

Servicio de Noticias Médicas y Farmacéuticas

Information Service, Inc.

Nuevo Tratamiento de la Epilepsia;

La Atropina impide el desenlace fatal en la intoxicación letal por Insecticidas a base de Fósforo;

Curación y Control de la Lepra;

Tratamiento de las Infecciones de las Vías Urinarias;

Rehabilitación de los Enfermos Cardíacos.

NUEVA YORK - Durante el mes de agosto, investigadores norteamericanos han comunicado sobre el estudio de una nueva droga antiepiléptica, el control y curación de la lepra, la eficacia del tratamiento con Atropina y oxígeno de la intoxicación letal por insecticidas a base de fósforo y una revisión de la quimioterapia eficaz para el tratamiento de las infecciones de las vías urinarias.

Según el Dr. D. T. Davidson, hijo, y sus colaboradores, el estudio atento de 249 enfermos jóvenes durante un período de más de tres años, indica que la metilfenilsuccinimida es la droga de elección para el tratamiento inicial del pequeño mal epiléptico (1). "En el 40 por ciento de los enfermos los ataques de pequeño mal quedaron reducidos a menos de la mitad; este efecto se logró en el 36 por ciento de los casos que habían sido previamente tratados con una diona (tridiona o paradiona) y en el 58 por ciento de los casos que no habían sido previamente objeto de dicho tratamiento". El veintisiete por ciento de los enfermos de gran mal que recibieron esta droga junto con otros anti-convulsionantes sufrieron durante la administración de la misma menos de la mitad del número de ataques.

Inicialmente fue empleada "únicamente en aquellos enfermos cuyos ataques habían demostrado ser resistentes al tratamiento con los agentes convencionales de comprobada eficacia"; en los primeros 100 casos de este estudio se notó la ausencia de toxicidad de esta droga así como su marcada eficacia en el pequeño mal. El control de los ataques fue menor cuando éstos tenían ca-

racteres focales. También se apreció mejoría en los enfermos que presentaban pequeño mal y gran mal asociados, la mayor parte de los cuales estaban ya recibiendo los anticonvulsivos convencionales; cuando "un episodio de pequeño mal provocaba un ataque de gran mal, el control del primero prevenía, en ciertos casos, la aparición del segundo".

Los enfermos cuyos ataques no cedieron al empleo aislado de metilfenil-succinimida, por lo general mejoraron por el tratamiento con una diona, sola o asociada a la metilfenilsuccinimida. Los casos fueron divididos en dos grupos, de acuerdo con sus manifestaciones electroencefalográficas: El electroencefalograma de los enfermos del primer grupo presentaba los característicos complejos de ondas en espina con ritmo de tres por segundo; los del segundo grupo presentaban los mismos complejos con frecuencia de dos por segundo o complejos irregulares. Los enfermos con pequeño mal presentaron una mejoría, consistente en reducción de más del 50 por ciento del número de ataques, en el 46 por ciento del primer grupo y en el 33 por ciento del segundo. En los enfermos que presentaban ataques convulsivos mejoró el 44 por ciento de los del primer grupo electroencefalográfico de tres ondas en espina por segundo y el 22 por ciento de los enfermos del segundo grupo.

La metilfenilsuccinimida logró dominar los ataques sin producir efectos secundarios de importancia (hemodiscrasia, toxicidad hepática, psicosis, etc.). Unos pocos (cinco a diez por ciento) presentaron uno o más efectos secundarios leves tales como sedación, ataxia, irritabilidad y, entre los más jóvenes, alguna erupción ocasional. Casi todos estos síntomas desaparecieron al reducir la dosificación y aumentar los intervalos de tiempo entre las dosis. Los autores continúan la observación de estos casos con el fin de determinar si los beneficios iniciales persisten durante períodos prolongados.

Son muy frecuentes las fluctuaciones espontáneas en la intensidad y frecuencia de los ataques, especialmente en la epilepsia infantil; por ello, los autores advierten que, en el mejor de los casos, "la evaluación de la respuesta de los pacientes a una droga determinada sólo puede considerarse como aproximación a la realidad".

El tratamiento precoz y enérgico con atropina controla las "manifestaciones proteiformes, respiratorias y del sistema nervioso central" de la intoxicación letal por insecticidas fosforados, según comunican los Dres. G. Freeman y M. A. Epstein (2), y "facilita sorprendentemente la administración de aire u oxígeno cuando la respiración falla".

La administración de tres o más miligramos de atropina dentro de las cinco primeras horas, revivió a las víctimas de intoxicación letal por paratión (tiofosfato de p-nitrofenil dietil). Los autores creen que un tratamiento de este mismo tipo, pero más precoz e intenso, es probablemente capaz de combatir eficazmente los efectos letales del pirofosfato de tetraetil, que es un insecticida más tóxico que el primero, y de los gases nevrotóxicos. Los insecticidas son semejantes a los gases nevrotóxicos por su acción biológica y su estructura química.

El trastorno primario, el envenenamiento por acetilcolina, está producido por una inhibición selectiva de las coesterinasas por dichos compuestos.

El curso clínico se caracteriza por síntomas gastrointestinales (náusea, calambres, vómitos, etc.), seguidos de debilidad general, contracciones musculares espontáneas, confusión mental, dificultad respiratoria y convulsiones generalizadas. La presión arterial alcanza valores anormales, las glándulas salivares, serosas y mucosas de la boca y de las vías respiratorias segregan profusamente. "La muerte ocurre por anoxia y colapso circulatorio final".

En su estudio de 46 casos de intoxicación letal, Freeman y Epstein afirman que la terapéutica alcanzó la mayor eficacia en diez casos de envenenamiento por paratión que fueron tratados "en forma precoz, adecuada e ininterrumpida" con atropina, o oxígeno, o respiración artificial. En otros 7 casos, en que cada una de dichas condiciones del tratamiento no llegaron a realizarse en su grado óptimo, se logró también modificar favorablemente el proceso. Tres enfermos sobrevivieron después de la administración precoz de atropina aislada. Los tres restantes fueron salvados por otros procedimientos. Los autores creen que la causa de la muerte de 23 pacientes fue, en cinco de los casos, la insuficiente administración de atropina; en ocho, un tratamiento tardío e insuficiente y en los diez restantes, la falta de todo tratamiento.

Al discutir la utilidad de las sulfonas y otros agentes quimioterápicos en el tratamiento de la lepra, el Dr. B. Kanee afirma que "las nuevas drogas han permitido a la humanidad por primera vez dominar e incluso detener esta trágica enfermedad" (3). "La simplificación de los criterios epidemiológicos y los medios terapéuticos modernos han revolucionado nuestra actitud frente a este padecimiento, hasta ahora mal atendido".

El Dr. B. Kanee establece con fines epidemiológicos la distinción entre formas abiertas y cerradas de la lepra y afirma que en los países en que la enfermedad es endémica, los enfermos que padecen la forma tuberculosa (cerrada) no son aislados. Si se mejoran sus condiciones de vida, sus defensas naturales pronto empiezan a dominar la enfermedad. En estos casos no puede ser aislado el bacilo de la lepra a partir de las lesiones cutáneas o de las mucosas.

La lepra es en primer lugar una enfermedad de la infancia: en la mayor parte de los casos suele contraerse antes de los 15 años y probablemente aún antes de los 6 años; el período de incubación puede durar de 6 a 50 años. Todos los leprólogos coinciden en la opinión de que si se impidiera el contagio de los niños la enfermedad llegaría a desaparecer, según el Dr. Kanee.

Las sulfonas han substituído ya por completo el aceite de chaulmogra en el tratamiento de la lepra. (Las sulfonas son compuestos sintéticos que poseen en común el radical diaminofenilsulfónico, por ejemplo: la promina, diasona, sulfetrón, etc.). En el Canadá ha sido empleada la isoniácida como tratamiento coadyuvante con resultados alentadores. Los enfermos, cuyo proceso ha sido detenido, pero a los que se sigue administrando un tercio de la dosis de una sulfona, presentan recidivas en el 4,5 por ciento. Si la administración se suspende totalmente el 45 por ciento de los casos recaen.

La mejoría clínica se hace aparente en las primeras semanas del tratamiento; dentro de los dos o tres primeros años, la piel y mucosas quedan "casi por completo" limpias de lesiones. A partir de ese momento la concentración de

los bacilos de la lepra se hace menor, vuelve a crecer el pelo en las áreas afectadas y, en un plazo de 1 a 5 años, el sujeto queda bacteriológicamente negativo.

En las áreas del mundo en que la lepra es poco común, el Dr. Kanec cree que el diagnóstico "puede hacerse sin dificultad si se mantiene siempre en guardia contra la extraña enfermedad". Aún en ausencia de bacilos bastan para establecer el diagnóstico de la lepra "cerrada" la historia y el cuadro clínico, junto a los hallazgos histológicos y la prueba de la histamina. En la lepra "abierta", pruebas de laboratorio relativamente sencillas, basadas en la presencia de bacilos, permiten confirmar el diagnóstico clínico.

Los Dres. J. P. Sanford y H. M. Balch comunican sobre la base de 358 pacientes con "clara evidencia" de infección urinaria, que la terapéutica antibacteriana específica fracasa si se ignora y deja de tratar la obstrucción de las vías urinarias (4).

Una vez diagnosticada la infección bacteriana específica, los autores advierten que es necesario mantener durante un período suficientemente prolongado la administración de dosis adecuadas del agente terapéutico. Las dosis pequeñas resultan útiles solamente para la profilaxis o en las infecciones localizadas de la vejiga.

Los cultivos de orina fueron obtenidos principalmente de enfermos que padecían infecciones urinarias crónicas y recidivantes, en las cuales había, como consecuencia, una alta proporción de cepas resistentes. La terapéutica debe pues ser escogida con gran cuidado, afirman los doctores.

Los autores observaron que los antibióticos del grupo de las tetraciclinas son eficaces contra "la mayor parte de los bacilos gram negativos comúnmente aislados", con excepción del *Ps. aeruginosa* y de especies de *Proteus*. Sin embargo, la tetraciclina actúa sinérgicamente con la Polimixina B y esta asociación está "altamente indicada" en el tratamiento de las infecciones por *Ps. aeruginosa*. Según los autores, la tetraciclina —vgr.: Bristaciclina, Panmycin, Steclin— parece ser el menos tóxico de los antibióticos. Los bacilos gramnegativos son resistentes a la penicilina excepto acaso cuando se administra a dosis muy altas o en combinación con otros agentes.

No debe ser empleada la estreptomina más que en los casos de tuberculosis o de infecciones específicas por bacterias muy sensibles a dicho antibiótico, ya que en estas infecciones persistentes se desarrollan estados de resistencia con gran facilidad. El cloranfenicol, dicen los autores, aunque es activo contra un mayor número de cepas de *A. aeruginosa* y *Proteus* que las tetraciclinas, presenta el riesgo de producir hemodiscrasias si se administra repetida y prolongadamente.

Las sulfonamidas son todavía útiles en el tratamiento de las infecciones urinarias producidas por bacilos del tipo *E. coli*, excepto en la presencia de una septicemia marcada; los autores insisten en la necesidad de mantener una excreción urinaria adecuada con todas las drogas de este grupo.

Manteniendo las concentraciones sanguíneas a niveles aproximadamente cinco a diez veces mayores que las que inhiben el crecimiento del germen in vitro, debe producirse una mejoría clínica al cabo de unos días. La persisten-

cia de los síntomas clínicos o de laboratorio —insisten los autores— hacen necesario volver a considerar los factores bacteriológicos y la realización de estudios urológicos apropiados.

Los Dres. J. G. Kaufman y M. C. Becker (5) comunican que el 75 por ciento de los enfermos con un infarto del miocardio pueden ser empleados de nuevo en cualquier oficio; su conclusión se basa en el estudio de 200 casos de su experiencia y en la revisión de la literatura. "El trabajo normal no debe considerarse responsable de un incidente en el curso natural de la enfermedad", agregan los autores.

Aunque en un pequeño porcentaje de los casos puede existir una relación causal entre un esfuerzo de intensidad desusada y la ocurrencia de un accidente agudo de infarto del miocardio, los trabajadores sedentarios parecen ser más susceptibles a accidentes precoces de insuficiencia coronaria fatal que aquellos cuya actividad requiere algún ejercicio físico. La rehabilitación de estos enfermos debe basarse, según los autores, en la premisa lógica que un esfuerzo ordinario al cual ha estado habituado el enfermo no constituye un factor etiológico ni agrava el curso de esta enfermedad.

Pasada la fase inicial de shock y la conciencia adquirida de su propia invalidez, el enfermo debe rehacerse de "la tentación de los cuidados del hospital" y prepararse para su retorno a una existencia independiente y competitiva. Los autores subrayan la importancia de factores emocionales, tales como ansiedad y mecanismos histéricos latentes que conducen a una invalidez crónica, y se oponen a la exagerada restricción de la actividad. Por lo general, a los dos meses de ser dado de alta del hospital, puede permitirse al enfermo andar y subir escaleras sin prisa, así como el ejercicio de relaciones sexuales y el retorno al trabajo.

Escriben los autores: "La capacidad de trabajo es, en esencia, la capacidad funcional en relación con un trabajo determinado y la comprobación de la habilidad del paciente para desempeñarlo. La persona que presenta una intensa neurosis cardíaca sobrepuesta a una lesión orgánica mínima es tan improductiva como el enfermo en cama con insuficiencia cardíaca". El problema de reemplazo frecuentemente es más un problema de edad que de enfermedad.

El asesoramiento vocacional es rara vez ventajoso, excepto en los enfermos más jóvenes con capacidad intelectual y emocional. Para la rehabilitación de trabajadores más viejos no especializados y de los enfermos cardíacos graves o con invalidez prolongada la disciplina del taller-escuela es a menudo útil. En uno de estos talleres-escuela el treinta por ciento de los incapacitados por cardiopatías lograron encontrar algún empleo en la industria después de menos de un año de adiestramiento.

BIBLIOGRAFIA:

1. D. T. DAVIDSON, hijo, y Col.: "Methylphenylsuccinimide (Milontin) in Epilepsy". *The New England Journal of Medicine* 253:173. (4 de agosto) 1955.
2. G. FREEMAN y M. A. EPSTEIN; "Therapeutic Factors in Surgical After Lethal Cho-

-
- linesterase Inhibition by Phosphorous Insecticides**". The New England Journal of Medicine 253:271 (18 de agosto) 1955.
3. B. GANEE; "**Leprosy**". The Canadian Medical Association Journal 73:284 (15 de agosto) 1955.
 4. J. P. SANFORD, MC. y H. BALCH, MC; "**Management of Urinary Tract Infections**". Clinical Medicine 2:797 (agosto) 1955.
 5. J. G. GAUFMAN y M. C. BECKER; "**Rehabilitation of the Patient with Myocardial Infarction**". Geriatrics 10: 355 (agosto) 1955.