

Meniscopatías Traumática de Rodilla

Francisco Apuy Achio*

HISTORIA

La primera publicación sobre el tema, fue hecha por Bassius en 1771. Wilham Hey de Leeds en 1784, crea el término de "Internal derangements of the Kncce Joint". Von Broenlhursten, en 1866, practica la primera meniscectomía, aunque los ingleses se disputan esta primicia, atribuida a Armandale de Edimburgh en 1877. (10).

CONSIDERACIONES ANATOMICAS

La adaptación de los cóndilos femorales a las glenoides de la tibia, no es perfecta por su disposición anatómica, se complementa con los meniscos, localizados en la periferia, haciendo la congruencia articular. Son dos en cada rodilla, interno y externo, en forma de "C", siendo casi circular el menisco externo. La cara superior es cóncava y la inferior plana. El borde externo es grueso que se confunde con la cápsula articular y el interno, delgado y libre. El cuerno anterior del menisco externo se inserta por delante de la espina de la tibia y en la parte externa del ligamento cruzado anterior, el cuerno posterior se fija en el tubérculo interno de dicha espina. El menisco interno se fija por su cuerno anterior, en el reborde anterior de la tuberosidad de la tibia, por delante del ligamento cruzado anterior, su cuerno posterior se inserta en la superficie retroespinal. Ambos meniscos se unen adelante por el ligamento transverso.

FACTORES PREDISPONENTES A LA LESION MENISCAL

- 1) Alteraciones en la función de la rodilla:
 - a) La inestabilidad de la rodilla ocurre en el genu-recurvatun, después de la flexión en unos grados, pre-disponiendo a la lesión meniscal, lo mismo ocurre en posición neutra, cuando el recurvatun es de 10%.

* Trabajo presentado para la inscripción en el Registro de Especialidades, Colegio de Médicos y Cirujanos.

- b) En el genu-varo, valgo o tibia vara, la inestabilidad es similar al flexionarla de 10 % a 15 %.
 - c) En los casos de deformaciones en el pie, diferencia de longitud de piernas, torción interna de la tibia, en sí no producen inestabilidad de la rodilla pero originan torpeza de los movimientos que pueden ocasionar la lesión meniscal. (3).
- 2) Alteraciones degenerativas:
- Muchos meniscos y meniscos discoides, sin ser desgarrados, sufren alteraciones en la nutrición de sus zonas avasculares que se demuestran por sus amarillentas manchas diseminadas, siendo incapaces de soportar traumas subsecuentes. (3-12).
- 3) Insuficiencia muscular:
- El tono muscular deficiente, trae como consecuencia una rodilla inestable, predispuesta a la lesión del menisco (3).

MECANISMOS DE LOS DESGARROS

Smillie expone que por su forma, elasticidad y fijaciones de los meniscos, tienden a impedir su desplazamiento hacia la línea media de la articulación y que por movimientos simples no es posible la rotura meniscal, pero una fuerza rotatoria con la rodilla en flexión parcial, cambia la relación de los cóndilos femorales con respecto a los meniscos y restringe los movimientos entre éstos, que podría forzarlos a la línea media y producir la ruptura. (3-11).

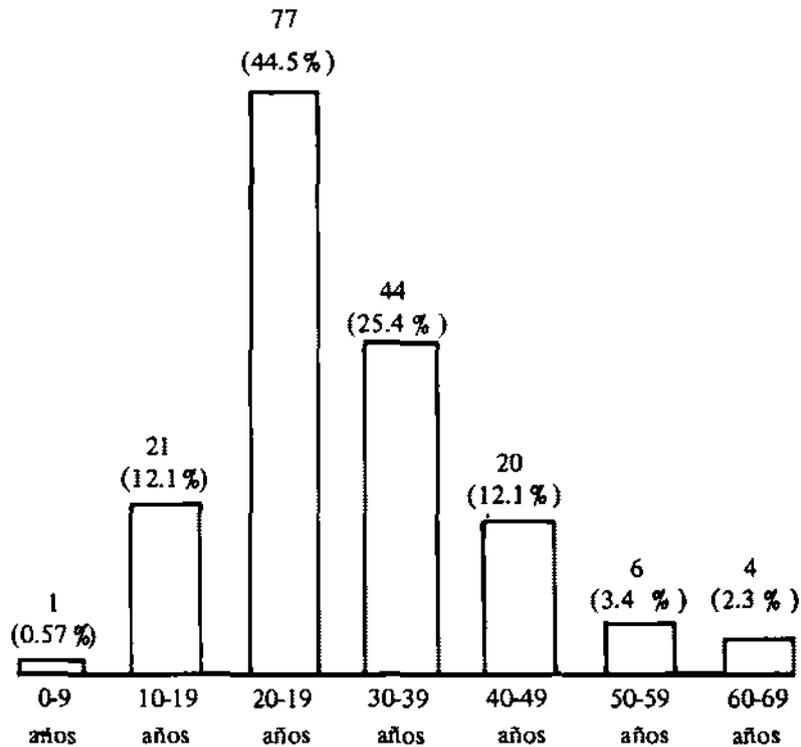
MATERIAL Y METODO

Se revisa 173 expedientes del Hospital México C.C.S.S., desde su inauguración en septiembre 1969 hasta octubre 1972, reportándose 205 menisectomías. Pacientes comprendidos entre los 7 años de edad hasta la 6a década de la vida, provenientes de diferentes zonas del país. Se tomó en consideración el tiempo de evolución de el padecimiento al momento de ser intervenido quirúrgicamente, variando de las 48 horas hasta a más de 5 años. En 119 casos se efectuaron artrografías de rodilla, previa a la cirugía, con inyección intra-articular de material yodado radio-opaco. La técnica quirúrgica a seguir fue la menisectomía

total con artrotomía para-rotulina, previa isquemia con manguito neumático; incisión de 4 a 5 centímetros de longitud, rectilínea oblicua, curvilínea tipo Jones o Bosworth, sin lesionar el ligamento lateral. En algunos casos fue necesario la incisión accesoria lateral, por detrás de el ligamento lateral, para la extracción del cuerno posterior, cuando éste se ha desprendido del resto del menisco. Se analiza el cuadro clínico y se correlaciona con los hallazgos operatorios, encontrándose que el margen de error diagnóstico se encuentra dentro de lo publicado en la literatura.

EDAD

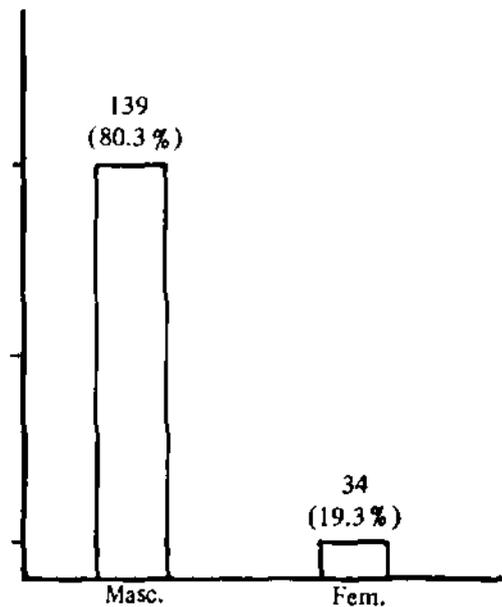
En la presente revisión, la década más afectada fue de los 20 a 29 años con 77 casos (44.5%), le sigue de los 30 a 39 años con 44 casos. Datos concordantes con lo publicado por Piatigorsky (10) y Seral (12). Se ha reportado la mayor incidencia en la 3a década, por Appel (1), en la 4a por Jackson (7).



Cuadro No. 1 – 173 pacientes intervenidos quirúrgicamente, meniscectomía. Frecuencia por décadas.

SEXO

El 80.3 % (139) de los pacientes operados fueron hombres, el 19.3 % (34 casos) fueron mujeres con una relación de 4:1, cifras que en términos generales son similares a lo publicado por varios autores. (1-7-10-11-13).



Cuadro No. 2 - Incidencia por sexo.

CAUSA

En 89 casos (52%), el trauma estuvo presente en diversas formas y circunstancias, atribuido como factor causal. En 22 casos (12.7%), fue durante actividad deportiva en fútbol. Appel (1) reporta el 28% como causa atlética. En 62 casos (35.8%), no se consigna etiología en el expediente clínico.

OCUPACION

La ruptura meniscal fue más frecuente en aquellos pacientes en cuya ocupación desarrollan actividad física mayor.

Albañil	4	Jornalero	14
Alistador	1	Jardinero	1
Agente tránsito	1	Supervisor	7
Agricultor	5	Asist. Laborat.	.4
Artesano	1	Maestro	10
Bodeguero	6	Mecánico	14
Chofer	6	Mec. dental	1
Cobrador	2	Mensajero	5
Contador	1	Misceláneo	10
Conserje	1	Oficinista	16
Consturera	2	Of. Domésticos	9
Ebanista	2	Obrero operario	6
Electricista	1	Plateador	1
Empacador	1	Salonero	1
Encuadernador	1	Tapicero	1
Enfermería	7	Vendedor	7
Estudiante	5	Zapatero	1
Guarda	5	Sin ocupación	12
Ingeniero	1		

Cuadro No. 3.—Ocupación de los 173 pacientes operados.

El lugar de procedencia de los pacientes fue de las 7 provincias del país, siendo en algunas de ellas en menor número, por la canalización de ellos a los centros hospitalarios respectivos con especialidad. San José con 90 casos. Alajuela, 34. Heredia, 19. Puntarenas, 8. Guanacaste, 6. Cartago, 7. Limón, 9.

EVOLUCION PRE-OPERATORIA

De los 173 pacientes, el 52 % acudió a la consulta externa, un año después de iniciado la sintomatología clínica y sólo el 39.8%, dentro de los primeros 6 meses. Se recomienda en los casos de poco tiempo de evolución, iniciar un tratamiento conservador por un lapso corto, por la presencia de cuadros reversibles, como la parameniscitis, desgarros mínimos marginales que pueden cicatrizar, en ocasiones pueden ser confundidos por una verdadera ruptura del menisco. La persistencia clínica del cuadro o la demostración de la ruptura, está indicada la artrotomía y meniscectomía, para evitar la destrucción de la superficie articular y ésta favorezca la artrosis. En los bloqueos irreductibles la extirpación del menisco es inmediata. (3-10).

48 hs. evol.	6 casos	1 año evol.	32 casos
8 días evol.	1 "	2 años evol.	25 "
1 mes "	9 "	3 " "	14 "
2 meses	10 "	4 " "	3 "
3 " "	14 "	5 " "	8 "
4 " "	9 "	5 " "	8 "
5 " "	10 "		
6 " "	9 "		
7 " "	4 "		
8 " "	5 "		
9 " "	3 "		
10 " "	3 "		
11 " "	0 "		

Cuadro No. 4. - Casos distribuidos cronológicamente.

CUADRO CLINICO

La lesión del menisco fue más frecuente en jóvenes, varones, activos, presentando todos dolor a nivel de la rodilla, más localizado en la enterlínea articular afectada. La atrofia muscular estuvo presente en 130 casos (75.1%), en aquellos cuya evolución clínica persistió más de un mes. El derrame articular en 93 casos, (53.7%). La sensación de falla en la rodilla fue encontrada en 86 casos (49.5%). El chasquido a la movilización articular en 85 casos (49.1%). El falso bloqueo en 70 casos (40.4%). El bloqueo completo de la rodilla en 11 casos (6.3%). Signo - de dolor en la interlínea articular en 170 casos (98.2%).

Dolor a nivel de la rodilla	173 casos (100 %)
Signo + dolor interlínea art.	170 casos (98.2%)
Atrofia cuádriceps	130 casos (75.1%)
Derrame articular	93 casos (53.7%)
Sensación falla articular	86 casos (49.5%)
Chasquido	85 casos (49.1%)
Falso bloqueo	70 casos (40.4%)
Bloqueo completo	11 casos (6.3%)

Cuadro No. 5.—Cuadro clínico.

Huckell (5) reporta en su serie de 462 pacientes menisectomizados: derrame en 34%, crépitos 46%, atrofia muscular 59%, cansancio al caminar 24%. Existen varios signos para la búsqueda de la ruptura meniscal, cuyo común denominador es el dolor en la interlínea articular: Steinman I-II, Simillie, Graham Apley, McMurray, Finochietto, Bragard, Bohler, Rocher, Payr. El bloqueo completo es producido por la ruptura en asa en balde, con interposición del fragmento en la pinza cóndilo-tibial, generalmente responsable el menisco interno y excepcionalmente por el menisco externo, que éste al lesionarse puede producir el signo del resalto. (8). El diagnóstico clínico se efectuó correctamente en 155 casos (89.5%), en 18 casos (10.4%) fue erróneo. Smillie y Campbell (11-3), aceptan aún en manos experimentales un margen de error diagnóstico del 10 al 12%. Hay que tener presente en las lesiones del menisco interno traumático, la triada "infeliz de O'Donogue", que consiste: Ruptura del menisco interno, ruptura del ligamento lateral interno y ruptura del ligamento cruzado anterior. (3).

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

Se hizo básicamente por medio de la artrografía de la rodilla, empleándose medio de contraste radio-opaco yodado, inyectado dentro de la articulación y toma de placas en los planos antero-posterior, lateral y oblicuas. El menisco muestra una cuña radiolúcida con base en la periferia y vértice en la línea media, en el espacio cóndilo-tibial, siendo más grande la distancia entre la base y el vértice en el menisco interno. Una ruptura se demuestra por la filtración del medio de contraste dentro de la cuña o en su margen. La cuña amputada en forma cuadrangular y con desplazamiento del fragmento a la línea media es sugestivo en las rupturas en asa en balde. Una superficie irregular indica degeneración

del menisco. Lesiones del cartílago articular muestra alteraciones en la superficie condral. La ruptura del ligamento lateral, se acompaña generalmente de ruptura de la sinovial, que si la artrografía es practicada durante el cuadro agudo, el medio de contraste sale a la cápsula articular, siendo más demostrativo, si durante la toma de la radiografía se efectúa un movimiento de varo o valgo, según el caso. La sinovial por sus variantes y alteraciones normales frecuentes, radiológicamente es difícil determinar un patrón normal. (2-4). En el menisco discoide, la artrografía muestra una sombra ancha y larga que se extiende desde la periferia a la línea media, adelgazándose. (6). De los 173 casos revisados en la presente serie a 119 se les practicó artrografía de la rodilla, diagnosticándose correctamente en 69 casos, con una incidencia mayor a el menisco interno y más frecuente para la rodilla derecha. Hubo error diagnóstico radiológico de interpretación en 50 casos, incluyendo 42 casos de falso (-) y 8 casos de falso (+). Se hace notar que la presente revisión fue tomada desde la introducción de la técnica de la artrografía en el departamento de Rx cuyos diagnósticos fueron más acertados conforme al número de estudios radiológicos practicados. Olson (9), reporta el 9.3 % de error diagnóstico de interpretación en 258 artrografías. Otras series mencionan para falso (-) de 0.48 % a 1.1 % y para falso (+) de 3.8 % a 8.02 %. (2-4).

Rupt. menisco int. rod. derecha	15 casos (12.6 %)
Rupt. menisco ext. rod. derecha	14 casos (11.7 %)
Rupt. menisco int. rod. izquierda	15 casos (12.6 %)
Rupt. menisco ext. rod. izquierda	10 casos (8.4 %)
Rupt. menisco int. ext. rod. I.	8 casos (6.7 %)
Rupt. menisco int. ext. rod. D	7 casos (5.9 %)

Cuadro No. 6.—Clasificación radiológica de las rupturas del menisco.



Fig. No. 1.—Arthrografía que muestra amputación de la cuña del menisco interno.

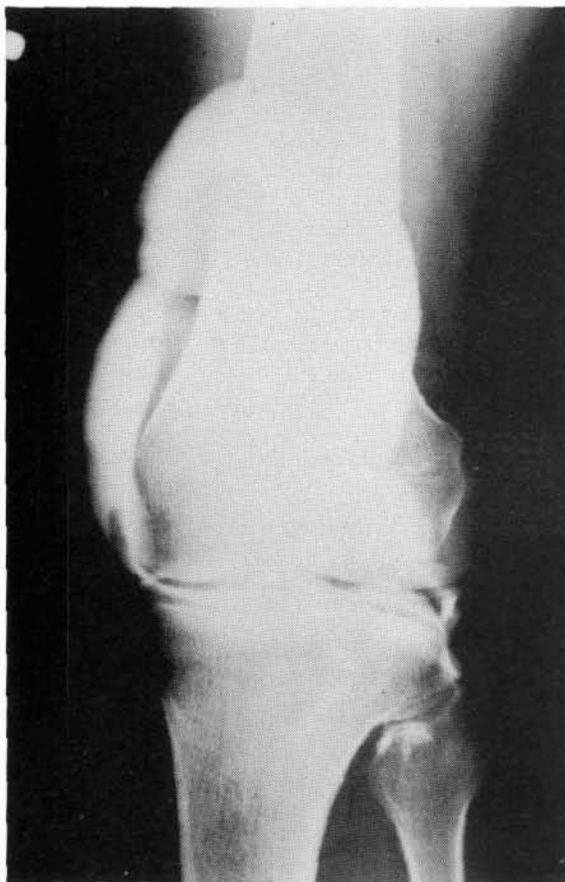


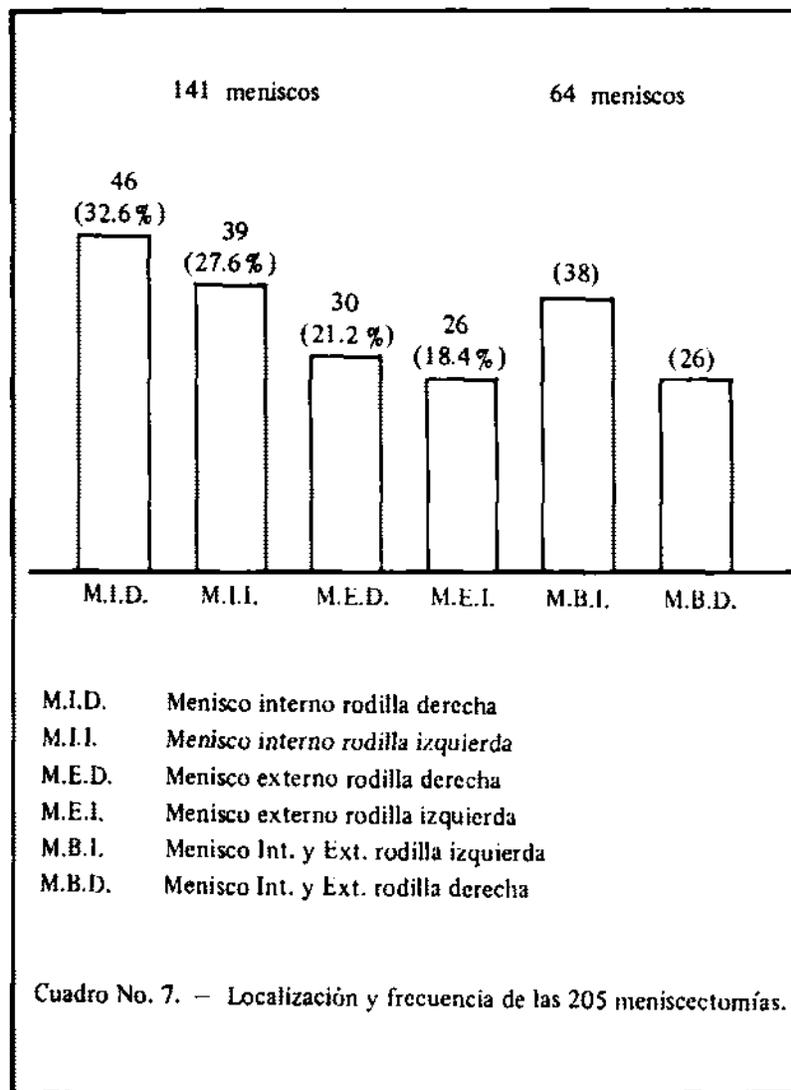
Fig. No. 2.—Arthrografía que muestra filtración del medio de contraste en el menisco externo.



Fig. No. 4.—Radiografía que muestra material de contraste pericapsular antero-externo.

HALLAZGOS OPERATORIOS

De las 173 rodillas examinadas quirúrgicamente, se les practicó 205 meniscectomías. La lesión del menisco interno fue en 117 casos, correspondiendo a 57.07 % y la del menisco externo fue en 88 casos, (42.9 %). Lo que refleja su mayor incidencia por la disposición anatómica. (1-3-7-10-13). Prácticamente no hubo



diferencia entre ambas rodillas: 103 meniscectomías en la izquierda y 102 para la derecha.

(Sigue cuadro No. 7 - Localización y frecuencia de las 205 meniscectomías.)

Las lesiones macroscópicas del menisco, fueron: rupturas, menisco discoide, quistes y degeneración.

CLASIFICACION DE LAS RUPTURAS DEL MENISCO

- 1) Del cuerpo.
 - a) Asa en balde
 - b) Transverso
 - c) Oblicuas
- 2) De la fijación periférica.
 - a) Cuerno anterior
 - b) Cuerno posterior
 - c) Marginal
- 3) Mixto
- 4) Pedunculados
- 5) Deshilachamiento del borde libre. (3).

MENISCO DISCOIDE

El menisco discoide es una anomalía congénita poco frecuente, con mayor incidencia en la mujer de 2:1 a 5:1, cuyas manifestaciones clínicas inician para algunos autores como Misson, Jeannopoulos a los 15 años, Rienau y Ficat a los 29.5 años, F. Seral a los 31.1 años. (11-12). El menisco discoide externo es más frecuente. El menisco discoide interno es raro y el primer caso publicado fue por Dwyer y Taylor en 1945, si bien Smillie en 1943 había descrito un caso con degeneración quística en la periferia, luego en 1954 De Palma describe otro pero con ruptura. (10). El menisco discoide es terreno predispuesto a las rupturas y quistes, debido a las condiciones anómalas mecánicas a que funciona y por otra parte a su propia constitución, que reacciona dando manifestaciones degenerativas. (12). Las rupturas van del 66 % (Smillie) al 80 % (Cabot) y los quistes del 31 % (Smillie) al 36.3 % (Angelé).

CLASIFICACION DEL MENISCO DISCOIDEO

- i
 - 1) Hiperplasia
 - M. discoideo total
 - M. discoideo parcial
 - Megacuerno anterior
 - Megacuerno posterior
 - Infantil
 - 2) Hipoplasia
 - 3) Aplasia

De las 205 menisectomías practicadas, la lesión más frecuente encontrada fue la ruptura en asa de balde con un 22.4 %, que en la mayoría había desplazamiento del fragmento hacia la línea media. Predominó la ruptura del cuerno anterior con 18.5 % en contra del cuerno posterior que fue del 16%. La ruptura del cuerpo en su variedad longitudinal no asa en balde, fue del 15.6% y del tipo transverso en el 11.2%. Hubo solamente el 6.8% para las rupturas marginales y mixtas. Los meniscos discoides tuvieron una frecuencia de 6.7%, con predominancia en la rodilla izquierda y todos fueron externos. De los quistes, 3 fueron externos de la rodilla izquierda, estando rotos 2. Uno fue interno de la misma rodilla. En la rodilla derecha solo se encontró uno, externo.

Ruptura en asa balde	46 casos (22.4%)
Ruptura cuerno anterior	38 casos (18.5%)
Ruptura cuerno posterior	33 casos (16.0%)
Ruptura del cuerpo:	
Longitudinal —no asa balde—	32 casos (15.6%)
Transverso	23 casos (11.2%)
Ruptura marginal	7 casos (3.4%)
Ruptura mixta	7 casos (3.4%)
Menisco disc. ext. rod. izq.	10 casos (4.8%)
Menisco disc. ext. rod. der.	4 casos (1.9%)
Quiste externo rod. izq.	3 casos (1.4%)
Quiste interno rod. izq.	1 casos (0.4%)
Quiste externo rod. der.	1 casos (0.4%)

Cuadro No. 8.—Clasificación de las meniscopatías traumáticas en 205 menisectomías

Las lesiones articulares agregadas que se encontraron durante la intervención quirúrgica fueron:

Rata articular	1 caso
Hipertrofia del cuerpo Hoffa	8 casos
Osteocondritis	7 casos
Artrosis	10 casos
Sinovitis crónica	13 casos

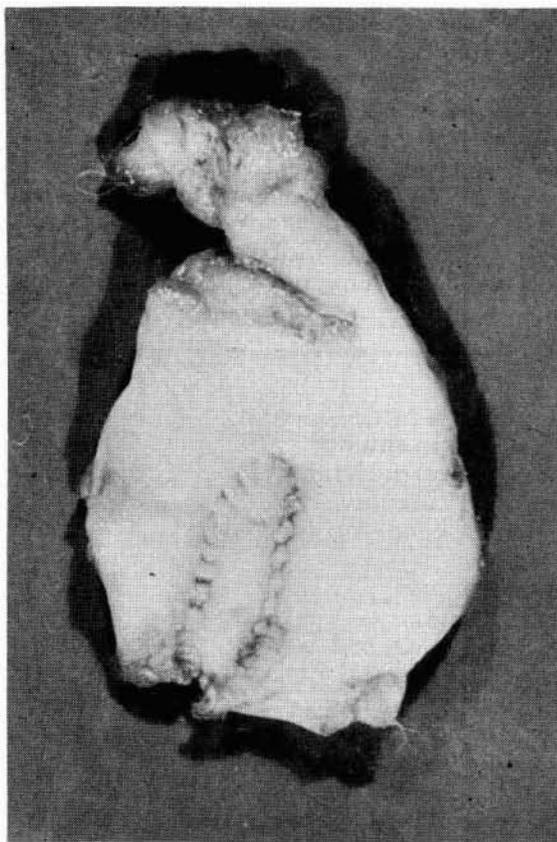


Fig. No. 5.—Especimen quirúrgico. Menisco discoide externo con ruptura posterior.

EVOLUCION POST-OPERATORIA

De todas las intervenciones quirúrgicas practicadas para la extirpación del menisco, en ningún caso hubo complicación por la isquemia con el manguito neumático. En 33 casos (19%), presentaron hemartrosis de variada intensidad, siendo en algunos casos necesario la evacuación por medio de la artrocentesis con aguja No. 18. No se registró hemartrosis recidivante. La artritis séptica se presentó en 6 casos (3.4%), con comprobación de cultivos y proteínas alta en el líquido articular, cuyo tratamiento a base de antibióticos I.V. específicos y la irrigación continua intra-articular con rifamicina, el cuadro agudo cedió en término de 5 a 8 días. La hidrartrosis estuvo presente en 39 casos (22.5%) desapareciendo de 1 a 2 meses y sólo en aquellos casos, 11 (6.3%), persistió por más de 2 meses, atribuido a las lesiones severas osteoarticulares agregadas. El derrame leve que cedió espontáneamente fue atribuido a la movilización o deambulacion temprana. La atrofia muscular se presentó en 135 casos (78%), incluyendo a los que ya lo presentaban previa a la cirugía de grado 4 (- -), con recuperación rápida a base de ejercicios, en ningún caso hubo secuelas en la movilidad articular, atribuible a la meniscectomía. En 2 casos presentaron neuroma de la rama infrapatelar del safeno, por la incisión quirúrgica.

DISCUSION

La ruptura del menisco es un padecimiento frecuente en nuestro medio, en que si no es intervenido quirúrgicamente, la rodilla progresa más rápidamente a la artrosis. De mayor incidencia en los hombres; 4:1 en relación con la mujer, aunque en los últimos años se ha notado un incremento de éstas, debido a la mayor participación en los trabajos y deportes. Sólo en el 39.8% de los pacientes acudió a la atención médica dentro de los primeros 6 meses y el 52% lo hizo después de un año de iniciado la sintomatología clínica encontrándose mayor frecuencia de lesión articular, producto de la ruptura del menisco. Clínicamente se encontró un error diagnóstico del 10.4%, que está dentro de lo aceptado por la literatura, lo que refleja la ausencia de un signo o cuadro patognomónico en la lesión meniscal. La artrografía de la rodilla es un procedimiento de gabinete de gran utilidad para el diagnóstico clínico; autores reportan el 90.7% de confiabilidad de interpretación radiológica. (9). Se practicó 205 meniscectomías en 173 rodillas, de las cuales 141 fueron unilaterales y 64 ambos meniscos de la rodilla. Fue más frecuente la lesión del menisco interno con 117 casos (57.07%), en relación con 117 casos (57.07%), en relación con el externo, 88 casos (42.9%). Sin diferencia en la incidencia de la rodilla izquierda y derecha. El

Cefalosporina Oral en Dermatología

Elfren Solano A.*

Curar es una de las máximas motivaciones de todo profesional de la medicina. Arte y ciencia se unen para esta realización. Firmemente creemos que la segunda en más alta dosis. Los que tenemos el privilegio de llevar a cabo esta motivación, hemos tenido en los antibióticos un armamento de incalculable valor. Es indudable que ellos vinieron a marcar una nueva época en la medicina, en el gran campo de la Terapéutica. Son muchos los miles y millones de personas que se han salvado con ellos. Son muchas las enfermedades, antes incurables o de difícil curación, que ahora son fácilmente curables y en consecuencia, de un pronóstico muy diferente al de entonces. Y esto lo podemos decir en los diferentes campos de la medicina. La dermatología se enriqueció también con ellos en el vasto capítulo de las Piodermitis y en las enfermedades venéreas. Uno de los antibióticos de más reciente advenimiento es la cefalosporina, designado químicamente como 7-(D-2-amino-2 (1,4-cyclohexadien-1-yl) acetamido)-3-methyl-8-oxo-5-thia-1-azabicyclo (4.2.0.) oct-2-carboxylic acid. (1) Es este un antibiótico semisintético desarrollado en el Instituto para investigaciones médicas Squibb. El propósito de este estudio es determinar la efectividad de este nuevo medicamento en dermatosis infecciosas provocadas por microorganismos susceptibles a él.

MATERIAL Y METODOS:

Se seleccionaron cuidadosamente cuarenta de los pacientes de nuestro servicio de dermatología del Hospital San Juan de Dios, hombres y mujeres adultos, de diferentes edades y diez de la consulta de la Lucha Antivenérea del Ministerio de Salubridad Pública. (2) Los pacientes fueron permanentemente vigilados durante el período del estudio para observar los efectos clínicos, así como cualquier reacción secundaria que se pudiera presentar. Se usó cefalosporina oral en cápsulas de 250 miligramos cada una. En la mayoría de los pacientes se usó una cápsula cada 6 horas, cuatro en las 24 horas. En los otros se usó el doble de esta dosis. En cada caso se practicaron los siguientes exámenes de labora-

** Trabajo realizado en el Hospital San Juan de Dios, de San José de Costa Rica.
* Jefe de Clínica Servicio Dermatología Hospital San Juan de Dios. Catedrático asociado. Cátedra de Dermatología Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica.

torio: hemograma completo, nitrógeno ureico, SGOT, SGPT, bilirrubina total, fosfatasa alcalina, uronálisis, antiestreptolisinas, cultivos y sensibilidad.

Los 50 casos estudiados pueden desglosarse así:

Úlceras de las piernas	10
Erisipela	6
Impétigo	4
Ectima	4
Hidrosadenitis	2
Acné Pustuloso	4
Foliculitis	5
Forunculosis	5
Gonorrea	10

Los microorganismos encontrados en estos cincuenta casos se demuestran en el siguiente cuadro:

MICROORGANIMOS	No. DE CASOS
Staphylococcus aureus	29
Proteus vulgaris	2
Staphylococcus albus	6
Pseudomona aureoginosa	6
Estreptococos	8
Escherichia coli	5
Neisseria gonorrhoea	10
Proteus mirabilis	1

En varios de nuestros pacientes las cepas se presentaron asociadas, a veces dos y a veces hasta tres microorganismos, como se demuestra en el siguiente cuadro:

CEPAS ASOCIADAS	No. DE CASOS
STAPHYLOCOCCUS AUREUS PROTEUS VULGARIS	2
STAPHYLOCOCCUS AUREUS ESTREPTOCOCOS	1

CEPAS ASOCIADAS	No. DE CASOS
STAPHYLOCOCCUS AUREUS ESTREPTOCOCCUS ESCHERIQUA COLI	1
STAPHYLOCOCCUS AUREUS ESCHERIQUA COLI	1
STAPHYLOCOCCUS AUREUS NEISSERIA GONORRHEA	1
STAPHYLOCOCCUS AUREUS STAPHYLOCCUS ALBUS	1
STAPHYLOCOCCUS AUREUS PSEUDOMONA AUREOGINOSA	2
STAPHYLOCOCCUS ALBUS PROTEUS MIRIABILIS	2
STAPHYLOCOCCUS ALBUS ESTREPTOCOCOS	1
STAPHYLOCOCCUS ALBUS PSEUDOMONA AUREOGINOSA	1

RESULTADOS OBTENIDOS

	Excelente	Bueno	Regular	Nulo
ULCERAS	10	—	—	—
ERISPELA	6	—	—	—
IMPETIGO	4	—	—	—
ECTIMA	4	—	—	—
HIDROSADENITIS	2	—	—	—
ACNE PUSTULOSO	3	—	—	—
FOLICULITIS	5	—	—	—
FORUNCULOSIS	5	—	—	—
GONORREA	—	—	4	6

Todos los cuatro pacientes de impétigo (impétigo contagioso), curaron en solo tres días de tratamiento con un gramo diario del antibiótico. La mejoría se apreció desde las primeras 24 horas de tratamiento, al tercer día las lesiones estaban secas y los cultivos negativos. A los ocho no se pudo practicar el tercer cultivo de control porque no existían lesiones, la piel era normal. Los casos de ectima manifestaron mejoría clínica al tercer día de tratamiento no obstante que el primer control se mantuvo positivo. Un tercero y cuarto cultivos realizados ocho y quince días después fueron negativos y la curación clínica fue un hecho desde los diez primeros días de tratamiento. Los dos casos de hidrosadenitis, de tipo supurativo, mejoraron el aspecto clínico al cuarto día, en que ya no se apreciaba supuración. Los cultivos permanecieron positivos al tercer día pero negativizaron a los ocho días. El aspecto clínico fue cada vez mejor hasta considerar a los pacientes curados a los ocho días. Los cuatro pacientes con acné pustuloso, que por mucho tiempo y en diferentes períodos habían recibido tratamiento con otros antibióticos especialmente tetraciclinas, manifestaron rápidamente mejoría con la cefalosporina. Las lesiones pustulosas empezaron a desaparecer desde el quinto día, habiéndose limpiado, tanto las lesiones de la cara como las de la espalda en quince días con cuatro cápsulas al día.

RESULTADOS OBTENIDOS

En úlceras de las piernas, en donde con otros antibióticos no se había obtenido mejoría clínica, y en donde después de haberlos recibido en altas dosis, los cultivos resultaban positivos, estos se negativizaron después del tratamiento con la cefalosporina, y la mejoría de su aspecto clínico no se hizo esperar. Todos sabemos que las úlceras de las piernas son un gran problema social y hospitalario, (3) por las estancias tan largas de estos pacientes y que en ellas, además de los problemas vasculares y otros, el infeccioso es de gran importancia. En efecto, hemos encontrado que prácticamente el ciento por ciento de ellas se encuentran secundariamente infectadas. Esto, lógicamente impide o retarda su curación cuando no usamos el antibiótico adecuado. En los casos por nosotros tratados con cefalosporina los resultados fueron maravillosos, ya que, al destruir la flora bacteriana, lo que se comprobó al negativizarse los cultivos, la granulación y la cicatrización se notaron de inmediato. Por ser lesiones tan abiertas y tan expuestas a la contaminación, es de las dermatosis que presentan mayor abundancia en flora bacteriana (*Estafilococos*, *estreptococos*, *proteus vulgaris*, *pseudomona aureoginosa*, etc.) que mostró en nuestros estudios gran sensibilidad a la cefalosporina, consideramos a este antibiótico de acción selectiva, en el tratamiento de estas frecuentes y problemáticas condiciones, como lo son las úlceras de las

piernas. En todos los casos de erisipela, los resultados fueron también excelentes; la fiebre y el dolor desaparecieron en solo los dos primeros días del tratamiento con cefalosporina y en varios pacientes los cultivos se negativizaron, desde el primer control a los tres días, manteniéndose así en el segundo control. Los que al primero se mantuvieron positivos, al segundo ya estaban negativizados. Todos los pacientes curaron en un tiempo más breve del que se necesita con otros antibióticos.

COMENTARIOS

Con la experiencia realizada en cincuenta pacientes con diferentes dermatosis infecciosas, provocadas por diferentes bacterias, tenemos elemento de juicio suficiente para concluir que este antibiótico con que estamos tratando, en su forma oral, es de gran valor en dermatología, y de ningún valor contra la gonorrea.

Este juicio lo basamos en los siguientes hechos:

- a) Excelente respuesta clínica.
 - b) Negativización de los cultivos.
 - c) Excelente tolerancia.
 - d) Fracaso en los casos de gonorrea.
- a) Todos los cuarenta casos por nosotros tratados mejoraron muy rápidamente y curaron en un tiempo relativamente corto. El porcentaje de curación fue de ciento por ciento.
 - b) Todos los cuarenta casos negativizaron, unos al primer control, otros al segundo y los menos al tercero. El porcentaje de negativización fue también de ciento por ciento.
 - c) La tolerancia de estos cuarenta casos y los diez de gonorrea fue excelente. No hubo ningún efecto secundario de importancia. Todos los signos vitales se mantuvieron normales. No se registró ninguna alteración en los exámenes de laboratorio que indican efecto secundario alguno del medicamento.
 - d) Los diez casos de gonorrea podemos considerarlos de fracaso, pues si bien dos de ellos estuvieron aparentemente curados, recidivaron tres días después de suspendida la cefalosporina. Los otros dos casos que mejoraron sin llegar a la curación aparente, recidivaron una vez suspendido el medicamento. Los seis casos restantes no manifestaron mejoría clínica ni de laboratorio.

Los casos de foliculitis respondieron maravillosamente,

habiendo observado la gran mejoría desde las 48 horas de iniciado el tratamiento con cefalosporina. Un caso de foliculitis de la barba que había mejorado mucho con otros antibióticos, recidivó poco después de suspendido éste. El cultivo hecho entonces fue positivo por estafilococos aureus, que negativizó en el segundo control, hecho a los ocho días del tratamiento con este antibiótico. En una semana el paciente se encontraba completamente curado. Un caso de foliculitis decalvante, de un año de evolución, de tratamiento frecuentes con otros antibióticos y sulfas, dio un cultivo positivo con estafilococos aureus, coagulasa positiva. En este caso usamos dosis más altas de las usuales de cefalosporina, dos cápsulas cada seis horas durante 15 días. El paciente curó y los cultivos se negativizaron. Cuatro meses después no se había presentado recidiva. Los cinco casos de forunculosis respondieron también en forma excelente, ya que curaron en solo cinco días, siendo los cultivos negativos al primer control. En cuanto a las gonorreas se refiere, desgraciadamente no podemos decir lo mismo de los anteriores casos. De los diez pacientes tratados sólo dos lograron curarse aparentemente en ocho días, con dosis de dos cápsulas cada seis horas. El frotis realizado se hizo negativo al segundo control, (no se practicó cultivo). Tres días después de suspendido el tratamiento, ambos pacientes, recidivaron, por lo que resolvimos cambiar de tratamiento. Cuatro de ellos, con este mismo esquema solo presentaron ligera mejoría, pero recidivaron en cuanto se suspendió el tratamiento y los otros cuatro, tomando una cápsula cada seis horas se mantenían igual al cabo de ocho días de tratamiento. Con los resultados obtenidos por nosotros en estos 10 enfermos creemos que la cefalosporina no es un antibiótico para la gonorrea.

TOLERANCIA

La tolerancia fue también excelente. De los cincuenta pacientes solo uno acusó timpanismo y un poco de diarrea. Ninguno de ellos presentó cambios en los exámenes de laboratorio, que indicaran efecto secundario alguno de este medicamento.

RESUMEN

Se hace un estudio de 50 pacientes: 10 de úlcera de las piernas; 6 de erisipela; 4 de impétigos; 4 de ectimas; 2 de hidrosadenitis; 4 de acné pustuloso; 5 de foliculitis; 5 de forunculosis y 10 de gonorreas, que se trataron con cefalosporina oral en cápsulas de 250 mgrms. Se practicaron antes de iniciar el tratamiento a las 72 horas y a los 8 días de iniciado, los siguientes exámenes de laboratorio:

hemograma completo — nitrógeno ureico — transaminasas — bilirrubina total — fosfatasa alcalina — orina — antiestreptolisina — cultivo y sensibilidad.

Se usaron 2 esquemas de tratamiento, uno de una cápsula cada seis horas y otro de dos cápsulas cada seis horas. Se obtuvieron resultados que consideramos excelentes todos los pacientes, dermatológicos y de fracaso en los gonorea. La tolerancia al medicamento la declaramos excelente. Consideramos que el cefalosporina oral es un nuevo antibiótico de gran valor en dermatología, porque no solamente viene a aumentar el arsenal terapéutico de dermatología, sino que abre nuevos surcos de esperanzas en la terapéutica específica de las dermatosis por infecciones bacterianas. La cefalosporina oral no solamente cura, sino que no daña, lo que idealiza el pensamiento de Hipócrates "Primum non nocere".

SUMMARY

A study of 50 patients is made: 10 of Leg's ulcers; 6 of Erysipelas; 4 of ectyma; 4 of impetigo; 2 of hidrosadentis; 4 of pustular acne; 5 of folliculitis; 5 of forunculosis and 10 of gonorrhoea, which were treated with oral capsules of 250 mgrms. Of the following laboratory test were made before initiating the treatment, at 72 hours and at 8 days after initiated:

complete hemogram — ureic Nitrogen — transaminasas — total Bi — Alkaline phosphatase — urine — antiestreptolisin — culture and sensibility

Two schemes were used in the treatment, one with capsules every six hours, the other of two capsules every 6 hours. Results were obtained which we consider excellent of all dermatological patients and of failure those of gonorrhoea. Tolerance of the medicine is declared as excellent. We consider that oral cefalosporine is a new antibiotic of great value in dermatology, but opens new hopes for specific therapeutic of dermatosis due to bacterial infections. The oral Cefalosporine not only cures, it does no harm, which idealizes the Hippocratic thought "Primum non nocere".

RESUME

Nous avons effectué une étude sur 50 patients: 10 qui souffraient d'ulcère des jambes; 6 d'érizipele; 4 d'impetigo; 4

d'ectimes; 2 d' hidrosadenite; 4 d' acné pustuleux; 5 d' folliculite; 5 d' forunculose et 10 d' gonorrhée. Ils ont été traités à la céphalosporine orale en capsules de 250 mgs. Les suivants examens de laboratoire ont été pratiqués avant le traitement, après 72 heures et au bout des 8 jours:

hemogramme complet — nitrogène de l'urine — dilirrubine total — phosphate alcalin — urine — antiestreptolisine — culture sensibilité

Deux schémas de traitement ont été utilisés; l'un avec une capsule toutes les 6 heures et l'autre avec deux capsules toutes les 6 heures. Nous avons obtenu des résultats que l'on peut considérer d'excellents dans le cas de patients dermatologiques et d'insuccès dans certains patients qui souffraient de gonorrhée. La tolérance au médicament étant excellente, nous considérons que la céphalosporine orale est un nouvel antibiotique de grande valeur en dermatologie parce que non seulement elle augmente l'arsenal thérapeutique mais aussi elle ouvre des nouveaux espoirs dans le traitement des dermatoses dues aux infections bactériennes. La céphalosporine orale non seulement guérit, mais elle n'est pas nuisible ce qui idéalise la pensée d'Hippocrate "Primum non nocere"

BIBLIOGRAFIA

1. BARRY, A. L., García, and Thrupp, L. D. An Improved Single-disk Method for testing Antibiotic Susceptibility of Rapidly-growing Pathogens. *Am. J. Clin. Path.* 53: 149-158 (1970).
2. BAUER, A. W., Kirby, W.M.M., Sherris, J.C. and Turck, M. Antibiotic Susceptibility Testing by a Standardized Single Disk Method. *Am. J. Clin. Path.* 45: 493-498 (1966).
3. BLAIR, J. E., Lennette, E. M., and Truant, J. P. *Manual of Clinical Microbiology*. American Society for Microbiology. Bethesda, Maryland (1970).
4. BREED, R. S., Murray, E.G.D. and Smith, N.R. *Bergey's Manual of Determinative Bacteriology*. The Williams and Wilkins Company, Baltimore, Maryland (1957).

REFERENCIAS TOMADAS DE LA LITERATURA DE VERACEF.

5. DATOS DE LOS ARCHIVOS DEL INSTITUTO SQUIBB para investigaciones Médicas.
 6. WEINSTEIN, L., en Goodman and Gilman, *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 4th. edition, New York, The Macmillan Company, 1970.
-