

REVISIONES TERAPEUTICAS

TRATAMIENTO MEDICO DE LAS BRONQUIECTASIAS

R. FRANCO

Clinica Médica Universitaria del Prof. C. JIMÉNEZ DÍAZ
Hospital Provincial.

Aun cuando los autores americanos^{1, 2, 3} aseguran que las bronquiectasias, como causantes de enfermedad pulmonar, disminuyen de modo progresivo, es lo cierto que con mucha frecuencia se encuentran en la clínica enfermos con bronquiectasias ante los cuales se nos va a plantear su tratamiento médico, al no estar indicada la terapéutica quirúrgica, bien por el carácter difuso de las mismas o bien por causas co-laterales (edad, estado circulatorio, grave afectación general), o al ser rechazada la intervención por el propio enfermo.

El hoy muy eficaz tratamiento de las neumopatías inflamatorias agudas y los avances indudables en la terapéutica antituberculosa y antiasmática son causas más que suficientes para comprender los motivos por los cuales la aparición y diagnóstico de bronquiectasias debe disminuir; más, sin embargo, como antes hemos dicho, aún son un diagnóstico frecuente en cualquier clínica médica.

Por otra parte, aun a pesar de los citados progresos terapéuticos, son bastantes las bronquiectasias en cuya patogenia no podemos influir en modo alguno. Efectivamente, la existencia de bronquiectasias congénitas es bien conocida por todos: su presencia en gemelos ha sido señalada reiteradamente, así como su presentación familiar. Cuando se hallan asociadas a dextrocardias y sinusitis constituyen el llamado síndrome de Kartagener^{4, 5, 6, 29}, siendo muy frecuente que en aquellas familias en las cuales existen bronquiectasias, éstas se asocie a otras anomalías congénitas de diferente naturaleza. Es también conocida la asociación de bronquiectasias con enfermedad quística congénita del páncreas (mucoviscidosis)⁷. En el llamado síndrome de los sopladores parece existir asimismo una disposición constitucional para la aparición de las bronquiectasias, según muchos autores⁸. También en la agammaglobulinemia congénita es frecuente la aparición de bronquiectasias, en casos también asociada a sinusitis.

Otras veces, las bronquiectasias son debidas a procesos obstructivos de los bronquios de naturaleza no inflamatoria. Así, los cuerpos extraños del árbol respiratorio dan lugar a bronquiectasias del segmento o los segmentos correspondientes a la obstrucción⁹. El adenoma bronquial, aunque raramente, también puede dar lugar a su aparición segmentaria. Los tumores malignos sólo muy raramente tienen tiempo, en su evolución, para ocasionarlas. En cambio, las adenopatías del hilio son consideradas por muchos como una de las causas más frecuentes de bronquiectasias parciales^{10, 11}, sobre todo las debidas a la infección bacilar de la infancia. El sarampión y especialmente la tos ferina, enfermedades ante las cuales nos encontramos completamente desarmados, aun cuando podamos actuar sobre sus com-

plicaciones bacterianas¹², son clásicamente citadas como causantes de bronquiectasias, si bien en estos casos, como es lógico, adquieren un carácter difuso. Diversas infecciones virales, aun sin tratamiento, y que afectan al sistema respiratorio, en su evolución posterior pueden asimismo ocasionarlas, sin que nada podamos hacer para prevenirlas, como ocurre, sobre todo, en la neumonía atípica primaria.

Independientemente de los casos congénitos, la asociación de bronquiectasias con procesos crónicos de los senos paranasales ha sido citada con frecuencia, habiéndose achacado en estos casos a la aspiración durante el sueño de las secreciones debidas al proceso sinusal. Sin embargo, este modo de explicarse el hecho no puede aceptarse sin discusión, más si se tiene en cuenta que es solo un 50 por 100 de los enfermos con bronquiectasias los que muestran una sinusitis crónica¹³. Para algunos autores incluso podía no ser la causa, si no la consecuencia, de la enfermedad bronquial. Las atelectasias postoperatorias son otra causa posible de bronquiectasias, que lejos de decrecer tiende a aumentar hoy en día. Las intervenciones en la faringe, sobre todo la amigdalectomía y todas aquellas que precisan una anestesia general, llevada a cabo sin intubación, son las que presentan más probabilidades, ya que en ambos casos la aspiración es muy fácil. La intervención hecha sobre segmentos bronquiectásicos, fácilmente conducen a atelectasia de otros segmentos sobre los cuales pueden repetirse las bronquiectasias¹⁴.

Vemos, pues, que existen numerosas causas que conducen a la aparición posible de bronquiectasias, sobre las que apenas podemos actuar de modo preventivo, por lo cual su tratamiento sigue teniendo un interés práctico evidente.

La terapéutica médica de las bronquiectasias debe dividirse en dos grandes apartados de análoga importancia:

A) *Tratamiento durante las fases de agudización.* B) *Terapéutica de mantenimiento.*

A) *Las fases de agudización* de la enfermedad por bronquiectasias son debidas siempre a la infección sobreñadida y violenta. De este modo el tratamiento tiene que ir conducido a dos fines: 1.º, actuar sobre los gérmenes; y 2.º, evacuar los exudados.

1.º Nuestra acción sobre los gérmenes infectantes debe ser muy eficaz, siempre y cuando no se haga de una manera rutinaria. No cabe duda que los casos aun mortales, debidos a procesos neumónicos o bronconeumónicos bacterianos, son debidos a un uso rutinario de los hoy día cada vez más poderosos medios terapéuticos. El espuma debe ser cultivado, y debe probarse frente a los agentes obtenidos la acción de los diferentes antibióticos y sólo con aquéllos que sean eficaces hacer el tratamiento (previa digestión del moco con pancreatina según el proceder de Rawlins). De este modo, usando el antibiótico o quimioterápico de elección tenemos garantía de éxito completo. Estos antibióticos deben usarse en dosis altas, si consideramos las circunstancias locales en que los gérmenes se encuentran, aun cuando la sensibilidad in vitro de los agentes encontrados sea muy

exquisita. No menos de 1.000.000 de unidades de penicilina, mejor potenciada con 1 ó 2 gr. de estreptomicina, deben ser inyectados diariamente. Los antibióticos de amplio espectro, cuando demuestran ser los de elección en el test de prueba, deben también usarse a dosis altas; en general, nunca menos de 1,5 gr. de las tetraciclínas y hasta 2 de cloranfenicol. Si tenemos en cuenta que los gérmenes más comúnmente hallados en las secreciones de los bronquiectásicos lo son por este orden: neumococos, *H. influenza*, estafilococos, gérmenes anaerobios y cocos Gram negativos, comprendemos fácilmente lo absurdo de una penicilinterapia sistemática seguida de la prueba de diversos antibióticos mientras el proceso evolucionaba y se van creando resistencias, tanto más lamentables si se tiene en cuenta la cronidad de la enfermedad.

Sin embargo, aun a pesar de darse dosis altas del antibiótico de elección, las condiciones locales impiden el alcanzar concentraciones suficientes del mismo en algunos casos.

Las concentraciones de penicilina en el pulmón y en el esputo pueden aumentarse usando el Dietilamino-éster yodado de la penicilina G, siempre y cuando se administren dosis análogas a las empleadas como penicilina G intramuscular. Las penicilinas de absorción lenta durante la fase aguda son casi siempre tan ineficaces como útiles pueden ser en la terapéutica de sostenimiento. También la suma al tratamiento intramuscular intenso de la administración de penicilina en aerosol ha sido muy usada como medio de aumentar la concentración local del antibiótico, aun cuando los resultados han variado poco en relación con los obtenidos con el tratamiento parenteral, si éste es empleado a dosis suficiente, a no ser que se administren con presión positiva.

Naturalmente que de igual modo³¹ que la penicilina, otros antibióticos pueden ser aplicados en forma de aerosol, pero como con ella, si las dosis son suficientes, no existe manifiesta diferencia en su empleo de este modo.

2.º Junto a la terapéutica antibacteriana es fundamental el drenaje o evacuación de las secreciones. El drenaje postural está hoy en día suficientemente acreditado en todas partes como para no necesitar entrar en la discusión de su eficacia. Sin embargo, ésta está ligada directamente a una instrucción correcta del paciente y al conocimiento previo de la localización de las bronquiectasias, sin la cual la indicación de la postura es imposible. MAC DONALD resume así¹⁵ las normas para el mismo: La tráquea debe estar inclinada hacia abajo de 20 a 45 grados de la horizontal, de modo que los segmentos principalmente afectos estén por encima de la extremidad libre de la misma. Este drenaje postural puede hacerse de diferentes modos:

a) En una cama de hospital pueden elevarse las rodillas, con el paciente tumbado, con la cabeza y los pies sobre la cama, las caderas elevadas y descansando los brazos y cabeza sobre una almohada. Para el drenaje de las porciones laterales del tórax, puede ser preciso el mantener las piernas a un nivel más alto. Este procedimiento requiere una cama articulada y por ello precisa la hospitalización, mientras el enfermo comprende y aprende la posición, en cuyo momento puede hacer la cura en su domicilio.

b) El método más corrientemente usado es con los brazos y la cabeza en una silla baja junto a la cama, con las caderas y piernas en ésta, de modo

que los segmentos afectos estén más altos que la cabeza. Esta postura puede ser imposible en algunos casos, sobre todo en enfermos viejos (postura de Quincke).

c) La elevación, unos 40 cm. del pie de la cama, puede ser efectiva y es mejor tolerada que el método anterior. Limita el ángulo de inclinación, pero puede ser suficiente para un drenaje útil.

d) La posición genupectoral puede ser precisa en algunos casos.

Después del drenaje postural el enfermo debe ser estimulado a toser para acabar de eliminar las posibles secreciones aún retenidas.

Es innecesario decir que el drenaje postural puede ser imposible para enfermos debilitados, en hipostolia o muy ancianos.

Esta cura postural debe ser hecha una o más veces al día y durante un tiempo aproximado de unos veinte minutos.

Junto al drenaje postural, en ocasiones es precisa la aspiración broncoscópica, que, como es natural, hace necesaria la hospitalización y la existencia de personal especializado. Es demasiado molesta para ser empleada sistemáticamente y debe considerarse como un recurso en aquellos casos en que el vaciamiento postural no se consiga, acompañándose entonces de la aplicación local del antibiótico de elección; LAHOZ y SASTRE aconsejan la aspiración a través de una traqueotomía previa seguida de la administración local del antibiótico de elección³⁴.

Es claro que junto a esta terapéutica fundamental las fases de agudización de las bronquiectasias exigen el cuidado del círculo, del estado general del enfermo, el mantenimiento de una atmósfera limpia y una alimentación calóricamente suficiente y de ingestión fácil.

Mas junto a estas medidas puede ser de suma utilidad el uso de expectorantes, ya que, en ocasiones, la viscosidad de las secreciones puede dificultar mucho su drenaje. De todos los remedios es el ioduro potásico el más efectivo como fluidificante, siendo de advertir que en tales ocasiones, a no ser por una causa muy fundamentada, no debe restringirse la ingestión de líquidos, que, incluso, debe llegar a tres y más litros al día.

Esto último, el no restringir la ingestión de líquidos, es una norma que no debe ser olvidada en los casos en que, como ya se ha dicho, la cura postural se ve dificultada por un drenaje defectuoso y, en consecuencia, de un curso desfavorable. La cura de sed y la cura de Carell, antiguamente preconizadas en el tratamiento de las bronquiectasias, únicamente deben intentarse cuando la cantidad de secreciones sea muy grande y fuera de las fases de agudización¹⁶.

Es lógico que la tos no deba ser suprimida; por tanto, si tenemos en cuenta que debemos procurar el reposo y el sueño tranquilo de estos enfermos, no deben darse opíaceos con este fin, sino nos valdremos de barbitúricos o tranquilizantes.

Otra situación aguda que pueden presentar los enfermos con bronquiectasias, independientemente de la infección y en casos añadida a ella, es la hemoptisis¹⁷. Los espertos hemoptoicos y aun las pequeñas hemoptisis son muy frecuentes en estos enfermos, sobre todo en las fases de infección, mas no nos referimos a estos casos. Aunque raramente, la aparición de grandes hemoptisis puede originar un tratamiento especial y, en ocasiones, difícil, ya que el reposo favorece el estasis, la cura postural favo-

rece la hemorragia y la tos, que no debe ser suprimida, ejerce igual acción.

En algunos casos de bronquiectasias saculares de lóbulos inferiores se ha usado el neumoperitoneo de modo excepcional con motivo de grandes hemoptisis; mas, sin embargo, en general, tales hemorragias son extraordinariamente raras en las bronquiectasias puras.

B) Terapéutica de mantenimiento.

El tratamiento adecuado de la infección ha sido el mayor avance en la terapéutica de los enfermos con bronquiectasias. En consecuencia, el prevenir la infección es la premisa más importante en el tratamiento de sostén de dichos enfermos.

Mas es corriente que los enfermos, pasada la fase aguda, olviden su enfermedad y abandonen cualquier terapéutica, por lo cual es papel del médico la educación de los mismos.

En definitiva, el tratamiento de sostén se basa en las mismas premisas que se han indicado en el de las fases agudas: terapéutica antiinfecciosa y drenaje. A ellos hay que unir una serie de medidas de tipo general que en este caso pueden tener evidente importancia.

El tratamiento antiinfeccioso debe ser mantenido de modo persistente. Aun cuando se discute por algunos^{18, 19} la verdadera eficacia del tratamiento profiláctico con antibióticos, la mayoría de los autores están de acuerdo^{20, 21} en que con él disminuyen de modo muy notorio las fases de agudización. De todos los antibióticos usados, son los de espectro de acción amplia los que parecen prestar una mayor eficacia. La administración de un gramo de terramicina o de cloranfenicol, dos veces por semana, asociados o no a una dosis bisemanal de penicilina-benzantina de 900.000 unidades, es evidentemente útil en tales casos, especialmente cuando el carácter de las secreciones haga suponer un drenaje difícil o la existencia de factores favorecedores de la infección. La posibilidad de la aparición de resistencias es mínima con este modo de administración.

En lo que se refiere al drenaje, la cura postural para limpieza de las bronquiectasias debe ser aconsejada diariamente por las mañanas, al despertarse el enfermo, variando la postura, como es lógico, con la localización de las mismas. La posición de Quincke, fácil en cualquier medio, es útil en muchos casos y muy sencilla para el enfermo. Despues de unos quince minutos debe aconsejarse al enfermo que procure toser y expectorar durante uno o dos minutos más.

Si a pesar de este tratamiento las secreciones aumentan o se tornan de carácter purulento, la aspiración broncoscópica puede ser un procedimiento útil. En este caso, debe aprovecharse la maniobra para la administración local del antibiótico que se considere de elección en cada enfermo. Es preciso tener la seguridad de que el paciente no tiene sensibilidad al que se vaya a usar, ya que las consecuencias en tal caso podían ser funestas.

La frecuencia de las curas broncoscópicas se indicará sobre el terreno, considerando el estado del enfermo, la cantidad de secreciones y el aspecto del esputo.

También la cura con aerosoles o nebulizaciones puede ser conveniente si aumentan las secreciones o adquieren carácter purulento. Algunos autores²⁰ afirman que las inhalaciones de penicilina son el tratamiento ideal para evitar la infección secunda-

ria de las bronquiectasias, opinión sobre la que no existe unanimidad. Muchos, con evidente razón, aseguran que, si acaso, la penicilina podrá ser eficaz para los gérmenes grampositivos, pero que carece de eficacia alguna para la flora gramnegativa, tan frecuentemente causante de estas infecciones; por ello²¹ aconsejan el aerosol combinado de penicilina-estreptomicina de modo periódico. La verdadera eficacia de este proceder se encuentra en realidad en la cura preoperatoria, ya que en la terapéutica de mantenimiento supone un coste y unas molestias que, en muchos casos, lo hacen impracticable.

Si la expectoración se hace espesa, dificultándose de este modo el drenaje, con evidente riesgo de una agudización, se han aconsejado los aerosoles de tripsina, unida a los antibióticos²² en aplicación diaria hasta que la expectoración se fluidifique y disminuya y se facilite la evacuación de los exudados. La tripsina en aerosol produce tos al cesar la aplicación, y está formalmente contraindicada en los casos en que existen hemoptisis. Algunos²³ han preconizado el uso, en aerosol, de la desoxirribonucleasa a dosis de 10 a 15 mlgr., y dos o tres veces al dia. Su acción enzimática se produce sobre los tejidos necrosados al despolimerizar los ácidos nucleicos, transformándose la expectoración de purulenta y viscosa en mucosa, fluida y fácil.

Sin embargo, estos medios no están al alcance de todos y precisan en general la hospitalización de los enfermos.

Junto a todo lo antedicho hay una serie de medidas generales que deben ser observadas. El enfermo con bronquiectasias debe evitar los ejercicios violentos y, en especial, aquellos que le conduzcan a una situación disnea. Debe, naturalmente, evitar la inhalación de cualquier gas irritante o tóxico, lo cual tiene un notable interés en medicina social, ya que deben ser apartados de aquellas profesiones en que tales circunstancias concurren, así como de aquellas en las cuales (sopladores, etc.) se aumente la presión intratorácica. Aparte de estas circunstancias laborales la prohibición de fumar debe ser terminante. Esta prohibición no debe ser hecha de modo rutinario, sino que debe advertirse a los enfermos de la importancia que tiene para su mejoría clínica. El tabaco, aparte de su acción irritante sobre la mucosa bronquial, aumenta la secreción de modo evidente, factores ambos, que sumados, son altamente perjudiciales, como se comprende fácilmente.

El enfermo con bronquiectasias debe dormir en una habitación ventilada y, a ser posible, en la que la atmósfera no esté excesivamente seca. El factor clima tiene sólo una relativa importancia y lo que conviene es no cambiar al enfermo a un clima diferente al que esté habituado, a no ser que lo sea a un clima templado, sin grandes oscilaciones térmicas, de humedad media y soleado, condiciones que constituyen las ideales en este caso.

Debe procurarse un sueño eficiente, evitando todas las circunstancias de stress psíquico y usando, si es preciso, tranquilizantes.

No es necesario señalar la importancia que el tratamiento de cualquier foco séptico orofaringeo puede tener en tales pacientes. Así, pues, la eliminación de los focos sinusales y amigdalinos, si existen, así como de las infecciones dentarias, es obligada.

Tampoco es preciso insistir en la necesidad de tratar enfermedades colaterales que puedan favorecer la infección o el estasis broncopulmonar, especialmente los procesos circulatorios o renales.

Si este tratamiento es llevado de modo cuidado-

so, las agudizaciones se espacian y el curso de la enfermedad es favorable. Si por un motivo u otro esto no sucede así y las complicaciones sépticas se suceden, la evolución hacia una supuración pulmonar grave, el peligro de una hemoptisis o, si las bronquiectasias se encuentran asociadas a enfisema, hacia el corazón pulmonar crónico, suponen las complicaciones, todas de mal pronóstico, de esta enfermedad.

Conocidas las posibilidades de tratamiento médico de las bronquiectasias, el médico precisa también, en muchos casos, negarse a encargarse de un tratamiento que supone un peligro para el enfermo, cuando está a mano el poder resolver el problema quirúrgicamente, o, al menos, declinar su responsabilidad sobre los resultados.

Tales situaciones pueden resumirse así:

1. Cuando las bronquiectasias sean localizadas, de modo que su extirpación sea fácil y siempre y cuando junto a esto concurra uno de estos factores:

a) Falta de respuesta a una terapéutica médica bien llevada, con afectación progresiva del estado general.

b) Hemorragia recidivante, no refiriéndonos aquí a la expectoración hemoptoica, sino a hemorragias importantes en las que es casi segura la lesión de una rama de la arteria pulmonar engrosada y que pueden poner en peligro la vida del enfermo. La localización de la zona sangrante debe hacerse por broncoscopia y la indicación quirúrgica es absoluta si la hemorragia recidiva.²⁴

c) Cuando existe un diagnóstico diferencial, imposible de conseguir por medios inciertos, como causa de las bronquiectasias (cuerpo extraño, adenoma o carcinoma del bronquio) la resección está indicada.

2. Las bronquiectasias más difusas no pueden resolverse, como es natural, de un modo quirúrgico, pero ello no quiere decir si las mismas anteriores circunstancias existen a partir de un segmento más afecto, que la indicación no deba ser establecida, aun cuando en tal caso se sepa que no queda definitivamente resuelto el problema.

Así, pues, cuando nos encontramos en alguno de estos casos, el médico peca si establece un tratamiento sin avisar previamente de los peligros que existen si la operación indicada no se lleva a cabo.

Por el contrario, la indicación quirúrgica no debe tampoco ser hecha a la ligera. La lobectomía supone, aun hoy en día, el suficiente riesgo para no aconsejarla por motivos, por ejemplo, de índole social, y no es cierto que el tratamiento médico sea completamente ineficaz. En aquellos casos en que la indicación no sea absoluta, se puede hacer terapéutica conservadora bajo vigilancia del enfermo, al tiempo que se van estudiando las condiciones fisiológicas respiratorias en que éste se encuentra y que van a ser un factor decisivo en el momento de decidirse a la intervención. No hay que olvidar que gran número de los enfermos portadores de bronquiectasias son bronquíticos, asmáticos, tuberculosos fibrosos, etc., que no poseen unas constantes ventilatorias normales, y asimismo que cuando tratamos a un bronquiectásico no podemos olvidar el tratamiento de la enfermedad basal.

PROFILAXIS.

Por último, hay un apartado que no podemos dejar de tocar. Si las bronquiectasias, en definitiva, representan ya una lesión hecha e irreversible, cuya

única terapéutica curativa es su exéresis, nada mejor que su prevención o, dicho de otro modo, su profilaxis.

Dejando aparte las bronquiectasias congénitas, sobre las que, naturalmente, no podemos actuar, ni aquellas otras en las que la obstrucción bronquial es accidental e imprevisible, es obligación del médico el no cejar en la vigilancia y tratamiento de aquellos procesos que pueden conducir a su formación. Sin llegar a la opinión, que nos parece exagerada, de Ch. JACKSON²⁵, que aconseja, nada menos, que la broncoscopia con broncoaspiración al final de todos aquellos procesos respiratorios agudos que puedan de un modo u otro (obstrucción por moco o bien por mantenimiento de la infección parietal) ocasionarlas, es preciso saber que cuando tales procesos persistan, cuando la terapéutica expectorante y antiinfecciosa no resuelvan absolutamente la expectoración y, por lo tanto, haya motivo para pensar en tal evolución, la broncoaspiración puede tener una eficacia definitiva. No se puede olvidar que la obstrucción por moco representa la causa principal en la génesis de las bronquiectasias²⁶, y que cuando se hacen estudios broncoscopicos, el tapón mucoso estenosante aparece en el 90 por 100 de los bronquios proximales de la zona o segmento afecto.²⁷ Así, pues, junto al tratamiento de la enfermedad hay que pensar formalmente en hacer broncoaspiración antes de que la dilatación bronquial quede establecida.

En los casos de obstrucción bronquial por cuerpo extraño, no es preciso insistir en la necesidad de la eliminación precoz del obstáculo bronquial estenosante. Esto que parece obvio, no lo es, y en la práctica clínica se encuentra con relativa frecuencia en la pieza de exéresis un cuerpo extraño, que pasó desapercibido por una mala exploración en el momento agudo.

Los ganglios tuberculosos del hilio deben ser seguidos. La actual terapéutica antituberculosa, yugulando la evolución exudativa, evitará, al menos teóricamente, la compresión de troncos bronquiales. Mas si se demuestra esta situación, hay autores²⁸ que aconsejan la extirpación quirúrgica de tales nódulos ganglionares.

La tos ferina y las bronconeumonías de la infancia deben ser tratadas de modo lo más activo posible y también insistentemente explorados los niños, pues ya se ha dicho cómo son causa frecuente de originar bronquiectasias.

Las neumonias intersticiales también deben ser vigiladas en su evolución posterior, teniendo en tales casos la broncoaspiración un valor profiláctico evidente.

Y, por último, el saber que en aquellas bronquiectasias aparecidas en la infancia, localizadas segmentariamente y conocida su localización, la cirugía puede de tener un valor profiláctico: los niños toleran bien la cirugía torácica, y todos los cirujanos aconsejan como edad óptima la de los quince años, ya que la de la expansión y compensación por los segmentos no afectos, se hace mucho más fácilmente cuando las resecciones son precoces, no han existido fenómenos reiterados de infección y, por tanto, la función respiratoria está mínimamente afecta.

Con esta actitud, el pronóstico de las bronquiectasias ha mejorado evidentemente y su frecuencia debe disminuir de modo progresivo. Y si tenemos la idea firme de que el tratamiento médico, aunque no resolutivo, es lo suficientemente eficaz²⁹ como para permitir una vida prácticamente normal a aquellos

enfermos que por uno u otro motivo no pueden ser operados, actuaremos de un modo bien diferente que si tenemos la falsa idea de que nuestra intervención, rechazada la resección, va a ser seguida del fracaso.

BIBLIOGRAFIA

1. GINSBERG y col.—J. Thoracic Surg., 30, 331; 1953.
2. BRADSHAW y col.—J. A. M. A., 116, 2561; 1941.
3. McGOVERNL.—Dis. Chest., 15, 208; 1949.
4. ADAMS y CHURCHIL.—J. Thoracic Surg., 7, 206; 1937.
5. FIELD.—Pediatrics., 4, 21; 1941.
6. MALLORY.—New England J. Med., 237, 795; 1947.
7. FARBER.—Arch. Pathol., 37, 238; 1947.
8. BALL y HOYLE.—Brit. Med. J., 1, 1115; 1933.
9. O'BRYEN.—Laryngoscope, 58, 1013; 1948.
10. JONES y col.—Amer. J. Tub., 61, 387; 1950.
11. BROCK.—Thorax, 5, 5; 1950.
12. LEES.—Brit. Med. J., 2, 1138; 1950.
13. WALSH y MEYER.—Arch. Int. Med., 61, 890; 1958.
14. COOLEY, OLSEN y col.—J. Thoracic Surg., 30, 331; 1953.
15. McDONALD.—Med. Clin. North America, 43, 209; 1959.
16. HINSAW GARLAND.—Dis. Chest., 156; 1958.
17. JACKSON y LYNN.—Canad. J. Surg., 1, 42; 1957.
18. REGGINS.—Am. J. Surg., 54, 50; 1941.
19. PERRY y KING.—Cit. Sint. Med., 93; 1947-48.
20. SEAL y MACINTYRE.—New Engl. J. Med., 236, 132; 1947.
21. OLSEN.—Rev. Clin. Esp., junio 1947.
22. FELISATTI y PERRONI.—Cit. 19.
23. BERTELLI.—Minerva Med., 46, 415; 1955.
24. MEADE y col.—J. Thorac. Surg., 16, 16; 1947.
25. CH. JACKSON.—O. R. L. y Esófagoscopia, Méjico, 1949.
26. JACKSON.—Am. Rev. Tuberc., 30, 599; 1934.
27. CRELLIN y col.—Am. Rev. Tub., 69, 657; 1954.
28. FIELD.—Pediatrics, 4, 91; 1948.
29. KARTAGENER.—Beit. Klin. Tuberc., 83, 489; 1953.
30. WYNN-WILLIAMS.—Tubercle, 38, 133; 1957.
31. HAMMERLS.—Wien Med. Wschr., 11, 248; 1955.
32. M. R. C.—Report Brit. Med. J., 2, 255; 1957.
33. HELM y col.—Lancet, 270, 775; 1956.
34. LAHOZ y SASTRE.—Comunicación personal.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Dequalinium para las infecciones cutáneas.—COLES y cols. (*Brit. Med. J.*, 2, 1014; 1958) han ensayado el dequalinium (dequadin) en 241 enfermos con diversos procesos cutáneos, empleándolo, tanto como pomada como en líquido, en comparación con las bases y también con las medidas rutinarias de tratamiento. El dequalinium tiene un considerable valor en las infecciones piógenas de la piel, especialmente el impétigo y las infecciones estafilocócicas neonatales. También se vio su eficacia en los procesos cutáneos con participación piógena o infección por monilias. Por último, en un número relativamente pequeño de enfermos de tiña se vio asimismo su eficacia. Los procesos no infecciosos no respondieron, aunque tampoco empeoraron. Consideran que el dequalinium es tan eficaz como los antibióticos y colorantes, y es agradable de emplear, incoloro y barato. No han observado propiedades irritantes o tóxicas, y puede utilizarse sobre las mucosas o la piel en los niños pequeños; sin embargo, han observado tres casos de sensibilización (incidencia del 1,2 por 100); en uno de ellos era la base la responsable. Concluyen diciendo que el dequalinium es un preparado útil contra las infecciones piógenas y monilásicas de la piel y que representa un progreso para la terapéutica dermatológica.

Terapéutica masiva con corticoesteroides en la púrpura trombocitopénica resistente.—WEISBEGER y SUHRLAND (*Am. J. Med. Sci.*, 236, 425; 1958) señalan que en ciertos enfermos con púrpura trombocitopénica resistente, dosis grandes de prednisolona (250-300 mgrs. diarios) pueden producir un aumento en el recuento de plaquetas y cesación de los fenómenos hemorrágicos, cuando son ineficaces las dosis terapéuticas ordinarias de corticoesteroides. En la mayoría de los casos es esencial para obtener este efecto la presencia de megacariocitos en la médula ósea en cantidades adecuadas. El recuento de plaquetas retorna, generalmente, a las cifras trombocitopénicas cuando se reducen las dosis de los corticoesteroides a las habituales. Fueron muy raras las complicaciones atribuibles a estas grandes dosis de prednisolona; sin embargo, subrayan que esta terapéu-

tica con dosis masivas debe reservarse para las manifestaciones agudas y no para la terapéutica de mantenimiento.

Trimetidinium metosulfato en la hipertensión.—DUNSMORE y cols. (*Am. J. Med. Sci.*, 236, 483; 1958) han administrado el trimetidinium a 38 enfermos con hipertensión grave durante un periodo de tres a once meses. Encuentran que a la dosis entre 60 y 520 miligramos diarios es un agente antihipertensivo eficaz. El descenso medio de la presión diastólica fue de 32 mm. Hg., y el 37 por 100 de este grupo pudo mantenerse con cifras normotensas constantes. El 58 por 100 de los restantes enfermos mostró normotensión, pero con menos constancia. El mecanismo de acción de la droga reside primariamente en el bloqueo ganglionico, aunque se sugiere una acción central adicional. Los efectos farmacológicos colaterales son similares a los de otros bloqueantes ganglionares con la excepción de que están muy reducidos los efectos sobre el tracto gastrointestinal. Asimismo encuentran que la reserpina y la clorotiazida presentan una acción sinérgica con el trimetidinium.

Metotrexato en el coriocarcinoma y tumores trofoblasticos relacionados en mujeres.—HERTZ y cols. han realizado el tratamiento con el metotrexato (ácido 4-amino-N¹⁰ metilpteroil glutámico) en 27 enfermas con tumores clasificados como trofoblastico; en todos los casos la eliminación urinaria de gonadotropina coriónica sirvió para indicar la naturaleza y el estado del tumor; en 19 casos se trataba de un coriocarcinoma y en 3 de un corioadenoma. Se administró la droga en cursos de cinco días, a la dosis diaria de 10-30 mgrs., por vía intramuscular, y, en ocasiones, porgota a gota intravenoso continuo. En cinco enfermas se observó una remisión completa; todos los datos hormonales, radiológicos y físicos del tumor desaparecieron durante períodos entre ocho y veintinueve meses. Se obtuvo una remisión parcial en 7 y remisiones transitorias en 10. Seis enfermas murieron después de una respuesta transitoria inicial. No se vio revisión en cinco casos. El tratamiento con