

### III. Cortisona en la enfermedad reumática

Por los Drs. JULIO MENEGHELLO y JULIO GUASCHI.

El uso del ACTH y cortisona en la enfermedad reumática iniciado por Hench en 1949, abrió una nueva etapa en el tratamiento de esta afección, que es sin duda, la más importante entre las enfermedades del mesénquima, que caen en la esfera de acción de estas hormonas.

Aparecen entonces justificados los numerosos ensayos terapéuticos, que han tratado de delimitar los verdaderos alcances de este nuevo tratamiento.

La acción protectora de la cortisona sobre el fenómeno inflamatorio tisular, interfiriendo en el mecanismo ácido hialurónico-hialuronidasa, permite suponer que en la inflamación reumática actuaría acortando la fase exudativa, con lo que se reducirían los procesos proliferativos y de reparación, haciéndose mínimo el daño residual.

Desde el punto de vista de la experimentación clínica, se han planteado los interrogantes de si estas hormonas son capaces de reducir la evolución natural de la enfermedad reumática, si previenen el daño cardíaco y si actúan favorablemente sobre la carditis, lográndose evitar las lesiones cardíacas definitivas. Conviene desde ya insistir en las dificultades que se presentan al interpretar la eficacia de un tratamiento en esta afección tan proteiforme en su sintomatología y evolución, de la cual se ha dicho que se determina por sí misma.

Expondremos primeramente algunas informaciones obtenidas en la literatura extranje-

ra, para referirnos después a nuestra experiencia basada en el tratamiento con cortisona de un grupo de niños reumáticos.

Hench y cols. (1950) emplean ACTH y cortisona en la enfermedad reumática aguda, observando remisión rápida de la fiebre, poliartritis y taquicardia, alcanzando valores normales la sedimentación en un plazo aproximado de 18 días; observan inactivación de la carditis, en plazos variables, aconsejando un tratamiento prolongado, con dosis de ataque seguida de una dosis de mantención.

Massel y Warren (1950) se refieren a 20 casos de enfermedad reumática, tratados con ACTH, la mayoría de ellos con intensa carditis. Observan también la remisión rápida de la fiebre y poliartritis y en 5 casos de carditis recientes, desaparecen los soplos en lapsos variables entre algunas semanas y meses. Este último hecho, unido a la regresión de la insuficiencia cardíaca y signos de pericarditis observados en un grupo de enfermos, les permite suponer efectos favorables sobre la carditis. Resumen su impresión diciendo, que el proceso se acorta, se suprime la carditis activa y hay razones para suponer que la administración precoz de la droga, evita el daño cardíaco.

Wilson y Helper (1951) comunican optimistas resultados con el uso de ACTH, en 11 pacientes reumáticos, 6 de los cuales hacían el primer brote de la enfermedad. Se demuestra desaparición rápida de la carditis, entre el 39 y 79 día de tratamiento, con curación

completa en los casos en que no existía previo daño valvular. Señalan los autores la importancia del tratamiento precoz.

Barnes y cols. (1951) refieren también efectos favorables en 6 de 10 casos tratados en la primera crisis, demostrando indemnidad cardíaca el control practicado 1-10 meses después de abandonar el hospital; atribuyen al ACTH y cortisona la capacidad de suprimir las manifestaciones agudas, insistiendo en la importancia del tratamiento precoz.

Dorfman y Smull (1951) refieren su experiencia basada en el tratamiento con ACTH de 22 niños reumáticos con evidente daño cardíaco. Demostraron efectos favorables sobre la carditis, ya que remitieron la taquicardia, frottes pericardíacos, signos de insuficiencia cardíaca, en 10 de 13 enfermos y disminuyó la sibilante en 8 de 17 casos, durante el tratamiento. Sin embargo, se observaron escasas variaciones en los soplos y no se previno la muerte en casos de pancarditis. Su experiencia no les permite deducir que se modifique el curso normal de la afección ni que se prevengan las lesiones valvulares.

Resultados menos halagadores comunican Kuttner y cols. (1952) en el tratamiento con ACTH y cortisona en un grupo de 18 reumáticos, 12 de los cuales correspondían al primer brote; en estos últimos, se observó la persistencia de soplos orgánicos en todos los casos y en 11 de ellos persistió el agrandamiento cardíaco. No fué evidente según concluyen los autores, que el tratamiento disminuyera la duración de la carditis o influenciara el daño cardíaco.

En Uruguay, el tratamiento de un importante número de casos, permite comprobar a Guerra (1952) el efecto favorable de la cortisona, en las carditis reumáticas de primer brote, con desaparición de los soplos en 2 a 3 semanas, siendo nulos los efectos en las formas malignas.

Nos parece de interés agregar la impresión actual acerca de la eficacia de estas hormonas en la enfermedad reumática, sintetizada por Hench (1952) en un análisis de los alcances terapéuticos de estas drogas en diferentes afecciones en las cuales es útil su empleo. Se le reconoce una acción favorable sobre las manifestaciones agudas del proceso: fiebre, poliartritís, taquicardia, toxemia; se normalizan en pocas semanas la sedimentación y alteraciones electrocardiográficas. En ciertos casos de carditis aguda los signos se han atenuado a desaparecido rápidamente. Sin embargo, aunque estas drogas suprimen síntomas, no curan la

enfermedad reumática ni está aún claramente establecido que acorten la duración natural de la fase aguda; pero existe alguna evidencia de que pueden suprimir las fases exudativa y proliferativa de la carditis reumática aguda, con lo cual se podría evitar gran parte del daño cardíaco.

### *Nuestra experiencia*

Está basada en la observación de un grupo de niños reumáticos tratados con cortisona en el curso de este año. Es un material no seleccionado que corresponde a los ingresos a una Sección de Medicina del Hospital. Nos referiremos sólo a 22 casos que tienen un período de observación mayor, pero anticipamos que nuestro estudio es sólo una comunicación preliminar, ya que conclusiones más definidas sólo se pueden obtener después de un control prolongado de los enfermos.

La edad de los pacientes osciló entre 5 y 12 años, correspondiendo 16 casos a ingresos durante la primera crisis. La gravedad del daño cardíaco presente en 21 enfermos, fué estimada leve en 3 casos y grave en los 19 restantes.

Los enfermos fueron sometidos a un plan de tratamiento, que incluía las medidas habituales de reposo, régimen dietético, suplementos vitamínicos, cardiotónicos y diuréticos en los casos de descompensación cardíaca. La cortisona fué administrada por vía intramuscular, de acuerdo a un esquema arbitrario, que consistía en el suministro de una dosis de 100 mgrs. los tres primeros días, en forma fraccionada, 50 mgrs. los tres siguientes y 25 mgrs. diarios hasta completar un mes de tratamiento.

Se practicó una observación detallada de la evolución clínica, verificándose sistemáticamente eritrosedimentación, electrocardiograma, estudio radiológico, controles de uremia y glicemia, hemograma y análisis de orina.

### *Resultados*

Nuestros enfermos no presentaron con frecuencia temperatura elevada ni manifestaciones articulares, pero en los casos en que estos signos eran ostensibles, asistimos a su rápida remisión en los primeros 4 días de tratamiento. En el curso de las 2 primeras semanas observamos en la mayoría de los pacientes mejoría manifiesta del estado general, incluyendo la recuperación del apetito.

La normalización de la sedimentación se alcanzó en plazos variables entre 10 y 45 días, verificándose en la mayoría de los pacientes



### Sumario

Se revisa bibliografía acerca del tratamiento de la enfermedad reumática con ACTH y cortisona.

Se exponen los resultados obtenidos en 22 niños reumáticos tratados con cortisona, 16 de los cuales hacían el primer brote de la enfermedad. En 19 casos se consignó compromiso cardíaco grave.

La droga fué administrada en dosis arbitraria inicial de 100 mgrs. los 3 primeros días, en forma fraccionada, 50 mgrs. los 3 siguientes y 25 mgrs. hasta completar un mes de tratamiento.

La remisión de la temperatura y signos articulares se efectuó en los 4 primeros días de tratamiento, observándose mejoría general en el curso de las 2 semanas consecutivas a la iniciación de la terapia hormonal.

La sedimentación se normalizó en la mayoría de los pacientes en las 4 primeras semanas de tratamiento.

En 19 casos se inactivó la carditis, efectuán-

dose en 11, durante la administración de la droga. El período de inactivación aparecía en general más breve en los casos tratados más precozmente.

Se obtuvo curación sin secuelas en 4 enfermos, 3 de los cuales eran formas leves de carditis tratadas durante el primer brote. El restante correspondía a una pancarditis reumática tratada después de dos meses de evolución.

Entre 6 pacientes tratados durante una recurrencia, se observó en 2 acentuación del daño cardíaco.

Dos enfermos, con formas graves de enfermedad reumática fallecieron, uno durante la administración de la droga, y el otro después de una aparente inactivación, seguida de grave recrudescencia del proceso.

Consideramos aún breve el período de observación de los enfermos para obtener conclusiones definidas. Sin embargo, la cortisona nos parece una droga de utilidad en el control de la actividad reumática, especialmente cuando su administración se efectúa precozmente.