durante los períodos de exacerbación linfoblástica aguda. Señalan que el efecto de la mercaptopurina sobre las células blásticas y sobre los leucocitos es, en general, muy rápida; pero la mejoría clínica, cuando se produce, no aparece hasta como pronto tres semanas después de la incisión del tratamiento, y la remisión completa no tiene lugar hasta tres meses después. Por ello, debe continuarse la administración de la droga hasta que han desaparecido por completo las células leucémicas de la médula ósea o hasta que se haga evidente una hipoplasia medular.

Fósforo radioactivo en el cáncer de pulmón.—Recoige ARIEL (Am. J. Roentgenol., 79, 961, 1958) los resultados obtenidos en 51 enfermos con cáncer pulmonar primario y metastásico por la administración de fósforo radiactivo. Reconoce que no aumenta el promedio de vida de los enfermos con neoplasias pulmonares, tanto si son primarias como metastásicas. En cambio, en un número significativo de enfermos se obtuvo el alivio de los síntomas tras la administración de 100 mc. de P 32. Los tumores primarios del pulmón y las neoplasias metastásicas de la mama respondieron mejor a la administración intravenosa de P 32; pero las metástasis de las neoplasias primarias del útero, ovarios, recto y colon no respondieron. Fracasaron todos los intentos para reforzar la concentración del P 32 en las neoplasias pulmonares por medio de la administración del isótopo por vía intracardíaca o intraarterial, o ulteriormente con un curso de mostaza nitrogenada. No se vieron reacciones desfavorables en estos enfermos, y la depresión hematopoyética fue generalmente leve. En conjunto, la administración intravenosa de P 32 produce una mejoría evidente, pero limitada, de los síntomas debidos al cáncer pulmonar.

Mefentermina en las arritmias.—Señalan WILSON y colaboradores (Am. J. Med. Sci., 236, 300, 1958) que el sulfato de mefentermina tiene un efecto antiarrítmico sobre el corazón humano enfermo. Este efecto se vio especialmente en los enfermos con sístoles ventriculares ectópicos. El mecanismo de acción consiste en una disminución del período refractario, aumento de la velocidad de conducción y un efecto inotrópico positivo. En dosis por encima de los 3 miligramos por kilogramo de peso y por vía intravenosa no se vieron efectos electrocardiográficos significativos en enfermos con fibrilación auricular cróni-

nica. Se produjo una reducción efectiva del bloqueo auriculoventricular funcional. En cambio, constituye una contraindicación la taquicardia supraventricular con bloqueo auriculoventricular de segundo grado. Señalan que las propiedades antifibrilatorias de la mefentermina pueden ser de valor en la cirugía a corazón abierto con parada cardiaca terapéutica. Consideran que teóricamente un preparado oral de mefentermina puede encontrar su puesto como coadyuvante a la digital en los enfermos con insuficiencia cardiaca congestiva crónica.

Evaluación clínica del miradón.—KELLAWAY (Brit. Med. J., 2, 889, 1958) ha valorado clínicamente y empleado terapéuticamente en el tratamiento de 25 enfermos que exigían una terapéutica anticoagulante, un nuevo producto de esta serie, el miradón (anisindiona). La respuesta inicial a la dosis de sobrecarga de 300 miligramos fue rápida, y se vio ya cierto efecto sobre el tiempo de protrombina en la mayoría de los sujetos a las seis horas. Se obtuvieron los límites terapéuticos deseados en la protrombina (actividad protrombínica entre 10 y 20 por 100) en más del 50 por 100 de los enfermos a las veinticuatro horas, y el 86 por 100 de las determinaciones subsiguientes del tiempo de protrombina se encontraban en límites similares. Se registraron cifras de protrombina normales entre treinta y seis y setenta y dos horas desde la suspensión del tratamiento. La vitamina K₁ produjo una rápida reversión de la acción anticoagulante. Comparándola con otros anticoagulantes, el miradón se aproxima más al "ideal" para un anticoagulante a breve plazo que otros preparados actualmente en uso, y la uniformidad de respuesta a una dosis diaria única sugiere que puede mostrarse también satisfactoria en la terapéutica de larga duración.

Terramicina en la bronquitis crónica del adulto.—EDWARDS y FEAR (Brit. Med. J., 2, 1.010, 1958) han realizado un tratamiento prolongado con terramicina durante períodos de duración diversa a 42 enfermos con bronquitis crónica, y realizan la revisión de los mismos al cabo de un plazo de dieciocho meses. Llegan a la conclusión de que la terapéutica continua y prolongada con terramicina durante un año o más no sólo evita la presentación de recidivas en la bronquitis crónica de los adultos, sino que se ve un paralelismo entre el grado de mejoría y la duración del tratamiento. Han observado asimismo que las exacerbaciones agudas de la bronquitis crónica muestran sus mayores proporciones durante el otoño y el invierno, especialmente entre septiembre y febrero, y es entonces cuando se produce el 80 por 100 de las recidivas. Por ello, sugieren la conveniencia de hacer una terapéutica continuada con terramicina durante un período de, aproximadamente, seis meses de cada año, en el que se incluya el período de recidivas máximas, con lo que se evitarán las exacerbaciones y se podrá mantener a la mayoría de los bronquíticos en un estado prácticamente normal.