

Uso corto del ACTH en terapéutica auxiliar*

(Estudio de los Doctores William S. Reveno, Herbert Rosenbaum y John H. Buell, de Detroit, Michigan; publicado en el JOURNAL OF THE AM. MED. ASS. de Agosto 2, 1952. Traducido por Manuel Solera V.

Conforme se acumula la experiencia sobre el Corticotropin (ACTH) se hace más evidente que su utilidad es menos como droga curativa que como agente antitóxico apoyador del mecanismo de defensa y promotor de remisiones. Esta cualidad puede depender de la liberación de sustancias absorbentes de toxinas; del robustecimiento de la membrana celular para impedir la entrada de agentes nocivos; o de prevenir la desorganización del proceso enzimático dentro de la célula misma. El desarrollo de bacterias no se elimina; y la formación de anticuerpos específicos no es acelerada, ni tampoco abolida. La acción de esta droga puede presumirse que sea, principalmente, la de bloquear la acción de las toxinas y la de permitir una adecuada formación del proceso defensivo.

Vistas con esta luz, las potencialidades del uso del Corticotropin en condiciones en que ha habido una respuesta pobre a otra terapéutica, se hace evidente. Infecciones del sistema, estados de choque, toxemias agudas —cuando el paciente está sobrecargado, con pronóstico incierto— pueden llegarse a controlar con la adición de este agente protector, según se ilustra en los casos siguientes.

Caso 1. —J.S., hombre de 63 años, fué admitido al Hospital en Mayo 16 con el diagnóstico de apendicitis aguda y peritonitis. En la operación se encontró el apéndice roto y grangrenado, y peritonitis purulenta. Se quitó el apéndice, se cerró la herida, y se dejó un drenaje de cigarro sobre la capa fascial. Se dió medio gramo de Estreptomina con 300.000 Us. de Penicilina Procaínica intramuscularmente dos veces diarias. El abdomen permaneció distendido, y el paciente principió a tener hipo el segundo día.

La temperatura llegó a 38° C., y el pulso varió entre 100 y 129 por minuto. Los intentos para pasar un tubo Miller-Abbott fueron vanos; y el paciente aumentaba en toxicidad y agotamiento. Mientras se continuaba la administración de antibióticos, se redujo la sal, y se inyectaron 20 Milgrs. de Corticotropin en el tercer día, y 10 Milgrs. cada 4 horas, hasta completar doce inyecciones. Seis horas después de la dosis inicial, se expelieron gases por primera vez, y el abdomen quedó menos distendido. La temperatura bajó a 37 y 1/5° C.; el pulso a 100 pulsaciones por minuto; y el paciente se sintió más confortado. En la mañana siguiente tuvo una deposición líquida, y más reducción en la distensión del abdomen; la temperatura llegó a ser normal y el

* Reproducción autorizada por The Journal Am. Med. Ass.

pulso bajó a 86. El paciente comió con agrado y parecía mucho menos intoxicado.

Al siguiente día había mejorado mucho más, tuvo otra deposición líquida; y la distensión había prácticamente desaparecido, lo mismo que el hipo. La mejoría siguió continuando, y el paciente recuperó completamente, saliendo del hospital al XIV día.

Caso 2.— P. J. Hombre blanco de 61 años, admitido al Hospital en Mayo 18, con diagnóstico de Diverticulitis aguda con perforación y peritonitis generalizada; dolor severo en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, y temperatura de 40° C. desde el día anterior. La fiebre persistía, y la sensibilidad se extendía a toda la región inferior del abdomen en un modo pronunciado.

Se instituyó una Terapéutica conservadora; succión continua por tubo; Sulfasuxidina y Terramicina se dieron oralmente; y Penicilina y Estreptomina, intramuscularmente. La temperatura siguió elevada durante la semana siguiente; y llegó a ser evidente que se había formado un absceso en la parte inferior izquierda del abdomen. Mientras se palpaba esa área el absceso se rompió. El paciente fué operado enseguida, haciéndose un drenaje, del absceso, dejándose, in situ, tres drenajes Penrose.

No obstante el, al parecer, adecuado drenaje, y la continua administración de antibióticos, la temperatura, y el pulso, continuaban elevados, y el paciente no obtenía progreso. En el quinto día se le puso una inyección de 20 Mlgrs. de Corticotropin, seguida de una dosis de 10 Migms. cada cuatro horas, hasta completar 12 inyecciones. Seis horas después de la primera inyección la temperatura bajó a lo normal, y el paciente manifestó sentirse mucho mejor. Mejoró rápidamente desde ese momento, y salió del Hospital nueve días después de operado.

Caso 3.— A. B., hombre blanco de 65 años. Admitido al Hospital en Abril 20 con un dolor de puñalada en el lado derecho del pecho con una semana de duración. La tarde anterior había sentido escalofrío, y el dolor se había hecho mucho más severo. La temperatura era de 39° C. Pulsaciones: 100 por minuto. Había evidencia de un derrame pleural en la base del pulmón derecho. Había algo de tos, pero ninguna sangre en el esputo. El recuento de glóbulos blancos dió 10.600, con 79% polimorfonucleares; 9% linfocitos; y 3% de Eosinófilos. Un estudio con Rayos X en Abril 21 hizo evidente la Neumonía en el lóbulo inferior derecho, asociada de efusión.

En abril 21 y 22 el dolor pleural se hizo más intenso; la disnea era marcada; y se notó una cianosis ligera. El fajamiento del pecho hizo el dolor más severo aún; y el bloqueo del nervio intercostal produjo solo un alivio temporal. Se practicó una Toracentesis en Abril 23, obteniéndose 15cc. de un líquido anaranjado que contenía, principalmente, Polimorfonucleares maduros, con muchos histocitos multinucleares bien desarrollados. Los cultivos de la sangre y del fluido pleural no mostraron crecimiento. Las bases de ambos pulmones estaban

ahora afectados; y el dolor, la disnea, la cianosis y la temperatura elevada persistieron, a pesar de la continua administración de Oxígeno y el empleo frecuente de anodinos. Se principió enseguida la administración parental de Estreptomicina (0.50 Grms.) junto con Penicilina (300,000 unidades) dos veces diariamente.

En abril 24, sin haber habido cambios en la condición, ni en el tratamiento, se puso la primera inyección de Corticotropin en dosis de 20 miligramos, que se repitió cada cuatro horas doce veces. Seis horas después de la primera dosis se quitó el dolor; y las respiraciones se volvieron más lentas y profundas. En la mañana siguiente la mejoría era más marcada. No se presentó dolor ni disnea durante el uso del Corticotropin; pero cinco horas después de la última inyección volvieron el dolor y la disnea. Se inyectó Corticotropin de nuevo, esta vez en dosis de 20 Mlgrms. cada seis horas; y otra vez sobrevino una dramática desaparición de los síntomas referidos. El uso de la droga, a la misma dosis, se continuó durante seis días; pero al sétimo día la dosis se redujo a 15 Mlgrms; el octavo día a 10; el noveno a 5, siempre cada seis horas; y se suspendió enseguida. Esta vez la mejoría persistió, y aunque hubo ocasionalmente pasajeros dolores en el pecho, las señales de efusión pleural desaparecieron.

Un estudio con Rayos X en Abril 28 mostró un aumento de fluido en la sección basilar del tórax derecho oscureciendo la parte inferior del pulmón derecho. Dos días después una área de consolidación se hizo evidente, la cual circundaba un engrosamiento pleural de la base del pulmón derecho, altamente sugestivo de un infarto. Cuatro días después el área de consolidación localizada sobre la hoja del diafragma de nuevo mostró no haber cambiado. Otra área de rarefacción sin nivel de fluido definido fué vista en el centro de la lesión. El ángulo costofrénico izquierdo estaba ahora obliterado, sugiriendo una acumulación de fluido allí. Un estudio final con Rayos X en Mayo 11 mostró un ligero progreso en la resolución de la lesión en el tercio inferior del pulmón derecho.

En Mayo 7, cuatro días después de suspendido el Corticotropin, se presentó un dolor marcado y sensibilidad en la pantorrilla de la pierna izquierda; y el Dr. E. A. Osious ligó bilateralmente la vena femoral. La convalecencia fué normal; los síntomas del pecho continuaron mejorando; y el paciente salió del Hospital 25 días después de su entrada.

SUMARIO

En los dos primeros enfermos, ambos de Peritonitis purulenta la respuesta a la medicación fué indiferente; y poco, o ningún, progreso se obtuvo hacia la mejoría. La administración de Corticotropin (ACTH) por 48 horas, y durante el tratamiento con antibióticos, suministró el estímulo necesario para guiar la marcha del proceso hacia un pronto y favorable final. El tercer paciente, con dolor severo, disnea y toxemia

originados por infarto pulmonar, respondió prontamente a un tratamiento de 48 horas con Corticotropin, pero hubo retorno de síntomas al suspenderse esa droga. Las condiciones mejoraron y se obtuvo el restablecimiento cuando se empleó otra vez el Corticotropin durante seis días más. En estos tres enfermos se demuestra el valor del uso por corto tiempo del Corticotropin en aquellas condiciones en que ha habido una respuesta pobre a otras formas de medicación.

Becas Mead Johnson de Pediatría en el Hospital Infantil de México

Las 5 becas Mead Johnson en el Hospital Infantil de México disponibles este año (1954), serán adjudicadas en la siguiente forma: Una para un médico mexicano, que se seleccionará de uno de los estados que más falta tienen de pediatras bien adiestrados. Los otros cuatro becados se seleccionarán de los países centroamericanos (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá), Colombia, Ecuador, Venezuela y la República Dominicana, a base de las calificaciones de los aspirantes que reúnan las siguientes condiciones:

1. Ser graduado de una universidad debidamente autorizada, con título de médico cirujano
2. Ser ciudadano por nacimiento de uno de los países indicados.
3. No ser mayor de 35 años.
4. Gozar de buena salud.
5. No tener más de 3 años de recibido.
6. Haber demostrado interés por la pediatría.
7. Haber observado buena conducta.
8. Estar dispuesto a sujetarse con la disciplina necesaria a los reglamentos del Hospital Infantil, los reglamentos especiales para médicos internos y los reglamentos universitarios.
9. Estar dispuesto a dedicar todo su tiempo exclusivamente a sus actividades académicas y hospitalarias de internado.
10. Estar dispuesto a vivir dentro del Hospital Infantil durante los dos años que dura la beca.

El becado podrá ser suspendido en cualquier momento si durante el curso manifiesta cualquiera de las siguientes deficiencias:

Incapacidad Científica
