

Corticoterapia Suprarrenal en Tuberculosis Pulmonar

Por los Dres. Alfonso Díaz Amaya y Alfredo Acosta B.

INFORME PRELIMINAR

“En la práctica, en caso de tuberculosis, la hormoterapia suprarrenal de acción anti-inflamatoria puramente sintomática puede ser empleada, por tanto, tan solo bajo la protección de la medicación antituberculosa específica (estreptomina, ácido paraminico salicílico isoniazida). Se trata ahí de una noción capital”.

R. A. MARQUEZY

(Hospital Trousseau - Paris 1956)

Animados por estos conceptos así como por la literatura cada vez más favorable al empleo de la asociación de la corticoterapia suprarrenal al tratamiento antibacilar, se han tratado en esta forma un buen número de casos en el Hospital Sanatorio de Santa Clara.

Los efectos favorables de esta terapéutica nos estimulan a publicar hoy la evolución de unos de los primeros casos tratados, cuya historia clínica se resume a continuación.

C. E. Paciente de 21 años de edad. Historia Clínica Nº 53274. Ingresó al Pabellón de San Rafael el 12 de Octubre de 1956.

La sintomatología respiratoria se inició dos meses antes por fiebre, tos expectoración mucopurulenta, anorexia astenia. Estos síntomas persisten y lo llevan a un estado de suma gravedad; ingresa con 35- kilos (Para una talla de 1.60 metros). Tensión arterial de 100 x 60 - 130 pulsaciones, 28 respiraciones y disfonía por laringitis tuberculosa por gran dolor en la deglución; otitis media izquierda; adenopatías cervicales bilaterales con tendencia a la fistulización.

La primera radiografía de ingreso demostró lesiones extensas en ambos parénquimas con gran componente exudativo y una imagen cavitaria infraclavicular media en el pulmón izquierdo. Examen de esputo positivo para el bacilo de Koch.

Se inicia tratamiento a base de isoniacida, Pas, prednisona (40 miligramos al día), estreptomina.

La mejoría del estado general se inició rápidamente con regresión apresurada de todos los síntomas. La baciloscopia se hizo muy activa un mes después y ha continuado siéndolo desde entonces. El peso mejoró y en Agosto de 1957 (10 meses después de iniciado el tratamiento) ha llegado a 55 kilogramos; 20 kilogramos sobre el peso inicial. La evolución radiológica "más elocuente" puede apreciarse las placas 1 y 3 de octubre 13 del 56 y septiembre 16 de 1957.

Se aprecia en ellas la mejoría rápida de las lesiones exudativas posteriormente la reacción y luego desaparición de las cavernas.

No obstante la mejoría pulmonar, las adenopatías no obedecieron tan espectacularmente y algunas de ellas incluso tendían ya a la fistulización inminente. Se recurrió entonces al tratamiento local con prednisolona inyectable (meticortelone) aplicando cero dos centímetros localmente en cada uno de los ganglios 2 veces por semana y lográndose con ello la curación de esta lesión.

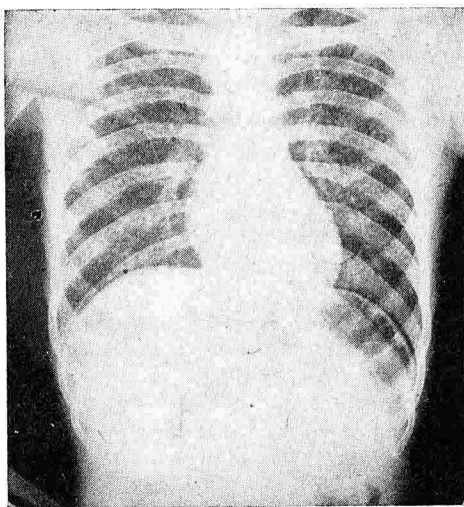


FIGURA 1

COMENTARIOS

Hemos querido presentar este caso tratado con Prednisona y Prednisolona no obstante que en la casi totalidad de las publicaciones aparecidas se ha usado la Cortisona.

Es evidente que las ideas en relación con el empleo de la corticoterapia en los tuberculosos han evolucionado en el sentido de ver en ella un aliado mas y no un peligro para el enfermo; claro está que nos referimos a la asociación siempre con la quimioterapia antibacilar. Por lo que hace a la experiencia del personal Médico del Hospital de Santa Clara y aplicando esta asociación a casos debidamente estudiados y en diversas modalidades de la enfermedad tuberculosa, se han obtenido resultados que nos estimulan para presentar una Revista de un buen número de ellos en próxima publicación.

Se acepta que la corticoterapia no solo es indicación de rigor en los addisonianos que a la vez son tuberculosos pulmonares sino que los esteroides suprarrenales y las drogas afines cumplen una función de soporte en casos particularmente graves. Mientras el tratamiento específico tiene tiempo para actuar las propiedades antiflogísticas y antifibroblásticas hacen de estos medicamentos un gran adyuvante en casos en que el elemento exudativo compromete grandes zonas del parénquima pulmonar (granulias, por ejemplo) y que colocan al enfermo en condiciones de

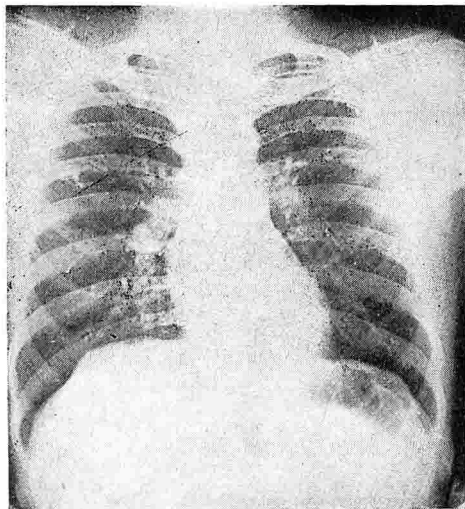


FIGURA 2

insuficiencia respiratoria por reducción notable del campo de la hematosis. La desaparición de ese elemento exudativo que se logra tan rápidamente con los esteroides pone al paciente en condiciones fisiológicas mejores y rápidamente se ven desaparecer la disnea y las repercusiones cardíacas de la enfermedad pulmonar que llevan al paciente a verdaderos cuadros de cor pulmonar subagudo.

En el caso que hemos presentado se comprobó también los beneficios del tratamiento local con Prednisolona en las adenopatías tuberculosas que como se sabe son más tórpidas que otras localizaciones de la enfermedad.

Finalmente no debe olvidarse que siguiendo un principio general de la Corticoterapia y antes de interrumpir el tratamiento, se deben reducir las dosis y que cuando éste ha sido prolongado, como es el caso en general en los enfermos tuberculosos, el estado de hipoactividad de las suprarrenales mientras se lleva a cabo el tratamiento impone su estimulación con A C T H como medida prudente y como etapa final del tratamiento.

Nos complace expresar nuestro agradecimiento a la Dirección del Hospital Santa Clara así como a todo el Personal Científico ya que este tratamiento fue orientado en todo momento siguiendo las indicaciones de los Ateneos del Hospital.

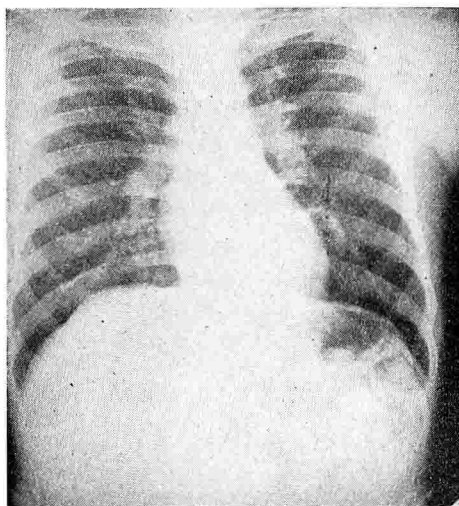


FIGURA 3