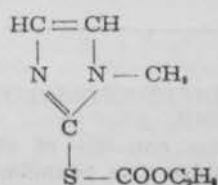


NOVEDADES TERAPEUTICAS

Tratamiento de las leucemias y linfomas malignos con trietileno-tio-fosforamida.—SHAY y sus colaboradores comunicaron anteriormente los resultados del tratamiento con trietileno-tio-fosforamida (tio-TEPA) de un grupo de enfermos adultos leucémicos y recientemente SMITH, ROSELLO y SHAY (*J. Pediat.*, 46, 493, 1955) refieren el tratamiento de 21 niños con la citada droga. Se trataba de 12 casos de leucemia aguda, tres de leucemia mielóide, cinco de linfosarcoma y uno de enfermedad de Hodgkin. El preparado se utilizó por vía intravenosa o intramuscular (en algún caso, adicionado de tomas orales), en dosis diaria variable entre 2 y 10 miligramos. El tratamiento se prolongó un tiempo variable entre tres y quince días. Los resultados del tratamiento con tio-TEPA son similares a los conseguidos con otras drogas del grupo de las mostazas nitrogenadas. Las leucemias agudas no se influyen por la terapéutica. En los linfomas malignos y leucemias crónicas se logra una disminución de la esplenomegalia y de las adenopatías, así como una normalización de las cifras de leucocitos. Existe el peligro de una depresión de la función medular, pero el margen entre las dosis terapéuticas y las tóxicas es mayor en la tio-TEPA que en compuestos similares.

Tratamiento de edemas resistentes a la terapéutica por la aspiración repetida de derrames cavitarios.—En los enfermos edematosos que tienen derrames serosos, éstos actúan a manera de pozos, de tal forma que, al vaciarlos, es desplazado el líquido de los espacios subcutáneos hacia el "pozo". SCHEMM y CAMARA (*Circulation*, 11, 411, 1955) creen que, si se tiene en cuenta la posibilidad del fenómeno del "pozo", es posible tratar con éxito muchos de tales edemas. En el trabajo se refieren 14 casos de edemas con ascitis o hidrotórax, los cuales no respondían a los diuréticos, pero que mejoraron mucho con extracciones repetidas. Es de notar que éstas no fueron seguidas de la disminución del sodio o de las proteínas plasmáticas ni tampoco de un aumento de la diuresis. Las punciones deben repetirse cuando el líquido en las serosas llega a 500-1.500 c. c., pues de otra forma reaparecen los edemas. Generalmente, cuando se ha alcanzado el "peso seco" del individuo, las medidas diuréticas usuales son ya eficaces, aunque antes no lo fueran, y las punciones pueden espaciarse.

Carbimazol en las tirototoxicosis.—Entre las drogas anti-tiroideas recientemente introducidas en la terapéutica, merece mención el carbimazol,



el cual, como se ve, es un derivado del metimazol, del que difiere por tener el tiol bloqueado por un grupo carbo-etoxi. Su acción se cree debida a la liberación gradual de metimazol y experimentalmente se ha mostrado ligeramente superior a esta droga. En la clínica ha sido ensayado por KIRKEBY y ROMCKE (*Lancet*, 1, 374, 1955) en 56 enfermos, en 52 de ellos con fines curativos y en cuatro como preparación para la intervención. La dosis diaria osciló entre 30 y 50 mg. y fué bien tolerada, excepto en un caso, en el que apareció un exantema. La función tiroidea se normalizó en un tiempo de tres a doce semanas y se presentó una reacción bociógena en el 7 por 100 de los enfermos tratados, proporción bastante inferior a la que se observa con otros compuestos antitiroideos. En conjunto, el carbimazol parece ser más eficaz y menos tóxico que los preparados usados hasta ahora.

Reserpina parenteral en los episodios hipertensivos agudos.—En ciertos momentos de la vida de los hipertensos es conveniente obtener una rápida disminución de la presión arterial. Los alcaloides del veratrum son muy adecuados para este objeto, pero requieren la infusión continua intravenosa. Los bloqueantes ganglionares del tipo del hexametonio tienen el inconveniente de que su acción es mucho más marcada en la posición en pie y la terapéutica ha de hacerse en ocasiones en personas en coma o que están obligadas a guardar cama. Otras drogas, como la regitina o la hidergina, suelen ser poco potentes para lograr una hipotensión rápida, y otras, como la dibencilina, son demasiado potentes y no regulables. HUGHES, MOYER y DAESCHNER (*A. M. A. Arch. Int. Med.*, 95, 563, 1955) han utilizado la inyección parenteral (intravenosa o intramuscular) de reserpina, en dosis variable entre 1 y 10 mg. y con intervalos oscilantes entre cuatro y veinticuatro horas. Los enfermos tratados han sido 14 casos de hipertensión maligna, seis enfermas de toxemia gravídica y ocho niños con glomerulonefritis aguda. La tensión arterial disminuyó, después de un período latente de una a cuatro horas, y alcanzó el descenso máximo a las dos a cinco horas, descenso tensional que se aprecia igualmente en posición erguida y en la de decúbito. Los efectos colaterales son frecuentes, en forma de somnolencia, bradicardia, debilidad, inyección conjuntival y temblor, síntomas que desaparecen al cesar la administración de la droga.

Tratamiento médico de las úlceras varicosas.—Son innumerables los tratamientos propuestos para las úlceras de estasis de las piernas. ROBINSON (*J. Am. Med. Ass.*, 157, 27, 1955) cree que se ha dado excesiva importancia al factor circulatorio y poca al elemento infeccioso en la génesis de dichas úlceras. Sugiere que el estasis puede favorecer la infección de úlceras causadas por traumatismos y, en su opinión, el tratamiento antibiótico sería muy efi-

caz para combatir este tipo de úlceras cutáneas. En 72 casos ha empleado la aplicación local de polvo de cloranfenicol, de bacitracina, de bacitracina-polimixina B o de sulfanilamida. Tan sólo en tres casos no se obtuvo una rápida mejoría de las úlceras. En algunos casos se producen dermatitis por sensi-

bilización a los antibióticos empleados, pero tales dermatitis cesan espontáneamente al cambiar el antibiótico. Varios enfermos han tenido recidiva de sus úlceras, pero un nuevo tratamiento con polvo de antibióticos ha conseguido curar las úlceras recidivantes.

EDITORIALES

BOCIO HIPOTIROIDEO EN ENFERMOS TRATADOS CON COBALTO

En tiempos recientes ha habido numerosos intentos de tratamiento con cobalto de varios síndromes anémicos, fundándose en el hecho experimental de la producción de policitemia por la administración de cobalto (ROBINSON, JAMES y KARK; BERK, BURCHENAL y CASTLE, etcétera). En el curso de estos tratamientos no es raro encontrar diferentes manifestaciones desagradables como anorexia, vómitos, exantemas, zumbidos de oídos, sordera, trombocitosis, dolor retroesternal, etc. KRISS, CARNES y GROSS han comunicado cinco casos de aparición de síntomas hipotiroideos, asociados a hiperplasia del tiroides, en personas tratadas con cobalto, por padecer anemia.

Las dosis usuales de cloruro cobaltoso son de 30 a 40 mg. diarios, por vía oral, en los niños, y de 60 a 120 miligramos diarios en los adultos. De esta cuantía eran las dosis que originaban síntomas tóxicos en los casos de KRISS y cols. La acción bociógena del cobalto ha sido demostrada por estos autores sin lugar a dudas, ya que la supresión de la administración va seguida de la regresión de las manifestaciones y éstas no se producen por un placebo y sí por la reanudación de la terapéutica con cobalto.

El mecanismo de la hiperplasia tiroidea por el cobalto es similar al de otras sustancias antitiroideas; al faltar la hormona tiroidea, aumenta la cantidad de hormona tirotrópica hipofisaria. Esto se confirma porque, lo mismo que sucede con otros antitiroideos, la supresión del cobalto va seguida de la rápida acumulación de yodo en el tiroides (D'ANGELO). Sin embargo, a diferencia del tiouracilo y similares, una sola dosis de cobalto es incapaz de disminuir la toma de yodo radiactivo por el tiroides y no ha sido posible obtener experimentalmente bocios por la acción del cobalto.

KRISS y cols. sugieren que el cobalto puede inhibir algún mecanismo fermentativo que intervenga en la oxidación del yodo por el tiroides o en alguno de los estadios intermedios para la elaboración de tiroxina. KIRKWOOD ha realizado estudios "in vitro" sobre el enzima tirosina-yodinasas, el cual cataliza la fijación de yodo en la tirosina, para formar monoyodotirosina. El cloruro cobaltoso, aun en grandes diluciones, es capaz de inhibir el sistema enzimático: tirosina-yodinasas. No se sabe aún si el cobalto es un inhibidor específico del enzima o si interviene por competición con el yodo en las reacciones en que tal enzima ejerce su función.

BIBLIOGRAFIA

- BERK, L., BURCHENAL, J. H. y CASTLE, W. B.—New Eng. J. Med., 240, 754, 1949.
D'ANGELO, S. A.—Endocrinology, 54, 565, 1954.
KRISS, J. P., CARNES, W. H. y GROSS, R. T.—J. Am. Med. Ass., 157, 117, 1955.
ROBINSON, J. C., JAMES, G. W. y KARK, R. M.—New Eng. J. Med., 240, 749, 1949.

OSTEOPOROSIS CONSECUTIVA AL EMBARAZO

La relación del embarazo con los procesos decalcificantes del esqueleto es bien conocida. Así como en los países occidentales la osteomalacia está generalmente relacionada con la esteatorrea, en los países orientales, en los que es fundamental el aporte escaso de vitamina D, las demandas aumentadas de calcio y fósforo en la gestación y la lactancia pueden desencadenar el trastorno osteomalácico. La relación del embarazo con la osteoporosis no aparece igualmente clara. La osteoporosis es un trastorno primario de la matriz ósea y se ha descrito su asociación con desnutrición, enfermedad de Cushing, tirototoxicosis, acromegalia, escorbuto y también en forma idiopática.

Es posible que la osteoporosis idiopática tenga relación con las increciones sexuales. Se trata de una afección más frecuente en la mujer que en el varón y que suele presentarse en la época de la menopausia o en la edad senil.

Recientemente han insistido NORDIN y ROPER sobre la posible intervención del embarazo en la génesis de la osteoporosis. Han descrito cuatro casos de mujeres jóvenes con dolores de espalda y fracturas por compresión, cuyo primer síntoma apareció durante el embarazo o a continuación del mismo. En los cuatro casos existían vértebras bicóncavas (vértebras de pez), no había líneas de LOOSER y no existían alteraciones bioquímicas en la sangre y orina, en lo referente a los elementos minerales, como las que son típicas de la osteomalacia. Es de notar que ya ALBRIGHT y REIFENSTEIN, en su trabajo sobre osteoporosis idiopática, fundado en cuatro enfermas, relatan dos casos de mujeres jóvenes con síntomas aparecidos poco después de un embarazo. Es posible que casos menos intensos sean más frecuentes de lo que suele admitirse, ya que el diagnóstico radiológico de la osteoporosis sólo es posible en fases muy avanzadas.

No es claro el mecanismo por el que el embarazo puede influir en la producción de osteoporosis. NORDIN y ROPER sugieren que sea responsable el aumento de actividad adrenocortical que BAYLISS y cols. han señalado en el embarazo, lo cual haría similar su patogenia a la de la osteoporosis de la enfermedad de Cushing.

BIBLIOGRAFIA

- ALBRIGHT, F. y REIFENSTEIN, E. C.—Parathyroid glands and metabolic bone diseases, Baltimore, 1948.
BAYLISS, R. I. S., BROWNE, J. C., ROUND, B. y STEINBECK, A.—Lancet, 1, 62, 1955.
NORDIN, B. E. C. y ROPER, A.—Lancet, 1, 431, 1955.

ENDOCARDITIS ESTAFILOCÓCICAS

La gran frecuencia con que se observan razas de estafilococos resistentes a la penicilina ha renovado el